

Maria Zaccagnino

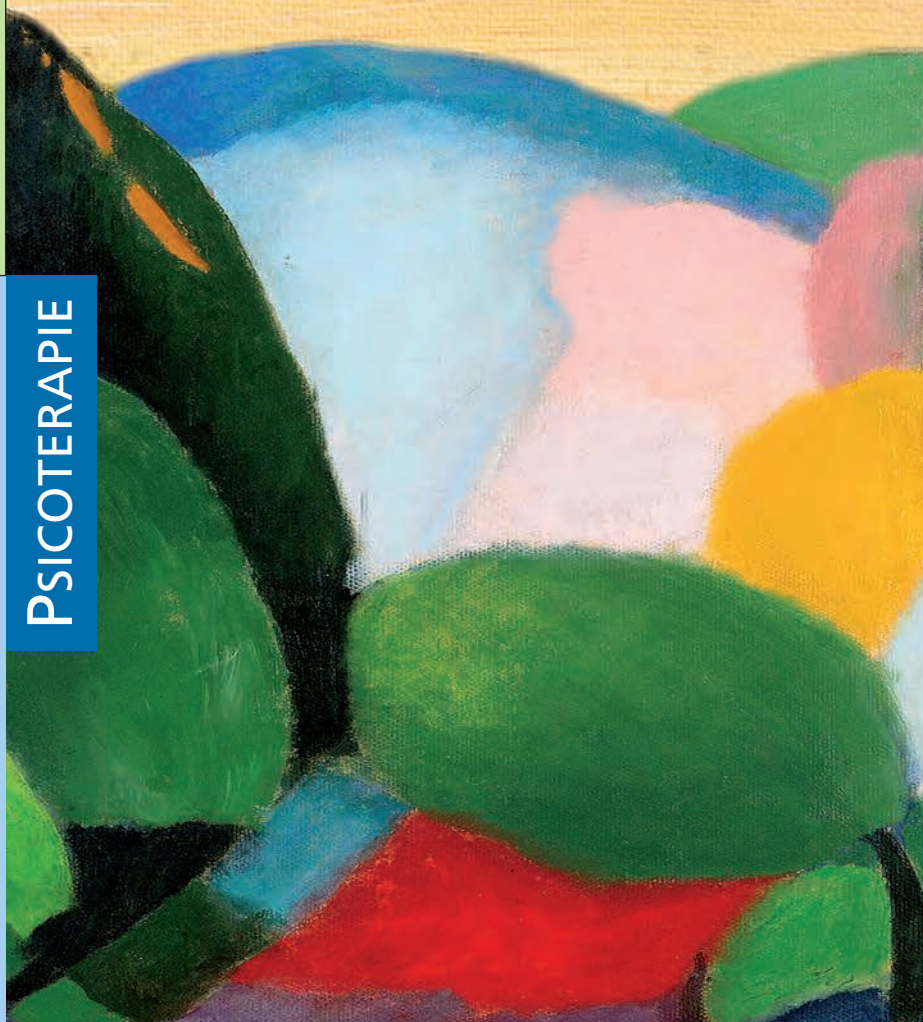
Dalla depressione postpartum all'attaccamento sicuro

Linee guida per il trattamento
con EMDR

Prefazione di Isabel Fernandez

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Maria Zaccagnino

**Dalla depressione
postpartum
all'attaccamento sicuro**

Linee guida per il trattamento
con EMDR

Prefazione di Isabel Fernandez

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Hanno collaborato:

Martina Cussino: psicologa, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, dottore di ricerca in psicologia clinica. È supervisore e facilitator EMDR Europa. Esercita la professione clinica presso il Centro di Terapia EMDR per l'Anoressia a Milano, dove lavora con l'EMDR su casi di traumatizzazione e in particolare con pazienti con disturbi alimentari. Ha pubblicato molti articoli su attaccamento, disturbi alimentari, depressione postpartum, traumi relazionali e EMDR.

Chiara Callerame: psicologa, psicoterapeuta cognitiva dell'età evolutiva, dottore di ricerca in psicologia clinica, terapeuta EMDR. Esercita la professione clinica presso il Centro di Terapia EMDR per l'Anoressia a Milano, dove lavora con l'EMDR su casi di traumatizzazione e in particolare con pazienti con disturbi alimentari e con i bambini. Ha pubblicato molti articoli su attaccamento, disturbi alimentari, depressione postpartum, traumi relazionali e EMDR.

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Isabel Fernandez</i>	pag.	7
1. La depressione postpartum: un inquadramento nosografico , di <i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame</i>	»	11
1. Inquadramento diagnostico secondo il DMS-5 e l'ICD-10	»	13
2. Quadri clinici della DPP	»	21
2.1. Maternity blues	»	21
2.2. Psicosi puerperale	»	23
2.3. Disturbo da stress post-traumatico postpartum	»	24
2. La depressione postpartum secondo la prospettiva della teoria dell'attaccamento , di <i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame</i>	»	27
1. La teoria dell'attaccamento: cenni teorici	»	27
2. La depressione postpartum e le ferite dell'attaccamento	»	32
3. La trasmissione transgenerazionale del trauma	»	36
4. Gli effetti della depressione postpartum	»	39
3. I fattori di rischio e di protezione , di <i>Maria Zaccagnino, Martina Cussino</i>	»	48
1. Fattori psicologici	»	49
1.1. Psicopatologia personale e familiare	»	49
1.2. Depressione e ansia in gravidanza	»	49
1.3. Maternity blues	»	50
1.4. Disturbo disforico premestruale	»	51
1.5. Fattori di personalità	»	51
1.6. Temperamento del neonato	»	52

2. Fattori organici e biologici	pag.	53
3. Fattori ostetrici e pediatrici	»	54
4. Fattori ambientali	»	55
4.1. Fattori socio-demografici	»	55
4.2. Il contesto socio-culturale	»	55
5. Fattori psico-sociali	»	55
5.1. Eventi stressanti	»	56
5.2. Rapporti coniugali	»	56
5.3. Supporto sociale	»	57
6. I fattori protettivi	»	58
7. Una visione olistica: il modello biopsicosociale	»	59
4. I trattamenti per la depressione postpartum, di Maria Zaccagnino, Martina Cussino	»	61
1. Trattamento farmacologico	»	61
2. Trattamento psicologico	»	63
3. Counseling	»	65
4. Psicoterapia individuale	»	66
5. Psicoterapia madre-bambino	»	67
6. Interventi rivolti alla coppia genitoriale	»	68
7. Psicoterapia di gruppo	»	68
8. Altri trattamenti	»	69
5. La nuova frontiera della psicoterapia: l'EMDR, di Maria Zaccagnino	»	71
1. Le basi teoriche e le applicazioni cliniche dell'EMDR	»	71
1.1. Il protocollo EMDR	»	74
2. L'utilizzo dell'EMDR nella depressione postpartum	»	78
6. Il protocollo EMDR di lavoro con i genitori nella depressione postpartum, di Maria Zaccagnino	»	80
1. Fase 1: raccolta della storia del paziente	»	81
2. Fase 2: preparazione	»	89
3. Fasi 3-8: rielaborazione	»	94
Bibliografia	»	97

Prefazione

di *Isabel Fernandez**

La depressione sembra essere uno tra i disturbi maggiormente disabilitanti per le donne in età feconda: la World Health Organization stima, infatti, che in tale periodo di vita questa patologia sia seconda, in termini di disabilità, solo all'AIDS (O'Hara, 2009; Norhayati, Hazlina, Asrenee, Emilin, 2015) e ipotizza inoltre che la depressione, in qualsiasi fase della vita si manifesti, sarà la seconda causa di morte prematura e morbosità nel 2020 (NICE, 2014).

Questi dati sono molto significativi, poiché sottolineano come la gravidanza e il postpartum possano essere momenti, nella vita di una donna, caratterizzati da sentimenti complessi da gestire e che possono culminare in un disturbo psicopatologico.

L'ideale di maternità socialmente condiviso, tuttavia, va nella direzione della mitizzazione di un periodo di vita che necessariamente deve essere vissuto dalla donna come un momento di felicità, equilibrio, soddisfazione. Non c'è spazio per i dubbi, le preoccupazioni o i fantasmi di dolori irrisolti del passato. Eppure tali vissuti esistono e possono farsi ancora più presenti in una donna che sta per affrontare uno dei momenti di maggiore trasformazione della propria vita.

È inevitabile che ogni donna attribuisca alla gravidanza e alla maternità dei significati personali, che hanno a che fare con la sua storia e che parlano anche delle sue ferite, delle sue aree di fragilità. Il dolore che una donna ha sperimentato durante il suo percorso di vita, gli eventi che l'hanno profondamente segnata, infatti, possono riemergere prepotentemente nel momento in cui si affaccia a questa nuova condizione.

* Psicologa, psicoterapeuta. Direttrice – con Maria Zaccagnino – del Centro EMDR per l'Anoressia (Milano); direttrice del Centro di Psicotraumatologia (Milano); presidente dell'Associazione EMDR Italia; presidente EMDR Europe Association.

Il modello di Elaborazione Adattiva dell'Informazione (Adaptive Information Processing), alla base della terapia EMDR, ci insegna che il dolore di eventi di vita difficili non risolti, infatti, rimane cristallizzato nel nostro sistema di memoria insieme alle convinzioni, sensazioni fisiche ed emozioni esperite in tale momento e, proprio per questo motivo, è pronto a riemergere nel momento in cui ci si sente maggiormente vulnerabili ed esposti.

La letteratura scientifica che si occupa dell'argomento ha ormai dimostrato l'impatto di eventi di vita difficili sull'insorgenza di disturbi psicopatologici in età adulta. La ricerca condotta da Felitti e colleghi in collaborazione con il Keiser Permanente annovera, nella lista degli eventi di vita difficili che possono condurre ad esiti patologici in età adulta, anche la presenza di un genitore affetto da depressione.

Questo dato è di notevole importanza poiché mette in luce quanto la depressione possa avere un enorme impatto non solo sull'individuo stesso che la sperimenta, ma anche su chi lo circonda.

Ciò che di importante ci insegna tale ricerca è che non esistono solo quelli che vengono definiti traumi con la "T" maiuscola nell'elenco degli eventi di vita che possono incidere sulle traiettorie di sviluppo di un individuo. Anzi, il dato rilevante, che a livello clinico i terapeuti riscontrano costantemente, è che sono proprio quelli che vengono definiti traumi relazionali ad avere l'impatto maggiore sulla nostra salute. Tutti gli eventi che non ci mettono in pericolo di vita, ma che impattano la nostra autostima, la capacità di credere in noi stessi e di poter trovare delle risorse per affrontare i momenti di difficoltà.

Il dolore di queste madri, tuttavia, spesso viene sottovalutato, minimizzato. Questo atteggiamento non consente a molte donne di sentirsi legittimate nella propria difficoltà e richiedere una presa in carico adeguata.

Come si può intervenire per fermare questo circolo vizioso? Alla luce delle ricerche scientifiche che mettono in evidenza gli eventi di vita difficili e/o traumatici come base di vulnerabilità per la depressione postpartum è importante poter utilizzare una metodologia che lavori direttamente su tali aspetti, ponendo il focus sulla risoluzione degli eventi traumatici che contribuiscono a generare e mantenere il disturbo.

Il panorama psicoterapeutico ormai da anni può contare su un approccio focalizzato di questo tipo: l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). L'EMDR, infatti, riesce a lavorare su tali aspetti, consentendo al paziente di comprendere la propria sintomatologia alla luce delle ferite che costellano la sua storia di vita.

Sono ormai lontani i tempi in cui tale approccio veniva considerato efficace in modo esclusivo per quanto riguarda il trattamento del PTSD. Sono state svolte innumerevoli ricerche scientifiche e i contributi clinici di

terapeuti che in tutto il mondo applicano tale metodologia su qualsiasi tipologia di pazienti riscontrano con sempre più convinzione la sua efficacia.

Il testo di Maria Zaccagnino chiarisce tutte le dinamiche che sottendono l'insorgenza della depressione postpartum, analizzando in profondità tutti i fattori di rischio che possono contribuire a creare la vulnerabilità per la neomamma.

Le pagine di questo libro, inoltre, offrono delle linee guida fondamentali per poter prendere in carico il disagio di queste madri. Attraverso le parole della dott.ssa Zaccagnino, frutto di anni di esperienza in ambito sia clinico che di ricerca sull'argomento, è possibile comprendere quali siano gli aspetti a cui prestare maggiormente attenzione quando si lavora con il dolore di queste donne e come applicare la metodologia EMDR nel modo più efficace possibile.

Chi si avvicina al mondo della depressione postpartum con l'intento di comprendere maggiormente come intervenire in tali circostanze troverà un aiuto concreto in questo libro. Il terapeuta verrà accompagnato in tutte le fasi che riguardano la presa in carico di una paziente con depressione postpartum: a partire dall'inquadramento della sintomatologia, passando dalla comprensione delle dinamiche che ne hanno favorito l'insorgenza e infine soffermandosi sulla modalità di intervento.

Ma non solo, nel libro viene posta l'attenzione anche sulla relazione madre-bambino, attraverso un protocollo di intervento sulla genitorialità che possa aiutare le madri a comprendere le proprie dinamiche di funzionamento e sviluppare modalità più adatte nella relazione con il proprio bambino.

Tutti questi ingredienti, insieme alla consueta delicatezza con cui l'autrice si affianca ad una tematica tanto complessa, fanno di questo libro un'opera completa e adatta a tutti i terapeuti.

Ringraziamenti

Questo libro è frutto di un grande e lungo lavoro clinico e di ricerca.

Per realizzare un'opera, una qualsiasi opera di vita è fondamentale la presenza affettiva e professionale di persone di grande spessore umano.

A tal proposito ringrazio chi ha reso possibile questo importante lavoro:

Isabel Fernandez, per me grande maestra di vita e professionale che permette sempre al mio potenziale di trovare la sua migliore espressione.

Ringrazio le mie grandi amiche e colleghe Chiara Callerame e Martina Cussino la cui bravura e talento mi permettono di realizzare tutti i successi clinici e di ricerca giorno dopo giorno.

Ringrazio Elisa Cardazzone collega in formazione, grandissima promessa che mi rende orgogliosa di poter avere allieve di così grandi competenze umane e professionali.

Ringrazio i miei affetti, le mie basi sicure che mi sostengono incondizionatamente ogni giorno anche nelle mie imprese professionali.

Ringrazio soprattutto tutti i miei pazienti, veri maestri e protagonisti di imprese così importanti e preziose.

1. La depressione postpartum: un inquadramento nosografico

di *Maria Zaccagnino, Chiara Callerame*

Nel corso del tempo il ruolo e lo status della donna è profondamente cambiato: oggi, grazie all'inserimento nel mercato del lavoro ed alle politiche di allargamento della scolarizzazione, la donna si è emancipata, accompagnata da una spinta volta all'autodeterminazione ed all'autorealizzazione (Aceti, Aveni, Giacchetti, Motta, Sergio, 2010). Ciò è coerente con il parallelo mutamento della cornice valoriale di riferimento, in cui vi è una nuova cultura della scelta, per la quale l'aspetto chiave diventa l'autodeterminazione, con il predominio di una visione individualista ed indirizzata al soddisfacimento dei propri desideri e bisogni (Oppo, Piccone Stella, Signorelli, 2000).

Così la donna di oggi si ritrova a conciliare quotidianamente il lavoro, l'autoaffermazione e la genitorialità: avere un figlio, in questo contesto, diventa una scelta consapevole e non averlo un'opzione possibile e socialmente tollerata (Avena, Rettaroli, 2006).

Rispetto allo scenario presentato, quindi, la maternità espone la donna a maggiori conflitti nel momento in cui è chiamata a ristrutturare la sua identità (Aceti *et al.*, 2010): la gravidanza porta con sé profondi cambiamenti a livello biologico, psicologico e sociale. Questa nuova condizione può, pertanto, fungere da fattore innescante per lo sviluppo di disturbi psicopatologici, tra cui la depressione postpartum (DPP) che si configura come la complicanza più comune del puerperio (Wisner, Chambers, Sit, 2006). Tale situazione, però, si scontra con l'immaginario collettivo associato all'idea della madre buona che dà la vita e non la toglie, ed all'idea che avere un bambino sia per la donna e per la coppia un momento di sola felicità e gratificazione.

Nell'ambito, quindi, di un evento di vita così complesso qual è la nascita di un figlio, la DPP costituisce un elemento di estrema criticità, che compromette sia la relazione con il partner che quella con il bambino.

Recentemente, Di Florio e colleghi (Di Florio, Putnam, Altemus, Apter, Bergink, Bilszta, Epperson, 2017) hanno condotto uno studio al fine di indagare l'impatto dei fattori culturali sulla manifestazione e la prevalenza della DPP; attraverso la somministrazione del questionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Cox, Holden, Sagovsky, 1987, utile per l'individuazione dei sintomi depressivi e ansiosi della neomamma, i ricercatori hanno esplorato il ruolo dell'istruzione, della razza/etnia e del continente d'appartenenza (Europa e Stati Uniti) nell'espressione di tale disturbo. Dai risultati è emerso che, più che la razza o l'etnia, ad avere un ruolo importante nella manifestazione dei sintomi legati alla DPP sono il livello di istruzione della neomamma ed il continente in cui vive. Dalla somministrazione della EPDS, infatti, è emerso che le donne con un livello di istruzione più basso tendono a celare sintomi quali il pianto ed i pensieri autolesivi, manifestando unicamente la mancanza di piacere nello svolgere le attività quotidiane (anedonia). L'aspetto interessante è che le manifestazioni sintomatologiche non dichiarate sono proprio quelle che fungono da trigger per il riconoscimento della depressione da parte del personale medico; pertanto queste neomamme, che solitamente appartengono ad uno status sociale basso, celano i sintomi psicopatologici provati e non ricercano attivamente aiuto, poiché temono la stigmatizzazione all'interno del loro ambiente sociale.

È quindi fondamentale che i clinici, una volta individuata la presenza di anedonia, indaghino con sensibilità l'eventuale presenza di altri sintomi, celati per paura della stigmatizzazione.

Oltre al livello di istruzione, anche il continente di appartenenza sembra influenzare lo sviluppo della DPP (Di Florio *et al.*, 2017); in particolare le donne americane sembrano mostrare una sintomatologia più severa rispetto alle donne europee. Ciò sarebbe dovuto al fatto che alcuni dei fattori associati alla DPP, quali le richieste provenienti dall'ambiente e dal mondo lavorativo (Dagher, McGovern, Dowd, 2014), l'accesso al congedo per maternità e la sicurezza economica (Kozhimannil, Kim, 2014) siano regolati e finanziati dalle politiche locali del paese d'appartenenza: il congedo retribuito per maternità e l'accesso al sistema sanitario nazionale, infatti, sono più accessibili alle donne residenti in Europa che non negli Stati Uniti.

Alla luce di quanto esposto sembra che l'espressione della DPP ed il vissuto soggettivo di tale disturbo sia influenzato da molteplici fattori di natura culturale e sociale, che devono essere tenuti in considerazione in sede di diagnosi.

1. Inquadramento diagnostico secondo il DMS-5 e l'ICD-10

In tutte le culture, quindi, la nascita di un bambino è considerata, da sempre, un momento gioioso, di festa e soddisfazione per la famiglia all'interno della quale tale evento avviene. Ma, nonostante questa immagine idealizzata della maternità, come anticipato sopra, spesso il vissuto personale della nascita può essere diverso da ciò che ci si aspetta. Dopo il parto, infatti, la neomamma si trova ad affrontare il cambiamento delle proprie abitudini quotidiane e, allo stesso tempo, a fronteggiare le continue richieste di cura e attenzione da parte del neonato. Durante tale periodo la donna sperimenta anche un fisiologico calo dell'umore ed una certa instabilità emotiva, specialmente all'inizio, che rende ancora più delicata questa fase di adattamento alla nuova vita.

In questo quadro diventa fondamentale per la neomamma ricevere il supporto e l'aiuto nella gestione del bambino da parte del partner, insieme al quale si inizia la scoperta di un nuovo ruolo, quello di genitori. Se però il compagno viene avvertito come poco presente e disponibile e, a ciò, si aggiungono ulteriori difficoltà quali la mancanza di una rete sociale, un parto problematico o difficoltà finanziarie, la donna potrebbe sviluppare, se predisposta, alcune manifestazioni depressive di varia intensità.

Tale sintomatologia può presentare una discreta variabilità a seconda delle caratteristiche individuali, psico-sociali e ambientali della neomamma e, poiché si manifesta a seguito del parto, viene definita depressione postpartum.

La DPP colpisce circa il 10-13% delle neomamme (Leahy-Warren, McCarthy, Corcoran, 2011) ed è caratterizzata da una condizione di forte labilità emotiva. Uno dei primi segnali di rischio è, infatti, la presenza di uno stato emotivo che facilmente predispone al pianto, all'irritabilità e alla conseguente reazione di insofferenza verso chiunque stimoli una richiesta di attenzione. Questo fa sì che la neomamma spesso si senta incapace di assolvere le incombenze quotidiane, vissuto che può protrarsi e rinforzarsi nel corso dei mesi, rendendo difficoltosa la gestione del nuovo nato.

Entrando nello specifico della sintomatologia, tra gli indicatori più significativi della DPP vi sono:

- umore irritabile: è una delle prime manifestazioni e può portare la donna ad essere anche aggressiva da un punto di vista verbale e talvolta comportamentale;
- stanchezza: dovuta all'insufficiente recupero che, inevitabilmente, l'accudire un neonato provoca, tra allattamento e sonni interrotti;
- disturbi del sonno: possono presentarsi come insonnia o ipersonnia. Nel primo caso la donna può avere difficoltà nell'addormentamento o un risveglio precoce la mattina, causato talvolta da sogni angosciosi. Nel

caso dell'ipersonnia, invece, la neomamma presenta la tendenza e il bisogno di un riposo lungo e continuativo;

- psicosomatizzazioni: tra cui dolori, parestesie, palpitazioni, vertigini e debolezza muscolare;
- disturbo nell'alimentazione: è possibile osservare variazioni considerevoli dell'appetito che oscillano dall'inappetenza e conseguente perdita di peso, ad un significativo aumento di esso;
- sentimenti di inadeguatezza: la sensazione di incapacità della neomamma di occuparsi dei bisogni emotivi e fisici del proprio bambino. A ciò segue il sentirsi in colpa rispetto alla non conformità a un modello di mamma idealizzata e "perfetta";
- pensieri di tipo ossessivo, spesso legati al benessere del neonato: la neomamma manifesta preoccupazioni eccessive riguardo, ad esempio, il rispetto rigoroso degli orari di allattamento e sonno del bambino;
- tristezza e pianto incontrollato, a cui si associa l'instabilità dell'umore;
- senso di disperazione e pensieri pessimisti (talvolta anche pensieri di morte);
- difficoltà di concentrazione e ridotte capacità di prendere decisioni;
- perdita del desiderio sessuale: tale manifestazione sintomatica sembra essere legata al protrarsi in intensità e durata del maternage, comportamento tipico della neomamma che è caratterizzato da una dedizione, quasi totale, al neonato da un punto di vista fisico ed emotivo. Se solitamente questa fase si risolve entro i primi mesi dal parto, nelle donne affette da DPP si protrae per un tempo più lungo (circa otto-nove mesi), limitando lo spazio mentale e fisico necessario affinché la donna possa di nuovo dedicarsi ad altre dimensioni della vita, tra le quali la sfera sessuale;
- diminuzione di piacere ed interesse verso tutte quelle attività che prima viveva come piacevoli;
- ansia, tensione e panico: tra le donne affette da DPP, infatti, tra il 20% ed il 60% presentano in comorbilità un disturbo d'ansia (Miller, Hoxha, Wisner, Gossett, 2015).

