



European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679



www.elsevier.com/locate/euroneuro



ECNP/EBC REPORT 2011

The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010

H.U. Wittchen^{a,*, 1}, F. Jacobi^{a, 1, 2}, J. Rehm^{a, b}, A. Gustavsson^c,
 M. Svensson^d, B. Jönsson^e, J. Olesen^f, C. Allgulander^g,
 J. Alonso^h, C. Faravelliⁱ, L. Fratiglioni^j, P. Jennum^k, R. Lieb^l,
 A. Maercker^m, J. van Osⁿ, M. Preisig^o, L. Salvador-Carulla^p,
 R. Simon^q, H.-C. Steinhausen^{l, r, s}

^a Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Center of Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

^b Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

^c i3 Innovus, Stockholm, Sweden

^d Department of Economics and Statistics, Karlstad University, Sweden

^e Department of Economics, Stockholm School of Economics, Sweden

^f Department of Neurology, Glostrup Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

^g Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

^h Health Services Research Unit, IMIM (Hospital del Mar Research Institute), Barcelona, Spain

ⁱ Department of Neurology and Psychiatry, University of Florence, Florence, Italy

^j Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

^k Glostrup Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

^l Clinical Psychology and Epidemiology, Department of Psychology, University of Basel, Basel, Switzerland

^m Department of Psychology, Psychopathology and Clinical Intervention, University of Zürich, Zürich, Switzerland

ⁿ Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

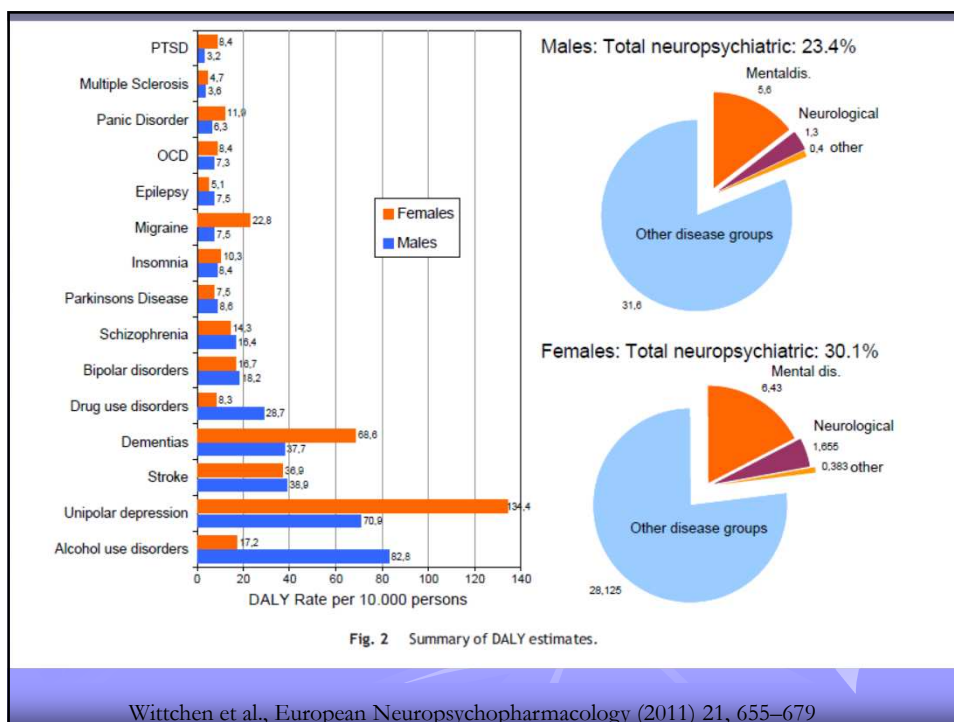
^o Department of Psychiatry, University Hospital Center and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland

^p UNIVIDD (Intellectual Disability-Developmental Disorders Research Unit), Villabianca Foundation, Reus, Spain

^q European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal

^r Child and Adolescent Psychiatry, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

^s Department of Child and Adolescent Psychiatry, University of Zurich, Zürich, Switzerland



PSICOLOGIA DELLA MATERNITA'



PSICOPATOLOGIA DELLA MATERNITA'



Article

Abnormally Reduced Dorsomedial Prefrontal Cortical Activity and Effective Connectivity With Amygdala in Response to Negative Emotional Faces in Postpartum Depression

Eydie L. Moses-Kolko, M.D.

Susan B. Perlman, Ph.D.

Katherine L. Wisner, M.D., M.S.

Jeffrey James, B.S.

A. Tova Saul, B.A.

Mary L. Phillips, M.D.

Objective: Postpartum major depression is a significant public health problem that strikes 15% of new mothers and confers adverse consequences for mothers, children, and families. The neural mechanisms involved in postpartum depression remain unknown, but brain processing of affective stimuli appears to be involved in other affective disorders. The authors examined activity in response to negative emotional faces in the dorsomedial prefrontal cortex and amygdala, key emotion regulatory neural regions of importance to both mothering and depression.

Method: Postpartum healthy mothers (N=16) and unmedicated depressed mothers (N=14) underwent functional magnetic resonance imaging blood-oxygen-level-dependent acquisition during a block-designed face versus shape matching task. A two-way analysis of variance was performed examining main effects of condition and group and group-by-condition interaction on activity in bilateral dorsomedial prefrontal cortical and amygdala regions of interest.

Results: Depressed mothers relative to healthy mothers had significantly reduced left dorsomedial prefrontal cortical face-related activity. In depressed mothers, there was also a significant negative correlation between left amygdala activity and postpartum depression severity and a significant positive correlation between right amygdala activity and absence of infant-related hostility. There was reliable top-down connectivity from the left dorsomedial prefrontal cortex to the left amygdala in healthy, but not depressed, mothers.

Conclusions: Significantly diminished dorsomedial prefrontal cortex activity and dorsomedial prefrontal cortical-amygdala effective connectivity in response to negative emotional faces may represent an important neural mechanism, or effect, of postpartum depression. Reduced amygdala activity in response to negative emotional faces is associated with greater postpartum depression severity and more impaired maternal attachment processes in postpartum depressed mothers.

(Am J Psychiatry 2010; 167:1373-1380)

Impact of Maternal Stress, Depression and Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development

‘Fetal origins hypothesis’

Prenatal environmental exposures, including maternal psychologic state-based alterations in in utero physiology, can have sustained effects across the lifespan

Kinsella MT and Monk C Clinical Obstetrics and Gynecology 2010; 52(3): 425-440.

Recenti studi pongono in evidenza come la gravidanza risulti un periodo ad “**alto rischio**” per i disturbi affettivi.

(Lee S. Choen, Ruta M., Nonacs 2005)

In Italia oltre 90.000 donne soffrono di Disturbi Depressivi e di Ansia nel periodo perinatale (gravidanza e 12 mesi dopo il parto)

● Voglio tornare come prima, voglio la mia vita di prima, ma non so come fare, mi sento vista mi manca tutte le mie attività di prima ed ora non ho + voglia di nulla. Mi manca il mio lavoro e la compagnia dei colleghi, le chiacchiere e gli scherzi, l'essere libera di andare dove voglio con la macchina, le pause al Gigante (prima non le apprezzavo dice l'Alc, e quando ho riavuto capito come sono importanti, anche se io penso che non tormentavano mai più). Mi manca la vita con Franz, il vivereci insieme, cucinare x lui, aspettarlo la sera per dargli il bacio di benvenuto, stare con lui a vedere un film e la us. intimità, tutta la vita con lui. Mi manca la mia casa, non potermene + occupare, pulirla, mi mancano i miei ricami che mi ossessionano, tutte le cose belle vissute con Franz e la mia famiglia e gli amici. Mi manca di essere libera di andare dove io voglio, negozi, fruttivendolo la mia libertà. Mi sento di essere in una trappola che è il mio cervello che mi dice che non tornerai + niente. Invidia di essere felice e ce l'ho fatta a superare la gravidanza con facilità e con le forze che io non so trovare, anche se so che ho perso tutto x averli, mentre io non lo sto facendo e sto facendo scivolare tutto addosso a me, ma è tutta la paura di perdere e di non riuscire. Ho invidiato in ospedale anche le donne che ce l'hanno fatta e parlavano con amore dei propri bambini io mi sento un mostro x che non riesco ad ammettere il mio

