

Depressione post partum, ospedalizzazione neonatale ed intervento educativo

Melania Picciau, Giovanni Ottonello, Susanna Floris, Massimiliano Zonza

Terapia Intensiva Neonatale, Puericultura e Nido, AOU Cagliari

Proceedings

Articoli Selezionati del Congresso "Medicina Narrativa e Comunicazione nella Pratica Clinica"
Cagliari · 14 Aprile 2014

Guest Editors: Massimiliano Zonza, Vassilios Fanos, Gian Paolo Donzelli

Abstract

Postpartum depression (PPD) is a non-psychotic depressive disease with varying severity, from moderate to severe, which originates after the 4th week from giving birth. At our hospital, a clinical approach to help mothers in a delicate period of their life was performed in 2 phases, in the first week of life during hospitalization of the newborn and after the 4th-6th week after delivery. The main instrument in use for the screening of PPD and used also in our study was the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Results are presented concerning in particular the correlations between EPDS and variables such as maternal characteristics and length of neonatal hospitalization.

Keywords

Post partum depression, newborn, hospitalization, educational intervention.

Corresponding author

Massimiliano Zonza, Terapia Intensiva Neonatale, Puericultura e Nido, AOU Cagliari; email: maxzonza@tiscali.it.

How to cite

- Picciau M, Ottonello G, Floris S, Zonza M. [Postpartum depression, neonatal hospitalization, and educational intervention]. [Article in Italian]. J Pediatr Neonat Individual Med. 2014;3(2):e030231. doi: 10.7363/030231.
- Picciau M, Ottonello G, Floris S, Zonza M. Depressione post partum, ospedalizzazione neonatale ed intervento educativo. J Pediatr Neonat Individual Med. 2014;3(2):e030231. doi: 10.7363/030231.

Introduzione

La gravidanza costituisce una fase di passaggio molto singolare nell'esistenza di una donna, in quanto presuppone un elevato impegno biologico, psicologico e relazionale che non viene richiesto in altri periodi della sua vita. Questo passaggio implica un processo di maturazione volto al raggiungimento di un nuovo ruolo, quello materno, che porta ad una riorganizzazione della sfera psichica che non sempre si rivela adeguata. Contrariamente a ciò che si riteneva in passato, infatti, la gravidanza non costituisce un fattore di protezione per lo sviluppo dei disturbi mentali ma anzi, proprio per i particolari processi psicologici implicati e il necessario riadattamento delle relazioni sociali, rappresenta un periodo di vulnerabilità sia per il ripresentarsi di precedenti patologie mentali sia per l'insorgenza di tali disturbi.

Fra questi, la depressione post partum (DPP) costituisce la maggior problematica legata all'evento nascita, con gravi ripercussioni sia sulla donna, sia sul partner, sia sullo sviluppo del bambino.

Tuttavia, nonostante la DPP abbia un'elevata incidenza – colpisce, infatti, 1 mamma su 10 – vi è ancor oggi una notevole difficoltà nel riconoscerla, diagnosticarla e trattarla adeguatamente a causa di una molteplicità di fattori.

Nelle prime 4-6 settimane dopo il parto, la DPP è difficilmente distinguibile dal normale processo di adattamento materno verso i bisogni del neonato: segni precoci della manifestazione di questa patologia (come stanchezza, fatica e mancanza di energie) possono essere confusi con il comune carico dovuto all'assunzione del nuovo ruolo e quindi possono non essere percepiti come segnali d'allarme. Le oscillazioni dell'umore tipiche della sintomatologia depressiva possono essere mascherate dai normali cambiamenti emotivi caratteristici del post parto.

Il mancato riconoscimento della DPP potrebbe essere imputato anche alla qualità dei rapporti fra puerpera e servizi socio-sanitari (incontri troppo brevi tra professionisti e mamme, maggiore attenzione rivolta agli aspetti fisici della cura piuttosto che alla salute nella sua globalità, particolare risalto dato al benessere del bambino rispetto a quello della madre). Inoltre, dopo il primo periodo del puerperio generalmente diminuiscono i contatti con i servizi.

Alle difficoltà di riconoscere segnali e sintomi della DPP sia da parte di alcuni professionisti che da parte delle mamme, si aggiunge il problema che

la donna, anche quando percepisce il proprio stato di sofferenza, si mostra riluttante nel cercare un aiuto professionale. Ciò può essere dovuto ad una mancata corrispondenza con le proprie aspettative personali sul ruolo materno, che quindi dà luogo a un senso di inadeguatezza e fallimento; inoltre, una seconda causa può essere una forte pressione sociale che esalta il mito della maternità felice e perfetta: quando questa non si realizza, nella mamma possono affiorare sentimenti di vergogna e timore.

L'ospedalizzazione neonatale si presenta infine come un forte aggravio dei fattori di rischio per la puerpera. Diversi studi [1] hanno evidenziato infatti come il ricovero del neonato in terapia intensiva neonatale (TIN) porti ad un forte aggravamento dell'incidenza della DPP, sino a 3 volte superiore alla media standard. Altri studi hanno poi indicato come la qualità dell'attaccamento materno neonatale sia diversa per le madri con bambini sottoposti ad ospedalizzazione [2].

Si rivela di fondamentale importanza dunque riconoscere tempestivamente il disturbo, al fine di evitare le conseguenze più drammatiche, attraverso la precoce identificazione delle donne maggiormente vulnerabili all'insorgenza della DPP e attraverso un'adeguata conoscenza dei fattori di rischio che predispongono alla patologia e dei fattori di protezione che tutelano la donna e il suo ambiente. Ciò è reso possibile da interventi di tipo preventivo volti a favorire la consapevolezza della patologia mediante azioni di informazione e formazione rivolte ad operatori, mamme e intero nucleo familiare della donna e attraverso l'individuazione precoce della manifestazione sintomatologica. Gli studi sul tema evidenziano, infatti, che gli interventi preventivi determinano una riduzione del rischio di sviluppo dei disturbi depressivi postnatali, favorendo il benessere della neomamma e un processo più armonico della sua maternità.

Strumenti e metodi

Lo studio è nato con la finalità di sperimentare un modello di prevenzione del disturbo dell'umore postnatale applicando un approccio psicoeducativo. La psicoeducazione è una metodologia introdotta nel campo delle scienze della salute mentale negli anni '80 del 1900 con l'obiettivo di fornire ai pazienti psichiatrici, e alle loro famiglie, estese e adeguate informazioni sul disturbo da cui sono affetti, al fine di prendere consapevolezza della propria patologia e di acquisire le capacità per gestirla [3].

Il presente studio è stato realizzato presso il reparto di Puericultura dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) di Cagliari, nella quale vengono ospedalizzati i neonati che presentano complicanze postnatali oppure sindromi cliniche che però non necessitano di assistenza respiratoria intensiva.

Scopo del progetto è stato quello di attivare un percorso clinico-assistenziale di prevenzione della DPP rivolto alle mamme dei neonati ricoverati e di prevenire, di conseguenza, le ripercussioni negative della DPP nel neonato e nel contesto familiare. L'obiettivo generale consisteva nell'elaborare e sviluppare iniziative preventive per individuare e ridurre il rischio di DPP nelle donne a contatto con il servizio ospedaliero. Il progetto era articolato attraverso diversi obiettivi specifici:

- diffondere la conoscenza della DPP nelle mamme dei neonati ospedalizzati al fine di poter riconoscere la patologia e, nel caso dell'esistenza di questa, di avere gli strumenti necessari per richiedere un aiuto specifico;
- individuare tempestivamente gli indicatori di rischio per la DPP, al fine di identificare le neomamme a rischio e di coinvolgerle in attività di supporto;
- elaborare un percorso di sostegno e accompagnamento delle mamme durante il ricovero ospedaliero del neonato e/o nel follow-up ambulatoriale.

Gli strumenti adoperati per la realizzazione del progetto sono stati:

- colloquio semi-strutturato condotto sulla base di un formulario di raccolta dati del campione;
- una scheda informativa sulla DPP costruita *ad hoc*;
- uno strumento di screening per l'individuazione di rischio di DPP, ovvero l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [4].

Organizzazione dello studio

Le puerpere presenti nel reparto di Puericultura hanno partecipato ad un incontro iniziale, effettuato entro i primi 7 giorni di ospedalizzazione del neonato. In questo colloquio sono stati raccolti i dati anamnestici della madre e del bambino e sono stati analizzati i fattori di rischio per la DPP. Il colloquio, focalizzato sulla prevenzione della DPP, ha fornito alla neomamma informazioni sul disturbo, con particolare attenzione a quei comportamenti che potessero esserle di valido aiuto nel ridurre la probabilità d'insorgenza della DPP. Al fine di tenere

presenti le indicazioni ricevute, è stato consegnato del materiale psicoeducativo alle mamme, ovvero un opuscolo con le informazioni più rilevanti sulla DPP, alcuni consigli comportamentali per prevenirla ed un contatto telefonico di riferimento. Alla fine del colloquio è stato proposto un successivo incontro da realizzarsi in coincidenza con la visita medica di controllo del neonato in regime ambulatoriale.

Durante la degenza del bambino è stato comunque garantito un intervento di accompagnamento e di supporto ai genitori che ne facessero espressamente richiesta o nei casi in cui questi manifestassero una condizione di particolare malessere.

Fase di screening della depressione post partum

Il secondo incontro è stato realizzato a distanza di circa 4-6 settimane dal parto.

Usando questo momento quale spazio in cui accogliere, ascoltare e accompagnare la mamma nella sua funzione genitoriale, si è dialogato sullo stato di salute del bambino e della donna, nonché sull'utilità e/o criticità riscontrate nell'applicazione di quei comportamenti di prevenzione della DPP precedentemente consigliati. Seguendo poi un approccio di tipo cognitivo-comportamentale, ci si è confrontati sull'andamento della situazione familiare nel periodo intercorso dalle dimissioni del neonato.

Al fine di rilevare la presenza o meno di una situazione a rischio di DPP, si sono altresì invitate le neomamme a partecipare a uno screening per la DPP attraverso lo strumento dell'EPDS.

Secondo il punteggio ottenuto nello screening ed i dati emersi dai colloqui, si è valutata la possibilità di proporre un approfondimento clinico e, nelle situazioni di rischio di DPP, si è presa in considerazione l'evenienza di orientare la mamma verso un intervento di tipo terapeutico presso i servizi di competenza territoriale, oppure di proporre l'adesione volontaria a gruppi di tipo psicoeducativo di futura implementazione.

Campione

Al progetto hanno partecipato tutte le mamme che, in seguito al ricovero dei propri figli, sono state contattate nel reparto di Puericultura tra novembre 2011 e settembre 2012 (colloqui di orientamento: novembre 2011 - giugno 2012; screening: marzo-settembre 2012).

I neonati ricoverati nel periodo in cui sono stati condotti i colloqui di orientamento, informazione e sostegno alle loro madri, da novembre 2011 a

giugno 2012, sono in totale 154, di cui il 57,8% è costituito da maschi e il 42,2% da femmine. Tra i 154 neonati vi sono 7 coppie di gemelli.

La loro età, nel momento in cui sono stati ospedalizzati, varia da un minimo di 1 giorno di vita fino ai 29 giorni, con una media di 5 giorni.

I neonati provengono dai centri nascita della provincia di Cagliari e delle altre province della Sardegna, con una prevalenza di circa il 70% dei Nidi dei presidi ospedalieri del capoluogo.

Il periodo di permanenza dei neonati in reparto oscilla fra i 2 e i 36 giorni, con una media di circa 10 giorni di ospedalizzazione. I motivi del ricovero sono di diversa natura, ma frequentemente nello stesso neonato si presentano diverse problematiche associate fra loro. Tuttavia, quelle maggiormente riscontrate sono: nascita pretermine (dalle 34 alle 37 settimane di gestazione), problemi cardiologici, neurologici, respiratori, polmonari, renali e urogenitali, infezioni, disturbi dell'alimentazione e dell'apparato digerente, problemi ematologici e metabolici, problemi di crescita.

Le mamme che hanno partecipato sono state 147, mentre 2 madri hanno manifestato espressamente il loro rifiuto a prendere parte alle attività di orientamento, informazione e sostegno.

L'età delle neomamme va da un minimo di 16 anni fino ad un massimo di 45 anni, con un'età media sui 33 anni ed una distribuzione maggiore nella fascia di età compresa tra i 30 e i 40 anni.

Per quanto riguarda lo stato civile, nel 75% dei casi sono coniugate, mentre nel restante 25% la maggior parte convive con il proprio partner.

A livello lavorativo, poco meno della metà delle neomamme svolge un'attività professionale.

Per il 67% delle mamme si tratta della prima esperienza di maternità, mentre il 26% è alla

seconda gravidanza e soltanto il 7% delle donne è alla terza esperienza.

Tra le 147 neomamme, quelle che hanno aderito a tutte le fasi dell'attività preventiva – ovvero che hanno partecipato ai colloqui di orientamento, informazione e sostegno ed hanno inoltre preso parte allo screening per DPP attraverso l'EPDS tra marzo e settembre 2012 – sono state in totale 62.

La loro età va da un minimo di 21 anni fino ad un massimo di 42 anni, con un innalzamento dell'età inferiore e un abbassamento di quella superiore rispetto alla totalità del campione, mentre l'età media rimane pressoché invariata. Anche per quanto riguarda lo stato civile, la situazione lavorativa e l'esperienza di maternità, i dati sono molto simili a quelli riscontrati nella totalità del campione.

Riguardo alla residenza, la maggior parte delle mamme (74%) proviene dal capoluogo e dall'hinterland cagliaritano, mentre l'11% risiede nella provincia di Villacidro-Sanluri e il restante 15% vive nelle altre province isolate, con l'eccezione di Sassari, provincia in cui non abita nessuna donna del campione (**Fig. 1**).

I loro bambini sono di sesso prevalentemente maschile (56,5%); 7 mamme hanno avuto un parto gemellare, di cui 5 coppie di fratellino e sorellina, 1 coppia di maschi e 1 coppia di femmine.

I figli di questo sottogruppo di mamme hanno avuto una degenza ospedaliera che va dai 2 giorni di ricovero fino ai 36, con una media di quasi 12 giorni, valore di poco superiore ai tempi di ospedalizzazione dei neonati della totalità del campione. I motivi che hanno portato al ricovero dei piccoli sono gli stessi dell'intero campione, con lievi differenze rispetto alla prevalenza di un alcune problematiche cliniche piuttosto che altre.

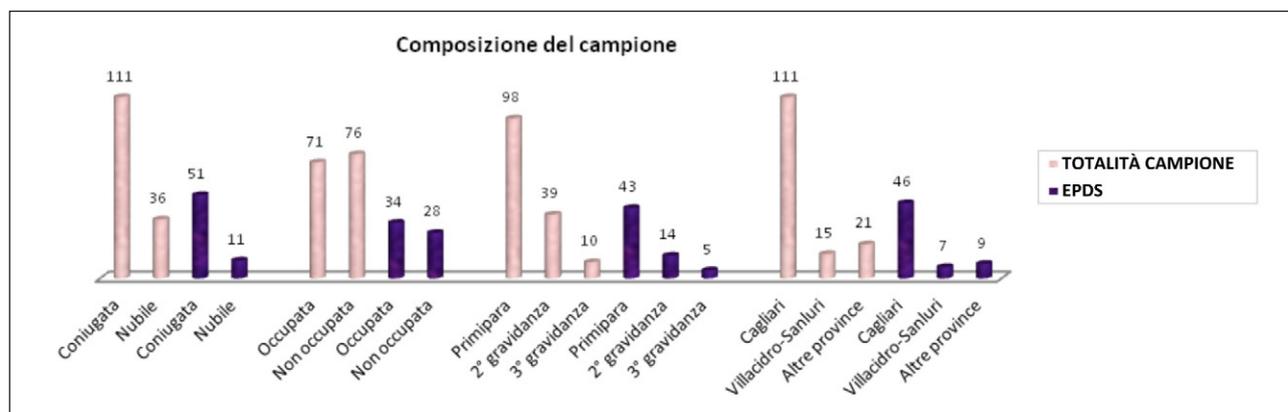


Figura 1. Composizione del campione.

Risultati

In relazione al sottogruppo di mamme che hanno partecipato a tutte le fasi delle attività preventive sulla DPP, la maggior parte di loro ha prestato la propria collaborazione in modo positivo, seppur con qualche differenza riguardo al grado di coinvolgimento personale e di cooperazione spontanea. Mentre alcune donne hanno mostrato un lieve atteggiamento di chiusura, altre mamme hanno partecipato in maniera molto attiva, sia perché contente di poter esprimere il loro stato d'animo e di potersi raccontare, sia perché desiderose di ricevere informazioni che potessero giovare loro nell'accudimento del neonato, poiché ciò viene percepito come compito principale, nonché piacevole, della propria maternità.

Dalle osservazioni realizzate durante i colloqui è emerso che solamente 4 mamme non erano completamente centrate sul neonato, sulla sua condizione clinica e la conseguente ospedalizzazione, mentre erano maggiormente focalizzate su se stesse, con una forte spinta a narrare la propria esperienza di maternità. Questo fatto tuttavia non è risultato associato a particolari segnali di uno stato depressivo.

Nessuna delle mamme ha mostrato difficoltà nella dimensione relativa alla riflessione astratta sulla maternità né tanto meno ha presentato incertezze nel descrivere i momenti d'interazione con il proprio figlio. Qualche mamma ha dichiarato di non sentire particolarmente forte l'aiuto da parte delle persone significative a lei vicine, percezione che però non coincide con l'aiuto reale che effettivamente riceve.

Una buona percentuale di donne, ovvero 1 mamma su 5, ha poi mostrato qualche segnale di eccessiva preoccupazione o ansia rispetto alla situazione reale del quadro clinico del neonato e, in alcune di loro, si è notato il rischio di sviluppo della DPP in quanto hanno manifestato alcuni elementi tipici del disturbo.

Nel secondo incontro, sebbene nessuna mamma avesse riportato con sé la scheda informativa sulla DPP consegnata nella prima fase, si è comunque preso spunto dagli stimoli del depliant: quasi tutte le donne, infatti, hanno riferito di aver provato a seguire le indicazioni contenute nella scheda e di aver trovato, per alcuni versi, delle difficoltà relative soprattutto al riposo notturno e al ritagliarsi degli spazi per le attività personali.

Nell'ultima parte del colloquio si è proceduto alla somministrazione dell'EPDS per lo screening della DPP, che è stata effettuata con le mamme a

partire dalla quarta settimana di vita del neonato (periodo dal quale si può parlare di insorgenza di tale patologia seguendo le indicazioni del DSM IV), fino ai 4 mesi circa dopo la nascita dei bambini.

Mediamente lo screening è avvenuto intorno alle 9 settimane di vita.

Analizzando in dettaglio i dati relativi all'EPDS, i punteggi ottenuti dalle neomamme vanno da 0 fino a 16, con una media di 5. La maggior parte ha realizzato un punteggio compreso tra 0 e 4 e, man mano che si va verso punteggi più elevati, diminuisce drasticamente il numero delle donne, fino ad arrivare ad una percentuale dell'8% che si colloca nel range superiore di questa casistica, che include i punteggi dal 13 al 16. Nessuna mamma ha ottenuto punteggi che vanno oltre il valore di 16.

Prendendo in considerazione le raccomandazioni degli autori dello strumento, si è scelto un *cut-off* di 10 punti; si nota come, nella casistica del reparto di Puericultura, la percentuale di madri che rientra in questa categoria sia del 17,7%, il che significa che 11 donne su 62 hanno un rischio di DPP. Se invece si considera il valore di 12 come *cut-off* per individuare i quadri clinici di DPP da moderata a grave, si nota come nel gruppo delle neomamme se ne ritrovino 7 che hanno ottenuto questi valori, il che corrisponde all'11,3% del campione.

Analizzando i punteggi al di sopra del *cut-off* indicato dagli autori, non si riscontrano associazioni con fattori di potenziale rischio d'insorgenza della DPP, quali le complicanze di tipo ginecologico-ostetriche, come ad esempio precedenti aborti o interruzioni volontarie di gravidanza. Tanto meno sono emerse relazioni significative tra punteggi elevati all'EPDS e situazioni di familiarità per i disturbi dello spettro dell'umore, nonché con particolari eventi di vita stressanti. Non si sono trovate neanche particolari associazioni tra la situazione lavorativa delle mamme e i punteggi oltre il *cut-off*.

Vi è, invece, una prevalenza di punteggi maggiormente elevati nelle donne coniugate (19%) rispetto alle nubili (9%), nelle mamme di età compresa tra i 30 e i 40 anni (20%) rispetto a quelle delle fasce di età di 20-30 anni (12%) e oltre i 40 anni (nessuna donna), e nelle donne già al terzo figlio (60%) rispetto alle primipare (16%) e al secondo figlio (6%) (**Fig. 2**).

