

Disturbi psichiatrici in gravidanza

Psychiatric disorders in pregnancy

L. Giardinelli, C. Cecchelli,
A. Innocenti

Dipartimento di Scienze
Neurologiche e Psichiatriche
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Careggi-Firenze

Summary

Introduction

Despite the widespread, long-standing notion that pregnancy is a time of happiness and emotional well-being, accumulating evidence suggest that it does not protect women from mental illness. As their non-pregnant counterparts, pregnant women can experience new onset and recurrent mood, anxiety and psychotic disorders. Up to 40% of women with elevated postnatal EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) scores had high prenatal EPDS scores, thus suggesting that, for these women, there is a continuation of pre-existing symptoms into the postnatal period. These findings highlight the importance of encompassing the entire perinatal period when examining mental health disorders. The discipline of perinatal mental health encompasses the mental health of childbearing women from conception up to the end of the first postnatal year and also considers how perinatal mental health problems can contribute to adverse outcomes for infants as well as partners and other family members.

Methods

This report summarizes the knowledge regarding psychiatric disorders in pregnancy, considering the most relevant publications on perinatal mental health in the last fifteen years. An electronic search was conducted in MEDLINE and Medscape using the terms "pregnancy", "maternal mental illness", "perinatal depression and anxiety", "schizophrenia and pregnancy", "eating disorders", and "childbearing".

Results

The literature taken into account suggests that women during pregnancy suffer from the spectrum of psychotic and non-psychotic disorders. The non-psychotic disorders include major and minor depression, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder (GAD) and obsessive compulsive disorder (OCD). Despite variability in assessment times and procedures, relatively consistent prevalence rates ranging from 1.3 to 2% have been reported for panic disorder during the perinatal period. Although symptoms of panic during this period are typical of symptoms in the general population, they are often interpreted in the context of pregnancy state, for example, women may interpret panic attacks as an indication that something is wrong with the foetus. The prevalence of Obsessive Compulsive Disorder during pregnancy is 0.2-1.2% and the rates reported in post-partum women (2.7-3.9%) are higher than in the general population. It has been extensively reported that obsessions in perinatal women often include fears of intentionally or accidentally harming the fetus or child. Obsessional thoughts about harming the infant are not specific to OCD and, at subclinical levels, they may be a normal feature of new parenthood. Depression is one of the most frequently encountered medical complications in pregnancy and the risk for depression increases even more during the postpartum period. Prevalence rates of depression are 7%, 12.8% and 12% for the first, second and third trimesters, respectively. While more women fulfil criteria for minor than major de-

Key words

Pregnancy • Maternal mental illness
• Perinatal depression • Perinatal anxiety • Schizophrenia • Eating disorders • Childbearing

Correspondence

dott.ssa Lisa Giardinelli Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi, viale Morgagni 85, 50134 Firenze, Italia • Tel. 055 4298457 • Fax 0554298454 • E-mail: lisa.giardinelli@unifi.it

pression at this time, minor depression is associated with significant disability because it can be associated with other disorders. Like major depressive disorder, bipolar disorder (BD) affects pregnant women and poses substantial risk to the mother and foetus. Both schizophrenic and affective disorder patients have increased risk for symptom exacerbation during the immediate postpartum period. Individuals with any form of previous or current eating disorder who become pregnant represent a complex challenge for the clinician. The personality of the individual with an eating disorder may hamper mater-

nal role acquisition during pregnancy, and pregnancy itself may trigger different concerns and fears that may favour the onset of postpartum depression.

Conclusions

If we expand our focus to look beyond postnatal psychiatric disorders, we can begin to examine the spectrum of both depressive and anxiety disorders across the "perinatal" period. Informed choices coupled with close psychiatric follow-up and coordinated care with the obstetrician are the elements of an optimal model for the management of psychiatric disorders during pregnancy.

Introduzione

I recenti sviluppi nello studio della salute mentale in gravidanza e nel puerperio hanno indotto uno shift dallo stretto concetto di Psicopatologia del postpartum alla considerazione di uno *spettro* di disturbi depressivi e d'ansia insorgenti nel periodo perinatale. La disciplina della Salute Mentale Perinatale, in rapida evoluzione, si occupa infatti dei disturbi psicopatologici che possono insorgere nella donna dal momento del concepimento fino al primo anno dal parto e insieme del benessere psicofisico sia del bambino che dell'intera famiglia ¹. In disaccordo con i primi influenti report ² che descrivevano la gravidanza come un periodo di relativo benessere e quasi "immunità" dai disturbi psichici, attualmente risulta sempre più rilevante in letteratura la testimonianza di patologia psichiatrica in tale periodo. Circa il 40% delle donne che soffrono di depressione postpartum e che hanno mostrato un elevato punteggio alla *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) ³ in epoca postnatale, hanno ottenuto un analogo valore riferito al periodo gravidico ⁴. Se spostiamo quindi il nostro punto di osservazione e dal focus sulla depressione postnatale ci allarghiamo ad esaminare lo spettro dei disturbi ansiosi e depressivi nel periodo perinatale, saremo in grado di operare più efficacemente sia in termini di screening precoce del rischio clinico, che di strategie di interventi mirati sui disturbi della donna e sulle conseguenze che la patologia può arrecare sul piano della relazione madre/bambino ⁵. Un altro importante aspetto che viene sempre più considerato è l'impatto negativo che un disturbo mentale in gravidanza e nel postpartum può