PSICOPATOLOGIA IN GRAVIDANZA



Fattori Rischio Depressione in gravidanza

- Storia psichiatrica pregressa
- Precedente storia di psicopatologia in gravidanza o postpartum
- Familiarità per disturbi psichiatrici
- Recenti eventi vita stressanti (lutti, malattie, aborti,violenza domestica)
- Storia di abuso (fisico, sessuale, psicologico)
- Relazione conflittuale con il partner
- Mancanza di supporto familiare/sociale
- Gravidanza non desiderata o non programmata
- Vulnerabilità ormonale(donne con storie di SPM DDPM pregressa depressione post parto)
- Patologia medica della madre (disturbi tiroidei , diabete)
- Complicanze fetali (malformazioni primarie /secondarie)
- Uso di sostanze psicoattive (stupefacenti, alcool, sostanze dopanti)



DEPRESSIONE in GRAVIDANZA

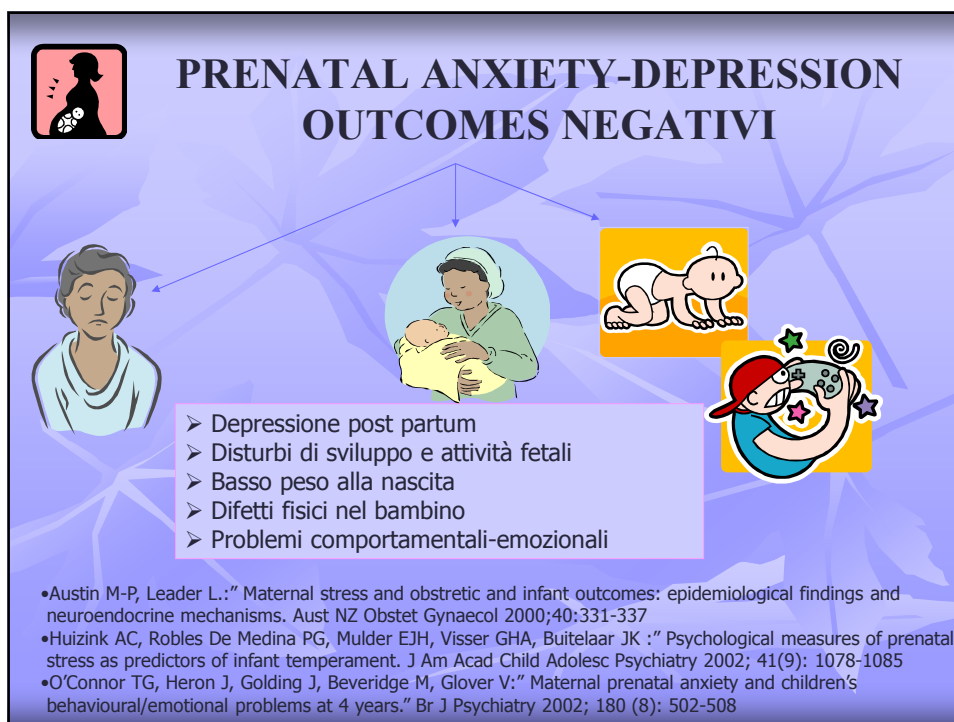
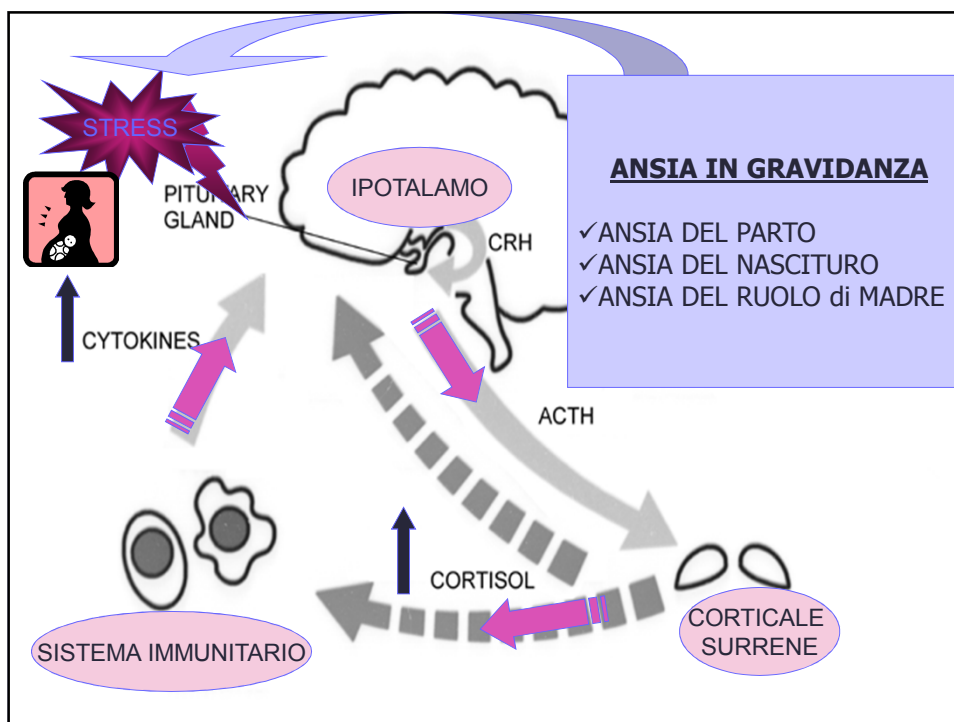
La prevalenza della depressione in gravidanza è sicuramente maggiore nel primo trimestre (13%) mentre decresce nel secondo(2,5-7%) e nel terzo (2,3-6.3%)

