

Depressione post partum

La [depressione](#) post-partum può essere **definita come qualunque malattia depressiva non psicotica** di severità leggera-moderata che si manifesti durante il primo anno post-natale.

La denominazione “[depressione](#) post-partum” non dovrebbe essere utilizzata come termine-ombrello per tutte quelle malattie mentali che si manifestano a seguito del parto.

La [depressione](#), infatti, può presentarsi de novo, può essere un’ulteriore manifestazione di uno stato depressivo precedente alla gravidanza, oppure può essere sintomo di una psicosi maggiore come il disturbo bipolare.



Maternity blues o Depressione post partum

Epidemiologia

La [depressione](#) post-partum è una malattia comune. L’incidenza durante il primo mese a seguito del parto è il triplo rispetto all’incidenza mensile media nelle donne che non hanno avuto figli. Secondo una serie di studi meta-analitici basati su popolazioni in prevalenza dei paesi industrializzati, **l’incidenza della [depressione](#) post-partum è del 12-13%**, con un’incidenza ancora maggiore nei paesi in via di sviluppo.

Fattori di rischio

Tra questi troviamo:

- storia di qualunque psicopatologia, inclusa precedenti depressioni post-partum;
- scarso sostegno sociale;
- relazione coniugale a rischio;
- eventi di vita stressanti e recenti, ad esempio un lutto;
- delusione in merito al sesso del nascituro, almeno in certi ambienti culturali;

Esistono, inoltre, diversi studi che mostrano come anche i seguenti fattori siano importanti:

- la percezione dei genitori in merito alla propria educazione;
- gravidanza non voluta;
- disoccupazione;
- assenza di allattamento al seno;

- stress da parte dei genitori precedente la nascita del figlio;
- disfunzioni tiroidee ;
- stile di coping;
- concepimento difficoltoso;
- [depressione](#) nel padre;
- labilità emozionale (baby-blues);
- sostegno sociale di bassa qualità:
- l'averne due o più bambini:

Manifestazione

La [depressione](#) post-partum si presenta con sintomi molto simili alla [depressione](#) generica ma con alcune varianti, quali:

- pessimo umore e perdita della capacità di provare piacere;
- ansia;
- sonno disturbato e problemi di alimentazione;
- bassa concentrazione;
- bassa autostima;
- livelli energetici ai minimi;
- perdita della libido;

Le linee guida suggeriscono che le pazienti siano monitorate in maniera efficace per prevenire la [depressione](#) post-partum e che vengano identificate quelle ad alto rischio.

Diagnosi

E' necessario che la diagnosi sia eseguita il più presto possibile. Cambiamenti comportamentali anche minimi, spesso notati dal partner, possono essere i primi sintomi di [depressione](#) post-partum.

Durante la visita post-natale a tutte le pazienti dovrebbero essere poste le seguenti **domande di screening**:

- nel mese scorso vi siete sentita spesso infastidita dal fatto di sentirvi giù, depressa, disperata?
- nel mese scorso vi siete sentita spesso infastidita dal fatto di non provare interesse o piacere nel fare le cose?
- si tratta di qualcosa per il quale necessita o vorrebbe aiuto?

Trattamento

Misure Generali

Le pazienti vanno coinvolte nelle decisioni riguardanti il loro trattamento, così come le loro famiglie e quanti si prendono cura di loro a meno che le pazienti lo vietino espressamente.

E' importante tenere una buona comunicazione: sia le pazienti che i familiari e quanti si prendono cura di loro devono essere messe in condizione di comprendere le informazioni fornite, tenendo conto di eventuali disabilità fisiche che potrebbero porsi come un ostacolo, ad esempio la sordità.

Bisogna tenere in considerazione anche i bisogni di altri eventuali bambini, adulti a carico e gli effetti che la malattia potrebbe avere sulla relazione con i partner.

L'approccio di cura e presa in carico "a passi successivi"

Fase1: medico di famiglia, infermiera per una valutazione e per la diagnosi;

Fase2: medicina generale, professionista di salute mentale in medicina generale; se la depressione è leggera: attesa vigile, aiuto "fai da te" guidato con terapia cognitivo-comportamentale computerizzata, esercizio fisico, brevi interventi psicologici;

Fase3: medicina generale, professionista di salute mentale in medicina generale; se la depressione è severa o moderata: farmaci, interventi psicologici e sostegno sociale;

Fase4: Specialisti di salute mentale incluso il team di crisi; se la depressione è resistente al trattamento, ricorrente, o una depressione atipica e/o psicotica, incluse quelle ad alto rischio per cui sono indicati farmaci, interventi psicologici complessi e trattamenti combinati;

Fase5: ricovero, team di crisi se vi è rischio per la vita o grave incuria e abbandono; sono indicati i farmaci, trattamenti combinati e [TEC](#) terapia elettro convulsivante;

Strategie psicologiche

Dal momento che le prove a favore di una terapia psicologica rispetto ad un'altra sono esigue, la scelta dovrebbe essere basata essenzialmente sulle preferenze della paziente e sulle terapie disponibili in un dato servizio.

- **L'attesa vigile** è consigliabile se la depressione è leggera e per le persone che non vogliono alcun tipo di intervento psicologico. Qualora si optasse per questo approccio, è necessaria una rivalutazione entro le due settimane.
- **Strategie di aiuto fai-da-te** che includano dei programmi di aiuto fai-da-te basati sulla terapia cognitivo-comportamentale e la terapia cognitivo-comportamentale computerizzata, nonché basati sull'esercizio fisico.
- **Counselling** fruibile da casa.
- Breve **terapia cognitivo-comportamentale** o [psicoterapia](#) interpersonale.

Terapia farmacologica

Antidepressivi

Una terapia a base di farmaci [antidepressivi](#) è da prendersi in considerazione in tutti quei casi di pazienti affette da depressione post-partum leggera, moderata o severa che non rispondono o che non hanno intenzione di sottoporsi a dei trattamenti non-farmacologici. E' fondamentale che le pazienti consultino il proprio medico per poter valutare eventuali rischi e benefici di una terapia a base di farmaci, a maggior ragione nel caso di allattamento al seno.

I triciclici quali **imipramina e nortriptilina** nonché l'inibitore della ricaptazione della serotonina ([SSRI](#)) [sertralina](#), sono stati rilevati nel latte materno seppure in concentrazioni moderate mentre gli [SSRI](#) **fluoxetina** e [citalopram](#) sono presenti nel latte materno a livelli piuttosto elevati.

Gli **SSRI risultano comunque i farmaci meglio tollerati e meno tossici** in overdose rispetto ai triciclici. Non è effettivamente possibile consigliare un farmaco o un gruppo di farmaci rispetto ad altri e non esistono vere prove in favore dei rischi-benefici di un farmaco in particolare.

In varie linee guida è possibile riscontrare il sostegno nei confronti dell'uso della **fluoxetina** o della **paroxetina**.

Ormoni

All'interno delle cure per il trattamento della depressione post-partum non è prevista in alcun modo la presenza dei progestinici sintetici.

Il **noretisterone** sarebbe in effetti associato ad un aumento del rischio di depressione post-partum. Questo significa che i contraccettivi a sola base di progesterone devono essere usati con cautela nel periodo post-natale soprattutto in quelle pazienti con una storia di depressione precedente e successiva alla gravidanza. Eventualmente una terapia a base di estrogeni potrebbe ottenere risultati modesti in una fase avanzata della depressione post-partum.

Trattamento della depressione severa

Pazienti che diano segno di voler tentare il suicidio o di voler fare del male al bambino devono essere immediatamente riferiti per un consulto psichiatrico urgente. Potrebbe essere, inoltre, necessario invocare misure di protezione per il bambino.

Alcune madri potrebbero soffrire di una depressione troppo severa per poter essere prese in considerazione semplicemente dal medico di famiglia necessitando delle cure di uno psichiatra, o addirittura del trattamento sanitario obbligatorio.

E' indispensabile che le cure siano amministrare e monitorate da un team multidisciplinare in stretta collaborazione con i servizi sociali.

Prognosi

Nonostante alcuni casi di depressione post-partum durino meno di tre mesi, **il 30-50% può durare più di sei mesi**. Una madre su quattro tra quelle affette da depressione post-partum risulta soffrire ancora di depressione in occasione del primo compleanno del bambino. **Il suicidio è la causa principale di morte per le madri** nel primo anno dopo la nascita nel mondo industrializzato.

Le pazienti che soffrono di depressione post-partum hanno meno possibilità di sviluppare un legame madre-figlio. Anche i figli delle donne affette da questa depressione rischiano di presentare dei problemi a livello dello sviluppo cognitivo ed emotivo soprattutto se appartenenti a quelle classi sociali

di basso livello socio-economico.

Prevenzione

Sostegno psicologico

Si raccomandano **dalle 4 alle 6 sessioni di terapia cognitivo-comportamentale o di psicoterapia interpersonale** per quelle donne incinte che mostrano segni di depressione e/o ansia che non rientrano nei criteri diagnostici ma che hanno già sofferto di un episodio precedente di depressione e ansia e che presentano sintomi che interferiscono con la vita personale e sociale.

E' sconsigliabile incoraggiare le madri i cui neonati sono nati morti o deceduti subito dopo il parto a vedere e a tenere in braccio il neonato morto. E', invece, necessario offrire loro un servizio di sostegno a seguito del parto sia a livello di medicina generale che specialistica.

Trattamenti farmacologici

Si è discusso del ruolo degli estrogeni e degli SSRI ma al momento non sono state riconosciute prove a sufficienza che possano incoraggiare l'assunzione degli uni o degli altri per il trattamento della depressione post-partum.

Bibliografia Depressione Post-Partum

- Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, NICE Clinical Guideline (February 2007);
- O'Keane V, Marsh MS; Depression during pregnancy. BMJ. 2007 May 12;334(7601):1003-5.
- Strom M, Mortensen EL, Halldorson TI, et al; Leisure-time physical activity in pregnancy and risk of postpartum depression: a J Clin Psychiatry. 2009 Dec;70(12):1707-14. [abstract]
- Lanza di Scalea T, Wisner KL; Antidepressant medication use during breastfeeding. Clin Obstet Gynecol. 2009 Sep;52(3):483-97. [abstract]
- Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A; Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD001690. [abstract]
- Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG. Mar 2011
- Hay DF, Pawlby S, Waters CS, et al; Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on J Child Psychol Psychiatry. 2008 Oct;49(10):1079-88. [abstract]



Psichiatra e Psicoterapeuta, si occupa delle maggiori e più comuni patologie psichiatriche per le quali offre servizi di diagnosi e terapia nel proprio studio a Milano. Per maggiori informazioni leggi [qui](#) o cerca un [contatto](#).

[More Posts](#) – [Website](#)

Follow Me:

