

La depressione post-partum: il punto di vista del pediatra

Profonde trasformazioni interessano madre e bambino nel periodo perinatale, e un ampio spettro di disturbi mentali possono insorgere in questa fase delicata. Anche il pediatra, durante le visite nei primi giorni di vita, ha il compito di individuare eventuali problematiche e avviare un adeguato percorso multidisciplinare per la loro corretta gestione.

Matea Janković¹, Marianna Maffio¹, Giovanni Migliarese², Luisa Aroasio³, Lidia Decembrino⁴

¹ Policlinico San Matteo Pavia Fondazione IRCCS

² U.C. di Psichiatria Lomellina

³ U.C. di Psichiatria Oltrepò

⁴ Direttore della S.C. Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale Civile di Vigevano

ABSTRACT

The perinatal period represents a delicate phase for both mother and baby, characterized by profound transformations. Although not all mothers experience mental health issues, there is a wide spectrum of mental disorders that can arise during this sensitive phase. Recognizing and managing these issues through multidisciplinary support ensures the well-being of the mother-baby dyad and promotes the establishment of an optimal bond and adequate development.

ABSTRACT

Il periodo perinatale rappresenta una fase delicata per madre e bambino, caratterizzata da profonde trasformazioni. Sebbene non tutte le madri vivano problemi di salute mentale, esiste un vasto spettro di disturbi mentali che possono insorgere in questa fase delicata. Riconoscere e gestire queste problematiche attraverso un supporto multidisciplinare garantisce il benessere della diade madre-bambino e favorisce l'instaurarsi di un legame ottimale e uno sviluppo adeguato.

INTRODUZIONE

Il periodo perinatale viene comunemente definito come la fase compresa tra la nascita e i primi mesi di vita del neonato. Ciò nonostante, non vi è una definizione univoca per definire questo periodo. Secondo le linee guida della *World Health Organization* (WHO), questo periodo comprende il lasso di tempo che va dal momento del concepimento al primo anno di vita del bambino (1,2). È una fase della vita estremamente delicata, sia per la donna/neomamma che per il neonato. Lo spettro di gravità delle problematiche mentali che possono interessare le donne nel periodo postnatale è ampio (Tabella 1), fino ad arrivare al suicidio, che rappresenta la prima causa di mortalità postpartum nelle donne nei paesi industrializzati (3,4).

BABY BLUES

Il *baby blues* è una condizione considerata ancora fisiologica. Interessa l'80% delle neomamme e si manifesta tipicamente nei primi giorni dal parto, con un apice nei primi 4 giorni dopo il parto, per poi risolversi spontanea-

mente nelle prime due settimane. I motivi per cui è particolarmente diffuso sono da ascrivere ai cambiamenti ormonali che avvengono dopo la nascita (5), alla deprivazione di sonno, al recupero fisico dopo il parto e all'adattamento emotivo che caratterizza la nuova situazione di vita. I sintomi che caratterizzano il *baby blues* sono: disforia, umore depresso, tendenza al pianto, labilità dell'umore, irritabilità, agitazione, ansia e sensazione di essere sopraffatti. È necessario che la mamma sia messa in condizione di investire su tutte quelle azioni che favoriscono il suo benessere (*self-care*) (6), prioritizzare il sonno e rafforzare il supporto sociale (6,7).

DEPRESSIONE POST-PARTUM

La depressione perinatale è definita nel *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5™) come l'insorgenza di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza e/o dopo il parto entro quattro settimane (8). Per fare diagnosi è necessario che siano presenti almeno cinque sintomi depressivi per almeno due settimane in associazione alla depressione e all'anedonia (Tabella 2). Questa definizione è diversa rispetto a quella utilizzata nella pratica clinica, che identifica la depressione post-partum come un episodio non psicotico di depressione con insorgenza pre-partum o fino a 12 mesi dopo il parto (9-12). Questa condizione riguarda una percentuale di donne compresa tra il 12,9% e il 21,9% nei paesi sviluppati, fino al 60% nei paesi in via di sviluppo (13-17) e spesso viene misconosciuta e quindi non trattata.

Sono diversi i fattori di rischio implicati nell'insorgenza della depressione post-partum (5,6,18,19), tra cui:

- Precedente episodio di depressione post-partum;
- Precedente diagnosi di depressione;
- Condizioni di stress;
- Problematiche ostetrico-ginecologiche sia pregresse che attuali;
- Problematiche legate all'allattamento al seno;
- *Baby blues*;
- Storia familiare di depressione;
- Anamnesi di sindrome premestruale caratterizzata da alterazioni dell'umore.

PSICOSI POST-PARTUM

La psicosi post-partum rappresenta la manifestazione più grave all'interno dello spettro dei disturbi mentali

Schema delle patologie mentali che possono interessare le donne nel periodo perinatale

SPETTRO DELLE PATOLOGIE MENTALI NELL'EPOCA PERINATALE
<i>Baby blues</i>
Depressione post-partum
Psicosi post-partum
Disturbo ossessivo compulsivo post-partum
Disturbo d'ansia post-partum

Tabella 1

Sintomi della depressione post-partum

SINTOMI DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM
Tono dell'umore deflesso (soggettivo o oggettivo) presente per la maggior parte del giorno
Anedonia
Insonnia o ipersonnia
Rallentamento psicomotorio o agitazione
Astenia o perdita di energia
Autosvalutazione o profondo senso di colpa
Ideazioni suicidarie, tentato suicidio o pensieri di morte ricorrente
Impossibilità a concentrarsi o indecisione
Alterazioni nell'appetito o nel peso (cambiamenti ponderali almeno del 5% in un mese)

Tabella 2

che si possono manifestare nel periodo post-natale. Si verifica nell'1-2% dei casi (20). I sintomi sono: delirio, allucinazioni, estrema irritabilità, iperattività fino a mania, depressione grave, insonnia, paranoia. Tra le pazienti affette si registra un incremento del rischio di suicidio fino al 5% e un aumentato rischio di infanticidio fino al 4% (21). È fondamentale il pronto riconoscimento e il trattamento. Questa condizione è responsabile alla terapia con carattere di reversibilità (22).

DIADE MADRE-BAMBINO

Ci sono due termini per descrivere la relazione tra una madre e suo figlio: "*attachment*" che è più relazionale e descrive il flusso in entrambe le direzioni (dal punto

di vista del bambino verso la madre e viceversa), e il “bonding”, flusso unidirezionale, che descrive le sensazioni e i sentimenti di una madre verso suo figlio e non viceversa (23). La diade madre-bambino che inizia a formarsi prima del parto e si rafforza successivamente, è di estrema importanza per lo sviluppo psico-fisico del bambino. La forza del legame genitoriale pre-partum sarà lo specchio di quella post-partum; un legame genitoriale compromesso influisce sugli ormoni, sull’epigenetica e sullo sviluppo neurale del bambino (24–26). L’attaccamento materno durante il terzo trimestre di gravidanza si associa al coinvolgimento materno postnatale e può essere un indicatore per individuare le madri per le quali l’interazione madre-figlio sarà probabilmente sub-ottimale (24).

DEPRESSIONE POST-PARTUM E BENESSERE NEONATALE

La risposta ai segnali del bambino durante le prime fasi della vita è estremamente cruciale per il suo sviluppo psico-fisico (27). Il neonato che riceve risposte adeguate e in sintonia emotiva con il segnale inviato, costruisce un’immagine di sé positiva, capace di chiedere e ricevere aiuto. Riesce a identificare le persone che lo circondano come affidabili e confortanti, e considera il mondo come un luogo sicuro ed accogliente. Acquisisce la capacità di regolare le proprie emozioni e i propri sentimenti senza sempre dover ricorrere all’aiuto degli adulti. Tende ad avere un atteggiamento propositivo verso l’ambiente esterno, uno sviluppo cognitivo adeguato, acquisendo progressivamente autonomia in termini di gestione comportamentale ed emotiva. La depressione post-partum, andando ad inficiare i fisiologici meccanismi di maturazione e acquisizione delle tappe, influisce negativamente sul corretto sviluppo psicomotorio. Alla base c’è un’alterata capacità materna di captare i richiami del neonato e di reagire e rispondere adeguatamente (28). Sono state descritte anche delle alterazioni biologiche come quelle dell’elettroencefalogramma (EEG), soprattutto l’asimmetria frontale destra (29). Alcuni studi suggeriscono che livelli elevati di cortisolo prenatale associati alla depressione potrebbero determinare un incremento dei livelli fetali di cortisolo, ritardando la crescita fetale, portando a prematurità (30) e compromettendo lo sviluppo cerebrale fetale (31). Elevati livelli di noradrenalina e

un aumento degli indici di resistenza arteriosa uterina sono implicati nel ritardo di crescita fetale. Le conseguenze sul nascituro possono rendersi evidenti sia a breve che a lungo termine (32–46) (Tabella 3 e 4).