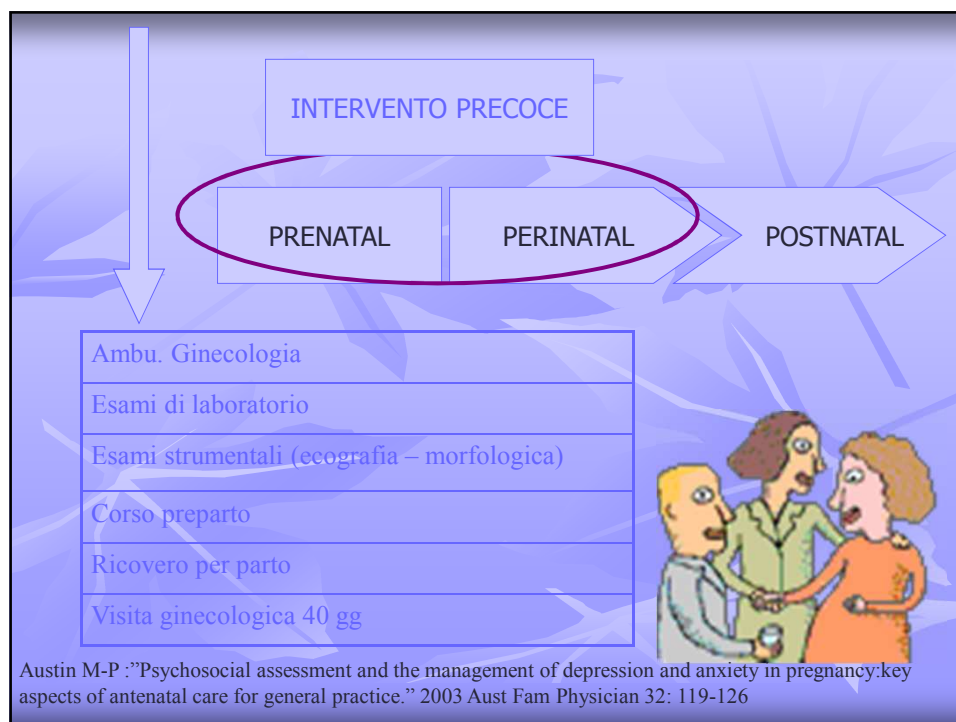
L'ansia è frequentemente in comorbidità con la depressione, ma viene trascurata negli studi riguardanti la gravidanza e il periodo post-natale