indurre sul piano della salute psicofisica del bambino e sui possibili successivi problemi del neurosviluppo. Il parto pretermine e un basso peso alla nascita sono stati associati significativamente con la presenza di un disturbo d'ansia in trentesima settimana ^{6,7} e, nelle donne non in trattamento, sono stati inoltre rilevati riflessi negativi sia sull'emodinamica che sui movimenti fetali ⁸. Ricerche recenti segnalano l'importanza dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) per il trasmettersi al feto degli effetti di una condizione di forte stress della madre ⁹. Un disturbo depressivo o di ansia può infatti non solo attivare l'asse HPA materno, ma può anche aumentare il rilascio di *corticotropin releasing hormone* (CRH) dalla placenta comportando un'interferenza sul parto stesso inducendolo prematuramente ¹⁰. È inoltre ipotizzabile che una condizione depressiva possa alterare l'escrezione di ormoni vasoattivi con effetti vasocostrittivi sulla circolazione placentare e di conseguenza comportare un ridotto accrescimento fetale e basso peso alla nascita ¹¹.

La gravidanza, per i profondi cambiamenti biologici, psicologici e sociali che comporta, può così rappresentare un importante fattore di stress ed essere quindi considerata di per sé sia agente eziologico per l'insorgenza di disturbi psichici in soggetti vulnerabili che elemento favorente condizioni di scompenso psicopatologico in donne già affette da patologia psichiatrica. I quadri clinici che più frequentemente si riscontrano nel periodo gravidico sono i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore con i primi che, se si presentano con una sintomatologia più grave, si rilevano in circa il doppio dei casi rispetto ai secondi ¹².

Il nostro lavoro, proposto come inquadramento e riflessione sui disturbi psichiatrici nel periodo gestazionale, prende in considerazione gli studi più completi e attuali sulla psicopatologia perinatale, con particolare attenzione alle indagini effettuate sui disturbi psichiatrici in gravidanza pubblicate negli ultimi quindici anni. La ricerca è stata effettuata utilizzando la banca dati MEDLINE e Medscape con le seguenti parole chiave: "Pregnancy", "Maternal mental illness", "Perinatal depression and anxiety", "Schizophrenia and pregnancy", "Eating disorders", "Childbearing".

Disturbi d'ansia in gravidanza

Il *disturbo di panico*, la cui caratteristica essenziale è la presenza di attacchi di panico ricorrenti seguiti dalla preoccupazione persistente di averne ancora, in epoca perinatale si riscontra tra l'1,3 e il 2% dei casi¹³. Sebbene la sintomatologia sia fondamentalmente analoga a quella riscontrabile nella popolazione generale, è relativamente comune che la donna in gravidanza tenda a sovrapporre i classici sintomi fobici con interpretazioni ansio-gene riferite al bambino¹². Gli studi presenti in letteratura sull'andamento del disturbo di panico in gravidanza sono fra loro discordanti: alcuni autori riportano un miglioramento della sintomatologia in tale periodo¹⁴, mentre secondo altri il disturbo persiste durante tutta la gravidanza e può perfino peggiorare, soprattutto nell'ultimo trimestre¹⁵. Cohen¹⁶ riporta la tendenza ad un miglioramento nei soggetti che prima della gravidanza erano affetti da sintomatologia lieve e un'esacerbazione nei casi che presentavano sintomi più severi. Esiste invece un sostanziale accordo fra i vari autori relativamente all'aggravamento dei sintomi di panico nel puerperio^{17,18}. Il miglioramento dei sintomi di panico in gravidanza e il peggioramento nel postpartum può essere spiegato chiamando in causa sia fattori ormonali che la teoria del *fals suffocation alarm*¹⁹.

Per quanto riguarda l'ambiente ormonale, va ricordato come, durante la gravidanza, la concentrazione di estradiolo e progesterone aumenta di centinaia di volte e 4-5 giorni dopo il parto la loro concentrazione precipita. Sia gli estrogeni²⁰ che il progesterone²¹ hanno effetto ansiolitico: i primi per la loro azione sui sistemi serotonergico, noradrenergico e dopaminergico^{22,23}, il secondo per la sua azione BDZ-simile sul sistema GABAergico.