Dai dati emerge altresì un'associazione positiva tra il periodo di ricovero del neonato e i punteggi all'EPDS: a maggiori giorni di ospedalizzazione del proprio figlio corrispondono percentuali più elevate nei valori della EPDS (**Fig. 3**). Tuttavia, dai

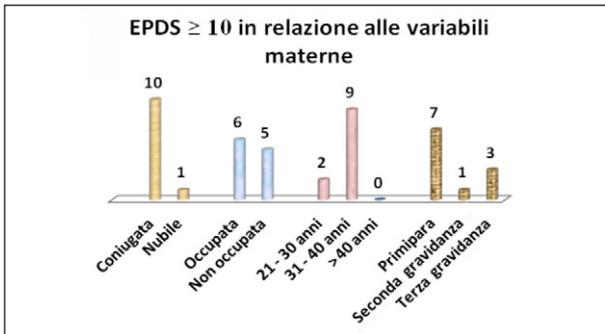


Figura 2. Punteggio alla EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) positivo e variabili materne.

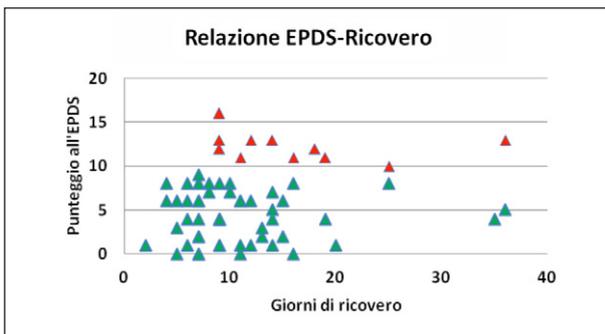


Figura 3. Relazione tra punteggio alla EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e giorni di ricovero

risultati non si rileva alcuna associazione tra i valori all'EPDS superiori al *cut-off* ed i motivi clinici che hanno indotto al ricovero ospedaliero del neonato.

Un ulteriore dato di rilevanza clinica consiste nel fatto che la totalità delle mamme non ha risposto in modo affermativo all'item 10 che indaga i propositi suicidari. Infine, riguardo alle osservazioni cliniche realizzate nella prima fase delle attività di prevenzione della DPP, è importante sottolineare come i punteggi all'EPDS maggiormente elevati siano stati ottenuti proprio da quelle mamme che durante i colloqui hanno presentato qualche segnale di eccessiva preoccupazione o ansia rispetto alla situazione reale del quadro clinico del neonato e fra coloro che hanno manifestato elementi tipici del disturbo depressivo.

Discussione

Dai risultati emersi dalla ricerca, si evince che le mamme che sono state presso il reparto di Puericultura dell'AOU di Cagliari nel periodo compreso tra novembre 2011 e settembre 2012, a causa del ricovero del proprio figlio per complicanze

postnatali, hanno un'età di circa 33 anni, 3 su 4 sono coniugate, 1 su 2 lavora, molte provengono dal capoluogo isolano e dai suoi dintorni e, per la maggior parte di loro, si tratta della prima esperienza di maternità.

I loro neonati hanno avuto una degenza ospedaliera di 10-12 giorni circa per via di problemi che vanno da quelli neurologici, cardiologici, respiratori, polmonari, renali, fino alle complicanze relative a prematurità, ittero ed infezioni di diverso tipo.

Le attività di prevenzione della DPP realizzate in tale contesto sono state accolte positivamente dalle donne, le quali hanno mostrato atteggiamenti di apertura e di collaborazione che hanno consentito di delineare un quadro, seppur circoscritto, di questo fenomeno nell'area materno-infantile.

Attraverso l'utilizzo dell'EPDS, infatti, si è registrata una prevalenza del rischio di sviluppo della DPP del 17,7%, dato che si rivela estremamente interessante se confrontato con le precedenti ricerche condotte presso la stessa AOU. In concreto, questo risultato dimostra una maggiore probabilità di insorgenza del disturbo affettivo nell'unità ospedaliera che si occupa delle complicanze postnatali moderate rispetto alla probabilità osservata presso il Centro Nascita, ove vi sono i neonati sani, le cui percentuali si aggirano intorno all'8% [1, 5]. Allo stesso tempo, questo dato è pressoché sovrapponibile alla prevalenza riscontrata nelle madri che hanno un bambino ricoverato in TIN con peso superiore ai 1.500 grammi (17%), mentre risulta nettamente inferiore ai casi positivi allo screening della DPP (32%) tra le madri dei neonati in TIN con peso al di sotto dei 1.500 grammi.

Questi dati quindi starebbero ad indicare un incremento del rischio d'insorgenza della DPP man mano che si passa da un percorso di nascita non patologico ad un evento-parto caratterizzato da complicanze postnatali ed anche man mano che si va da problematiche moderate, relative alla nascita, a condizioni di rischio per la sopravvivenza del neonato, situazioni nelle quali si ha infatti una maggiore probabilità di comparsa della patologia.

I risultati di queste ricerche, dunque, sono in linea con le evidenze scientifiche che riportano il peso di specifiche determinanti nello sviluppo della DPP, tra le quali rivestono particolare rilevanza il ricovero del bambino in una TIN [6] ed i fattori legati all'evento parto [7].

Di fatto, le mamme dell'AOU sono accomunate dall'esperienza di complicanze durante la gravi-

danza o in seguito al parto, dai problemi di salute del neonato nonché, elemento di notevole importanza, dalla separazione forzata dal proprio figlio. Quest'ultima circostanza accentua lo stato ansioso delle madri che, oltre ad avere una forte preoccupazione per la situazione clinica del neonato, devono abituarsi alla lontananza del piccolo e ad un'abitazione ancora vuota in assenza del figlio. Ciò è in contrapposizione con le loro aspettative di un rientro a casa festoso con il piccolo e suscita vissuti negativi di un vuoto fisico e mentale e di una genitorialità rinviata alle dimissioni del neonato dall'ospedale. Tant'è vero che, dai dati della presente ricerca, è emersa una maggiore sofferenza nelle madri il cui figlio ha trascorso una degenza più lunga.

Nella casistica delle madri dello studio sembra però emergere che le complicanze ginecologico-ostetriche di altra tipologia, come precedenti aborti o interruzioni volontarie di gravidanza, non siano strettamente associate ad aumentato rischio d'insorgenza del disturbo depressivo postnatale.

In relazione ad ulteriori fattori che possono dar luogo alla patologia affettiva, si è visto come le donne con pregressa storia di depressione siano più vulnerabili al riemergere di tali disturbi durante il periodo del post parto [8] così come le donne che hanno attraversato recenti eventi di vita stressanti [9]. Nel nostro campione, tuttavia, non sono emerse relazioni significative tra questi due fattori e punteggi elevati all'EPDS. Al contrario, si sono riscontrati dei dati interessanti per quanto riguarda lo stato civile delle donne. Le ricerche scientifiche infatti hanno posto in risalto, da un lato, il fatto che la DPP possa colpire maggiormente le donne nubili, in quanto ricadrebbe sul genitore single l'assunzione totale della responsabilità nella cura del proprio bambino [10], mentre hanno dimostrato, d'altro canto, che vi sono maggiori percentuali di comparsa della DPP nelle donne coniugate che hanno una relazione conflittuale, o comunque non supportiva, con il proprio partner [11].

I risultati emersi, che vedono una prevalenza di punteggi all'EPDS maggiormente elevati nelle donne coniugate rispetto alle nubili e, fra queste, in coloro che non hanno una relazione gratificante o stabile con il proprio compagno, avvallano la tesi secondo cui sarebbe il rapporto esistente fra i partner, più che lo stato civile di per sé, a fungere da fattore di rischio per lo sviluppo della DPP o, viceversa, come elemento di protezione dall'insorgenza di questa patologia.

Un altro fattore preso in esame dagli studi è l'età della madre: i dati indicano che le ado-

lescenti sono esposte ad un maggiore rischio di sviluppo del disturbo dell'umore post parto e che pure le donne che partoriscono per la prima volta dopo i 35 anni sono più vulnerabili alla depressione [12]. Nella nostra casistica si è riscontrato che effettivamente le percentuali più alte di rischio depressivo si trovano nelle mamme al di sopra dei 30 anni, senza però che vi sia una correlazione tra l'età e l'esperienza di maternità, giacché nel campione i punteggi più alti non si rilevano nelle primipare ma in coloro che sono alla terza gravidanza. Un altro dato di notevole interesse che è emerso dalla ricerca è il maggiore rischio di sviluppo della DPP in quelle mamme che, nei precedenti colloqui di orientamento, avevano dichiarato di non sentire particolarmente forte l'aiuto da parte delle persone significative. Questo risultato è conforme agli studi scientifici che riportano il peso che assume la mancanza di supporto percepito dalla donna, sia da parte del proprio partner che da tutta la sua famiglia [13].

La letteratura evidenzia ulteriori fattori che possono predisporre alla genesi della DPP come alcuni tratti di personalità (quali ossessività, nevroticismo, dipendenza, pessimismo, *locus of control* esterno, alta sensibilità interpersonale), nonché certe attitudini e pensieri negativi (come la scarsa autostima e la sensazione di inadeguatezza come madre) [14]. I dati rilevati dallo studio non sono ancora sufficienti per valutare il peso di queste componenti nell'insorgenza della DPP, perciò sarebbero necessarie ulteriori indagini.

Si può affermare quindi che i risultati di questo lavoro confermano, da una parte, le evidenze scientifiche sull'incidenza di alcuni fattori nella comparsa della DPP, mentre d'altra parte non corroborano il ruolo di altre componenti. A questo proposito, tuttavia, è importante sottolineare il fatto che nella presente ricerca le variabili oggetto di studio sono state prese in considerazione singolarmente, mentre il fenomeno della DPP è una realtà piuttosto complessa, legata a una molteplicità di cause, in cui interagiscono distinti fattori che si intrecciano fra loro in diverso modo.

L'origine e il mantenimento della DPP dipendono, infatti, da numerose componenti come il funzionamento individuale, le persone significative che stanno vicino alla puerpera, le reali risorse dell'ambiente, nonché le capacità della stessa donna di avvalersi di queste risorse. Pertanto, la DPP farà la sua comparsa laddove si avrà una particolare combinazione di circostanze di varia natura, così come le manifestazioni sintomatolo-

giche che presenterà la puerpera si esprimeranno in modo peculiare secondo l'individualità di ciascuna donna.

È importante mettere in evidenza, comunque, un aspetto di notevole interesse che è emerso durante la realizzazione delle attività preventive. La maggior parte delle mamme che hanno aderito al progetto ha manifestato la propria disponibilità a proseguire il percorso di orientamento e sostegno sulla DPP, dichiarandosi d'accordo sulla futura costituzione di gruppi di psicoeducazione. Da questo punto di vista, sembra che l'approccio psicoeducativo utilizzato, sebbene limitato nel tempo e nello spazio, abbia già inciso sulla *compliance* delle donne, la quale costituisce un pre-requisito indispensabile per lo svolgimento di ulteriori attività di prevenzione e trattamento della DPP.

Declaration of interest

The Authors declare that there is no conflict of interest.

Bibliografia

- De Magistris A, Coni E, Puddu M, Zonza M, Fanos V. Screening of postpartum depression: Comparison between mothers in neonatal intensive care unit and in the neonatal section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010;23(Suppl 3):101-3.
- Zonza M, Sanna J, Vacca M, Vismara L. A pilot study on maternal attachment: a comparison between mothers of preterm babies and mothers of full term babies birth *J Pediatr Neonat Individual Med.* 2013;2(2):251-2.
- Falloon I. *Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria*. Trento: Centro studi Erickson, 1993.
- Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: RCPsych Publications, 2014.
- Coni E, De Magistris A, Puddu M, Fanos V. Postnatal depression in mothers of infants admitted to a neonatal intensive care unit at birth. *Early Hum Dev.* 2008;84:S13.
- Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. Impact of infant health problems on postnatal depression: pilot study to evaluate a health visiting system. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;60(2):182-9.
- Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalifé S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(2):95-102.
- Bernazzani O, Saucier JF, David H, Borgeat F. Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord.* 1997;46(1):39-49.
- Stewart DE. Perinatal depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(1):1-2.
- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner L, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry.* 1997;171:550-5.
- McVey C, Tuohy A. Differential effects of marital relationship and social support on three subscales identified within the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol.* 2007;25(3):203-9.
- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(12):1367-74.
- Hatton DC, Harrison-Hohner J, Matarazzo J, Edwards P, Lewy A, Davis L. Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(3):121-3.
- Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ.* 2005;331(7507):15.