Per quanto riguarda invece gli aspetti della sintomatologia più connessi alla relazione mamma-bambino, la DPP può presentarsi sia come la tendenza della neomamma all'isolamento, e quindi di un evitamento delle interazioni con il piccolo, che come attenzioni ossessive ed intrusività rispetto ai suoi ritmi naturali.

Possono quindi essere presenti delle generali difficoltà nell'interazione madre-bambino, che si possono manifestare attraverso le quotidiane cure parentali nel riconoscimento dei bisogni del piccolo o anche con come stanchezza e apatia nei confronti del bambino.

È quindi evidente come la DPP possa manifestarsi con un'ampia gamma di sintomi e di comportamenti verso il neonato, talvolta in contrasto tra loro.

Per riassumere quanto esposto fin ora, nella Tabella 1 sono riportati, in maniera schematica, i principali sintomi depressivi descritti precedentemente e le corrispondenti descrizioni dei vissuti soggettivi delle neomamme.

Tab. 1 - Sintomatologia e descrizione dei vissuti

Sintomi	Come le donne li descrivono
Umore depresso	“ogni cosa ha perso il suo colore”
Tristezza o pianto incontrollato	“piangerei sempre” “non sono capace di fare niente”
Sentirsi privi di valore	“agli altri interessa solo il bambino, non come mi sento io”
Ansia o attacchi di panico	
Senso di colpa, auto-biasimo	“perché sto male adesso che ho questo bellissimo bambino?”
Preoccupazioni per la propria salute e per il proprio bambino	
Mancanza di energie e sensazione di essere esauste	“sono stanca... così stanca” “tutto quello che faccio è una fatica”
Eloquio e movimenti rallentati	
Sentirsi a momenti alterni agitata o iperattiva	“sto per diventare pazza?”
Perdita di interesse in varie attività, tra cui quella sessuale	“non voglio vedere nessuno” “non sopporto di essere toccata”
Senso di irritazione	“sento che sto per esplodere”
Disturbi dell'appetito, mangiare troppo o troppo poco	
Ridotta capacità di concentrazione e di prendere decisioni	“non riesco a prendere decisioni”
Disturbi del sonno, non riuscire a dormire neanche quando dorme il bambino	
Confusione mentale e un maggior numero di dimenticanze	“sono confusa e ho la mente annebbiata”
Senso di disperazione, inadeguatezza e pensieri costantemente pessimisti	“mi sono appena seduta e il bambino ricomincia a piangere”
Instabilità emotiva con umore alterno	“per un attimo mi sento benissimo e un attimo dopo sono di nuovo a terra”
Pensieri di morte	“a volte penso che tutti starebbero molto meglio se io non ci fossi più”

Fonte: Milgrom, Martin, Negri, 2003¹

1. Le traduzioni in lingua italiana delle tabelle, presenti nel libro e riprese da autori stranieri, sono opera dalle autrici stesse.

La presenza di alcuni tra i sintomi riportati in tabella, tuttavia, non implica necessariamente la presenza o la futura insorgenza della DPP; per essere diagnosticata, infatti, la neomamma deve manifestare una sintomatologia sovrapponibile a quella di un quadro depressivo ed il periodo di insorgenza deve essere successivo al parto.

Oggi la DPP è convenzionalmente riconosciuta a livello scientifico in base ai sistemi di classificazione diagnostica DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*; American Psychiatric Association, 2013) e ICD-10 (*International Classification for Disease*; World Health Organization, 1992).

Per quanto riguarda i criteri del DSM-5, per diagnosticare il disturbo è richiesto che siano presenti contemporaneamente almeno cinque tra i sintomi sotto elencati, per un periodo di almeno due settimane; tra questi è necessario che almeno uno sia l'umore depresso o la perdita di interesse o piacere verso le attività quotidiane:

- umore depresso per la maggior parte del tempo, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto (per esempio, si sente vuoto o triste) o come osservato dagli altri (per esempio, appare lamentoso);
- marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o osservato da altri);
- significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno;
- insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno;
- agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (osservabile dagli altri, non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto o rallentato);
- faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;
- sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi ogni giorno;
- ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno;
- pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire, ma anche ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio).

Le donne che manifestano solo alcuni dei sintomi descritti sopra, senza rientrare nei criteri diagnostici per un disturbo depressivo maggiore, possono rientrare in altre categorie diagnostiche del DSM-5 (APA, 2013) tra cui:

- disturbo depressivo persistente (distimia), che si riferisce ad un umore cronicamente depresso per almeno due anni, accompagnato da alcuni dei sintomi descritti per la DPP. È discutibile se considerare questo disturbo una DPP nel caso i sintomi peggiorino in seguito alla gravidanza o al parto;

- disturbo disforico premestruale, che si riferisce alla presenza di cinque sintomi, tra labilità emotiva, irritabilità e/o ansia, aumento della sonnolenza e difficoltà di concentrazione, umore depresso e/o mancanza di interesse nelle attività svolte, dolori muscolari, gonfiore addominale e aumento di peso, nella settimana precedente al ciclo. Tale manifestazione sintomatologica inizia a migliorare entro pochi giorni dall'inizio del mestruo per poi ridursi al minimo e/o scomparire nella settimana successiva ad esso.
- disturbo depressivo dovuto ad un'altra condizione medica, caratterizzato da un periodo rilevante e persistente di umore depresso e/o mancato interesse verso la maggior parte delle attività svolte, dovuto ad un'altra condizione medica.
- disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci, in cui l'alterazione dell'umore caratterizzata da umore depresso o marcata diminuzione di interesse nelle varie attività svolte, è la conseguenza dell'assunzione di un farmaco o di una sostanza.
- disturbo depressivo con altra specificazione, che si riferisce alla presenza di sintomi caratteristici di un disturbo depressivo che causano disagio in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti, ma che non rientrano in nessun disturbo della classe diagnostica dei disturbi depressivi. Esempi di manifestazioni che possono essere comprese nella dicitura "con altra specificazione" sono:
 - disturbo breve ricorrente, in cui vi è la presenza concomitante di umore depresso e di almeno altri quattro sintomi di un episodio depressivo per due-tredici giorni almeno una volta al mese per almeno dodici mesi (non associati al ciclo mestruale);
 - episodio depressivo di breve durata (quattro-tredici giorni), caratterizzato da umore depresso e almeno quattro dei sintomi di un episodio depressivo maggiore associati a disagio clinicamente significativo o compromissione che persiste per più di quattro giorni ma meno di quattordici giorni. L'individuo non presenta, tuttavia, i requisiti per la diagnosi di un disturbo depressivo o bipolare;
 - episodio depressivo con sintomatologia insufficiente, in cui è presente umore depresso e almeno uno dei sintomi propri di un episodio depressivo associati ad un disagio clinicamente significativo per almeno due settimane. Anche in questo caso, però, l'individuo non soddisfa i criteri per un qualsiasi altro disturbo depressivo;
- disturbo depressivo senza specificazione: che si riferisce ai casi in cui il paziente riporta una sintomatologia depressiva con relativa compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti, ma senza soddisfare i criteri per la diagnosi di un qualsiasi disturbo della classe depressiva e in cui non è possibile specificarne la causa.

Nel DSM-5 (APA, 2013), a differenza del DSM-IV (APA, 1994), la DPP rientra nella specificazione della depressione maggiore “con esordio nel peripartum” attribuita se l’episodio depressivo ha inizio durante la gravidanza o nelle prime quattro settimane successive al parto; tale nomenclatura è dovuta al fatto che circa “il cinquanta per cento degli episodi depressivi maggiori nel postpartum inizia prima del parto” (APA, 2013, p. 215); per quanto riguarda l’ICD-10 (World Health Organization, 1992), invece, l’insorgenza può avvenire entro le prime sei settimane dalla nascita del bambino.

L’ICD-10, inoltre, inserisce la depressione all’interno della categoria delle sindromi affettive e afferma che “la relazione tra l’eziologia, i sintomi, i processi biochimici sottostanti, la risposta al trattamento e l’esito delle sindromi affettive, non è ancora sufficientemente chiara da permettere la loro classificazione, in modo che incontri l’approvazione generale” (WHO, 1992). In queste sindromi affettive, il disturbo fondamentale è un’alterazione del tono dell’umore, di solito in senso depressivo (con o senza ansia associata), o dell’esaltazione. La maggior parte delle sindromi affettive tende a essere ricorrente e l’insorgenza dei singoli episodi è spesso in relazione con eventi o situazioni stressanti, come la nascita del primo figlio.