È quindi comprensibile che il loro aumento in gravidanza possa determinare un miglioramento dei sintomi di panico e che la loro repentina riduzione nel postpartum possa causare invece un aggravamento.

Secondo la teoria di Donald Klein del *fals suffocation alarm*¹⁹, il disturbo di panico potrebbe essere causato da un'abnorme sensibilità alla CO₂. In questi soggetti la soglia per l'attivazione del sistema che monitorizza il soffocamento sarebbe più bassa facendo sì che il sistema si attivi anche in condizioni di pCO₂ normale. Durante la gravidanza, l'aumento del progesterone, che ha un effetto stimolante la respirazione, induce la tendenza alla iperventilazione e quindi una riduzione della pCO₂. In accordo con questa teoria, la gravidanza porterebbe quindi ad un'attenuazione degli attacchi di panico, aumentando il divario fra i livelli di pCO₂ e la soglia per l'attivazione del sistema che monitorizza il soffocamento. Al contrario, durante il postpartum la brusca riduzione del Progesterone causerebbe un'improvvisa assenza di tale effetto con un conseguente aumento dei sintomi di panico²⁴.

È frequente la comorbidità del disturbo di panico con un quadro depressivo maggiore (50-60% dei casi), che comporta un ulteriore stress per la donna e l'aumento del rischio suicidiario, con il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) (circa 30% dei casi)²⁵ e con il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) (dal 15 al 30% dei casi)²⁶.

Il GAD è una condizione cronica caratterizzata da preoccupazione eccessiva e incontrollabile che si manifesta nella maggior parte del tempo per almeno sei mesi, accompagnandosi con sintomi quali astenia, scarsa concentrazione, irrequietezza, disturbi del sonno. Tale quadro clinico può preesistere alla gravidanza o insorgere in tale periodo, ponendo problemi di diagnosi differenziale con il più comune vissuto di apprensione/preoccupazione della donna che aspetta un figlio. Generalmente tali preoccupazioni non interferiscono con il funzionamento quotidiano della donna, tuttavia talvolta possono raggiungere un'intensità pari a quella del GAD. In questo ultimo caso pare comunque più appropriata la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia perché, a differenza del GAD, è ben identificabile un evento scatenante (gravidanza) e la durata è solitamente inferiore a sei mesi²⁷. Sutter-Dallay et al.²⁸ hanno effettuato uno studio su 497 donne utilizzando un'intervi-

sta strutturata nel terzo trimestre di gravidanza e la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) alla sesta settimana postpartum. Circa un quarto delle donne valutate presentavano un disturbo d'ansia in gravidanza con una prevalenza di 1,4% per il disturbo di panico e di 8,5% per il GAD. Gli autori hanno inoltre rilevato come coloro che hanno manifestato un disturbo d'ansia in gravidanza, abbiano una probabilità circa tre volte maggiore di sviluppare un disturbo depressivo nel postpartum e sottolineano l'importanza di un corretto screening antenatale per un precoce trattamento del disturbo che possa anche ridurre il fattore di rischio per depressione puerperale. Risulta quindi particolarmente importante non sottovalutare le "preoccupazioni" della donna nel periodo perinatale quando si dimostrano rilevanti, non controllabili e non sensibili alle rassicurazioni o quando tale componente ansiosa persiste per sei mesi ed oltre ²⁹.

Il DOC durante la gravidanza fa rilevare una prevalenza che risulta di poco inferiore (0,2-1,2%) ai dati sulla popolazione generale, mentre nel periodo postpartum addirittura superiore (2,7-3,9%) ³⁰. Il DOC ad esordio perinatale sembra avere specifiche caratteristiche sintomatologiche: tutti gli autori concordano nel rilevare la presenza costante di ossessioni aggressive, soprattutto del fare male al bambino. La presenza di simili pensieri intrusivi, con minore invasività, è stata però riscontrata anche in un ampio campione di neogenitori e ciò ha condotto ad una teoria evolucionistica che interpreta tali pensieri in termini adattativi: il livello superiore di vigilanza protegge il bambino da rischi potenziali ³¹. Tale attitudine comportamentale di pensiero, se associata a una vulnerabilità genetica, neurologica, o cognitiva in una donna in gravidanza e/o postpartum, può far esordire una patologia conclamata di tipo ossessivo compulsivo. Secondo un'accreditata teoria eziopatogenetica, sia l'esordio che l'esarcebazione della sintomatologia ossessivo-compulsiva sembrano dovuti a una disregolazione del sistema serotoninergico ³²⁻³⁴ che risulta influenzato dalla fluttuazione del livello di estrogeni ²² nel periodo perinatale. Altri ormoni attualmente studiati che appaiono coinvolti nell'eziopatogenesi dei disturbi psichici correlabili al parto sono la prolattina ³⁵ e l'ossitocina ^{36 37} che, in particolare, tenderebbero ad amplificare la sintomatologia del DOC.

Disturbi dell'umore in gravidanza

La depressione perinatale comprende episodi minori e maggiori che si manifestano sia nel periodo gravidico che nei dodici mesi successivi al parto. Una recente metanalisi, che valuta il tasso di depressione in gravidanza, fa rilevare una prevalenza di circa il 7% in donne al primo trimestre, del 12,8% nel secondo e del 12% nel terzo trimestre di gestazione ³⁸. La depressione postpartum compare nei vari studi con una prevalenza intorno al 10% dei casi. Nella identificazione dei disturbi depressivi è comunque da considerare la difficoltà nel differenziare i sintomi depressivi dalle comuni conseguenze della gravidanza, quali l'astenia e i cambiamenti di peso o del sonno ³⁹. I fattori di rischio per la comparsa di depressione in gravidanza includono una precedente storia di episodi depressivi e/o di depressione postpartum, la familiarità per disturbi dell'umore, conflittualità nella relazione col partner, variabili socio-demografiche quali la giovane età, basso livello di istruzione, basso stato socio-economico, scarso supporto sociale e una storia di abuso sessuale ⁴⁰.

Kammerer et al. ⁴¹ hanno identificato profili sintomatologici diversi per la depressione antenatale e postnatale mettendoli in relazioni con il diverso assetto dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei due periodi. Secondo questo studio la depressione in gravidanza si manifesta con i sintomi tipici della depressione melanconica (insonnia, iporessia, scarsa reattività del tono dell'umore) e si associa ad un innalzamento dei livelli di cortisolo con una mancata soppressione del cortisolo nel test con desametasone. La depressione postnatale invece ha le caratteristiche della depressione atipica (ipersonnia, iperfagia, labilità emotiva), fa seguito a una brusca riduzione dei livelli di cortisolo che si osserva nel postpartum e si associa ad una intensa soppressione del cortisolo nel test con desametasone.

I *disturbi depressivi minori* fanno rilevare una prevalenza del 13% nel primo trimestre di gravidanza e dal 2 al 7% nel secondo e terzo trimestre ⁴². Si ritiene che il picco di incidenza nel primo trimestre possa originare da una reazione psicogena negativa alla gravidanza, in particolare se questa non è attesa; nel terzo trimestre, probabilmente associati alla paura del parto e delle sue complicanze, sono più frequenti i sintomi di tipo ansioso. La sintomatologia di questa forma comprende una depressione dell'umore associata a sensazione di

esaurimento fisico specie nelle ore serali, irritabilità, lability emotiva, diminuzione dell'appetito e del desiderio sessuale, insonnia, risentimento e ostilità, sintomi somatici di varia natura. L'aspetto più tipico di questa forma riguarda l'insicurezza rispetto alla propria capacità materna, vissuta in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi in eccessiva preoccupazione verso il bambino. Questa sintomatologia coinvolge l'ambiente circostante nei termini di costante richiesta di aiuto non priva di una certa carica di aggressività.

Nella *depressione maggiore* la sintomatologia appare più grave e persistente rispetto alla forma minore, presentando le stesse caratteristiche degli episodi non gravidici descritti nel DSM IV TR⁴³, con la peculiarità che i contenuti dei vissuti ed eventuali deliri della paziente vertono sulla maternità e il futuro accudimento del bambino.

Riconoscere e trattare la depressione maggiore in gravidanza è di fondamentale importanza per le conseguenze che comporta sia per la madre che per il bambino. È ormai ben conosciuta la maggiore frequenza di casi di preeclampsia⁴⁴, parti pretermine e nascita di figli piccoli per età gestazionale⁴⁵ in donne affette da depressione, considerando anche il facile associarsi di comportamenti a rischio (ridotto apporto alimentare, l'abuso di alcolici, fumo eccessivo o l'uso di sostanze)⁴⁶. In un recente studio, Cohen et al.⁴⁷ rilevano come il 68% delle donne che interrompono un trattamento antidepressivo programmando un concepimento, mostrano una ricaduta depressiva durante la gravidanza, specie nel primo trimestre. Tali ricadute sono direttamente proporzionali al numero di episodi depressivi presentati life-time e alla comorbidità con disturbi d'ansia. La presenza di sintomatologia depressiva, specie ad esordio nel III trimestre di gravidanza, si correla inoltre ad aumentato rischio di sviluppare depressione postpartum⁴⁸. L'identificazione di disturbi depressivi durante il periodo gestazionale e il loro adeguato trattamento può quindi ridurre fortemente il rischio di insorgenza del grave quadro clinico postpartum.

Le principali linee guida per il trattamento della depressione in gravidanza suggeriscono: per le pazienti con moderata diminuzione dell'umore, il cui sonno e appetito non siano compromessi e la cui capacità funzionale sia mantenuta, strategie non farmacologiche; per le donne che assumono farmaci al momento del concepimento, in fase asintomatica di una depressione moderata, l'eventuale

sospensione della cura va effettuata in maniera graduale con associazione di psicoterapia; per le pazienti con un quadro depressivo maggiore in atto o che insorge durante la gravidanza è consigliabile la prosecuzione monitorata del trattamento farmacologico⁴⁹.

Il *disturbo bipolare* si presenta, a differenza del disturbo depressivo maggiore, con uguale prevalenza nei due sessi. Le donne affette da disturbo bipolare hanno però maggiore probabilità, rispetto al sesso maschile, di esperire episodi misti piuttosto che maniacali puri e tale caratteristica potrebbe rappresentare una conferma della diatesi depressiva femminile⁵⁰. Esistono pareri contrastanti sulla possibilità o meno che il disturbo bipolare migliori o si aggravi durante la fase gestazionale⁵¹. Già Kraepelin⁵² osservava come attacchi di mania e melanconia fossero più comuni dopo il parto rispetto alla gravidanza. Analogamente, diversi case report suggeriscono come alcune donne bipolari si mantengano eutimiche in gravidanza anche dopo sospensione dei trattamenti farmacologici⁵³. Al contrario, studi retrospettivi e alcuni case report sostengono che la gravidanza non sia protettiva e possa invece rappresentare un periodo di rischio per ricaduta nel disturbo dell'umore. In un ampio studio clinico Blehar⁵⁴ sottolinea infatti come il 45% delle donne bipolari sperimentino una esacerbazione del disturbo durante il periodo di gestazione e Freeman et al.⁵⁵ rilevano come almeno il 50% di soggetti in un campione di donne bipolari diventa sintomatico durante la gravidanza. Nel periodo postpartum si incrementa nettamente la possibilità di comparsa della sintomatologia⁵⁶ (20-50% delle donne bipolari hanno una ricaduta nel puerperio) con elevato rischio di ricovero sia per primo episodio che per ricorrenza di una fase clinica in donna già affetta dal disturbo⁵⁷. In questo caso la patologia, di rapida insorgenza e con caratteristiche miste, rientra nel quadro della Psicosi Puerperale che vede facilmente comparire incoerenza, confusione mentale, ed elementi deliranti collegati con la maternità: nel versante depressivo, con riferimento al senso di colpa per inadeguatezza e in quello espansivo con attribuzione grandiosa della maternità stessa⁵⁸. Come già segnalato per gli altri disturbi dell'umore, la frequenza di ricadute depressive o maniacali in gravidanza è spesso determinata dalla brusca interruzione delle terapie. Le pazienti in trattamento che sospendono bruscamente i farmaci stabilizza-

tori dell'umore dopo il concepimento, aumentano infatti il rischio di comparsa di episodi dell'una o dell'altra polarità. Un recente studio di Viguera et al.⁵⁹ rileva come sia doppio il rischio di ricadute per le donne che discontinuano il trattamento con stabilizzatore dell'umore rispetto a coloro che proseguono la terapia di mantenimento. La maggiore ricorrenza è per episodi depressivi o misti (74%) e il 47% si verifica nel primo trimestre postpartum. Questo evento può comportare le già descritte complicazioni fetali in caso di episodio depressivo (parto pretermine e basso peso alla nascita) o gli effetti dannosi sulla donna stessa o sul feto legati al comportamento impulsivo e sregolato durante un episodio maniacale. Risulta quindi di particolare rilevanza, per le donne con disturbo bipolare, la pianificazione della gravidanza stessa con la stretta collaborazione delle figure sanitarie che si occupano degli aspetti ginecologici e psichiatrici. La graduale sospensione dei farmaci deve essere presa in considerazione nel primo trimestre di gestazione nelle donne che prima del concepimento hanno avuto lunghi periodi di remissione. Nella valutazione del rischio/beneficio legato alla somministrazione o meno di psicofarmaci, specie degli stabilizzatori dell'umore, devono essere considerati gli effetti sul feto ma insieme le conseguenze del mancato trattamento del disturbo psichico materno⁶⁰.

Schizofrenia in gravidanza

Sebbene sia stata segnalata una minore fertilità nelle donne affette da Schizofrenia, la maggior parte di loro ha un figlio. È comune che la gravidanza non sia stata pianificata, che la donna non abbia una relazione stabile e che abbia basse condizioni socioeconomiche. Dai dati di letteratura emerge che la gravidanza ha un impatto imprevedibile e molto variabile sulle condizioni psichiche di donne affette da Schizofrenia⁶¹. Nel periodo postpartum il rischio di scompenso è maggiore durante i primi tre mesi, con una percentuale intorno al 24% delle donne schizofreniche⁶². La brusca riduzione dell'attività antidopaminergica svolta dagli estrogeni, che calano repentinamente nel periodo postpartum, potrebbe aumentare il rischio di ricaduta in una donna schizofrenica. L'età avanzata, essere una madre single e primipara implica un ulteriore aumento del rischio di prima ammissione in ospedale legato ad una psicosi postpartum⁶³.

Effetti collaterali legati alla gravidanza avvengono con un'incidenza del 5% in donne con disturbo schizofrenico⁶⁴. Donne con disturbi psicotici possono elaborare interpretazioni distorte delle esperienze e dei cambiamenti associati alla gravidanza, con idee deliranti scatenate dai movimenti fetali e un atteggiamento ambivalente nei confronti della gravidanza stessa. Nel periodo puerperale, le madri con un delirio di tipo persecutorio mostrano un atteggiamento tendenzialmente più competente nella gestione del figlio ma facilmente manifestano uno scompenso psicopatologico se separate dal bambino. Le donne che hanno un delirio ipocondriaco riferito al figlio sono più soggette ad avere comportamenti carenti nei suoi confronti⁶⁵. Sono inoltre particolarmente frequenti i comportamenti disorganizzati e l'abitudine ad eccedere nell'uso di alcolici e fumo. Vari studi segnalano un aumento delle complicanze ostetriche nelle madri schizofreniche con bambini che presentano un basso indice di APGAR, basso peso alla nascita e rischio più elevato di morte neonatale⁶⁶. Appare sempre più evidente come un'assistenza prenatale ottimale possa avere benefici a lungo termine sia per il bambino che per la madre. La donna dovrebbe essere messa in contatto quanto prima con servizi appropriati al fine di permettere l'organizzazione dei vari livelli assistenziali prima e dopo il parto, momento di particolare vulnerabilità per la diade stessa.

Disturbi del comportamento alimentare in gravidanza

La gravidanza in donne con qualsiasi forma di disturbo alimentare rappresenta una sfida per i clinici. La gestazione infatti, per la sua stessa natura, mette la donna a diretto confronto con molteplici aspetti che costituiscono il nucleo centrale del disturbo alimentare: incremento ponderale e modifica della forma corporea, cambiamento del ruolo sociale e relazione con le figure genitoriali. Nelle pazienti possono così scatenarsi nuove paure che inducono a mettere in atto restrizioni alimentari⁶⁷, abbuffate e condotte di eliminazione. Tali comportamenti interferiscono con la nutrizione del feto e possono determinare complicanze ostetriche. Numerosi studi indicano che il tasso di aborti è significativamente più elevato nelle donne con disturbi alimentari e, quando la gravidanza viene condotta a termine, è frequente un basso peso alla nascita,

prematùrità e parto cesareo⁶⁸. La gravidanza rappresenta un evento raro tra le donne con anoressia nervosa, per il semplice fatto che la malattia stessa determina una compromissione dello stato ormonale. Tuttavia, donne che hanno raggiunto un indice di massa corporea sufficientemente stabile e con sintomatologia in remissione possono non avere problemi di fertilità. Le pazienti con bulimia nervosa possono presentare meno difficoltà nel concepimento, ma manifestare gravi problemi durante la gravidanza legati alle abbuffate o all'uso di lassativi e diuretici^{69 70}. Anche il puerperio è un periodo che merita particolare attenzione nelle donne con storia di disturbi alimentari. Alcune pazienti che hanno presentato un miglioramento durante la gravidanza possono andare incontro ad una recidiva nel postpartum⁷¹: la fretta di tornare al "peso forma"⁷², la deprivazione di sonno e la flessione del tono dell'umore sono tutti fattori che favoriscono la ricaduta. È inoltre da considerare il fatto che le donne con disturbi alimentari in fase attiva durante la gravidanza sembrano presentare un maggior rischio di depressione postpartum⁷³.

Conclusioni

Se spostiamo il nostro punto di osservazione e dal focus sulla psicopatologia postnatale ci allarghiamo ad esaminare lo spettro dei disturbi ansiosi e depressivi nel periodo perinatale, saremo in grado di operare più efficacemente sia in termini di screening precoce del rischio clinico che di strategie di interventi mirati sui disturbi della donna e sulle conseguenze che la patologia femminile può arrecare sul piano della relazione madre/bambino. La stretta collaborazione fra psichiatria e ostetricia/ginecologia rappresenta il presupposto fondamentale per il corretto management dei disturbi psichiatrici in gravidanza.

