

La depressione puerperale: risultati di una ricerca condotta presso l'Az. U.L.S.S. 12 veneziana

Abstract

Il presente articolo si propone di riportare una sintesi di un lavoro di ricerca in ambito clinico condotto da Gianluca Doni in collaborazione con il Dott. Pier Luigi Righetti e i risultati a cui sono giunti. L'articolo vuole riportare quelli che sono gli aspetti più salienti in merito alla ricerca condotta presso l'azienda U.L.S.S.12 Veneziana in merito alla depressione puerperale.

La ricerca ha previsto l'utilizzo e la somministrazione del questionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) al fine di effettuare uno screening sulla diffusione della depressione puerperale nelle madri afferenti ai servizi sanitari del territorio veneziano e in un secondo momento ai pediatri di famiglia. Il questionario è stato somministrato a 2-3 giorni dalla nascita e a 2-3 mesi dopo il parto. Il campione della ricerca è composto da donne italiane e straniere che hanno partorito presso gli ospedali di Venezia e di Mestre.

Le ipotesi della ricerca sono: riscontrare una percentuale significativa di EDPS con un punteggio oltre il cut-off a riconferma della diffusione della depressione puerperale nel territorio esaminato; registrare maggiori EPDS significativi a 2-3 giorni (tempo 0) rispetto a 2-3 mesi (tempo 1) dopo il parto per effetto di una para fisiologica condizione di maternity blues; rilevare un punteggio più elevato alla scala nel caso di parto cesareo e di primiparità. I risultati della ricerca confermano le prime tre ipotesi ma non l'ultima. La condizione di primiparità non sembra predisporre a punteggi più elevati all'EDPS rispetto alla multiparità.

INTRODUZIONE

Nel suo elaborato Gianluca Doni afferma come sia importante prestare attenzione al vissuto e alla sofferenza emotiva di ogni essere umano e di non far coincidere la persona con la sua patologia. La patologia si affianca come entità alla persona ma non è mai intercambiabile con essa e con la sua storia. È importante ridare dignità ad ogni essere umano che soffre e al suo disagio, che, in quanto tale, si connoterà di caratteristiche via via differenti.

LA DEPRESSIONE PUERPERALE

È doveroso iniziare questo scritto dando una definizione di depressione puerperale: con tale termine infatti si intende “un disturbo depressivo non psicotico che inizia o si estende nel periodo del *post partum*, di lieve o moderata gravità, caratterizzato da una sintomatologia sovrapponibile a quella di un quadro depressivo che si manifesta in altri periodi della vita. In genere i sintomi devono avere una durata minima di una settimana e determinare un certo grado di compromissione del funzionamento della donna” (Monti, 2006, p. 9). Gianluca Doni sceglie il termine depressione *puerperale* (DPP) e non depressione *post-partum*, in quanto, con il primo termine si intende uno stato depressivo di grado variabile che si può manifestare nel periodo che va da 0 a 12 mesi e non è necessariamente legato alle prime 48 ore dopo la nascita. Inoltre a questa scelta è sotteso il nobile principio di non attribuire al

nascituro la responsabilità della sofferenza della madre, implicito invece nel termine depressione *post-partum*.

Un dato interessante e degno di nota riguarda la depressione puerperale come uno dei fattori principali che rendono la depressione maggiore unipolare come quinta causa di disabilità nel mondo.

Entrando un po' più nello specifico della sintomatologia caratterizzante la DPP rileviamo: umore depresso e tristezza, ansia, tensione, pianto, bassi livelli di energia, perdita di interesse, stanchezza, disturbi del sonno e dell'appetito, eccessivi sensi di colpa, autosvalorizzazioni e ideazioni suicide (Monti, 2006). La DPP si può inoltre caratterizzare per la presenza di difficoltà nel sonno che può presentarsi disturbato e non continuativo, disturbi dell'alimentazione che possono dare origine a condotte anoressizzanti piuttosto che iperfagiche (Monti, 2006). Per poter parlare di depressione puerperale i sintomi dovrebbero manifestarsi durante la gravidanza o nelle quattro settimane successive al parto (APA- DSM-5, 2014). Il disturbo può durare un anno oppure anche di più nei casi più gravi. La variabilità della durata è correlata alla gravità del disturbo.

Nel contesto italiano l'incidenza di tale condizione sembra aggirarsi, secondo le stime fornite dal Ministero della sanità, intorno al 8-12% (salute.gov.it).

PREVENZIONE

La tesi di ricerca approfondisce nel dettaglio i fattori di rischio bio-psico-sociali e i fattori di protezione, guardando alla DPP in un'ottica preventiva.

Un importante fattore di rischio a livello psicologico riguarda l'esperienza negativa della gravidanza e/o del parto. Tra i fattori di rischio annoveriamo: difficoltà nel rapporto di coppia, mancato supporto sociale, basso status socio-economico ecc.

Tra i fattori di protezione si annovera invece un'adeguata capacità di coping e un supporto strumentale fornito alla neo-mamma nel pulire, vestire e nutrire il bambino da parte del personale sanitario (Monti, 2016).

È fondamentale, al fine di prevenire la DPP, un ambiente sociale, familiare e non da ultimo istituzionale che sostenga e fornisca supporto alla neo-mamma.

L'ansia e la depressione sono, secondo uno studio condotto da Robertons e collaboratori (2004) due variabili di primaria importanza tra i fattori di rischio della DPP. A sottolineare ciò sono i risultati ottenuti da Manzano e il gruppo di ricerca, i quali hanno rilevato come la maggior parte della madri che sviluppano una depressione puerperale dimostrino segni depressivi già durante la gravidanza (Monti, 2006). Gianluca Doni pone l'attenzione su un ulteriore fattore di rischio detto *effetto recency*. Con tale termine ci si riferisce alla separazione della madre dal neonato. Per contrastare lo sviluppo della DPP

legata a questo fattore, l'Ospedale dell'Angelo utilizza una pratica volta a creare fin da subito un dolce contatto tra madre e bambino, definita rooming-in (sito dell'azienda U.L.S.S. 12).

“Questo dolce contatto, inoltre, favorisce il miglior avvio dell'allattamento al seno, migliora la reciproca conoscenza madre-bambino e consente alla donna di sperimentarsi coi piccoli problemi quotidiani in un ambiente nel quale vi sono specialisti competenti pronti ad aiutarla” (Doni, 2015).

Questo articolo intende offrire una sintesi del lavoro condotto da Doni e Righetti e porre l'accento sulla prevenzione. Le donne in gravidanza possono lamentare stanchezza, fatica e mancanza di energie. Questi sintomi fisici possono, in un primo momento, non allarmare il clinico ma possono essere invece dei segnali precoci della DPP.

Widlocher parla di “depressione sorridente” riferendosi ad un eloquio e mimica nella norma e a dei lamenti riferiti al soma. Il corpo si fa portavoce e allo stesso tempo riesce a celare quelli che possono essere segnali di un disagio emotivo e psicologico (Widlocher, 1985).

Identificare i segnali precoci della DPP consente di impostare una terapia e attivare delle risorse preventive al fine di aumentare i benefici a lungo termine per la madre, il neonato e il sistema familiare.

In merito alla prevenzione un gruppo di ricerca di Henshaw si è occupato di analizzare il ruolo delle

aspettative materne nella salute mentale della donna nel periodo conseguente al parto. Dalla ricerca è emerso che le aspettative materne riguardo alla maternità, immediatamente dopo il parto, sono predittive di adattamenti emozionali nel primo periodo *post-partum* (Henshaw, 2014).

Ulteriore aspetto degno di nota e di approfondimento sono gli effetti della DPP sullo sviluppo del bambino. A tal proposito, uno studio condotto da Kersten-Alvarez (2011) ha riscontrato come i bambini di madri con DPP presentino minor resilienza, minore competenza sociale con i propri pari e minore adattamento scolastico se confrontati con bambini nati da madri senza DPP. I bambini nati da madre con DPP presentano inoltre difficoltà nell'affrontare e superare un evento avverso, difficile e stressante. Questa difficoltà del bambino è il riflesso dell'incapacità della madre di fungere da schermo protettivo nei confronti degli stimoli ambientali avversi e disturbanti. Il bambino si trova solo e impreparato ad affrontare le sfide della vita. Questa carenza materna nel fornire un ambiente sicuro espone il bambino ad una ulteriore difficoltà e a una minore competenza sociale nell'interazione con i pari. Le madri con DPP grave non riescono a cogliere e a rispondere alle richieste del bambino e l'interazione non ha modo di essere riparata (Righetti & Casadei, 2005).