L’ICD-10 prende in considerazione, nel loro insieme, le sindromi affettive che si presentano in tutte le fasi della vita, senza specificare le caratteristiche della depressione che può insorgere immediatamente dopo un parto. In tal senso, la DPP può presentare lo stesso insieme di segni e sintomi che si verificano nel decorso delle sindromi affettive messe in luce. Per questo motivo, verranno presentate tutte le categorie diagnostiche che compongono i disturbi dell’umore, che nella donna possono esordire anche nei giorni immediatamente successivi alla nascita di un figlio. Nello specifico, le sindromi affettive sono suddivise in episodio maniacale, sindrome affettiva bipolare, episodio depressivo, sindrome depressiva ricorrente, sindromi affettive persistenti e altre sindromi affettive.

Seguirà ora una descrizione più dettagliata delle varie categorie diagnostiche.

Episodio maniacale: in questa categoria sono considerate solamente “pure” sindromi maniacali; all’interno di questo raggruppamento diagnostico sono presenti i seguenti quadri clinici: *a.* ipomania; *b.* mania senza sintomi psicotici; *c.* mania con sintomi psicotici.

Sindrome affettiva bipolare: si tratta di una sindrome caratterizzata da episodi ripetuti (almeno due) in cui il tono dell’umore del soggetto e i suoi livelli di attività sono significativamente disturbati: in alcune occasioni si ha un’esaltazione del tono dell’umore e un incremento dell’energia e dell’attività (mania) e, in altre, un abbassamento del tono dell’umore e una riduzione dell’energia e dell’attività (depressione). Gli episodi maniacali insorgono di

solito bruscamente e durano da due-quattro settimane a cinque mesi. Gli episodi depressivi tendono a durare più a lungo (la durata media è intorno ai sei mesi) e il primo episodio può verificarsi a qualsiasi età, dall'adolescenza alla vecchiaia. La frequenza degli episodi e la sequenza delle remissioni e delle recidive sono entrambe molto variabili. Il manuale suddivide questo quadro clinico in diverse sotto categorie: *a.* sindrome affettiva bipolare (SAB) con attuale episodio ipomaniacale; *b.* SAB con attuale episodio maniacale senza sintomi psicotici; *c.* SAB con attuale episodio maniacale con sintomi psicotici; *d.* SAB con attuale episodio depressivo lieve e di media gravità; *e.* SAB con attuale episodio depressivo grave senza sintomi psicotici; *f.* SAB con attuale episodio depressivo grave con sintomi psicotici; *g.* SAB con attuale episodio misto; *h.* SAB attualmente in remissione.

Episodio depressivo: è una sindrome affettiva in cui il soggetto, in forma lieve, di media gravità o grave, generalmente presenta depressione del tono dell'umore, perdita degli interessi e della capacità di provare piacere, riduzione dell'energia con aumentata affaticabilità e diminuita attività. Altri sintomi comuni riguardano: riduzione dell'attenzione e della concentrazione, diminuzione dell'autostima e della fiducia in sé, idee di colpa e di inutilità, visione pessimistica del futuro, idee o atti di auto-aggressività o di suicidio, disturbi del sonno, diminuzione dell'appetito. Questa sintomatologia può essere particolarmente presente nel periodo postpartum: in alcuni casi, ansia, angoscia e agitazione motoria possono essere più evidenti rispetto ai tratti depressivi, e l'alterazione del tono dell'umore può essere mascherata da aspetti aggiuntivi quali, per esempio, eccessivo consumo di alcolici, comportamento istrionico, accentuazione di sintomi fobici o ossessivi preesistenti, preoccupazioni ipocondriache. Per diagnosticare un "episodio depressivo" è in genere necessaria una durata minima di almeno due settimane. All'interno di questa categoria sono compresi: *a.* episodio depressivo (E) di gravità lieve; *b.* E di gravità media; *c.* E grave senza sintomi psicotici; *d.* E grave con sintomi psicotici.

Sindrome depressiva ricorrente: si tratta di una sindrome caratterizzata da ripetuti episodi di depressione, senza alcun riscontro di episodi indipendenti di esaltazione del tono dell'umore o di iperattività che soddisfino i criteri per la mania. I singoli episodi durano, come nella sindrome bipolare, tra i tre e i dodici mesi (durata media sei mesi), ma ricorrono meno frequentemente. La sindrome depressiva ricorrente viene suddivisa in varie categorie, che specificano il tipo di episodio in atto: *a.* lieve; *b.* di media gravità; *c.* grave senza sintomi psicotici; *d.* grave con sintomi psicotici; *e.* attualmente in remissione.

Sindromi affettive persistenti: sono rappresentate da quadri caratterizzati da un disturbo persistente e di solito fluttuante dell'umore, nei quali i sin-