Bibliografia

- 1 Austin MP, Lumley J. *Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review*. Acta Psychiatr Scand 2003;107:10-7.
- 2 Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. *The influence of childbirth on psychiatric morbidity*. Psychol Med 1976;6:297-302.
- 3 Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
- 4 Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. J Affect Disord 2004;80:65-73.
- 5 Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, et al. *Antenatal depression and maternal-fetal attachment*. Psychopathology 2003;36:304-11.
- 6 Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. *Psychological distress in pregnancy and preterm delivery*. Br Med J 1993;307:234-9.
- 7 Warren SL, Racu C, Gregg V, Simmens SJ. *Maternal panic disorder: infant prematurity and low birth weight*. J Anxiety Disord 2006;20:342-52.
- 8 Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. *Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study*. Biol Psychiatry 1996;39:950-4.
- 9 Glover V, O'Connor TG. *Effects of antenatal stress and anxiety*. Br J Psychiatry 2002;180:389-391.
- 10 Sandman CA, Wadhwa PD, Chiez-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M. *Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome*. Ann NY Acad Sci 1997;814:266-75.
- 11 Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. *Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia*. Obstet Gynecol 2000;95:487-90.
- 12 Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. *Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium*. Arch Womens Ment Health 2006;9:253-63.
- 13 Ross LE, McLean LM. *Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review*. J Clin Psychiatry 2006;67:1285-98.
- 14 Villepontoux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. *The effects of pregnancy on preexisting panic disorder*. J Clin Psychiatry 1992;53:201-3.
- 15 Griez EJ, Hauser R, Meijer J. *Pregnancy and estrogen-induced panic*. Am J Psychiatry 1995;152:1688.
- 16 Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. *Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study*. Biol Psychiatry 1996;39:950-4.
- 17 Cohen LS, Sichel DA, Dimmock JA, Rosenbaum JF. *Postpartum course in women with preexisting panic disorder*. J Clin Psychiatry 1994;55:289-92.
- 18 Klein DF, Skrobala AM, Garfinkel RS. *Preliminary look at the effects of pregnancy on the course of panic disorder*. Anxiety 1994-199;1:227-32.
- 19 Klein DF. *False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis*. Arch Gen Psychiatry 1993;50:306-17.

- 20 Thomson J, Oswald I. *Effect of oestrogen on the sleep, mood, and anxiety of menopausal women*. Br Med J 1977;2:1317-9.
- 21 Reddy DS, O'Malley BW, Rogawski MA. *Anxiolytic activity of progesterone in progesterone receptor knockout mice*. Neuropharmacology 2005;48:14-24.
- 22 Pandaranandaka J, Poonyachoti S, Kalandakanond-Thongsong S. *Anxiolytic property of estrogen related to the changes of the monoamine levels in various brain regions of ovariectomized rats*. Physiol Behav 2006;87:828-35.
- 23 Chakravorty SG, Halbreich U. *The influence of estrogen on monoamine oxidase activity*. Psychopharmacol Bull 1997;33:229-33.
- 24 Bandelow B, Sojka F, Broocks A, Hajak G, Bleich S, Ruther E. *Panic disorder during pregnancy and postpartum period*. Eur Psychiatry 2006;21:495-500.
- 25 Hirschfeld RM. *The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2001;3:244-54.
- 26 Regier DA, Narrow WE, Rae DS. *The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience*. J Psychiatric Res 1990;2:3-14.
- 27 Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?* J Affect Disord 2003;74:139-47.
- 28 Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marceschi V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. *Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort*. Eur Psychiatry 2004;19:459-63.
- 29 Weisberg RB, Paquette JA. *Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women*. Women Health Issues 2002;12:32-6.
- 30 Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. *Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature*. J Anxiety Disord 2003;17:461-78.
- 31 Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Evans DW, King RA, Cohen DJ. *Early parental preoccupations and behaviors and their possible relationship to the symptoms of obsessive-compulsive disorder*. Acta Psychiatr Scand Suppl 1999;396:1-26.
- 32 Zohar J, Insel TR. *Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology*. Biol Psychiatry 1987;22:667-87.
- 33 Murphy DL, Zohar J, Benkelfat C, Pato MT, Pigott TA, Insel TR. *Obsessive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem-related behavioural disorder*. Br J Psychiatry Suppl 1989;8:15-24.
- 34 Winslow JT, Insel TR. *Neurobiology of obsessive compulsive disorder: a possible role for serotonin*. J Clin Psychiatry 1990;51(Suppl):27-31.
- 35 Hanna GL, McCracken JT, Cantwell DP. *Prolactin in childhood obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and response to clomipramine*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991;30:173-8.
- 36 Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. *Elevated cerebrospinal fluid levels of oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Comparison with Tourette's syndrome and healthy controls*. Arch Gen Psychiatry 1994;51:782-92.
- 37 Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. *The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior*. Psychoneuroendocrinology 1994;19:723-49.
- 38 Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. *Prevalence of depression during pregnancy: a systematic review*. Obstet Gynecol 2004;03:698-709.
- 39 Lusskin SI. *The epidemiology of postpartum depression*. Arch Womens Ment Health 2001;3(Suppl 2):2.
- 40 Ryan D, Milis L, Misri N. *Depression during pregnancy*. Can Fam Physician 2005;51:1087-93.
- 41 Kammerer M, Taylor A, Glover V. *The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis*. Arch Womens Ment Health 2006;9:187-96.
- 42 Bogetto F, Salvi V, Maina G. *Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche*. In: Benedetto C, Massobrio M, editors. *Psicosomatica in ginecologia e ostetricia - Una medicina a misura di donna*. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2004, pp. 74-78.
- 43 American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- 44 Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. *Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia*. Obstet Gynecol 2000;95:487-90.
- 45 Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Van Geijn HP. *Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues*. J Psychosom Res 1995;39:563-95.
- 46 Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. *Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors*. Am J Obstet Gynecol 1989;160:1107-11.

- 47 Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. *Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment.* JAMA 2006;295:499-507.
- 48 Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. *Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum.* Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:251-5.
- 49 Freeman MP. *Antenatal Depression: navigating the treatment dilemmas.* Am Journal Psychiatry 2007;164:1162-5.
- 50 Giardinelli L, Murciano L, Di Meo MC, Restuccia G, Placidi GF. *Differenze di genere nel disturbo bipolare.* Ital J Psychopathol 2003;9:356-65.
- 51 Freeman MP, Gelenberg AJ. *Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations.* Acta Psychiatr Scand 2005;112:88-96.
- 52 Trede K, Salvatore P, Baethge C, Gerhard A, Maggini C, Baldessarini RJ. *Manic-depressive illness: evolution in Kraepelin's textbook, 1883-1926.* Harv Rev Psychiatry 2005;13:155-78.
- 53 Sharma V, Persad P. *Effect of pregnancy on three patients with bipolar disorder.* Am Acad Clin Psychiatrists 1995;7:39-42; Grof PR, Robbins W, Alda M, Berghoefer A, Vojtechovsky M, Nilsson A, et al. *Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive.* J Affect Disord 2000;61:31-39.
- 54 Blehar MC. *Gender differences in risk factors for mood and anxiety disorders: implications for clinical treatment research.* Psychopharmacol Bull 1995;31:687-91.
- 55 Freeman M, Smith K, Freeman SA, Mc Elroy SL, Knetz GE, Wrigt R, et al. *The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women.* J Clin Psychiatry 2002;63:284-7.
- 56 Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. *Epidemiology of puerperal psychoses.* Br J Psychiatry 1987;150:662-73.
- 57 Terp IM, Mortensen PB. *Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition.* Br J Psychiatry 1998;172:521-6.
- 58 Brockington IF. *Puerperal psychosis.* In: *Motherhood and Mental Health.* Oxford: Oxford University Press 1996, pp. 200-284.
- 59 Viguera AC, Whitfield T, Ross J, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, et al. *Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation.* Am J Psychiatry 2007;164:1817-24.
- 60 Ward S, Wisner MS. *Collaborative management of women with bipolar disorder during pregnancy and postpartum: pharmacologic considerations.* J Midwifery Womens Health 2007;52:3-13.
- 61 Howard LM. *Fertility and Pregnancy in women with psychotic disorders.* Eur J Obstetric Gynecol Reprod Biol 2005;119:3-10.
- 62 McNeil TF. *A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group, 1: clinical characteristics of the current post partum episodes.* Acta Psychiatr Scand 1986;74:205-16.
- 63 Nager A, Johansson L-M, Sundquist K. *Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500 000 first-time mothers* Acta Psy Scand 2005;112:47-53.
- 64 Nilsson E, Lichtenstein P, Cnattingius S, Murray R, Hultman C. *Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring.* Schizophrenia Res 2002;58:221-9.
- 65 Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. *Delusion related infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders.* Arch Womens Ment Health 2006;9:285-8.
- 66 Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. *Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study.* J Clin Psychiatry 1999;60:130-5.
- 67 Mitchell AM, Bulik CM. *Eating disorders and women's health: an update.* J Midwifery Womens Health 2006;51:193-201.
- 68 Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich L. *Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders.* Am J Psychiatry 2005;162:79-91.
- 69 Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE. *Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa.* Int J Eat Disord 2004;36:220-3.
- 70 Morrill ES, Nickols-Richardson HM. *Bulimia nervosa during pregnancy: a review.* J Am Diet Assoc 2001;101:448-54.
- 71 Lacey JH, Smith G. *Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby.* Br J Psychiatry 1987;150:777-81.
- 72 Carter AS, Baker CW, Brownell KD. *Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period.* Psychosom Med 2000;62:264-70.
- 73 Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. *Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women.* Int J Eat Disord 2006;39:202-11.