ANSIA in GRAVIDANZA

- Lo stato d'ansia aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza con valori più alti nel 3° trimestre.
- Soprattutto alla 32° settimana predice un significativo aumento della depressione nel periodo post-natale





INTERVENTO ANSIA PRENATALE



Riconoscere l'assetto ansioso

Valutare comorbidità con sintomi depressivi

Valutare l'intensità : l'impatto sulla qualità di vita

Valutare l'impatto sulla gestione della gravidanza

scarsa adesione al "progetto di gravidanza"

Scarsa cura di sé

Malnutrizione materna con alterazione dello sviluppo fetale

Abuso di alcol e sostanze

Incapacità a riconoscere i prodromi del parto

Focus di intervento:

Psicologico

Supporto

Farmacologico

PSICOPATOLOGIA DELLA MATERNITA'



DEPRESSIONE PUERPERALE SOTTODIAGNOSTICATA

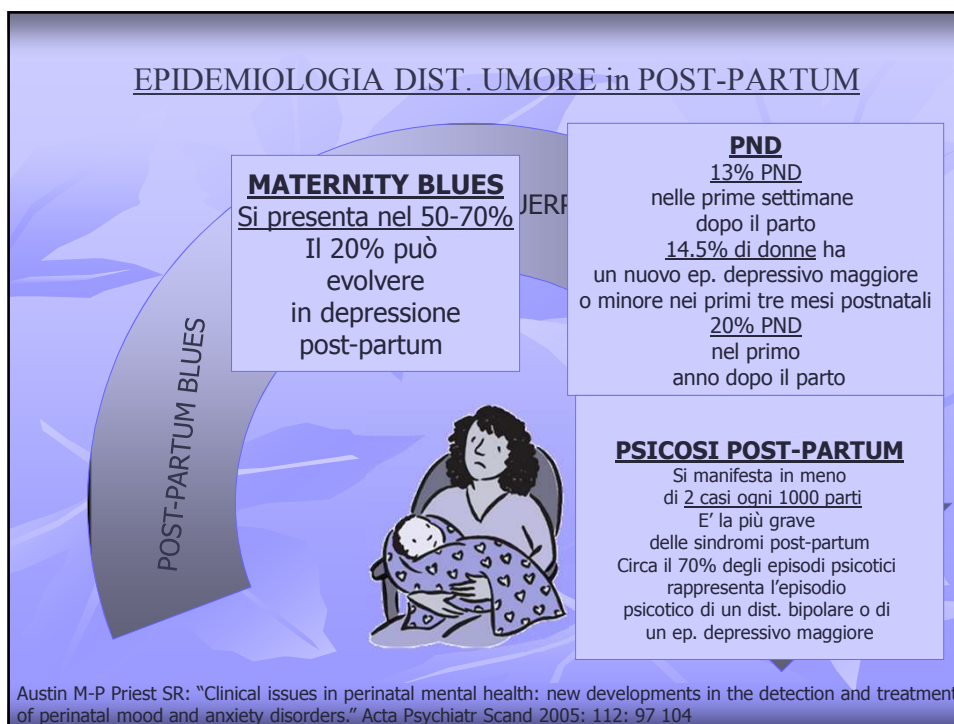
- Solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico
- Fino al 50% dei casi di depressione nel post-partum restano sconosciuti
- I sintomi che compaiono in questo periodo sono frequentemente sottovalutati e trascurati sia dalle pazienti che dai clinici

(Coates et al. 2004, Evins et. al 2000)

- I ginecologi diagnosticano solo una parte delle depressioni post-partum (16% - 22%)
- Non riconoscono adeguatamente le depressioni a rischio suicidario

(Morris-Rush et al. 2003)

- Dimissioni in 3° giornata
- Visita di controllo a 40 giorni



Fattori di Rischio Depressione in post partum

- Una storia psicopatologica pregressa
- Famigliarità psichiatrica
- Una storia di psicopatologia in gravidanza
- Una precedente depressione post partum
- