

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

Perinatal depression and psychosis: an update

Myles Doyle, Angela Carballado & Veronica O'Keane

Advances in Psychiatric Treatment 2015, 21: 5–14

doi: 10.1192/apt.bp.112.010900

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2015

(translation by Mattia Marchi, University of Modena and Reggio Emilia, Italy)

BJPsych Advances Jan 2015, 21 (1) 5-14. DOI: 10.1192/apt.bp.112.010900

Depressione e psicosi perinatali: un aggiornamento Myles Doyle, Angela Carballedo & Veronica O'Keane

[Myles Doyle è Primario psichiatra a North Tipperary, ed è Research Fellow presso l'Istituto di Neuroscienze del Trinity College di Dublino, in Irlanda. Angela Carballedo è Primario psichiatra al Cluain Mhuire St. John of God Hospital di Dublino; è anche Senior clinical lecturer presso l'Istituto di Neuroscienze del Trinity College di Dublino. Veronica O'Keane è Professoressa di psichiatria presso l'Istituto di Neuroscienze al Trinity College e all'Adelaide e Meath Hospital a Dublino. Indirizzare la corrispondenza alla Dr.ssa Angela Carballedo, Istituto di Neuroscienze, College Green, Trinity College di Dublino, Dublino D2, Irlanda. Email: carbala@tcd.ie]

SOMMARIO

Circa l'85% delle donne sperimenta un qualche tipo di disturbo dell'umore nel periodo successivo al parto. In generale, i sintomi sono lievi e di breve durata, ma una piccola percentuale di donne sviluppa una vera malattia depressiva o un'improvvisa psicosi. Circa la metà degli episodi di apparente depressione post-partum inizia durante la gravidanza e alcuni casi di apparente psicosi post-partum iniziano prima del parto. La depressione pre-parto non trattata può portare a peggiori esiti ostetrici, successiva depressione nella madre, difetti di sviluppo e depressione nel corso della vita della prole. In questo articolo discutiamo l'eziologia della depressione perinatale e consideriamo gli approcci farmacologici e psico-sociali raccomandati per la gestione della depressione post-partum, della depressione perinatale e della psicosi post-partum.

OBIETTIVI FORMATIVI

- Delineare i fattori eziologici ed epidemiologici associati allo sviluppo della depressione perinatale
- Riconoscere la diagnosi differenziale e la valutazione del rischio di depressione perinatale e psicosi post-natale
- Evidenziare le principali raccomandazioni farmacologiche e psico-sociali per la gestione della depressione e della psicosi perinatale

CONFLITTO DI INTERESSI

Nessuno

Più di 150 anni fa, lo psichiatra francese Louis Victor Marcé scrisse il *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* ("Trattato sulla psicosi delle donne in gravidanza, delle puerpere e delle madri durante l'allattamento") (Marcé 1858). Marcé è oggi considerato il padre fondatore della psichiatria perinatale e il primo a descrivere la psicosi post-partum. Un quarto di secolo fa, Kendell e colleghi hanno dimostrato che le donne presentano un marcato incremento del rischio di sviluppare gravi disturbi mentali nei primi 3 mesi dopo il parto (Kendell 1987). Studi successivi hanno confermato ciò. Durante il periodo post-parto, circa l'85% delle donne sperimenta qualche tipo di disturbo dell'umore (Henshaw 2003). Per la maggior parte delle donne i sintomi sono lievi e di breve durata, con risoluzione in genere entro una settimana. Tuttavia, il 10-15% delle donne ha sintomi clinicamente significativi di depressione o ansia (Cox, 1993). Alterazioni dell'umore legati agli eventi perinatali sono stati generalmente suddivisi in tre categorie: depressione post-partum, depressione perinatale e psicosi post-partum (Tabella 1). Discuteremo singolarmente ognuno di questi più avanti, in questo articolo, ma prima considereremo i fattori diagnostici ed eziologici generali primariamente implicati nei disturbi dell'umore perinatali.

Classificazione diagnostica

Anche se la depressione perinatale è stata inizialmente concepita come un disturbo specificamente connesso al parto e clinicamente diverso da altri tipi di depressione, evidenze più recenti suggeriscono che la depressione che si verifica durante il periodo perinatale potrebbe essere clinicamente indistinguibile dalla depressione in altri momenti della vita della donna (O'Hara 1990; Evans 2001; Cooper 2007).

Le malattie mentali perinatali non sono elencate separatamente nel DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) o nell'ICD-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità 2010), ma gli psichiatri di tutto il mondo hanno

mantenuto i termini “depressione perinatale” e “psicosi post-partum” per indicare gli episodi che si verificano durante la gravidanza e/o dopo il parto. Il principale vantaggio di tale distinzione è che porta informazioni prognostiche relative al rischio nelle gravidanze future. Nelle donne con una diagnosi di Disturbo Bipolare, coloro che presentano una psicosi puerperale (post-partum) hanno un rischio maggiore del 60% di ricorrenza di psicosi in una successiva gravidanza, a fronte di un rischio del 25% per coloro che non hanno alcun episodio post-partum (Robertson 2005).

Tabella 1

Classificazione e incidenza di eventi psichiatrici perinatali o nel post-partum:

	Incidenza ^a	Esordio	Sintomi (DSM-5) ^b
Depressione post-partum (“maternity blues”)	50-85%	Entro 1 settimana dopo il parto.	Umore labile e fluttuante; ansia; crisi di pianto.
Depressione perinatale	10-15%	Insidioso, durante la gravidanza o entro i primi tre mesi dopo il parto.	Umore depresso, sintomi di ansia marcati.
Psicosi post-partum (psicosi affettiva puerperale)	0,1-0,2%	Improvviso, entro 2 settimane dopo il parto.	Stato d’umore maniaco e/o misto: agitazione, umore misto, disorientamento, perplessità, deliri, allucinazioni, comportamento disorganizzato.

a: da Sit *et al.* (2006).

b: da American Psychiatric Association (2013).

Un episodio di depressione perinatale aumenta il rischio di altri episodi depressivi perinatali nelle gravidanze successive. Inoltre, un episodio di depressione nel periodo perinatale conferisce un maggior rischio di depressione perinatale ricorrente rispetto ad una anamnesi negativa per depressione perinatale (Johnstone 2001; Josefsson 2002; Quaranta 2006).

Eziologia della malattia depressiva perinatale e postnatale

L'eziologia della depressione post-partum (“maternity blues”) è ancora sconosciuta. Tuttavia, le donne che presentano tale condizione hanno più frequentemente una anamnesi positiva per sindrome pre-mestruale e neuroticismo, e maggiore probabilità di aver avuto sintomi di ansia e depressione durante la gravidanza (Kennerley 1989).

I cambiamenti ormonali e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene

È probabile che il marcato processo di riequilibrio ormonale successivo al parto porti a cambiamenti cerebrali che provocano una temporanea condizione di labilità dell’umore (Harris 1994, 1996). Il progesterone è il principale steroide gestazionale ed è stato studiato in relazione all’esordio di depressione perinatale. Non si trovano differenze sia nei livelli di progesterone che nella velocità di riduzione di questo e di altri ormoni nel periodo dopo il parto tra donne che sviluppano depressione post-partum e donne che non la sviluppano (Harris 1994, 1996). Harris e colleghi hanno tuttavia trovato una differenza tra i livelli di cortisolo durante il puerperio ed esordio della depressione.

L’asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) femminile subisce dei cambiamenti graduali durante la gravidanza a causa di una produzione crescente di ormone di rilascio della corticotropina prodotto dalla placenta (CRH). L’improvviso calo del CRH placentare dopo il parto porta ad un riequilibrio dell’asse HPA nei giorni successivi. Questi cambiamenti possono essere coinvolti nell’eziologia della depressione post-partum, considerato il ruolo centrale dell’asse HPA nell’eziologia dei disturbi dell’umore in generale, e nella depressione perinatale in particolare (O’Keane 2011a).

La depressione durante la gestazione è stata anche associata ad un’aumentata attività dell’asse HPA e una durata ridotta della gravidanza (O’Keane 2008), e può avere implicazioni per lo sviluppo dell’asse HPA fetale. Uno studio pilota in cui è stata coinvolta una di noi (O’Keane 2011b) ha realizzato un confronto prospettico tra variabili dell’asse HPA in donne in gravidanza depresse e non depresse. Lo studio ha mostrato per la prima volta che le donne depresse avevano livelli più elevati di CRH nel secondo trimestre e di cortisolo libero serale rispetto alle donne non depresse, risultati che rispecchiano il funzionamento dell’asse HPA nella

depressione al di fuori della gravidanza. Alcuni ricercatori ipotizzano che un sottogruppo di donne siano particolarmente sensibili ai cambiamenti dell'asse HPA che avvengono durante la gravidanza e dopo il parto. Queste donne possono essere più vulnerabili alla depressione perinatale e ad altri disturbi dell'umore ormonodipendenti, come quelli che si verificano durante la fase premestruale del ciclo mestruale o durante il periodo perimenopausale (Bloch 2000).

Fattori ostetrici

Diversi fattori ostetrici sono stati considerati in relazione alla depressione perinatale. Questi includono le complicazioni legate alla gravidanza (come pre-eclampsia, iperemesi, contrazioni premature) e le complicanze legate al parto (come parto cesareo in emergenza o elettivo, parto strumentale, parto prematuro ed eccessivo sanguinamento durante il parto). Recenti studi, tuttavia, non hanno trovato alcuna relazione statisticamente significativa tra tali fattori e la depressione perinatale (Warner 1996; Forman 2000).

Anamnesi familiare positiva per malattie psichiatriche

Una meta-analisi di sei studi (che hanno coinvolto circa 900 donne) ha rivelato che non vi è alcuna associazione tra storia familiare di depressione e depressione perinatale (O'Hara 1996). Tuttavia, Johnstone e colleghi (2001) hanno trovato un aumento del rischio di depressione perinatale in uno studio su 490 donne con una anamnesi familiare positiva per malattia mentale, per depressione o ansia oppure una anamnesi familiare positiva per depressione nella madre della partecipante; Forty e colleghi (2006) hanno invece scoperto che gli episodi di depressione con insorgenza entro 4 settimane dal parto avevano un'aggregazione familiare.

La depressione prima o durante la gravidanza

È stato pure riscontrato che l'umore depresso in gravidanza predice la presenza di depressione nel periodo post-natale e che circa il 50% degli episodi di depressione post-partum iniziano durante la gravidanza (Neter 1995; Johnstone 2001; Josefsson 2002). Una anamnesi personale positiva per depressione maggiore ricorrente è un fattore di rischio molto forte per l'insorgenza di depressione perinatale: in questo caso, circa il 40% delle gravidanze sono accompagnate da una ricaduta (Di Florio 2013).

Altri fattori di rischio psicologico e sociale

Altri fattori di rischio psicologico e sociale possono giocare un ruolo nell'eziologia della depressione perinatale. Uno stile di attribuzione cognitivo negativo, come ci si aspetterebbe, è più fortemente correlato ad alti livelli di sintomatologia depressiva auto-riportata (O'Hara, 1996). Anche gli eventi di vita stressanti sono stati associati all'insorgenza di depressione (Brown 1978). Una meta-analisi ha trovato una relazione moderata tra percezione dei livelli di stress nel corso della vita e depressione perinatale (Beck 2001). È stato più volte dimostrato che questo rischio moderato è mediato da uno scarso sostegno da parte del compagno e/o da inadeguati sostegni sociali e/o economici (Dayan 2010). Eventi di vita stressanti osservati durante la gravidanza o in prossimità del parto possono aumentare la probabilità di depressione perinatale (Beck 2001). Uno studio condotto da Lee e colleghi ha mostrato un'associazione tra instabilità del domicilio, difficoltà finanziarie, due o più aborti indotti e depressione postnatale (Lee 2000). Due studi hanno evidenziato l'importanza della percezione di isolamento sociale (o mancanza di supporto sociale), dimostrando come sia un forte fattore di rischio per i sintomi depressivi prenatali (Seguin 1999; Forman 2000). Un noto e importante fattore di rischio per lo sviluppo di depressione sia pre- che post-natale è l'aver vissuto esperienze traumatiche nell'infanzia (Dayan 2010).

Tristezza post-partum (*Postpartum blues*)

Sembra che circa il 50-85% delle donne sperimenti tristezza post-partum durante la prima settimana dopo il parto (Henshaw 2003). Considerata la frequenza di questa alterazione dell'umore e il suo carattere autolimitante, può essere più corretto considerare questo tipo di condizione come un normale evento che fa seguito al parto, piuttosto che come un disturbo psichiatrico.

Questa interessante sindrome è stata studiata in modo molto dettagliato da Stein (1982). In realtà, piuttosto che sentimenti di tristezza, le donne con cosiddetta tristezza postpartum nell'accezione di Stein presentano più comunemente labilità timica (l'umore può anche talvolta essere elevato, temporaneamente), crisi

di pianto, ansia o irritabilità. Le crisi di pianto sono il segno distintivo della tristezza postpartum. Il picco di questi sintomi è solitamente al quarto o quinto giorno dopo il parto e possono durare per poche ore o per pochi giorni, andando in remissione spontaneamente entro due settimane dopo il parto. Anche se queste esperienze sono improvvise, imprevedibili e molte volte fonte di preoccupazione, in genere non interferiscono con il funzionamento complessivo della donna.

