



PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE

INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

A cura di

Roberta Anniverno, Alessandra Bramante, Greta Petrilli, Claudio Mencacci

Si ringrazia per la preziosa collaborazione il Professor Cesario Bellantuono



PREVENZIONE

1

PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA
PERINATALE: INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA
GESTIONE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

[A cura di:
Roberta Anniverno,
Alessandra Bramante,
Greta Petrilli,
Claudio Mencacci]

PREMESSA

Le informazioni contenute in queste indicazioni sono aggiornate al momento della pubblicazione.

La complessità dell'argomento trattato permette un approccio sintetico ma non esaustivo del materiale contenuto nel suddetto documento.

Queste indicazioni non sono fornite per formulare una diagnosi ma per supportare i professionisti nel riconoscimento delle donne con necessità di supporto o di ulteriori approfondimenti della salute mentale così da permettere in tempo utile ed in modo efficace di approntare un corretto intervento di aiuto.

L'utilizzo delle informazioni ivi riportate è sotto la responsabilità del clinico che le applica nella propria attività.

Le suddette **buone pratiche valgono come standard minimo di indicazione ma non devono sostituirsi al giudizio clinico**, ai doveri professionali ed all'accuratezza necessari per l'approccio diagnostico e terapeutico rivolto ad ogni singolo paziente.

Inoltre non sostituiscono la competenza acquisita dall'operatore sanitario attraverso una **formazione specifica ed aggiornata** in merito all'argomento. Le attuali evidenze indicano che un'appropriata formazione per i professionisti che si confrontano con la salute nell'ambito della maternità aumenti la consapevolezza e le competenze nella valutazione del rischio psicosociale.

È auspicabile ricorrere alla valutazione **ed all'intervento specialistico psichiatrico** una volta riconosciuta una problematica psichica nella salute mentale della donna.

Australian beyondblue DRAFT Clinical Practice Guidelines March 2010

SA Perinatal Practice Guideliness Sceening for perinatal anxiety and depression cap 141 sett. 2010

PREVENZIONE: DEFINIZIONE

La prevenzione si può suddividere in tre categorie: primaria, secondaria e terziaria a seconda del fine che ci si propone.

Una seconda classificazione -universale, selettiva e indicata- può invece essere realizzata a seconda dei destinatari e dei mezzi utilizzati.

1) Prevenzione primaria

Riguarda la messa in atto di interventi volti alla riduzione del rischio prima che compaia il disturbo stesso.

2) Prevenzione secondaria

Si applica ad un *target* selezionato della popolazione generale ossia donne in gravidanza e nel postpartum.

Anche se la maternità è un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia, quando sono presenti elementi di vulnerabilità biologica, psicologica ed ambientale, la gravidanza in termini di prevenzione può costituire una “finestra di opportunità”. È in gravidanza infatti che la donna ha più occasioni di contatto con diversi operatori sanitari che, se opportunamente formati, possono essere in grado di individuare eventuali fattori di rischio.

Lo scopo della prevenzione secondaria è quello di ridurre la prevalenza della psicopatologia perinatale riducendo la gravità e la durata di malattia e limitando le conseguenze avverse.

La metodologia consiste nell'individuazione precoce e nel trattamento rapido ed efficace.

Un modo per cercare di ottenere un'individuazione precoce è lo screening, attività che si effettua attraverso procedure e strumenti appropriati (vedi approfondimento successivo sezione “*screening*”).

Una volta applicato lo screening è necessario disporre di risorse adeguate per la gestione delle condizioni cliniche emerse.

3) Prevenzione Terziaria

Si applica sulle donne con psicopatologia conclamata (es.: depressione postpartum, psicosi puerperale).

Lo scopo è ridurre la gravità e le conseguenze della condizione clinica sul funzionamento globale della donna (individuale, relazionale, sociale).

Si effettua attraverso un percorso di presa in cura con trattamento personalizzato, specialistico e multidisciplinare. (vedi approfondimento sezione “diagnosi” e “trattamento”)

a) Universale

La prevenzione è universale quando è rivolta alla popolazione generale o qualsiasi gruppo a rischio (es.: incoraggiare uno stile di vita salutare o promuovere modelli di coping per affrontare lo stress).

La prevenzione Primaria si può svolgere in diversi ambiti:

1. **Sociale:** promozione di programmi sviluppati attraverso i mass-media (giornali, riviste di settore, TV, siti dedicati, etc.).
2. **Sanità Pubblica:** materiale informativo per la popolazione generale di sensibilizzazione/informazione centrato sulla maternità.
3. **Clinica:** sensibilizzazione attraverso informazione e formazione degli operatori che sono

coinvolti nella gestione della salute della donna (es.: ginecologi, pediatri, MMG, neonatologi, ostetriche, psichiatri, psicologi, assistenti sociali).

b) Selettiva

Le misure selettive hanno come *target* tutte le persone individuate come a rischio per un disturbo specifico, come sono ad esempio le donne in epoca di gravidanza e del postpartum in relazione alla psicopatologia del puerperio.

In ambito di Sanità Pubblica, una misura di prevenzione selettiva potrebbe riguardare interventi informativi e psicoeducazionali volti alla conoscenza della salute mentale nella maternità ed alla applicazione di strategie protettive (es: aumentare il supporto familiare disponibile nel postpartum, costruire e mantenere una rete sociale funzionale, pianificare attività piacevoli).

c) Indicata

Donne identificate vulnerabili per fattori di rischio riconosciuti possono essere soggette a misure preventive specifiche.

Tra queste misure indicate, vi possono essere percorsi di routine per valutare i fattori di rischio e attivare procedure condivise di invio o gestione delle situazioni a rischio individuate; a questo proposito a livello di Sanità Pubblica dovrebbero essere organizzati corsi di formazione ad hoc per personale sanitario di competenza (es: ostetriche, ginecologi, medici di base, pediatri, psichiatri, ecc.). (13)

PREVENZIONE IN EPOCA PERINATALE

Il periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al 1° anno postpartum (Buist e Bilzstra 2006), presenta una considerevole variabilità di disturbi mentali che richiede dunque una adeguata identificazione e conseguente gestione.

(4), (8).

Circa il 16% delle donne soffre di un disturbo mentale nel periodo perinatale; si stima inoltre che la prevalenza di disturbi mentali nel periodo perinatale abbia un range di variabilità ampia a seconda dei parametri e dei metodi utilizzati negli studi. (4)

I disturbi mentali nel periodo perinatale hanno un significativo impatto sulla vita della donna, sul bambino, sulla relazione mamma-bambino e su tutto l'entourage familiare. (8)

1) GRAVIDANZA

1.1) Depressione in gravidanza

Numerosi studi hanno dimostrato che le donne in gravidanza possono soffrire di disturbi dell'umore (Depressione-Ansia per citare i principali).

I sintomi depressivi in gravidanza sono comuni quanto gli stessi nel postpartum. (6)

Uno studio di Austin et al. stima che circa il 40% delle donne che presentano depressione nel postpartum era già depressa durante la gravidanza. (2)

Negli studi che propongono risultati epidemiologici circa la depressione in gravidanza esiste un'ampia variabilità che va dal 10-16% al 14 - 23% delle donne gravide con sintomatologia depressiva (episodio depressivo, depressione minore-subsindromica). (22), (37)

I disturbi depressivi in gravidanza possono essere associati ad una patologia internistica o ad eventi di vita stressanti. Oppure i sintomi depressivi in gravidanza possono essere la manifestazione di un continuum depressivo o una ricorrenza di una condizione depressiva precedente; in modo particolare sono esposte le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza. (6)

1.2) Ansia in gravidanza

I disturbi d'ansia in gravidanza hanno ricevuto minor attenzione rispetto alla depressione pur essendo altrettanto comuni e gli studi sono scarsi, poco specifici e metodologicamente poco rigorosi. (3)

L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative sullo sviluppo fetale ed alla possibilità di manifestare una depressione nel postpartum. (28)

Una delle difficoltà ad individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza dipende dalla sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri dell'esperienza di gravidanza con manifestazioni di un disturbo d'ansia specifico (Disturbo Panico, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo d'Ansia generalizzato, Disturbo Post-Traumatico da Stress PTSD).

Paure comuni e diffuse tra le gravide possono riguardare: lo stato di salute della donna e del feto, la perdita bambino, il timore del cambiamento del corpo, del ruolo genitoriale e sociale e la paura del parto.

Sintomi fisici propri della gravidanza ma anche di uno stato d'ansia in gravidanza sono: iperemesi, vomito, nausea, affaticamento, astenia, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, fenomeni come "gambe senza riposo" o pesanti.

(20), (6)

1.3) Fattori di Rischio per Psicopatologia in Gravidanza

Ciascun fattore di rischio assume un significato in relazione al soggetto, alla sua cultura, alla sua resilienza e al momento e durata del suo impatto.

Nella loro complessa interazione non è possibile stabilire una specifica relazione causa-effetto, né se agiscano sinergicamente o singolarmente. (25)

Tra i principali fattori di rischio in letteratura si riconoscono:

- ✓ Storia psichiatrica pregressa
- ✓ Precedente storia di psicopatologia in gravidanza o postpartum
- ✓ Familiarità per disturbi psichiatrici
- ✓ Recenti eventi di vita stressanti (es.: lutti, malattie, aborti, violenza domestica)
- ✓ Storia di abuso (fisico, sessuale, psicologico)
- ✓ Relazione conflittuale con il partner
- ✓ Mancanza di supporto familiare/sociale
- ✓ Gravidanza non desiderata o non programmata
- ✓ Vulnerabilità ormonale (es.: donne con storie di Sindrome Pre Mestruale SPM, Disturbo Disforico Pre Mestruale DDPM, pregressa depressione postpartum)
- ✓ Patologia medica della madre (es.: disturbi tiroidei, diabete)
- ✓ Complicanze fetali (es.: malformazioni primarie e/o secondarie)
- ✓ Uso di sostanze psicoattive (stupefacenti, alcool, sostanze dopanti)

(6, 24, 25, 22)

2) POSTPARTUM

Psicopatologia nel puerperio: la suddivisione in Maternity Blues, Depressione Postpartum e Psicosi Postpartum alla luce delle evidenze cliniche e di letteratura appare riduttiva.

I disturbi nel postpartum, possono infatti inscrivere in un range molto più ampio che può comprendere: Disturbo della Condotta Alimentare, Disturbo della Relazione mamma-bambino, Disturbi d'Ansia e Post Traumatico da stress (PTSD), etc.

Rispetto all'epidemiologia della Depressione Postpartum, gli studi concordano su una prevalenza del disturbo del 10-15% rispetto alla popolazione generale; la variabilità della prevalenza dipende dal periodo di valutazione e dal metodo di assessment utilizzato nei diversi studi.

Pur essendo la prevalenza della depressione post natale non differente da quella in altri periodi di vita della donna, il rischio di sviluppare una depressione postnatale è maggiore nelle 5 settimane dopo il parto. (30)

Tra il 20 e 40% delle donne con episodio di depressione post natale hanno un'alta possibilità di ricaduta in una successiva gravidanza. (6)

2.1) Maternity blues

Incidenza: 50 - 80%

Si manifesta con un decorso transitorio e reversibile determinato dalla brusca caduta dei livelli estroprogestinici e tende a risolversi spontaneamente all'interno di una settimana/ 10 giorni.

Nelle donne affette da maternity blues rispetto a quelle non affette è stato riscontrato un rischio di sviluppare depressione postpartum di 3.8 volte maggiore e un rischio di 3.9 volte maggiore di manifestare una patologia dello spettro dei disturbi d'ansia. (26)

2.2) Depressione Postpartum

Si può manifestare a diversi livelli di gravità: Lieve, Moderata, Grave.

Per ciascun livello di gravità cambiano le modalità di presa in carico.

La valutazione dei fattori di rischio e della gravità psicopatologica è fondamentale per costruire percorsi di cura personalizzati (es.: valutazione del rischio di atti auto ed etero lesivi).

La depressione ha comunque in ogni caso un impatto sulla donna, sul bambino, sul partner, sulla coppia e sulla relazione madre-bambino.

2.3) Psicosi Puerperale

La psicosi puerperale può essere la manifestazione di un esordio psicotico, di un episodio maniacale all'interno di un Disturbo Bipolare oppure una psicosi reattiva breve o ancora una riacutizzazione di un disturbo schizofrenico.

Epidemiologia: l'incidenza è di 1 ogni 1000 parti con un rischio di ricadute nelle successive gravidanze pari al 50%.

La psicosi compare prevalentemente nel primo mese dopo il parto. (30)

Nei casi che poi esordiscono in psicosi, si stima che la sintomatologia ipomaniacale compaia nei giorni immediatamente successivi al parto nel 15-20%, e si ritiene che sia prevalentemente una manifestazione di un Disturbo Bipolare II o di Disturbo Bipolare NAS. (31)

2.4) Ansia nel postpartum

Epidemiologia: i disturbi d'ansia (Ansia Generalizzata, Fobia, Disturbo Ossessivo Compulsivo, PTSD, Disturbi dell'adattamento, Disturbi di panico e Agorafobia) (21), sono comuni nel postpartum quanto la depressione (3).

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. (9)

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.), qualora si intensifichi raggiungendo una gravità psicopatologica, può indurre e/o rinforzare, attraverso comportamenti disfunzionali sollecitati dall'ansia, un peggioramento dell'assetto psichico (es.: timore morte in culla con ipervigilanza notturna, alterazione ritmo sonno-veglia, esordio depressivo e di psicosi puerperale). (9)

2.5) Fattori di Rischio per Psicopatologia nel Postpartum

Fattori di Rischio per Depressione Puerperale

- ✓ Storia psicopatologica pregressa
- ✓ Familiarità psichiatrica
- ✓ Storia di psicopatologia in gravidanza
- ✓ Precedente depressione postpartum
- ✓ Patologie endocrine (ipotiroidismo)
- ✓ SPM o DDPM
- ✓ Giovane età
- ✓ Recenti eventi di vita stressanti
- ✓ Complicanze ostetriche
- ✓ Nascita pre-termine, problemi di salute del bambino, temperamento difficile del bambino
- ✓ Storia di abuso
- ✓ Violenza domestica
- ✓ Abuso di droghe /alcool
- ✓ Gravidanza indesiderata o non programmata
- ✓ Gravidanze ravvicinate
- ✓ Lungo tempo di concepimento e/o pratiche di procreazione medicalmente assistita
- ✓ Mancanza di supporto sociale
- ✓ Relazione conflittuale con il partner
- ✓ Modalità di coping disfunzionali
- ✓ Baby blues non risolta
- ✓ Esperienza di nascita deludente
- ✓ Impossibilità ad allattare
- ✓ Livello socio-economico basso

- ✓ Disoccupazione
- ✓ Essere primipara
- ✓ Interruzione recente di farmaci psicotropi
- ✓ Caratteristiche di personalità quali: soggetta a sensi di colpa, perfezionismo, sentirsi incapaci di apprendere, bassa autostima
- ✓ EPDS punteggio totale ≥ 9

Fattori di Rischio per Disturbi d'Ansia nel postpartum

- ✓ Storia psicopatologica pregressa
- ✓ Familiarità psichiatrica
- ✓ Storia di psicopatologia in gravidanza
- ✓ Precedente Disturbo d'Ansia nel postpartum
- ✓ Parto traumatico (fattore di rischio specifico per PTSD)
- ✓ Abuso Sessuale (fattore di rischio specifico per PTSD)

Fattori di Rischio Psicosi

- ✓ 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

3) STRUMENTI DI SCREENING

Gli strumenti di screening non possono sostituire né il colloquio né l'osservazione clinica e non rappresentano uno strumento diagnostico, in quanto nessun test o questionario può fornire di per sé una diagnosi.

Risultano di particolare utilità nell'individuare situazioni a rischio o potenzialmente tali.

Sono strumenti che per essere utilizzati in maniera corretta e utile, sia nella somministrazione che nella lettura dei risultati, necessitano di competenze da parte di operatori adeguatamente formati.

Questi strumenti di screening possono essere utilizzati sia nella prevenzione primaria (es. corsi pre-parto per individuare possibili donne a rischio) così come nella prevenzione secondaria (es. donne che accedono a Centri specializzati nella cura patologia di genere).

Screening in gravidanza: lo scopo è la valutazione del rischio.

Esiti:

- ✓ Potenziale identificazione di casi a rischio
- ✓ Modificazione dei fattori di rischio
- ✓ Monitoraggio e controllo
- ✓ Interventi di profilassi e di gestione

Screening nel postpartum: lo scopo è la valutazione del rischio.

La valutazione deve essere effettuata entro le 72 ore dal parto (tempo medio di degenza ospedaliera).

Le figure professionali coinvolte nella gestione della maternità devono essere in grado di svolgere un monitoraggio attento nel tempo (6-52 settimane).

Esiti:

- ✓ Individuazione dei bisogni e capacità di fornire risposte adeguate e specifiche
- ✓ Competenza nel riconoscere una condizione psicopatologica
- ✓ Conoscenza dei servizi utili per raggiungere il bisogno identificato

Screening pazienti ad alto rischio: monitoraggio attento e mirato.

Screening pazienti a basso rischio: informazioni di psicoeducazione e riferimenti relativi ai servizi competenti.

Schemi/flow chart tratti da HENSHAW C., ELLIOTT S., (18)

3.1) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

È l'unico test di screening attualmente riconosciuto a livello internazionale. La sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di origini etniche diverse.

Questionario autosomministrato composto da 10 item che individua lo stato psichico della donna nell'ultima settimana. Validato sia per la gravidanza che per il postpartum (Versione italiana della EPDS di Cox e Holden a cura di P. Grusso et al.). (14)

L'EPDS non è uno strumento di misurazione della morbilità psichiatrica generale e non rileva altri comuni disturbi presenti nel periodo perinatale; non rileva inoltre il rischio di depressione futura quindi non ha capacità predittive, ma individua esclusivamente 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.

Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio attraverso la griglia di correzione, che varia da 0-3; con la somma dei punteggi ottenuti nei singoli item si rileva il punteggio totale.

Il cut-off come indicato dall'Autore stesso, è individuato a = 12 tuttavia un cut-off di = 9 permette di individuare tutti i casi a rischio. (14)

Si preferisce utilizzare un cut-off "basso" (= 9) nonostante possa includere falsi positivi per essere certi di non trascurare donne a rischio di evoluzione psicopatologica.

Il solo punteggio non deve sostituire il giudizio clinico, è opportuno avvalersi di un colloquio clinico approfondito rispetto ai singoli item individuati come positivi (a rischio). Particolare attenzione deve essere dedicata a punteggi maggiori o uguali a 1 nell'item n.10 "ideazione suicidaria".

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

(14), (35).

Flow Chart- tratta da HENSHAW C., ELLIOTT S., Screening for perinatal depression, Ed. Jkp, 2005, pag. 58 e 67)

EPDS a 72 ore dal parto.

EPDS punteggio calcolato da operatori sanitari qualificati e formati.

A) EPDS negativo

- Psicoeducazione alla donna.

C) EPDS < 5

- Donne con score 0-4: psicoeducazione.

D) EPDS 5-9

- Maggior rischio depressione Postpartum nei successivi 6-12 mesi.
- Corsi di psicoeducazione e interventi individuali per riconoscere i segni di depressione, le opzioni di trattamento, i luoghi e i professionisti per la cura.
- Controlli periodici con somministrazioni ripetute di EPDS per il primo anno di Postpartum.
- Intervento clinico proporzionale alle valutazioni di follow-up.
- Follow-up a 4/6 settimane postpartum.
- Indicazioni per contatti per follow-up.

B) EPDS positivo ≥ 9

- Controllo fattori di rischio follow-up.
- Approfondimento clinico.

E) se EDPS >9

- Probabile Depressione Postpartum. Approfondimento clinico 2 livello specialistico di presa in cura (psichiatra). Valutazione miglior intervento/trattamento.

3.2) Domande di riconoscimento

Si tratta di 3 domande indicate e proposte dal National Institute for Health and Clinical Excellence (United Kingdom) (Nice 2007) da porre alle donne al primo contatto e successivamente a 4-6 settimane e 3-4 mesi nel postpartum. (19)

Tali domande dimostrano di avere un grande potere di screening nel postpartum e tutti gli operatori opportunamente formati le possono applicare rivolgendosi alle puerpere.

1. Durante l'ultimo mese ti sei sentita spesso giù di morale o senza speranza?
2. Durante l'ultimo mese hai provato spesso poco interesse o poco piacere nel fare le cose che sei solita fare?

Se le domande risultano positive si pone una terza domanda

3. In questa situazione senti la necessità di essere aiutata?

3.3) Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI)

(Beck, C.T, Records, T, Rice, M 2002)

Si tratta di un questionario che esplora 13 fattori di rischio elaborato da Beck nel 2001.

La definizione di depressione puerperale utilizzata per lo sviluppo della PDPI si identifica con la comparsa di un episodio di depressione maggiore ad esordio durante il primo anno di postpartum.

Raccoglie informazioni su: stato civile, stato sociale, livello di autostima, percezione soggettiva dei sintomi di ansia e depressione (durata e intensità), pregressa storia di depressione e ansia, valutazione del sostegno sociale avvertito da parte del partner, della famiglia di origine e degli amici, e soddisfazione coniugale.

Il questionario verifica la presenza o meno di 7 fonti di life-stress e per le neo-mamme chiede anche la valutazione percepita della donna di elementi legati allo stress per la cura del bambino, al temperamento del neonato ed all'eventuale maternity-blues.

Ciascuno dei 32 item prenatali o dei 39 item del postpartum prevede risposte "si" / "no" con corrispettivi punteggi (da riferirsi al manuale di scoring).

Il punteggio totale per la PDPI prenatale ha uno score tra 0-32 mentre la PDPI postpartum ha uno score di 0-39; a maggiore punteggio corrisponde un incremento dei fattori di rischio.

(27)

4.) DONNE DI NAZIONALITÀ STRANIERA

Le donne provenienti da aree culturali diverse da quella Europea necessitano di un approccio rispettoso delle loro origini e di una specifica valutazione visto i molteplici e differenti significati che l'evento nascita contiene nelle differenti parti del mondo.

Il rischio di depressione potrebbe essere maggiore in queste donne in quanto si trovano in una realtà culturale e ambientale diversa dalla loro, con la mancanza di supporto della famiglia d'origine e della rete sociale di riferimento con un senso di isolamento dovuto alla migrazione alla mancanza di un supporto familiare vicino e all'assenza di informazioni rispetto ai servizi disponibili sul territorio.

Costituiscono inoltre una problematica aggiuntiva i significati religiosi e ideologici circa il ruolo sociale della donna o il sesso del nascituro e le difficoltà linguistiche e culturali nel riconoscere il disagio mentale.

Un ostacolo è rappresentato dalla lingua parlata e dal grado di comprensione della lingua del paese ospitante e quindi la necessità di mediatori culturali che facilitino il rapporto con la donna e l'accessibilità dei servizi.

La scala EPDS è tradotta in quasi tutte le lingue e può comunque essere utilizzata come strumento di screening per identificare situazioni a rischio che poi devono essere approfondite e monitorate da personale e servizi preparati ad accogliere le donne straniere.

(6), (24), (30).



DIAGNOSI

2

PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA
PERINATALE: INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA
GESTIONE DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

[A cura di:
Roberta Anniverno,
Alessandra Bramante,
Greta Petrilli,
Claudio Mencacci]

1) DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA

Numerosi studi hanno dimostrato che le donne in gravidanza possono soffrire di disturbi dell'umore (Depressione-Ansia per citare i principali).

I sintomi depressivi in gravidanza sono comuni quanto gli stessi nel postpartum. (6)

Uno studio di Austin et al. stima che circa il 40% delle donne che presentano depressione nel postpartum era già depressa durante la gravidanza. (2)

Negli studi che propongono risultati epidemiologici circa la depressione in gravidanza esiste un'ampia variabilità che va dal 10-16% al 14 - 23% delle donne gravide con sintomatologia depressiva (episodio depressivo, depressione minore-subsindromica). (22), (37)

I sintomi depressivi in gravidanza possono essere associati ad una patologia internistica oppure essere correlati ad eventi di vita stressanti.

I disturbi depressivi in gravidanza possono essere la manifestazione di un continuum depressivo o una ricorrenza di una condizione depressiva precedente; in modo particolare sono esposte le donne che hanno sospeso un trattamento antidepressivo per la gravidanza. (6)

La depressione in gravidanza si manifesta in 1 donna su 10 con un picco di frequenza intorno alla 32° settimana di gravidanza.

La maggior parte delle donne che manifesta sintomi depressivi in gravidanza è a rischio di depressione postpartum.

1.1) Sintomi

- ✓ Incapacità a concentrarsi
- ✓ Ansia
- ✓ Estrema irritabilità con gli altri e con se stessa
- ✓ Problemi del sonno (insonnia/ipersonnia)
- ✓ Perdita/aumento appetito
- ✓ Sentirsi stanca per la maggior parte del tempo
- ✓ Incapacità di provare piacere
- ✓ Costante tristezza e pianto
- ✓ Agorafobia: difficoltà ad uscire di casa ed esporsi in situazioni sociali
- ✓ Tendenze ossessive-compulsive come lavarsi ripetutamente le mani

2) ANSIA IN GRAVIDANZA

I disturbi d'ansia in gravidanza hanno ricevuto minor attenzione rispetto alla depressione pur essendo altrettanto comuni e gli studi sono scarsi, poco specifici e metodologicamente poco rigorosi. (3)

L'ansia in gravidanza è associata a conseguenze negative sullo sviluppo fetale ed alla possibilità di manifestare una depressione nel postpartum. (28)

Una tra le difficoltà ad individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza dipende dalla sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri dell'esperienza di gravidanza con manifestazioni di un disturbo d'ansia specifico (Panico, ODC, GAD, PTSD).

Paure comuni e diffuse tra le gravide possono riguardare: lo stato di salute della donna e del feto, la perdita del bambino, il timore del cambiamento del corpo, del ruolo genitoriale e sociale e la paura del parto.

Sintomi fisici propri della gravidanza ma anche di uno stato d'ansia in gravidanza sono: iperemesi, vomito, nausea, affaticamento, astenia, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno, fenomeni come "gambe senza riposo" o pesanti. (20), (6).

3) MATERNITY BLUES

Maternity blues: incidenza 50 - 80%

Si manifesta con un decorso transitorio e reversibile determinato dalla brusca caduta dei livelli estroprogestinici che tende alla risoluzione spontanea all'interno di una settimana/10 giorni.

3.1) Sintomi

- B) Deflessione timica di grado lieve
- C) Sentimenti di inadeguatezza rispetto al proprio ruolo di madre
- D) Labilità emotiva (crisi di pianto)
- E) Disforia (irritabilità)
- F) Ansia
- G) Insonnia

Nelle donne affette da maternity blues è stato riscontrato rispetto alle madri non affette, un rischio di sviluppare depressione postpartum di 3.8 volte maggiore e un rischio di 3.9 volte maggiore di manifestare una patologia dello spettro d'ansia. (26)

ATTENZIONE: È indispensabile riconoscere le donne con maternity blues ed effettuare un controllo a distanza di un mese per valutare l'andamento dei sintomi e la loro evoluzione.

4) DEPRESSIONE POSTPARTUM

Colpisce il 10-15% delle donne durante il primo anno di vita del bambino. Può manifestarsi subito dopo il parto, con maggiore frequenza 4-6 mesi dopo il parto.

Presenza e durata dei sintomi che caratterizzano un episodio depressivo maggiore ma inscritti nell'epoca perinatale con ideazione e sentimenti specifici rispetto al ruolo materno.

4.1) Sintomi

- Umore depresso
- Anedonia perdita della capacità di provare piacere
- Modificazione peso e/o appetito
- Alterazione del sonno (aumento/riduzione tempi di sonno)
- Astenia: affaticabilità o mancanza di energie
- Isolamento
- Sentimenti di colpa e di inutilità, bassa autostima, impotenza e disvalore
- Ansia e relativi connotati somatici
- Perdita della libido
- Riduzione della concentrazione
- Pensieri ricorrenti di morte e/o progettualità di suicidio
- Agitazione / rallentamento psicomotorio

Per formulare diagnosi devono essere presenti almeno 5 dei sopra-elencati sintomi, presenti e persistenti per almeno due settimane per quasi ogni giorno.

4.2) Approfondimento dei sintomi

Le donne possono presentare un'ideazione depressiva rispetto al proprio ruolo materno che si esprime con:

- Percezione di esser incapaci di prendersi cura del figlio
- Paura ed insicurezza nella gestione del bambino
- Sentimenti ambivalenti o negativi verso il figlio
- Percezione di isolamento dal contesto familiare

4.3) Altri elementi rilevanti nella depressione postpartum grave

Le madri possono spesso riportare **pensieri o immagini intrusive ed ossessive** rispetto a fare del male al loro bambino. Sentimenti di colpa o di vergogna possano portare la madre a non esprimerli né con la famiglia né con i professionisti e quindi non raggiungere un intervento di aiuto.

Il pensiero ossessivo è un pensiero intrusivo ed ego distonico, cioè sentito come estraneo rispetto al desiderio affettivo della madre verso il proprio bambino. Quando si riconosce un pensiero ossessivo è importante inviare la donna dallo specialista psichiatra per raggiungere una diagnosi corretta del quadro clinico e la cura più adeguata. (vedi DOC)

(32, capitolo 140), (36).

5) PSICOSI PUERPERALE

Si manifesta 1 ogni 1000 parti di bambini nati vivi. (24, 23)

Se una donna ha manifestato un episodio di psicosi puerperale avrà un rischio del 25-57% di avere una ricaduta nelle gravidanze successive. (23)

È la più grave delle forme psicopatologiche del postpartum. (24)

I sintomi possono già essere presenti durante la gravidanza specialmente nelle donne che hanno in anamnesi pregressa un episodio psicotico o un disturbo bipolare. (23)

L'onset della psicosi puerperale è inaspettato e rapido. Solitamente si manifesta tra le 48 ore fino alle 2 settimane dopo il parto ma può verificarsi fino alle 12 settimane dopo il parto. (7)

5.1) Sintomi (23)

- Ideazione delirante
- Fenomeni allucinatori
- Irrequietezza, agitazione motoria o comportamenti bizzarri
- Timori e preoccupazioni eccessive ed irrazionali rispetto al bambino
- Fluttuazioni dell'umore con emozioni inappropriate
- Umore elevato con aumentato livello di energia sino ad un pattern di comportamento maniacale
- Impossibilità a dormire (insonnia resistente)
- Il comportamento può sembrare fuori dalla realtà come ad esempio non curarsi dei bisogni fisici e psicologici del bambino. Incapacità di rispondere ai bisogni del bambino (sopravvivenza, salute e nutrimento).

Sintomi che suggeriscono la presenza di un disturbo psicotico nel postpartum (psicosi puerperale, disturbo bipolare, schizofrenia, psicosi indotta da sostanze) devono essere indagati con attenzione attraverso un rapido invio allo specialista psichiatra per una individuazione precoce, una precisa diagnosi differenziale ed un celere intervento di cura (es.: farmaci, ricovero in ambiente protetto).

Un caso di psicosi nel postpartum rappresenta a tutti gli effetti un'emergenza psichiatrica.

ATTENZIONE: un elevato rischio di suicidio e figlicidio esiste specialmente quando il focus dei deliri o delle allucinazioni è sul bambino, percepito dalla mamma come un'entità malevola o come minaccioso. (33)

6) GRAVIDANZA NASCOSTA O NEGATA

GRAVIDANZA NASCOSTA

Quando una donna sa di essere incinta ma attivamente nasconde la sua gravidanza all'ambito familiare e sociale.

NEGAZIONE DI GRAVIDANZA

Può essere suddivisa in 3 tipi:

- 1) AFFETTIVA: consapevolezza sul piano cognitivo della gravidanza senza alcuna preparazione fisica o emotiva per l'arrivo del bambino.
- 2) PERVASIVA: assenza di consapevolezza dello stato gravidico.
- 3) PSICOTICA: la donna presenta una patologia psicotica e tende a negare la sua gravidanza con modalità deliranti.

GRAVIDANZA NON RICONOSCIUTA

La gravidanza quando scoperta è una totale sorpresa per la donna e per che si occupa di lei e non è associata generalmente ad aspetti legati alla salute mentale e psicologica della donna.

Sono state identificate condizioni e fattori individuali ed ambientali che possono facilitare la presenza di questi fenomeni.

L'adolescenza, una capacità cognitiva ridotta ed aspetti etnico-culturali o religiosi possono costituire fattori di rischio per la negazione o per celare volontariamente la gravidanza.

La perimenopausa può determinare un mancato riconoscimento del proprio stato di gravidanza così come le condizioni di obesità.

I disturbi psichiatrici come la schizofrenia possono sostenere lo sviluppo della negazione di gravidanza.

È auspicabile indagare un'esperienza pregressa di lutto neonatale come possibile ed ulteriore fattore di rischio per la negazione di gravidanza.

6.1) Sintomi

- ✓ I sintomi tipici della gravidanza e del parto sono spesso attribuiti ad altre cause da parte della donna che da spiegazioni alternative al suo stato gravidico (es. nausea, vomito interpretati come indigestione o stato influenzale; movimenti fetali interpretati come "aria nella pancia").
- ✓ Le donne con una pervasiva negazione di gravidanza hanno pochi e lievi sintomi gravidici (assenza di nausea, minimo aumento di peso, perdite mestruali).
- ✓ Il parto spesso è un evento a sorpresa per la donna che si presenta in ospedale lamentando forti dolori addominali o alla schiena.
- ✓ Uno stato dissociativo può essere presente nella fase del parto.

È importante conoscere l'esistenza e riconoscere la negazione di gravidanza per le implicazioni che ha per la salute della donna e del nascituro. In alcuni casi il neonato può essere abbandonato o ucciso. (32)

7) PSEUDOCIESI

È una condizione rara caratterizzata dalla presenza visibile dei segni di una gravidanza in assenza dello stato gravidico reale.

7.1) Sintomi

- ✓ Aumento volume addominale
- ✓ Riferiti movimenti fetali
- ✓ Modificazione del seno, galattorrea
- ✓ Irregolarità/interruzione del ciclo
- ✓ Aumento di peso
- ✓ Dilatazione dell'utero

Sono stati individuati dei fattori predisponenti quali: basso livello intellettivo, scarsità di stimoli culturali ed ambientali.

8) DISTURBI D'ANSIA NEL POSTPARTUM

Epidemiologia: i disturbi d'ansia (Ansia Generalizzata, Fobia, Disturbo Ossessivo Compulsivo, PTSD, Disturbi dell'adattamento, Disturbi di panico e Agorafobia (Matthey et al 2003) sono comuni nel postpartum quanto la depressione. (Austin e Priest 2005) (21), (3).

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. (9)

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.), qualora si intensifichi raggiungendo una gravità psicopatologica, può indurre e/o rinforzare, attraverso comportamenti disfunzionali sollecitati dall'ansia, un peggioramento dell'assetto psichico (es.: timore morte in culla, ipervigilanza, alterazione ritmo sonno-veglia, esordio depressivo e di psicosi puerperale). (9)

Esistono diverse manifestazioni dell'ansia che costituiscono i seguenti disturbi:

8.1) Ansia Generalizzata

Ansia eccessiva e persistente per la maggior parte dei giorni per una durata superiore ai 6 mesi, più frequente nelle donne durante il periodo del postpartum rispetto alla popolazione generale.

Sintomi:

- ✓ Ansia e preoccupazioni eccessive
- ✓ Attesa apprensiva
- ✓ Difficoltà a controllare la preoccupazione (rimuginio)
- ✓ Tensione muscolare
- ✓ Iperattività neurovegetativa

- ✓ Vigilanza cognitiva
- ✓ Alterazioni del sonno
- ✓ Somatizzazioni a carico di diversi organi
- ✓ Difficoltà a concentrarsi
- ✓ Facile affaticabilità

Nel postpartum i pensieri ansiosi si organizzano in modo più specifico sulla salute del bambino. L'ansia può strutturarsi sino al timore patologico della morte in culla tanto da rendere le madri insonni per controllare lo stato di salute del loro bambino mentre dorme.

8.2) Disturbo da attacchi di panico

Il disturbo è caratterizzato da attacchi ricorrenti ed inaspettati di ansia grave (panico) per almeno un mese. All'inizio improvviso segue generalmente l'apice della durata di circa 10 minuti ed è spesso accompagnato da un senso di pericolo e di paura imminente.

Sono presenti:

- Preoccupazione relativa al significato dell'attacco
- Preoccupazione relativa alle sue conseguenze
- Preoccupazione relativa ai cambiamenti significativi del comportamento (evitamento, compagno agorafobico) legati agli attacchi stessi

Sintomi

Questo periodo di intensa paura è accompagnato da almeno 4 sintomi somatici e/o cognitivi

- ✓ Senso di paura, di terrore
- ✓ Paura di morire
- ✓ Paura di perdere il controllo
- ✓ Respiro corso
- ✓ Senso di soffocamento
- ✓ Tremori
- ✓ Vertigini
- ✓ Senso di testa vuota
- ✓ Palpitazioni, dolori o fastidio al petto
- ✓ Formicolio, parestesie
- ✓ Intorpidimento
- ✓ Sudorazione
- ✓ Nausea e disturbi addominali
- ✓ Depersonalizzazione: senso di estraneità a sé
- ✓ derealizzazione: senso di estraneità dalla realtà esterna

Nel periodo post-natale il panico può peggiorare determinando in alcune donne agorafobia ed isolamento sociale.

Il DAP colpisce approssimativamente il 10% delle donne nel postpartum.

(24, 15, 23)

8.3) Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

Il DOC nel periodo post-natale può essere estremamente debilitante se non trattato, poiché la madre, provata dai pensieri ossessivi e dai comportamenti compulsivi, dispone di poco tempo ed energie per la cura di se stessa e del bambino. (32)

Il DOC colpisce approssimativamente il 2-5% delle neo mamme. Frequentemente le donne che hanno manifestato un episodio di DOC nel postpartum possono ripresentare un attacco nelle successive gravidanze. (33; 1)

Secondo il DSM IV–TR il DOC è caratterizzato da sintomi ossessivo e/o compulsivi che causano marcata sofferenza, comportano spreco di tempo per assecondare i pensieri ossessivi o le compulsioni strutturate, (più di un'ora al giorno), ed interferiscono con le normali attività quotidiane.

Il disturbo viene diagnosticato se compromette il funzionamento globale della donna, (sociale, lavorativo, relazionale) e se non è meglio giustificato da altri disturbi d'ansia o malattie psichiatriche dovute a condizioni mediche generali.

DEFINIZIONE DI OSSESSIONE

Pensieri, dubbi, immagini o impulsi ricorrenti e persistenti percepiti come invasivi ed inappropriati. La donna si rende conto che i pensieri, le immagini, gli impulsi sono frutto della propria mente e così tenta (inutilmente) di ignorarli, sopprimerli o neutralizzarli, con altri pensieri e/o comportamenti (compulsioni).

DEFINIZIONE DI COMPULSIONE

Comportamenti o azioni mentali ripetitivi che l'individuo compie come una sorta di rituale stereotipato per controllare le ossessioni.

Le compulsioni possono riguardare diverse tematiche come: contaminazione, perfezionismo, ordine, controllo.

ATTENZIONE: nel postpartum possono comparire pensieri ossessivi di danno nei confronti del proprio bambino (paura di fare del male) spesso complicati da frequenti, estremi e persistenti sentimenti di vergogna e di colpa accompagnati da ansia. (33)

8.4) Tocofobia (paura del parto)

Paura del parto che assume una connotazione patologica perché sostiene timori di morte o conseguenze devastanti per la puerpera ed il nascituro. Può essere causa di rifiuto o di interruzione volontaria di gravidanza per un bambino molto desiderato o di richiesta per parto cesareo.

Si distingue in:

Primaria: paura del parto nelle nullipare.

Secondaria: paura conseguente ad un precedente parto traumatico o ad un altro evento traumatico.

La tocofobia può presentarsi dopo precedenti esami ginecologici traumatici o a seguito di una storia di abuso sessuale.

Si manifesta spesso nel contesto di un disturbo depressivo o di un disturbo post-traumatico da stress. La prevalenza della fobia grave è riportata essere pari al 5.5% ed è associata con la scelta di un parto cesareo.

8.5) Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)

Si manifesta nel 2-3% sino al 25% delle donne nel postpartum. (32)

Il PTSD, un'altra forma di disturbo d'ansia, è tipicamente associato ad un'esperienza catastrofica come un'aggressione, uno stupro o un disastro naturale. L'onset del PTSD è spesso associato con un abuso sessuale, fisico e/o emotivo.

Le donne che subiscono un trauma in gravidanza, durante il travaglio o il parto o nel postpartum possono manifestare un PTSD. (33)

È spesso una complicazione del parto non riconosciuta e non gestita in modo appropriato.

Per alcune donne la nascita di un bambino non è un evento appagante e diventa una delle esperienze più traumatiche della loro vita.

Le esperienze di dolore estremo, di perdita del controllo e paura di morire per se stesse e per il bambino mettono le donne ad un rischio più elevato di PTSD.

La sofferenza e lo stress derivanti da un parto traumatico possono inficiare l'abilità della donna di allattare ed interferire negativamente nella relazione madre-bambino.

Una storia di pregressi traumi può costituire un fattore predisponente ad un ulteriore trauma o elevati livelli di sofferenza psicologica nel periodo perinatale.

Tra i principali fattori predisponenti si annoverano:

- Violenza domestica
- Abuso sessuale
- Stupro
- Migrazione

Ulteriori fattori possono essere:

- Mancanza di supporto sociale
- Scarse strategie di coping
- Sentimenti di impotenza
- Dolore estremo
- Esiti inattesi ed inaspettati del travaglio e del parto, inclusa la morte o la malattia del bambino
- Percezione di uno staff sanitario incurante ed ostile
- Perdita di controllo
- Interventi medici
- Mancanza di informazioni

- Precedenti parti traumatici

Sintomi

La sofferenza psicologica dopo il parto si può manifestare in ciascuno dei seguenti modi:

- ✓ Apparire confusa/stordita
- ✓ Riduzione dello stato di coscienza
- ✓ Agitata o iperattiva
- ✓ Sentirsi estraniare, isolate e/o chiuse in se stesse

- ✓ Sintomi neurovegetativi: tachicardia, palpitazioni, sudorazione, “farfalle” nello stomaco
- ✓ Bocca secca
- ✓ Amnesia, blocchi di memoria
- ✓ Essere disorientate
- ✓ Essere depresse

Questi sintomi possono essere precursori di un PTSD molto più grave.

Sintomi peculiari del PTSD sono:

- ✓ Flashback, depersonalizzazione ed ipervigilanza
- ✓ Incubi
- ✓ Congelamento emotivo
- ✓ Ricordi intrusivi, depressione
- ✓ Ansia, difficoltà nella relazione di attaccamento
- ✓ Paura di intimità sessuale, evitamento della gravidanza o di parto vaginale

9) DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

Lo sviluppo del rapporto madre-bambino è il processo psicologico centrale del periodo perinatale. Lo sviluppo del bambino è organizzato nel contesto delle relazioni precoci, pertanto una valutazione dei rischi per tale sviluppo deve includere un approfondimento della relazione mamma-bambino. (32)

La relazione madre-bambino inizia già durante la gravidanza e consiste essenzialmente in idee ed emozioni attivate dal bambino che trovano la loro espressione nei comportamenti affettivi e protettivi della madre. (33).

Fattori di rischio

- Gravidanza non pianificata
- Gravidanza non desiderata
- Nascita prematura
- Separazione precoce (es: ospedalizzazione madre o bimbo)
- Malformazione congenita, handicap del bambino
- Depressione postpartum
- Sesso del bambino

Si differenzia dalla depressione postpartum perché questo disturbo è centrato sulla inadeguata risposta emotiva della madre verso il proprio bambino. Infatti, studi internazionali evidenziano come questo disturbo non sia confinato alla cultura europea ma sia distribuito nelle diverse culture (es.: madri pakistane, afro-caraibiche, giapponesi) (10), (33).

In una minoranza circa 1% della madri sviluppano emozioni negative verso il bambino che possono raggiungere sentimenti di antipatia, odio e rifiuto.

Quando è presente un sentimento negativo persistente nei confronti del proprio bambino è possibile parlare di un disturbo della relazione madre-bambino.

Il sentimento negativo verso il proprio bambino si può esprimere:

- 1) Come emozione negativa di rifiuto o di avversione verso il bambino e/o attraverso un comportamento di rifiuto.
- 2) Come rabbia patologica quando le richieste del bambino suscitano nella mamma impulsi aggressivi che possono portare alle urla, all'abuso ed in casi estremi all'infanticidio.

Sintomi

- ✓ Rammarico per la gravidanza
- ✓ Ostilità verso il bambino
- ✓ La madre prova sollievo quando è lontana dal bambino
- ✓ Tentativi di evasione o fuga dal contesto relazionale
- ✓ Richiesta che un parente o una madre adottiva allevi il bambino
- ✓ Celata o dichiarata voglia che il bambino sia rubato o che muoia improvvisamente

Il disturbo di relazione madre-bambino è presente nel 10-25% delle donne che si rivolgono ad uno psichiatra dopo la nascita di un bambino. (11)



TRATTAMENTO

3

PREVENZIONE, DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE:
INDICAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA PER LA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE
PERINATALE

[A cura di:
Roberta Anniverno,
Alessandra Bramante,
Greta Petrilli,
Claudio Mencacci]

SAPER ASCOLTARE

La disponibilità all'ascolto ed alla costruzione di un setting accogliente per raccogliere la storia di vita ed anamnestica della paziente sono un requisito indispensabile per procedere ad una corretta azione di prevenzione, diagnosi e trattamento. Queste competenze devono essere applicate da ogni professionista della salute che incontra la donna nei diversi periodi della maternità e non sono specifiche dello specialista psichiatra o psicologo.

Un'attenzione particolare al periodo della gravidanza e del puerperio dovrebbe essere riservata indipendentemente dalla presenza di condizioni psicopatologiche, in quanto la maternità risulta essere un'epoca di crisi e di cambiamento al quale spesso la donna fatica ad adattarsi.

La presenza di sentimenti contrastanti ed emozioni ambivalenti possono caratterizzare questo percorso di adattamento alla maternità, pertanto è necessario avere **un'apertura accogliente e non giudicante ed un ascolto attivo** per esplorare la natura e i significati degli stessi e diminuire la probabilità che evolvano su un *continuum* di gravità.

SAPER RICONOSCERE

È importante avere la consapevolezza che indagando il malessere di una madre in gravidanza o nel postpartum si possono rilevare condizioni cliniche ad alto rischio per la donna o per il bambino.

Le condizioni ad alto rischio che devono essere esplorate sono:

- Ideazione di morte / rischio di suicidio.
- Disturbo della relazione madre-bambino.
- Propositi e/o agiti aggressivi verso il bambino (trascuratezza / maltrattamento).
- Propositi e/o agiti aggressivi verso il feto (es: abuso di sostanze, comportamenti a rischio durante la gravidanza).

L'operatore deve sapere che non può esimersi dall'indagine e dall'approfondimento di queste tematiche anche se non sono direttamente espresse dalla paziente. Solo così l'incontro con l'operatore può diventare un'opportunità di prevenzione per la madre e per il suo bambino.

SAPER CHIEDERE

Alcune tra le domande di base da porre alle pazienti sono:

IDEAZIONE SUICIDARIA:

- Ha mai pensato di farsi del male?
- Ha mai pensato che la vita non vale la pena di essere vissuta?
- Ha pensato come fare? (indagine della progettualità e pianificazione suicidaria)

RELAZIONE MADRE-BAMBINO:

GRAVIDANZA

- Durante la gravidanza ha effettuato i controlli di routine necessari?
- Durante la gravidanza ha mai avuto comportamenti inadeguati o a rischio per il feto? (es.: abuso alcool, sostanze stupefacenti, fumo)
- Ha mai provato odio o rifiuto nei confronti del feto?
- Ha mai pensato di colpirla la pancia per fare del male al bambino?

POSTPARTUM

- Ha mai provato irritazione / rabbia verso il bambino?
- Ha mai provato troppo fastidio o irritazione quando suo figlio piange?
- Ha mai pensato che il bambino non fosse suo?
- Ha mai pensato di scuotere o schiaffeggiare il suo bambino?
- Ha mai fatto del male al suo bambino?

(7)

ATTENZIONE: queste domande devono essere poste alle pazienti perché IGNORARE UN' AREA DI INDAGINE COSÌ IMPORTANTE PER LA DONNA ED IL SUO BAMBINO NON È AMMESSO!

TRATTAMENTO DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE

| Trattamenti | IN GRAVIDANZA E NEL POSTPARTUM |
|--------------------------------------|---|
| TRATTAMENTI NON-FARMACOLOGICI | H) INTERVENTI PSICOEDUCAZIONALI I) PSICOTERAPIA ➤ TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE ➤ TERAPIA INTERPERSONALE ➤ TERAPIA PSICODINAMICA J) SUPPORTO PSICOLOGICO K) TECNICHE DI RILASSAMENTO |
| TRATTAMENTO FARMACOLOGICO | TAB.1 FARMACOTERAPIA IN GRAVIDANZA d) Antidepressivi e) Ansiolitici f) Stabilizzatori dell'umore g) Antipsicotici TAB.2 FARMACOTERAPIA NEL POSTPARTUM h) Antidepressivi i) Ansiolitici j) Stabilizzatori dell'umore k) Antipsicotici |
| TRATTAMENTO COMBINATO | Un approccio integrato dove farmaco e psicoterapia lavorano insieme è il miglior intervento terapeutico che si possa strutturare con il quale si raggiunge il maggior successo di guarigione dai sintomi |

1) TRATTAMENTI NON-FARMACOLOGICI

1.1) Interventi psicoeducativi

Sono colloqui volti alla conoscenza della diagnosi e dei disturbi per permettere alla paziente di acquisire un automonitoraggio dei sintomi, volto al miglioramento della consapevolezza di malattia e di adesione alla cura.

È importante coinvolgere il partner nella psicoeducazione per una maggiore comprensione della condizione psicopatologica della donna, una riduzione dei fattori di rischio presenti nella relazione (conflittualità) ed un miglior supporto emotivo. (7)

1.2) Psicoterapia

L'intervento psicologico deve essere effettuato da uno psicoterapeuta professionista, possibilmente con competenze specifiche sulla maternità.

La decisione rispetto al tipo di psicoterapia deve essere basata su:

- Preferenze espresse dalla paziente
- Fattibilità di un particolare tipo di psicoterapia
- Gravità del disturbo

a) Terapia cognitivo-comportamentale

Prevede interventi di tipo individuale o di gruppo allo scopo di insegnare un modo alternativo di pensare e di agire.

Lo scopo è quello di identificare i pensieri disfunzionali e le emozioni conseguenti ad essi con l'obiettivo di introdurre pensieri alternativi che modifichino lo stato emotivo ed i comportamenti del paziente.

Le caratteristiche di questo orientamento sono:

- pratico e concreto;
- si focalizza sulla risoluzione di problemi psicologici concreti centrata sul "qui ed ora";
- a breve termine;
- orientato allo scopo;
- attivo: sia il paziente che il terapeuta giocano un ruolo attivo, il terapeuta cerca di insegnare al paziente ciò che si conosce sui suoi problemi e sulle possibili soluzioni ad essi. Il paziente lavora anche al di fuori della seduta terapeutica per mettere in pratica le strategie apprese in terapia svolgendo dei compiti che gli vengono assegnati di volta in volta.

b) Terapia Interpersonale (IPT)

È una terapia breve altamente strutturata, focalizzata sui sintomi attuali della paziente, sui rapporti interpersonali e sugli eventi della vita. Riconosce l'importanza delle esperienze pregresse ma ha come obiettivo la risoluzione dei conflitti interpersonali attuali.

Secondo la IPT, tre sono le componenti che costituiscono una sintomatologia psichica:

- La formazione del sintomo
- Il funzionamento sociale

- Le caratteristiche di personalità

L'intervento IPT si basa sull'approccio a 4 aree problematiche: sintomo, conflitti di ruolo interpersonale, cambiamenti di ruolo e deficit interpersonali.

c) **Terapia Psicodinamica**

Si focalizza sui diversi aspetti del sé che non sono completamente conosciuti sottostanti al comportamento attuale della persona, ai sintomi ed alle modalità di relazione.

L'obiettivo della terapia psicodinamica è aumentare l'autoconsapevolezza e comprendere l'influenza del passato sul comportamento presente, attraverso un processo interpersonale (terapeuta-paziente) consapevole e pianificato.

Il paziente viene incoraggiato nel raggiungere un cambiamento consapevole dei processi psicologici dai quali dipende la sofferenza, il malessere, lo stile di vita inadeguato che contribuiscono la sintomatologia psichica.

Si sono sviluppati numerosi approcci diversi tra loro a partire dalla terapia psicanalitica che vengono clinicamente applicati ad un ampio range di disturbi psicologici.

1.3) **Supporto psicologico**

Non è un vero e proprio intervento di psicoterapia ma è un ascolto empatico e non giudicante, da parte di un professionista competente, che permette alla donna di aprirsi al dialogo. È un processo di accompagnamento e di sostegno non direttivo e incoraggiante.

Lo psicologo è la figura di elezione per questa attività ma, se ben formati, anche gli operatori della salute possono costituire fonte di supporto durante il percorso di maternità (es: ostetrica, ginecologo, puericultrici attenti a fornire informazioni in merito al parto ed al postpartum, accoglienti rispetto alle paure ed ai bisogni della puerpera).

1.4) **Tecniche di rilassamento**

RILASSAMENTO MUSCOLARE PROGRESSIVO DI JACOBSON

È una tecnica che consente di apprendere un modo per rilassarsi e acquisire la capacità di “lasciarsi andare” focalizzando l'attenzione sul rilasciamento muscolare; consiste in una sequenza organizzata di esercizi di contrazione e decontrazione di gruppi muscolari, coinvolgendo tutti i segmenti corporei. I principali obiettivi sono:

- Produrre uno stato di rilassamento autosomministrabile e riproducibile
- Modificare la percezione soggettiva del sintomo
- Ridurre gli effetti fisici dell'ansia migliorando la conoscenza del proprio corpo

- Facilitare l'addormentamento
- Modulare la frequenza respiratoria
- Ridurre e regolarizzare il respiro a riposo
- Imparare ad utilizzare il rilassamento in altri contesti: al lavoro, in macchina, durante l'allattamento
- Possibilità di concedersi pause per rilassarsi, durante la giornata
- Migliorare le capacità personali di rispondere alle difficoltà
- Dedicare tempo a se stessi in attività piacevoli

2) TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

I farmaci psicotropi potrebbero essere indicati durante il periodo perinatale per:

- Profilassi di un disturbo preesistente (come il disturbo bipolare)
- Trattamento di un nuovo episodio di un disturbo mentale

RISCHI DEL NON TRATTAMENTO / TRATTAMENTO

Anche se esistono dei rischi associati all'uso dei farmaci psicotropi nel periodo perinatale non si deve concludere che è sempre meglio evitarli.

Un disturbo mentale non trattato in questo periodo può interferire con il benessere fisico e mentale della donna, del feto/bambino, e su altre persone significative della famiglia. (24)

Per esempio la depressione in gravidanza è associata ad un aumento della percentuale ostetrica di complicazioni, nascite premature, aborto spontaneo, tentativi di suicidio, accesso a cure specialistiche nel periodo post-natale e per il bambino basso peso alla nascita. (7)

Tra le donne con disturbo bipolare si evidenzia un'aumentata percentuale di suicidio, una potenziale esacerbazione del disturbo se non trattato e conseguenze ostetriche che includono la nascita pretermine, un basso peso alla nascita e bambini piccoli per età gestazionale. (7)

La decisione di continuare, iniziare o sospendere il trattamento psicotropo per una donna che sta programmando una gravidanza, che è in cinta o che allatta, necessita di:

1. Valutazione caso per caso che tenga in considerazione:
 - Le caratteristiche individuali della donna
 - La storia pregressa di psicopatologia
 - La tendenza alle ricadute
 - Il rischio per il feto o il neonato della sospensione farmacologica
 - Il rischio di non trattamento
2. Essere guidata da una consultazione approfondita ed accurata con la donna e con i suoi familiari
3. Seguire le linee guida di trattamento farmacologico specifiche per ogni disturbo

Quando la gravidanza è pianificata risulta più semplice programmare un piano di trattamento farmacologico.

Quando non è pianificata è presente il rischio di un'esposizione già in atto al farmaco che dovrà essere pertanto valutato e gestito da uno specialista psichiatra.

Una paziente con grave disturbo psichiatrico presente ma non trattato durante la gravidanza deve essere informata sulla necessità di riprendere la terapia farmacologica nell'immediato dopo parto.

RISCHIO DEL TRATTAMENTO

È bene ricordare che nella popolazione generale senza specifica esposizione ai farmaci psicotropi il 2-4% dei neonati è portatore di malformazioni che limitano le loro funzioni o richiedono interventi chirurgici, e che il 12% dei neonati è portatore di malformazioni comuni.

I dati raccolti in letteratura sono ancora esigui per poter confermare una sicurezza assoluta dei farmaci durante la gravidanza.

TERATOGENICITÀ

Effetto tossico del farmaco sul feto; quando l'esposizione avviene nel primo trimestre di gravidanza si possono avere malformazioni maggiori/minori.

MALFORMAZIONI MAGGIORI: spina bifida, labio-palatoschisi, microcefalia e malformazioni cardiache ed urinarie. Tali malformazioni sono a carico di organi ed apparati e necessitano di un intervento chirurgico.

MALFORMAZIONI MINORI: anomalie scheletriche, pieghe palmari, epicantero ed altre anomalie facciali; sono solitamente prive di impedimenti funzionali importanti ma determinano un'alterazione di tipo estetico.

TOSSICITÀ NEONATALE

Effetto tossico quando il feto è esposto in terzo trimestre di gravidanza o prima del parto. Si possono verificare effetti indesiderati analoghi a quelli che si verificano nell'adulto, sindromi da sospensione e tossicità perinatale da sovradosaggio alla nascita.

Il rischio di malformazione dipende:

- dalle caratteristiche del farmaco;
- dal periodo nel quale È avvenuta l'esposizione;
- dal dosaggio di esposizione al farmaco.

TOSSICITÀ A LUNGO TERMINE o TERATOGENESI COMPORTAMENTALE

Include quelle modificazioni cognitive e comportamentali che si possono manifestare a distanza di alcuni mesi o anni dall'esposizione ad un agente specifico.

(4)

TAB.1: FARMACOTERAPIA IN GRAVIDANZA

| RISCHI E BENEFICI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN GRAVIDANZA | |
|--|--|
| Tratto da: Beyondblue, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES-depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period, Febbraio 2011 (vedi anche PDF allegati) | |
| Benefici per la madre | Rischi potenziali per la gravidanza e per il neonato |
| <p>ANTIDEPRESSIVI (AD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ SSRI-SNRI: remissione dei sintomi e prevenzione delle ricadute depressive durante la gestazione. ✓ Gli SSRI sono considerati di scelta nel trattamento della grave depressione antepartum rispetto ad altri AD. <ul style="list-style-type: none"> ✓ TCA (triciclici): non consigliati in gravidanza per maggiori effetti indesiderati e tossicità per la madre. ✓ Dati sul rischio di malformazioni maggiori meno consistenti rispetto agli SSRI. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rischio di aborto spontaneo da esposizione nel 1°trimestre non confermato da studi recenti. ✓ Rischio di parto pretermine (20%), presente anche nelle donne depresse non trattate con farmaci AD. ✓ Rischio di basso peso alla nascita, presente anche nelle donne depresse non trattate con farmaci AD. ✓ Rischio raro di ipertensione polmonare persistente nel neonato: 0.3%-1.2% in neonati esposti per oltre 20 settimane (0.2% nei neonati non esposti) . ✓ Rischio di malformazioni maggiori non confermato da studi recenti per fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina, meno dati per escitalopram e fluvoxamina; studi meno numerosi per venlafaxina, scarsi per duloxetina. ✓ Possibile insorgenza di una sindrome da sospensione neonatale; in genere ad evoluzione favorevole entro 7-10 giorni dopo il parto. Si consiglia riduzione graduale dell'AD nelle ultime 2-3 settimane prima del parto. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rischio di malformazioni maggiori non confermato; studi sulla sicurezza in gravidanza datati e meno consistenti rispetto agli SSRI. ✓ Rischio di suicidio in gravidanza più elevato rispetto agli SSRI. ✓ Possibile insorgenza di una sindrome da sospensione neonatale; in genere ad evoluzione favorevole entro 7-10 giorni dopo il parto. Si consiglia riduzione graduale terapia nelle ultime 2-3 settimane prima del parto. ✓ Effetti indesiderati e tossicità da sovradosaggio maggiore rispetto agli SSRI |