Lo studio di Kornhonen (2014) si è spinto oltre ed ha preso in

considerazione l'associazione tra sintomi depressivi materni e disturbi internalizzati ed esternalizzati in adolescenza. Dallo studio è emerso che: sintomi depressivi in gravidanza sono correlati a disturbi internalizzati in adolescenza mentre gli stessi sintomi a due mesi dal parto correlano invece con disturbi esternalizzati. La presenza di una sintomatologia depressiva nella prima infanzia comporta effetti negativi sulla competenza sociale e maggiori problemi esternalizzati negli adolescenti.

LA RICERCA PRESSO L'AZ. U.L.S.S. 12 VENEZIANA

L'articolo intende ora riportare in modo sintetico la ricerca condotta presso l'Az. U.L.S.S. 12 veneziana da Gianluca Doni e Pier Luigi Righetti.

La ricerca prevedeva la somministrazione del questionario *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EDPS) di Cox e collaboratori (1987) composto da 10 item a madri in puerperio con l'obiettivo di individuare la presenza di quadri depressivi dopo il parto.

Lo strumento ha un'attendibilità di 0,88 e una consistenza interna di $\alpha=0.87$ (Cox & Holder, 2008).

Il questionario è stato somministrato alle neomamme al secondo-terzo giorno dopo il parto (tempo 0) presso l'azienda ospedaliera veneziana e al secondo-terzo mese dal parto (tempo 1) negli studi dei pediatri di famiglia nel territorio di Venezia.

Prima di procedere alla compilazione del questionario alle donne veniva richiesto di inserire alcune informazioni utili all'organizzazione del lavoro quali: data di compilazione, nome e cognome della mamma, nome e cognome e data di nascita del bambino, città di residenza, tipo di parto e condizione di primarietà o multiparità. Per rispondere ai quesiti del questionario la madre veniva invitata a ripensare ai sette giorni precedenti e a non focalizzarsi solo nella giornata attuale.

Gli items riguardavano: "incapacità di ridere, incapacità di rivolgersi alle cose con gioia, sensi di colpa immotivati, sentirsi ansiosa o preoccupata, sentirsi spaventata o in panico, sentirsi sommersa dalle cose, difficoltà del sonno dovuta a infelicità, sentirsi triste o infelice, pianto e pensieri di farsi del male" (Doni, 2015, p. 121).

Ogni domanda prevede quattro possibili risposte, il cui punteggio varia da 0 (assenza della condizione) a 3 (massima frequenza/intensità della condizione); il punteggio totale va da 0 a 30. Il cut-off utilizzato è quello di 8-9.

Al tempo 0 il campione è composta da 204 puerpere. Di queste 204, 156 hanno effettuato un parto naturale (76,5%), 41 un parto cesareo (20,1%) e del restante 3,4% manca il dato. Per quanto riguarda il tipo di condizione, 114 (55,9%) sono risultate essere al primo figlio, 82 (40,2%) al loro secondo mentre per il restante 3,9% il dato manca.

Al tempo 1 il campione è composto da 36 mamme. Di queste 36, 28 hanno effettuato un parto naturale (77,8%), 8 un parto cesareo (22,2%) e del restante 3,4% manca il dato. Per quanto riguarda il tipo di condizione, 22 (61,1%) sono risultate essere al primo figlio, 14 (38,9%) al loro secondo.

Un dato di tipo qualitativo emerso dalla ricerca è stato il senso di sollievo riportato da alcune donne nel poter manifestare il proprio stato d'animo.

Si riportano qui di seguito le ipotesi che hanno guidato la ricerca condotta da Doni e Righetti. I ricercatori si attendevano di ottenere:

- una percentuale significativa di EPDS compilati con un punteggio al di là del cut-off a riconferma della diffusione di un malessere dell'umore nelle donne in puerperio all'interno del territorio veneziano;
- una percentuale significativa di EPDS compilati con un punteggio al di là del cut-off nel tempo 0 rispetto al tempo 1 in quanto viene considerata l'eventualità di un «parafisiologico» maternity blues in 2a-3a giornata dopo il parto.
- elevati punteggi all'EPDS nelle madri che hanno avuto un parto cesareo rispetto a quello naturale;
- elevati punteggi all'EPDS nelle madri primipare;
- una rilevazione dell'item 10 sugli intenti suicidari nel tempo 0 e 1 si potesse associare a un punteggio totale più elevato nell'EPDS.

Nessuna donna partecipante allo studio al tempo 0 ha ottenuto un

punteggio superiore a 19.

Al tempo 0 (2-3 giorni dopo il parto) gli EPDS con punteggi non significativi sono il 64,2% mentre il 35,8% sono significativi. Al tempo 1 (2-3 mesi dopo il parto) gli EPDS con punteggi non significativi sono il 72,2% mentre il 27,8% sono significativi.

A fronte di questi primi risultati si ritiene confermata la prima ipotesi, ovvero, la presenza diffusa di un malessere dell'umore nelle donne puerpere nel territorio veneziano.

La seconda ipotesi legata al tipo di parto è stata verificata prendendo in considerazione il campione di 204 donne al tempo 0 (2-3 giorni dopo il parto). Da una prima analisi è emersa una differenza nel valore medio registrato all'EPDS nei due gruppi (parto cesareo e naturale). A tal proposito i ricercatori hanno verificato se la differenza dipendesse dal caso o dal tipo di parto attraverso l'applicazione del test T per campioni indipendenti. La seconda ipotesi è stata confermata in quanto il 99,1% della differenza tra le medie dei due campioni nel punteggio all'EPDS è legato al tipo di parto.

La terza ipotesi, quella riguardante l'attesa di punteggi più elevati all'EPDS nelle madri primipare, in quanto ci si attendeva che la minore esperienza potesse associarsi a maggiori difficoltà nel gestire lo stress, non si è dimostrata valida. L'analisi dei dati non ha evidenziato differenze significative tra il gruppo di madri primipare e multipare.

La quarta ipotesi prevedeva di registrare maggiori punteggi all'EPDS al tempo 0, data l'eventualità di un parafisiologico *maternity blues* al 2°-3° giorno dopo il parto, rispetto al tempo 1. Una prima correlazione aveva, in un primo momento, disconfermato questa ipotesi, tuttavia correlazioni successive per campioni appaiati ha confermato la quarta ipotesi.

CONCLUSIONI

Dallo studio condotto da Gianluca Doni e Pier Luigi Righetti (2015) sono state verificate quattro ipotesi.

Il lavoro di analisi dei dati ha permesso di rilevare che mediante questa ricerca si siano ottenute percentuali significative (35,8% e 27,8%) di EPDS compilati con un punteggio al di là del cut-off.

Dai risultati è emerso inoltre che il parto cesareo si associa, rispetto a quello naturale, alla rilevazione di punteggi elevati all'EPDS in 2a-3a giornata dopo il parto.

La condizione di primiparità, al tempo 0, non sembra predisporre a punteggi più elevati all'EPDS rispetto a quella di multiparità.

Infine, viene confermata l'ipotesi secondo cui l'aumento del punteggio medio all'EPDS al tempo 0 rispetto al tempo 1 possa legarsi alla condizione di *maternity blues*. Tale condizione riguarda soltanto le puerpere nella rilevazione ospedaliera e non in quella territoriale, negli studi pediatrici del territorio veneziano, a 2-3 mesi.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM- 5, Milano, Raffaello Cortina, 2014.
- COX John - Jeni HOLDEN - Ruth SAGOVSKY, Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, in «British Journal of Psychiatry» 150 (1987), pp. 782-786.
- COX John - Jeni HOLDEN, Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale , Trento, Erickson, 2008.
- DONI Gianluca- la depressione puerperale: risultati di una ricerca condotta presso l'A.Z U.L.S.S. 12 Veneziana, tesi di licenza in psicologia clinica e di comunità, IUSVE, 2015-2016.
- HENSHAW Erin et al., Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: result of a questionnaire survey, in «Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology» 35 (2014), pp. 69-75.
- KORHONEN Marie et al, Maternal depressive symptoms: associations with adolescents' internalizing and externalizing problems and social competence , in «Nordic Journal of Psychiatry» 68 (2014), pp. 323-332.
- MONTI Fiorella - Francesca AGOSTINI, La depressione postnatale, Urbino, Carocci, 2006.
- RIGHETTI Pier Luigi - Dario CASADEI (a cura di), Sostegno psicologico in gravidanza, Roma, Ma.Gi, 2005.
- ROBERTSON Emma, Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature, in «General Hospital Psychiatry» 26 (2004), pp. 289-295.
- WIDLOCHER Daniel, La depressione, Bari, Laterza, 1985.

SITOGRAFIA

<http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=154&area=Disturbi_psichici>

AZIENDA U.L.S.S. 12 VENEZIANA, Partorire all'Ospedale dell'Angelo,
<http://www.ulss12.ve.it/docs/File/pubbl_utenti/libretto_parto_2016.pdf>