Heron e colleghi (2005) hanno esaminato la letteratura riguardante le forme più lievi di euforia che si possono verificare nel puerperio. Anche se questi sintomi possono spesso essere considerati non di rilevanza clinica, e parte del cosiddetto "*maternity blues*", ci sono prove che l'esperienza di lieve euforia puerperale può essere un fattore predittivo di successiva depressione post-partum.

Nessun trattamento specifico è richiesto per il "*maternity blues*", oltre al sostegno ed alla rassicurazione, considerata la natura auto-limitante dell'episodio (NICE 2007, Royal College of Obstetricians e Gynaecologists 2011; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2012). Tuttavia, va ricordato che a volte questa condizione di "*maternity blues*" è il preludio allo sviluppo di un più significativo disturbo dell'umore, particolarmente nelle donne che hanno una anamnesi positiva per depressione (Sutter 1997). Studi condotti in vari paesi dimostrano che manifestazioni gravi di "*maternity blues*" aumentano il rischio di depressione post-partum (es Henshaw 2004; Adewuya 2006; Watanabe 2008; Reck 2009).

Depressione perinatale

Effetti sulla madre e sul bambino

Gli ripercussioni della depressione sulla madre, sul suo rapporto coniugale e sui suoi figli ne fanno una condizione importante da diagnosticare, trattare e prevenire (Robinson 2001). Le linee guida per la gestione clinica della salute mentale prenatale e postnatale (ad es. NIZZA 2007; Royal College of Obstetricians e Gynaecologists 2011 2011; SIGN 2012) sottolineano l'importanza della diagnosi durante la gravidanza e durante il periodo post-natale, e come la depressione non trattata possa avere effetti negativi duraturi.

Per la madre, l'episodio può essere il precursore di una depressione cronica ricorrente (Campbell 1997; Pawlby 2009), e il suicidio a seguito di malattia mentale puerperale è una delle principali cause di morte tra le donne durante il periodo perinatale (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health 2004, 2007, 2011).

Per il figlio, un episodio depressivo della madre può contribuire alla comparsa, nelle successive epoche età della vita, di problemi emotivi, comportamentali (Hay 2001, 2003), cognitivi e relazionali (Jacobsen, 1999). Pawlby e colleghi hanno effettuato un follow-up di donne con storia di depressione durante la gravidanza o nel postpartum e dei loro bambini fino all'età di 11/16 anni, concludendo che i figli di madri che presentano i criteri ICD-10 per la depressione perinatale a 3 mesi dal parto hanno una probabilità di soffrire di un disturbo psichiatrico entro gli 11 anni di età quattro volte maggiore dei figli di madri che erano state bene nel periodo successivo al parto (Pawlby 2008). In un altro campione di pazienti (Pawlby 2009), gli stessi ricercatori hanno trovato che i due terzi delle donne che hanno sofferto di depressione prenatale durante la gravidanza presentano altri episodi di depressione più tardi nel corso della vita. Inoltre, al 14% dei figli di donne con depressione prenatale è stata diagnosticata depressione all'età di 16 anni; ancor più di rilievo il riscontro che praticamente ogni adolescente depresso è stato esposto a depressione materna. C'è una probabilità 4.7 volte maggiore di depressione tra i sedicenni che sono stati esposti a depressione materna prenatale rispetto a quelli che non sono stati esposti.

Prevalenza di depressione perinatale

La depressione perinatale è la complicanza più comune della gravidanza: colpisce circa il 10-15% delle donne. Alcuni studi non hanno trovato una maggiore incidenza di depressione nel periodo perinatale rispetto a qualsiasi altra fase della vita (Cooper 1988; O'Hara 1990; Cox 1993). Tuttavia, studi più recenti hanno dimostrato un aumento del rischio di depressione postpartum. Usando i registri di ricovero psichiatrico e di nascita danesi, Munk-Olsen e colleghi, per esempio, hanno riscontrato un aumento del rischio di ricovero per depressione unipolare di tre volte tra i giorni 31° e 60° dopo il parto (Munk-Olsen 2006). Il rischio relativo (RR) per il ricovero per depressione unipolare in gravidanza è 0,44 (95% IC=0,31-0,62) rispetto a 3,53 (95% IC=2,47-5,05) riscontrato nel periodo post-partum. Per il disturbo bipolare, l'aumento del rischio è ancora più drammatico, con un RR di 0,19 (95% IC=0,04-0,86) per il ricovero durante la gravidanza e di 23.33 (95% IC=11,5-47,42) per il ricovero durante il primo mese dopo il parto.

Esordio e segni clinic di depressione perinatale

La depressione perinatale inizia in genere entro 1-3 mesi dal parto. In realtà, alcune donne notano la comparsa di lievi sintomi depressivi durante la gravidanza, mentre altre semplicemente sviluppano un "maternity blues" che continua e diventa più grave. In altre donne ancora, un periodo di benessere dopo il parto è seguito da una graduale insorgenza di depressione. Tuttavia, ciò che è chiaro è che una grande percentuale di donne che sono depresse durante la gravidanza rimane depressa dopo la nascita del figlio (Leigh 2008), con un conseguente aumento del rischio di attaccamento insicuro e di alterazioni dello sviluppo del bambino (Champagne 2006).

La depressione perinatale può essere clinicamente indistinguibile dalla depressione che si verifica in altri momenti della vita di una donna (Wisner 2002), ma il contenuto del pensiero può concentrarsi sul parto o sul bambino. Alcune donne si preoccupano eccessivamente per la salute o per le abitudini alimentari del bambino e vedono se stesse come 'cattive', inadeguate o come madri poco amorevoli (Robinson, 2001). Possono verificarsi anche importanti sintomi di ansia: l'ansia generalizzata è frequente, ma alcune donne sviluppano anche attacchi di panico o ipocondria. È stato descritto anche il Disturbo Ossessivo-Compulsivo post-parto nel quale le donne hanno pensieri egodistonici e intrusivi di far del male il loro bambino.

La depressione perinatale può essere difficile da riconoscere (riquadro 1), in particolare nei casi più lievi, perché molti sintomi generalmente utilizzati per diagnosticare la depressione (ad esempio disturbi del sonno e dell'appetito, affaticamento) si verificano normalmente nelle donne dopo il parto, anche in assenza di depressione. Pertanto la valutazione clinica vis-a-vis e lo screening delle donne che sono a rischio di depressione perinatale hanno un'importanza cruciale. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox 1987) è un questionario di dieci domande che può essere utilizzato per effettuare uno screening e identificare le donne che soffrono di depressione perinatale. Su questa scala, un punteggio di 12 o superiore, o una risposta affermativa sulla domanda 10 (presenza di pensieri suicidari), devono mettere in allerta e indicano la necessità di ulteriori valutazioni più approfondite. La raccomandazione corrente è che per un punteggio >11 una nuova valutazione dovrebbe avvenire entro due settimane, a meno che non vi siano preoccupazioni circa l'ideazione suicidaria, o deterioramento significativo dello stato mentale, condizioni queste che dovrebbe indurre ad un invio immediato ad uno psichiatra (Gibson 2009; Hewitt 2009).

RIQUADRO 1: I sintomi della depressione perinatale

- Umore depresso o ipotimia
- Crisi di pianto
- Perdita di interesse verso attività abituali
- Sensi di colpa
- Sentimenti di inutilità o di incompetenza nel ruolo materno
- Astenia
- Disturbi del sonno
- Alterazioni dell'appetito
- Scarsa concentrazione
- Pensieri suicidi

Psicosi postpartum

Ippocrate per primo descrisse la psicosi puerperale nel V secolo a.C., pensando che fosse il risultato dell'ingresso accidentale di latte materno nel cervello. La psicosi postpartum è la forma più grave di malattia psichiatrica perinatale. Si tratta di un evento raro che si verifica in circa 1-2 donne su 1000 dopo il parto (Kendell 1987). La sua presentazione è spesso grave, con insorgenza dei sintomi a volte prima del parto e spesso nelle prime 48-72 ore dopo il parto. Circa il 50% delle donne che presentano una psicosi postpartum inizia a sviluppare sintomi nei giorni 1-3 dopo il parto, e il 22% ha sintomi fin dal primo giorno dopo il parto (Heron 2007). Kendell ha dimostrato che, nei tre mesi successivi al parto, le donne hanno una probabilità di essere ricoverate in ospedale con una diagnosi di disturbo psicotico 20 volte maggiore rispetto a qualsiasi altro momento della loro vita (Kendell 1976). Terp e Mortensen hanno riportato un rischio relativo di 3,21 per un primo ricovero con diagnosi di psicosi funzionale tra i giorni 2 e 28 (Terp 1998). Più di recente, Harlow e colleghi hanno notato che il ricovero ospedaliero è stato disposto principalmente per donne che avevano in precedenza avuto una storia di psicosi o di malattia bipolare, e che la maggior parte degli episodi si sono verificati entro 4 settimane dal parto (Harlow 2007).

Il gruppo di Munk-Olsen ha inoltre rilevato che il rischio di ricovero è aumentato nei primi 3 mesi ed è più alto per le neo-mamme nei 10-19 giorni dopo il parto (Munk-Olsen 2006). Un altro studio ha dimostrato che le donne con Disturbo Bipolare di tipo I hanno un rischio di circa il 50% di sviluppare un episodio affettivo maggiore per ogni gravidanza o parto (Di Florio 2013). Questo studio ha inoltre rilevato che la maggior parte

degli episodi affettivi maggiori si verificava nel corso del primo mese dopo il parto, e che gli episodi maniacali e gli scompensi psicotici avevano in genere un esordio più precoce rispetto agli episodi depressivi.

Segni di psicosi postpartum

I primi segni di psicosi postpartum sono irrequietezza, sentirsi più attivi o con un maggiore livello di energia, irritabilità, logorrea e insonnia (Heron 2007) (Riquadro 2). Le donne affette mostrano un rapido viraggio tra umore depresso ed euforico, disorientamento o confusione, e il comportamento è bizzarro o disorganizzato (Heron 2008). Convinzioni deliranti sono comuni e spesso incentrate sul bambino. Possono anche verificarsi allucinazioni uditive di tipo imperativo che ingiungono alla madre di farsi del male e/o di far male al bambino. Il rischio di infanticidio nelle psicosi postpartum è basso (Appleby 1996; Altshuler 1998; Schalekamp 2005), come del resto il rischio di suicidio (Oates 2003). Tuttavia, l'ultimo rapporto riservato delle indagini sulle morti materne nel Regno Unito afferma: "Gli ultimi tre rapporti d'inchiesta hanno scoperto che il suicidio tra le neomamme è più comune di quanto si credesse un tempo, ed è una delle principali cause di morte materna", da qui la necessità di interventi di screening e di individuare i casi ad alto rischio (Oates 2011: p 133).

Questo tipo di presentazione psicotica nel puerperio ha ricordato a molti autori la 'psicosi cicloide' e la 'boufée delirante' descritte da Leonhard (1961), Perris (1974) e altri (Kleist 1929; Pfuhlmann, 1998). Citando Orlikov (2011), si tratta di una malattia 'ad esordio acuto, decorso ciclico con piena ripresa nel periodo intercritico, intenso coinvolgimento di ansia, agitazione psicomotoria, disregolazione affettiva, deliri polimorfi e allucinazioni'. Questi autori sottolineano la prognosi favorevole della malattia, l'insorgenza acuta o improvvisa e la natura cangiante dei sintomi, con fasi contropolari presenti nello stesso episodio (oscillazioni timiche, confusione, iperattività, perplessità, sentimenti di profonda felicità o estasi, e particolari preoccupazioni riguardanti la morte o il morire).

RIQUADRO 2: Segni precoci di psicosi postpartum
<ul style="list-style-type: none">• Irrequietezza, agitazione o perplessità• Sensazione soggettiva di aumentata forza o attività• Logorrea• Irritabilità• Insonnia

Prognosi della psicosi postpartum

La prognosi di un episodio acuto è generalmente buona: la maggior parte delle donne ha un buon recupero e ritorna ai livelli di funzionamento precedenti. Tuttavia, il rischio di ulteriori episodi di psicosi sia dopo successive gravidanze sia in altri momenti della vita è alto come accennato in precedenza. Garfield e colleghi hanno seguito 66 donne per i 10 anni successivi al ricovero in ospedale per malattia puerperale. Il tasso di recidiva è stato 87,2% e il tasso di secondo ricovero è stato 63,3%; il fattore maggiormente predittivo di recidiva è risultato essere l'anamnesi psichiatrica positiva (Garfield 2004). Un altro studio molto ha dimostrato che il rischio di ricovero per la psicosi non puerperale, pur diminuendo gradualmente con il tempo, rimane alto per molti anni dopo la psicosi postpartum. Da notare che il campione di questo studio è stato seguito per 30 anni, complessivamente (2013 Nager).

Misure preventive

La Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2012) raccomanda che in tutte le donne incinte venga indagata la storia personale di psicosi postpartum, di altri disturbi psicotici (soprattutto Disturbo Bipolare e Schizofrenia) e di Disturbo Depressivo grave. A tutte le donne gravide dovrebbe essere chiesto riguardo la propria storia familiare di Disturbo Bipolare e psicosi postpartum.

Le donne ad alto rischio di malattia mentale perinatale dovrebbero disporre di un piano dettagliato per la loro gestione, dal punto di vista psichiatrico, da attuare durante l'ultimo periodo della gravidanza e nei primi periodi dopo il parto. Questo programma dovrebbe essere concordato con la donna e condiviso con i servizi di maternità, con il team dell'ostetricia, con il medico di medicina generale, con l'assistente sanitaria, con i servizi di salute mentale e con la donna, naturalmente. Con il consenso della donna, una copia del piano deve essere tenuta nella cartella che lei porta agli appuntamenti prenatali. Il piano deve individuare che tipo di sostegno dovrebbe essere attuato e i recapiti di chi contattare (anche al di fuori dell'orario di lavoro) qualora si manifestassero problemi. Il piano dovrebbe inoltre dettagliare le decisioni prese circa la gestione dei farmaci in gravidanza,

durante il periodo postnatale ed eventualmente, in corso di allattamento al seno. La valutazione dei sintomi depressivi dovrebbe essere eseguita, come minimo, al momento della prima valutazione e, dopo la nascita, a 4-6 settimane e a 3-4 mesi.

Tutte le donne in età fertile che assumono farmaci psicotropi devono essere consapevoli dei possibili effetti dei farmaci in gravidanza. L'uso di metodi contraccettivi affidabili dovrebbe essere discusso. In considerazione del rischio di teratogenicità a breve termine e del rischio di alterazioni neuro-comportamentali a lungo termine, il valproato (uno stabilizzatore dell'umore) non dovrebbe essere normalmente prescritto a donne in età fertile.

Valutazione del disturbo affettivo postpartum

Depressione e psicosi postpartum si presentano lungo un continuum, e il tipo di trattamento scelto dipende dalla gravità e dalla presentazione dei sintomi. Tuttavia, prima di iniziare il trattamento psichiatrico, devono essere escluse altre malattie mediche che presentano alterazioni dell'umore (ad esempio disfunzioni della tiroide, anemia). La valutazione iniziale dovrebbe includere una anamnesi approfondita, l'esame obiettivo e test di laboratorio di routine. È fondamentale poi valutare l'ideazione suicidaria e l'ideazione eterolesiva verso il neonato. I deliri dovrebbero essere il più possibile definiti, e il loro contenuto dovrebbe essere adeguatamente esplorato. Uno studio ha scoperto che il 53% delle donne con malattia mentale grave dopo il parto e il 78% di quelle con disturbi psicotici postpartum avevano convinzioni deliranti sul loro bambino (Chandra 2006). Un'attenta osservazione dell'interazione madre-bambino è molto importante per chiarire la psicopatologia. Test di valutazione possono assistere il medico ad indagare anomalie nella relazione madre-bambino e nell'attaccamento (Riquadro 3).

Nella nostra società occidentale sempre più multiculturale, è importante anche considerare il background etnico e culturale nel valutare il livello di sostegno disponibile per le donne in gravidanza e per le nuove madri. Ritualità praticati all'interno di alcune culture possono essere protettivi verso la malattia mentale postnatale perché forniscono un sostegno sociale e pratico alla nuova madre. Tuttavia, i problemi di salute mentale sono fortemente stigmatizzati in molte culture, e le donne e le loro famiglie possono essere riluttanti nel chiedere aiuto ai professionisti del settore sanitario, preferendo provare a gestire la malattia senza alcun aiuto esterno. Capita perciò che gli operatori sanitari vengano consultati solo quando la donna è così gravemente malata che la famiglia non può più far fronte alle sue condizioni (Oates 2004).

RIQUADRO 3: Alcune scale di valutazione del rapporto madre-bambino
Interazione madre-bambino: <ul style="list-style-type: none">• The Bethlem Mother–Infant Interaction Scale (Kumar 1996)
Attaccamento madre-bambino: <ul style="list-style-type: none">• Screening questionnaire for mother-infant bonding disorders (Brockington 2001).• Mother-to-Infant Bonding Scale (Taylor 2005)

Gli interventi psicologici per disturbi affettivi perinatali

Le linee guida NICE (2007) e SIGN (2012) raccomandano che, in situazioni di non-emergenza, prima che venga presa la decisione di procedere a un trattamento farmacologico, gli operatori sanitari coinvolgano la donna spiegando i rischi assoluti e relativi associati al trattamento e al non trattamento del disturbo mentale durante la gravidanza e nel periodo postnatale. Gli operatori dovrebbero:

- riconoscere l'incertezza riguardante i rischi
- spiegare il rischio di malformazioni fetali in donne in gravidanza senza un disturbo mentale
- descrivere i rischi utilizzando le frequenze naturali, piuttosto che le percentuali (ad esempio 1 su 10, invece del 10%), e usando denominatori comuni (ad esempio, 1 su 100 e 25 su 100)
- se possibile, utilizzare ausili per la decisione in una varietà di formati visivi e verbali focalizzati su una visione individualizzata dei rischi, e fornire materiale scritto (preferibilmente individualizzato) per spiegare questi rischi; se possibile, le registrazioni audio della consulenza dovrebbero essere conservate.

SIGN suggerisce di considerare le terapie cognitivo-comportamentali (CBTs) per il trattamento della depressione lieve e moderata nel periodo postnatale. Per una donna che sviluppa depressione lieve o moderata durante la gravidanza o nel periodo post-natale, NICE consiglia:

- strategie di auto-aiuto: auto-aiuto guidato, CBT computerizzata o ginnastica
- counselling non direttivo effettuato al domicilio (visite d'ascolto)
- CBT breve o psicoterapia interpersonale.

Uno studio randomizzato ha rivelato che il trattamento con CBT a breve durata è efficace tanto quanto il trattamento con fluoxetina in donne con depressione perinatale (Appleby 1997). La CBT si è dimostrata efficace anche nel prevenire ulteriori episodi di depressione perinatale (Nardi 2012). La psicoterapia interpersonale è efficace non solo per la depressione lieve e moderata, ma le donne che ricevono psicoterapia interpersonale godono anche di un significativo miglioramento nella qualità dei loro rapporti interpersonali (Reay 2012; Stuart 2012). Questi interventi non farmacologici possono essere particolarmente apprezzati dalle pazienti riluttanti a utilizzare farmaci psicotropi (ad esempio, donne che allattano al seno) o per le pazienti con forme più lievi di malattia depressiva.

Il trattamento farmacologico per il disturbo affettivo perinatale

I medici dovrebbero essere cauti nel prescrivere farmaci durante la gravidanza e l'allattamento, a causa dei possibili rischi per il feto e per il neonato. Si dovrebbero applicare i principi elencati nel riquadro 4.

RIQUADRO 4: Principi per la prescrizione della terapia farmacologica in gravidanza e durante l'allattamento (SIGN 2012)
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Stabilire una chiara indicazione per il trattamento farmacologico, coinvolgendo la donna e la sua famiglia nella discussione• Scegliere trattamenti con il più basso rischio conosciuto• Utilizzare il farmaco alla dose minima efficace e per il più breve tempo possibile• Essere consapevoli di potenziali interazioni farmacologiche e mirare alla monoterapia• Essere consapevoli dei potenziali effetti della gravidanza e del parto sulla farmacocinetica e farmacodinamica dei farmaci• Laddove il rischio sia noto, accertarsi che lo screening fetale e il monitoraggio del neonato siano disponibili• Monitorare specifici effetti collaterali, oltre all'andamento dell'alimentazione, della crescita e dello sviluppo• Attenzione alle donne che dormono nel letto con il bambino se stanno assumendo farmaci sedativi |
|--|

Durante la gravidanza

Per una donna affetta da disturbo psichiatrico grave, ad alto rischio di recidiva, l'interruzione delle terapie può essere un scelta poco saggia: la ricaduta può essere più dannosa per la madre e per il bambino rispetto al mantenimento del trattamento farmacologico. Tuttavia, i medici dovrebbero essere consapevoli del fatto che gli antidepressivi sono stati associati ad aborti spontanei, malformazioni congenite, scarso adattamento neonatale, ipertensione polmonare persistente nel neonato ed altre alterazioni nel neurosviluppo del bambino (Hemels 2005; Lattimore 2005; Rahimi 2006; Udechuku 2010). Tuttavia, un altro studio (Warburton 2010) ha mostrato che, controllando per la gravità della malattia della madre, la riduzione dell'esposizione agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) alla fine della gravidanza non aveva effetti clinici significativi sul miglioramento della salute del neonato. Questi risultati hanno fatto pensare alla possibilità che alcune reazioni avverse neonatali non possano derivare da una condizione farmacologica acuta come la tossicità o l'astinenza. SIGN (2012) raccomanda che la paroxetina non sia usata come terapia di prima linea in gravidanza (vedi anche UK Teratology Information Service 2011).

Il litio e i farmaci antiepilettici sono stati associati a malformazioni congenite, ad effetti neurologici sul neonato e ad altre complicazioni (Newport 2005; Regno Unito Teratology Information Service 2009; Galbally 2010; Cunnington 2011). Il valproato non deve essere prescritto durante la gravidanza (SIGN 2005; Nicolai 2008). Le donne che assumono antipsicotici in gravidanza devono essere monitorate per alterazioni nella crescita fetale e i livelli di glucosio nel sangue materno devono essere controllati durante l'assunzione di olanzapina o clozapina (Gentile 2010; McCauley-Elsom 2010).

Nel periodo post-natale

Depressione

Le donne con le forme di depressione postpartum più gravi possono scegliere di ricevere un trattamento farmacologico, sia in aggiunta o che al posto di terapie non farmacologiche. SSRI e antidepressivi triciclici (TCA) possono essere somministrati per il trattamento di depressione postpartum di severità moderata o grave con particolare cautela durante l'allattamento (SIGN 2012). Ad oggi, solo pochi studi hanno valutato in modo sistematico il trattamento farmacologico della depressione postpartum. Farmaci antidepressivi convenzionali si sono dimostrati efficaci (Molyneaux 2014) e, a dosi standard, sembrano anche ben tollerati. La scelta di un

antidepressivo dovrebbe essere guidata dalla risposta del paziente a farmaci antidepressivi già usati con successo e dal profilo di effetti collaterali del farmaco. Gli SSRI sono farmaci ideali in prima linea, dal momento che sono ansiolitici, non sedativi e ben tollerati. Per le donne che non tollerano gli SSRI, un'alternativa può essere il bupropione. I TCA sono spesso usati e, per il loro effetto maggiormente sedativo, possono essere più appropriati nelle donne che presentano prominenti disturbi del sonno. Inoltre, data la prevalenza dei sintomi di ansia in questa popolazione, l'uso combinato di una benzodiazepina (es clonazepam, lorazepam) può essere molto utile.

Psicosi postpartum

La maggior parte delle donne con episodi psicotici acuti postpartum devono essere ricoverate in ospedale, analogamente a quelle affette da grave depressione con rischio di danno verso se stessi o verso gli altri. In caso di ricovero, l'ideale sarebbe che le donne venissero ricoverate con i loro bambini, presso unità operative di ostetricia, dove possono guarire dall'episodio psicotico acuto e, allo stesso tempo, legarsi al loro bambino.

I farmaci per un episodio psicotico acuto non sono diversi da quelli somministrati al di fuori del periodo della gravidanza, ma risulta utile prendere in considerazione farmaci con blocco molto potente dei recettori D2 della dopamina, che causano un conseguente aumento della prolattina, soprattutto nelle donne che hanno deciso di non allattare al seno o che sono troppo malate per gestire l'allattamento. Dato il consolidato rapporto tra psicosi puerperale e Disturbo Bipolare, la psicosi postpartum dovrebbe essere trattata come una psicosi affettiva, perciò uno stabilizzatore dell'umore è indicato. È interessante notare che un recente studio ha raccomandato di iniziare la profilassi con litio in donne con una anamnesi positiva per psicosi limitata al periodo postpartum (Bergink 2012). La terapia elettroconvulsiva (ECT) è ben tollerata e rapidamente efficace per gravi casi di depressione e psicosi postpartum (Focht 2012).

Psicofarmaci e allattamento

I medici dovrebbero sostenere le donne nella scelta di allattare al seno, dopo aver discusso chiaramente rischi e benefici di una psicofarmacoterapia in atto (SIGN 2012). Quando si inizia una terapia farmacologica, occorre tenere in considerazione la dose assoluta e l'emivita del farmaco. Il seguente schema dovrebbe essere tenuto presente per farmaci specifici.

- La doxepina dovrebbe essere evitata se si sta considerando la possibilità dell'allattamento al seno (SIGN 2012) e se è necessario un SSRI. In questo caso, le Maudsley Guide Lines raccomandano l'uso di paroxetina o sertralina (Taylor 2009)
- Alle madri in terapia con litio dovrebbero essere sconsigliato di allattare, ma se decidono di farlo, è necessario un attento monitoraggio del neonato basandosi su parametri laboratoristici tra cui: indici sierici di litio, indici di funzionalità tiroidea e indici di funzionalità renale.
- I farmaci antiepilettici non rappresentano una controindicazione all'allattamento al seno, ma i benefici e i rischi dovrebbero essere discussi dettagliatamente con la madre.
- Se vi è necessità di prescrivere benzodiazepine, sono da preferire quelle a breve durata d'azione, somministrate in dosi frazionate. Le madri devono essere istruite a non interrompere bruscamente la terapia (per il rischio di effetto *rebound*) e a rivolgersi al medico qualora notassero sonnolenza o difficoltà alla suzione nel neonato. Tutti i neonati allattati al seno, da madri in terapia con antipsicotici, devono essere monitorati per la sedazione e per gli effetti collaterali.
- Le donne in terapia con clozapina non dovrebbero allattare a causa del rischio di agranulocitosi nel bambino.

Conclusioni

Disturbi dell'umore lievi e di breve durata sono comuni durante la gravidanza e immediatamente dopo il parto, ma una minoranza di donne sviluppa una malattia depressiva o un'improvvisa psicosi. È importante essere attenti ai sintomi della malattia mentale sia durante la gravidanza che nel periodo dopo parto: circa la metà degli episodi di depressione postpartum iniziano durante la gravidanza, e alcuni episodi psicotici apparentemente insorti dopo il parto cominciano in realtà prima della parto. È essenziale tenere a mente che la depressione prenatale non trattata può condurre a una cattiva prognosi, non solo per la madre, ma anche per il bambino.

Bibliografia:

Adewuya AO (2006) Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *American Journal of Psychiatry*, 163: 1435–7. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS (1998) Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59: 29–33.

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn) (DSM-5)*. APA.
- Appleby L (1996) Suicidal behavior in childbearing women. *International Review of Psychiatry*, 8: 107–15.
- Appleby L, Warner R, Whitton A (1997) A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ*, 14: 932–6.
- Beck CT (2001) Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50: 275–85.
- Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JSP, et al (2012) Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *American Journal of Psychiatry*, 169: 609–15.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al (2000) Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157: 924–30.
- Brockington IF, Oates J, George S, et al (2001) A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3: 133–40.
- Brown GW, Harris T (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Free Press.
- Campbell SB, Cohn JF (1997) The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In *Postpartum Depression and Child Development* (eds L Murray, P Cooper): 165–97. Guilford.
- Champagne FA, Meaney MJ (2006) Stress during gestation alters postpartum maternal care and the development of the offspring in a rodent model. *Biological Psychiatry*, 59: 1227–35.
- Chandra PS, Bhargavarman RP, Raghunandan VNGP, et al (2006) Delusions related to infants and their association with mother–infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Health*, 9: 285–8.
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2004) *Why Mothers Die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. RCOG Press.
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2007) *Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. CEMACH.
- Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2011) *Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. *BJOG*, 118 (suppl 1): 1–203.
- Cooper PJ, Campbell EA, Day A, et al (1988) Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152: 799–806.
- Cooper C, Jones L, Dunn E, et al (2007) Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine*, 37: 1273–80.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782–6.
- Cox JL, Murray D, Chapman G (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163: 27–31.
- Cunnington MC, Weil JG, Messenheimer JA, et al (2011) Final results from 18 years of the International Lamotrigine Pregnancy Registry. *Neurology*, 76: 1817–23.
- Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, et al (2010) Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS One*, 5: e12942.

- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al (2013) Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*, 70: 168–75.
- Evans J, Heron J, Francomb H, et al (2001) Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323: 257–60.
- Focht A, Kellner CH (2012) Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *Journal of ECT*, 1: 31–3.
- Forman DN, Videbech P, Hedegaard M, et al (2000) Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107: 1210–7.
- Forty L, Jones L, Macgregor S, et al (2006) Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 163: 1549–53.
- Galbally M, Roberts M, Buist A (2010) Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44: 967–77.
- Garfield P, Kent A, Paykel ES, et al (2004) Outcome of postpartum disorders: a 10 year follow-up of hospital admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 434–9.
- Gentile S (2010) Antipsychotic therapy during early and late pregnancy: a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36: 518–44.
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, et al (2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119: 350–64.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, et al (2007) Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pre-pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64: 42–8.
- Harris B, Lovett L, Newcombe RG, et al (1994) Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study. II. *BMJ*, 308: 949–53.
- Harris B, Lovett L, Smith J, et al (1996) Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry*, 168: 739–44.
- Hay DF, Pawlby S, Sharp D, et al (2001) Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 871–90.
- Hay DF, Pawlby S, Angold A, et al (2003) Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39: 1083–94.
- Hemels MEH, Einarson A, Koren G, et al (2005) Antidepressant use during pregnancy and the rates of spontaneous abortions: a meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 39: 803–9.
- Henshaw C (2003) Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (suppl 2): S33–42.
- Henshaw C, Foreman D, Cox J (2004) Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25: 267–72.
- Heron J, Craddock N, Jones I (2005) Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Disorders*, 7: 103–10.
- Heron J, Robertson Blackmore E, McGuinness M, et al (2007) No 'latent period' in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 10: 79–81.

- Heron J, McGuinness M, Robertson Blackmore E, et al (2008) Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*, 115: 348–53.
- Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, et al (2009) Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 13 (36): 1–230.
- Jacobsen T (1999) Effects of postpartum disorders on parenting and on offspring. In *Postpartum Mood Disorders* (ed LJ Miller): 119–39. American Psychiatric Press.
- Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, et al (2001) Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35: 69–74.
- Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, et al (2002) Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 99: 223–8.
- Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, et al (1976) The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 6: 297–302.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C (1987) Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150: 662–73.
- Kennerley H, Gath D (1989) Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *British Journal of Psychiatry*, 155: 367–73.
- Kleist K (1929) Über cykloide, paranoide, und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen [On cycloid, paranoid and epileptoid psychoses and on the question of degenerative psychoses]. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 23: 3–37.
- Kumar R, Hipwell AE (1996) Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*, 169: 18–26.
- Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, et al (2005) Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *Journal of Perinatology*, 25: 595–604.
- Lee DT, Yip AS, Leung TY, et al (2000) Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, 6: 349–54.
- Leigh B, Milgrom J (2008) Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8: 24.
- Leonhard K (1961) Cycloid psychoses: endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *Journal of Mental Science*, 107: 632–48.
- Marcé LV (1858) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* [Treatise on the psychoses of pregnant women, and newly delivered and nursing mothers]. J.B. Baillière et Fils.
- McCauley-Elsom K, Gurvich C, Elsom SJ, et al (2010) Antipsychotics in pregnancy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17: 97–104.
- Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, et al (2014) Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9: CD002018.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al (2006) New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 296: 2582–9.
- Nager A, Szulkin R, Johansson SE, et al (2013) High lifelong relapse rate of psychiatric disorders among women with postpartum psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67: 53–8.
- Nardi B, Laurenzi S, di Nicolo M, et al (2012) Is the cognitive-behavioral therapy an effective intervention to prevent the postnatal depression? A critical review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43: 211–25.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance* (NICE Clinical Guideline CG45). NICE.
- Neter E, Collins NL, Lobel M, et al (1995) Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's Health*, 1: 51–75.
- Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, et al (2005) Lithium placental passage and obstetrical outcome: Implications for clinical management during late pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 162: 2162–70.
- Nicolai J, Vles JS, Aldenkamp AP (2008) Neurodevelopmental delay in children exposed to antiepileptic drugs in utero: A critical review directed at structural study-bias. *Journal of the Neurological Sciences*, 271: 1–14.
- Oates M (2003) Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin*, 67: 219–29.
- Oates MR, Cox JL, Neema S, et al (2004) Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184 (suppl 46): s10–6.
- Oates M, Cantwell R (2011) Deaths from psychiatric causes. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 (suppl 1): 132–42.
- O'Hara MW, Zekovski EM, Philipps LH, et al (1990) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99: 3–15.
- O'Hara MW, Swain AM (1996) Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8: 37–54.
- O'Keane V (2008) The endocrinology of maternofetal interactions and its influence on the later development of mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107: s21–52.
- O'Keane V, Lightman S, Marsh M, et al (2011a) Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'Blues'. *Journal of Neuroendocrinology*, 23: 1149–55.
- O'Keane V, Lightman S, Marsh M, et al (2011b) Increased pituitary-adrenal activation and shortened gestation in a sample of depressed pregnant women: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 130: 300–5.
- Orlikov AB (2011) Two case reports of confusion psychosis: should we reevaluate the place of cycloid psychoses in modern psychiatry? *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13 (1): PCC.10101024.
- Pawlby S, Sharp D, Hay D, et al (2008) Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107: 241–5.
- Pawlby S, Hay DF, Sharp D, et al (2009) Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113: 236–43.
- Perris C (1974) A study of cycloid psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 253: 1–77.
- Pfuhlmann B (1998) The concept of cycloid psychoses: developments, clinical significance and the state of research. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, 66: 1–9.
- Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M (2006) Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials. *Reproductive Toxicology*, 22: 571–5.
- Reay RE, Owen C, Shadbolt B, et al (2012) Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Archives of Women's Mental Health*, 15: 217–28.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, et al (2009) Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113: 77–87.

- Robertson E, Jones I, Haque S, et al (2005) Risk of puerperal and non- puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186: 258–9.
- Robinson GE, Stewart DE (2001) Postpartum disorders. In *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology* (2nd edn) (eds NL Stotland, DE Stewart): 117–39. American Psychiatric Press.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011) *Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period Guideline* (Good Practice No. 14). RCOG.
- Schalekamp RJ (2005) *Maternal Filicide-Suicide from a Suicide Perspective: Assessing Ideation* (<http://www.filicide-suicide.com>). Accessed 14 Oct 2014.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2005) *Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults: A National Clinical Guideline* (SIGN 70). SIGN.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2012) *Management of Peri-natal Mood Disorders: A National Clinical Guideline* (SIGN 127). SIGN.
- Seguin L, Potvin L, St Denis M, et al (1999) Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 26: 157–63.
- Sit D, Rothschild AJ, Wisner K (2006) A review of postpartum psychosis. *Journal of Women's Health*, 15: 352–68.
- Stein G (1982) The maternity blues. In *Motherhood and Mental Illness* (eds IF Brockington, R Kumar): 119–54. Grune and Stratton.
- Stuart S (2012) Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19: 134–40.
- Sutter AL, Leroy V, Dallay D, et al (1997) Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery: a French cross sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 44: 1–4.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, et al (2005) A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8: 45–51.
- Taylor D, Paton C, Kapur S (2009) *The Maudsley Prescribing Guidelines* (10th edn). Informa Healthcare.
- Terp IM, Mortensen PB (1998) Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *British Journal of Psychiatry*, 172: 521–6.
- Udechuku A, Nguyen T, Hill R, et al (2010) Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44: 978–96.
- UK Teratology Information Service (2009) *Use of Lithium in Pregnancy*. UKTIS.
- UK Teratology Information Service (2011) *Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pregnancy*. UKTIS.
- Warburton W, Hertzman C, Oberlander TF (2010) A register study of the impact of stopping third trimester selective serotonin reuptake inhibitor exposure on neonatal health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121: 471–9.
- Warner R, Appleby L, Whitton A, et al (1996) Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168: 607–11.
- Watanabe M, Wada K, Sakata Y, et al (2008) Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29: 206–12.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM (2002) Clinical practice: postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 347: 194–9.

Domande a risposta multipla

Selezionare l'opzione migliore per ogni domanda

1 L'incidenza stimata di "maternity blues" è:

- a) 30%
- b) 50-85%
- c) 90%
- d) 10-15%
- e) 35%.

2 Lo screening per la depressione perinatale può essere meglio assistita da:

- a) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
- b) Beck Depression Inventory (BDI)
- c) Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
- d) Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS) e NEO Personality Inventory.

3 Lo sviluppo della depressione perinatale non è significativamente associato con:

- a) eventi di vita
- b) età materna
- c) scarso supporto coniugale
- d) nevroticismo
- e) precedenti episodi depressivi.

4 Come terapia di prima linea per depressione lieve o moderata, NICE consiglia:

- a) una terapia cognitivo-comportamentale o interpersonale
- b) farmacoterapia
- c) psicoterapia psicodinamica
- d) psicoterapia centrata sulla soluzione
- e) terapia per aumentare l'adesione al trattamento

5 La maggior parte degli episodi psicotici postpartum avviene entro:

- a) 8 settimane
- b) 1 settimana
- c) due settimane
- d) 2 giorni
- e) 1 settimana.

Soluzioni:

1 b 2 d 3 b 4 a 5 c