RUOLO DEL PEDIATRA

Di fondamentale importanza sono le visite pediatriche nei primi 15-30 giorni di vita del neonato, che consentono la precoce identificazione di eventuali problematiche che possono insorgere in questa fase post-partum. Durante la visita, il pediatra si può avvalere di diversi strumenti per individuare segni di depressione post-partum come: l’osservazione del comportamento materno con valutazione del suo stato emotivo, la raccolta di elementi anamnestici, il *counselling* sull’allattamento al seno e l’utilizzo di appositi questionari, ad esempio *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (47,48).

Conseguenze a breve termine della depressione post-partum sul nascituro

CONSEGUENZE A BREVE TERMINE

Alterato ritmo dei pasti
Scarso accrescimento
Coliche addominali e alterazioni dell’alvo
Alterata regolazione del ritmo sonno-veglia
Negligenza nella gestione del neonato (igiene insufficiente, posizione prona nel sonno ecc.)

Tabella 3

Conseguenze a lungo termine della depressione post-partum sul nascituro

CONSEGUENZE A LUNGO TERMINE

Disturbi dello sviluppo relazionale
Alterazione nei rapporti interpersonali
Problematiche cognitivo-comportamentali
Aumentato rischio di sviluppare problematiche psichiatriche
Rendimento scolastico ridotto
Disturbi specifici dell’apprendimento (DSA)

Tabella 4

- **ASCOLTARE:** adottare un atteggiamento incentrato all'ascolto, non lasciando trasparire elementi di giudizio;
- **CREARE UN AMBIENTE ACCOGLIENTE E SICURO** in cui le madri possano condividere la propria storia;
- **CHIEDERE:** indagare su un eventuale disagio materno durante la gravidanza o nel periodo post-partum al fine di rivelare condizioni cliniche ad alto rischio quali pensieri suicidi, disturbi nella relazione madre-bambino e comportamenti aggressivi verso il bambino o il feto durante la gravidanza;
- **RICONOSCERE:** porre domande appropriate. Ad esempio:
 - Hai mai pensato di farti del male?
 - Hai mai considerato che la vita potrebbe non valere la pena di essere vissuta?
 - Hai mai pianificato come farlo?

L'utilizzo di strumenti specifici, come l'EPDS, non solo semplifica il nostro lavoro nell'identificare i segni della depressione post-partum, ma ci guida anche nella direzione giusta per valutare e affrontare le esigenze della paziente in modo efficace. Il trattamento della psicopatologia perinatale può essere farmacologico, non farmacologico e combinato. Quest'ultimo rappresenta il miglior approccio terapeutico che si possa impostare, con il quale si raggiunge il maggior successo terapeutico. È importante ricordare che quasi tutti i farmaci utilizzati sono compatibili con l'allattamento al seno, nonostante la maggior parte dei farmaci ad uso psichiatrico sia secreta nel latte materno. Al fine di gestire correttamente anche l'aspetto farmacologico è importante il continuo aggiornamento in materia, l'utilizzo di tools appositi (e.g. database *Drugs and Lactation Database*, *LactMed*®) e la corretta interazione con le diverse figure cliniche di riferimento. La gestione di eventuali criticità o segni di allarme durante la gravidanza o il post-partum è un processo multidisciplinare che coinvolge diversi specialisti, pediatri/neonatologi, ostetriche/ginecologi, psichiatri e professionisti sanitari presenti sul territorio come pediatri di libera scelta o nei consultori. Senza una rete collaborativa efficace tra questi specialisti, alcune madri potrebbero non ricevere il trattamento necessario, mettendo così a rischio sia la propria vita che quella del proprio bambino. In questo processo assistenziale che prosegue

durante la crescita del bambino, il pediatra occupa un ruolo di cruciale importanza finalizzato a preservare il benessere della diade madre-bambino.

Bibliografia

1. Mental Health Care in the Perinatal Period Australian Clinical Practice Guideline. 2017. Available from: <https://www.cope.org.au/?s=guidelines>.
2. World Health Organization (WHO). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.
3. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Jun;8(2):77-87.
4. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and Maternal Mortality. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Apr;24(4):239-275.
5. Vichi M, Berardelli I, Pompili M. Completed suicide during pregnancy and postpartum. *Ann Ist Super Sanita*. 2021 Jan-Mar;57(1):57-66.
6. Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M; NASCITA Working Group. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open*. 2023 Jun 23;13(6):e069797.
7. Gebregziabher NK, Netsereab TB, Fessaha YG, Alaza FA, Ghebrehiwet NK, Sium AH. Prevalence and associated factors of postpartum depression among postpartum mothers in central region, Eritrea: a health facility-based survey. *BMC Public Health*. 2020 Oct 27;20(1):1614.
8. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Apr;200(4):357-64.
9. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019 Feb 12;321(6):588-601.
10. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
11. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental

- disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1775-88.
12. Leach, L. S., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, K. (2015). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1), 4–19.
 13. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.
 14. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health*. 2011 Summer;27(3):278-88.
 15. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34-52.
 16. Croke L. Perinatal Depression: AAP Policy Statement on Recognition and Management. *Am Fam Physician*. 2019 Oct 1;100(7):443-444.
 17. Abdollahi F, Lye MS, Md Zain A, Shariff Ghazali S, Zarghami M. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011 Fall;5(2):5-11.
 18. Wang C, Tee M, Roy AE, Fardin MA, Srichokchatchawan W, Habib HA, Tran BX, Hussain S, Hoang MT, Le XT, Ma W, Pham HQ, Shirazi M, Taneepanichskul N, Tan Y, Tee C, Xu L, Xu Z, Vu GT, Zhou D, Koh BJ, McIntyre RS, Ho C, Ho RC, Kuruchittham V. The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PLoS One*. 2021 Feb 11;16(2):e0246824.
 19. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte JM, O'Keane V. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS One*. 2010 Sep 22;5(9):e12942.
 20. Davies W. Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: Challenges and new approaches. *World J Psychiatry*. 2017 Jun 22;7(2):77-88.
 21. Brockington I. Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Feb;20(1):63-69.
 22. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*. 2021 Jan 4;11(1):47.
 23. Eitenmüller P, Köhler S, Hirsch O, Christiansen H. The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis. *Front Psychiatry*. 2022 May 30;13:815822.
 24. Siddiqui A, Hägglöf B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Hum Dev*. 2000 Jul;59(1):13-25.
 25. Kommers D, Oei G, Chen W, Feijs L, Bambang Oetomo S. Suboptimal bonding impairs hormonal, epigenetic and neuronal development in preterm infants, but these impairments can be reversed. *Acta Paediatr*. 2016 Jul;105(7):738-51.
 26. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*. 1981 Sep-Oct;30(5):281-4.
 27. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 Mar;33(3):543-61.
 28. Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care. NICE guidelines. Available from: www.nice.org.uk/CG02NICEguideline.
 29. Lusby CM, Goodman SH, Bell MA, Newport DJ. Electroencephalogram patterns in infants of depressed mothers. *Dev Psychobiol*. 2014 Apr;56(3):459-73.
 30. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005 Apr;29(2):237-58.
 31. Weinstock M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain Behav Immun*. 2005 Jul;19(4):296-308.
 32. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population

- based study in Bangladesh. *J Affect Disord.* 2013 Apr 5;146(2):254-61.
33. Ali NS, Mahmud S, Khan A, Ali BS. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry.* 2013 Oct 22;13:274.
 34. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Aug;48(8):1335-45.
 35. Walker MJ, Davis C, Al-Sahab B, Tamim H. Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. *Matern Child Health J.* 2013 Jul;17(5):907-17.
 36. Gress-Smith JL, Luecken LJ, Lemery-Chalfant K, Howe R. Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Matern Child Health J.* 2012 May;16(4):887-93.
 37. Pinheiro KA, Pinheiro RT, Silva RA, Coelho FM, Quevedo Lde Á, Godoy RV, Jansen K, Lessa Horta B, Osés JP. Chronicity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: a population-based cohort study in southern Brazil. *Infant Behav Dev.* 2011 Apr;34(2):371-3.
 38. Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, Pinheiro RT. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev.* 2012 May;38(3):420-4.
 39. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Sep;48(9):919-927.
 40. Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009 Mar;50(3):254-62.
 41. Stein A, Malmberg LE, Sylva K, Barnes J, Leach P; FCCC team**. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child Care Health Dev.* 2008 Sep;34(5):603-12.
 42. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JA. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord.* 2008 May;108(1-2):191-3.
 43. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: --a cohort study. *Arch Dis Child.* 2007 Jan;92(1):24-8.
 44. Akman I, Kusçu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, Karabekiroglu A, Ozek E. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child.* 2006 May;91(5):417-9.
 45. Zajicek-Farber, M.L. Postnatal Depression and Infant Health Practices Among High-Risk Women. *J Child Fam Stud* 18, 236–245 (2009).
 46. Kalita KN. Developmental Profile of Infants Born to Mothers with Postpartum Depression and Anxiety: A Comparative Study. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health.* 2010 Jan 1;6(1):3–12. Available from: <https://doi.org/10.1177/0973134220100102>
 47. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Conwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics.* 2004 Mar;113(3 Pt 1):551-8.
 48. Zhong QY, Gelaye B, Miller M, Fricchione GL, Cai T, Johnson PA, Henderson DC, Williams MA. Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006-2012. *Arch Womens Ment Health.* 2016 Jun;19(3):463-72.