| | |
|---|--|
| <p>ANSIOLITICI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BENZODIAZEPINE (BDZ): rapidità di efficacia sugli attacchi di panico e sugli stati d'ansia gravi. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rischio di labio-palatoschisi non confermato in studi recenti nei neonati esposti nei primi tre mesi. ✓ Riportati, in alcuni neonati esposti: fenomeni di sedazione, basso peso alla nascita e basso punteggio APGAR, soprattutto in gravide trattate con dosi elevate di BDZ. |
| <p>STABILIZZATORI DELL'UMORE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ANTICONVULSIVANTI: trattamento dell'episodio maniacale e prevenzione delle ricadute in donne con disturbo bipolare. ✓ LITIO: trattamento dell'episodio maniacale e prevenzione delle ricadute in donne con disturbo bipolare. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentato rischio di malformazioni con Sodio Valproato di (6% -20%), riportati casi di spina bifida nel 6% dei neonati esposti (0.05% nei non esposti). ✓ Potenziali deficit del neuro sviluppo. ✓ Aumentato rischio di malformazioni (4%-12%): sindrome di Ebstein riportata in 1/1000 neonati esposti (1/10.000 nei non esposti). |
| <p>ANTIPSIKOTICI (AP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ AP DI PRIMA GENERAZIONE: trattamento dell'episodio maniacale e dei sintomi psicotici a breve e lungo termine. Da preferire per il maggiore numero di dati la clorpromazina . ✓ AP DI SECONDA GENERAZIONE: trattamento dell'episodio maniacale e dei sintomi psicotici a breve e lungo termine. Dati ancora scarsi per esprimere un giudizio sulla sicurezza nei primi tre mesi di gravidanza. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Basso peso alla nascita. ✓ Bassa età gestazionale. ✓ Nascita pretermine. ✓ Dati sulla teratogenesi non confermati. ✓ In letteratura sono disponibili alcuni studi che indicano una probabile mancanza di rischio di malformazioni associate all'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione. ✓ Aumento di peso e di dimensioni per età gestazionale del neonato sono stati riportati in seguito all'esposizione ad alcuni antipsicotici di II generazione. |

TAB.2: FARMACOTERAPIA NEL POSTPARTUM

| RISCHI E BENEFICI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DURANTE IL POSTPARTUM | |
|--|---|
| Tratto da Beyondblue, CLINICAL PRACTICE GUIDELINES-depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period, Febbraio 2011 | |
| Farmaci | Considerazioni |
| ANTIDEPRESSIVI (AD) ✓ SSRI ✓ SNRI (venlafaxina) ✓ TCA (triciclici) | ✓ Nessuna controindicazione per l'allattamento con paroxetine e sertralina. ✓ La fluoxetina può accumularsi nel bambino e provocare irrequietezza e disturbi del sonno. ✓ In alcuni studi i livelli di venlafaxina nel latte materno sono stati trovati più alti rispetto alla soglia di sicurezza. ✓ Basse concentrazioni nel latte materno con alcuni TCA; |
| ANSIOLITICI ✓ BENZODIAZEPINE (BDZ) | ✓ BDZ a breve emivita (es. lorazepam) possono essere somministrate per brevi periodi. ✓ BDZ a lunga emivita (es. delorazepam) dovrebbero essere evitate, rischio di fenomeni di sedazione neonatale. |
| STABILIZZATORI DELL'UMORE ✓ ANTICONVULSIVANTI ✓ LITIO | ✓ Evidenze limitate per la sicurezza ✓ Concentrazioni variabili nel latte, non consigliabile l'allattamento al seno. ✓ È richiesto uno stretto monitoraggio del bambino inclusi i livelli di concentrazione plasmatica del farmaco subito dopo il parto nelle donne esposte negli ultimi 3 mesi. |
| ANTIPISICOTICI (AP) Nessun AP è consigliato nell'allattamento. | L'allattamento al seno è controindicato con la clozapina per le elevate concentrazioni riportate nel latte materno. |

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMOWITZ J., et al., *Obsessive compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature*, Journal of anxiety Disorders, 17, 461-478, 2003.
2. AUSTIN M.P., (2004), *Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here?* Arch Womens Ment Health, 7(1):1-6.
3. AUSTIN M.P., PRIEST S.R., (2005), *Clinical issue in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders*, Acta Psychiatry Scand, 112(2): 97-104.
4. BELLANTUONO C., IMPERADORE G., *Gli psicofarmaci in gravidanza e nell'allattamento*, Il pensiero scientifico Editore, 2005.
5. BELLANTUONO C., SANTONE G., RICCHI G., TOFANI S., DI MASSIMO G., *Antidepressivi e antipsicotici in gravidanza: quali evidenze sul rischio di malformazioni maggiori?*, Organo ufficiale della società italiana di neuropsicofarmacologia.
6. Beyondblue Clinical Practice Guidelines, DRAFT, (March 2010), *Clinical practice guidelines for depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period*.
7. Beyondblue, Clinical Practice Guidelines, *Depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period*, Fbraio 2011.
8. Beyondblue, Perinatal Mental Health Consortium, Perinatal Mental Health, National Action Plan, 2008-2010, Full Report, (May 2008).
9. BROCKINGTON I., (2004), *Postpartum psychiatric disorders*, Seminar, The Lancet, 363:303-310.
10. BROCKINGTON I., *La protezione e la prevenzione della salute mentale nei bambini di genitori mentalmente disturbati*, relazione presso il Convegno G.I.PSI. “Maternità sconvolgenti: radici, evoluzioni, conseguenze psicologiche”, Verona 24 Giugno 2011.
11. BROCKINGTON I., *Motherhood and Mental Health*, Oxford University Press, 1996.
12. BUIST A., BILSZTA J., (2006), *The beyondblue National Postnatal Screening Program, Prevention and Early Intervention 2001–2005*, Final Report, Vol 1: National Screening Program, Beyondblue: the National Depression Initiative.

13. CANTWELL R., SMITH S., (2008), *Prediction and prevention of perinatal mental illness, Preventing and detecting perinatal illness*, Psychiatry, 8:1.
14. COX J., HOLDEN J., *Maternità e psicopatologia, guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*, a cura di Grussu P. e Quatraro R.M., Centro Studi Erikson, 2008.
15. DSM IV-TR, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Text Revision.
16. GENTILE S., *Antipsychotic Therapy During Early and Late Pregnancy. A Systematic Review*, Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 3 pp. 518–544, 2010.
17. HACKLEY B., *Antidepressant Medication Use in Pregnancy*, Journal of Midwifery & Women's Health, Volume 55, No. 2, March/April 2010.
18. HENSHAW C., ELLIOTT S., *Screening for perinatal depression*, Ed. jkp, 2005 (schemi/flow chart tratti da pagg 58 e 67).
19. HEWITT C. et al., (2009), *Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis*, BMJ 2210;340:b5203 doi:10.1136/bmj.b5203.
20. MARCUS S.M., HERRINGHAUSEN J.E., (2009), *Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy*, Prim Care Clin Office Pract, 36:151-165.
21. MATTHEY S., et al., (2003), *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?*, Journal of Affective Disorders, 139-147.
22. MUZIK M., et al., (2009), *When Depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care*, Obstet Gynecol Clin. N. Am, 36, 771-788.
23. NHS, *Perinatal Mental Health good practice guidelines*, 2010.
24. NICE-National Institute for health and clinical excellence (2007), *Antenatal and Postnatal Mental health clinical management and service guidance*, London.
25. PETRILLI G., ANNIVERNO R., FERRARI V., MENCACCI C., (2010), *Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni*. Facts News & Views, 10(1):14-17.
26. RECK C., STEHLE E., REINIG K., MUNDT C., (2009), *Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum*, J. Affect Disord, 113:77-87.
27. RECORDS K., MICHAEL RICE, CHERYL TATANO BECK (2007), *Psychometric Assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised*, Journal of Nursing Measurement, Volume 15, Number 3 Springer Publishing Company 189.

28. ROSS L.E., MCLEAN L.M., (2006), *Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review*, J. Clin Psychiatry 67(8):1285-1298.
29. SANTONE G., RICCHI G., ROCCHETTI D., TOFANI S., BELLANTUONO C., *Is the exposure to antidepressant drugs in early pregnancy a risk factor for spontaneous abortion? A review of available evidences*, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 18, 3, 2009.
30. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, (2002), *Postnatal depression and puerperal psychosis: a nation clinical guideline*, Edinburgh: SIGN.
31. SHARMA V., *Management of bipolar II disorder during pregnancy and the postpartum period--Motherisk Update 2008*, Can J. Clin Pharmacol, 2009 Winter; 16(1):e33-41, Epub 2009 Jan 22.
32. SOUTH AUSTRALIAN PERINATAL GUIDELINE, 2010.
33. STONE S., D., MENKEN A.E, *Perinatal and postpartum mood disorders*, Springer Publishing Company, New York, 2008.
34. STOWE N. Z., RAGAN K., *Acog practice bulletin, Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologist*, number 92, April 2008.
35. SWALM D. et al., (2010), *Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for perinatal Anxiety*, Arc.Women’s Ment Health, DOI 10.1007/s00737-010-0170-6.
36. TYANO S. et al., *Parenthood and Mental Health*, Wiley- Blackwell, 2010.
37. YONKERS K.A. et al., (2009), *The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists*, General Hospital Psychiatry 31: 403-413.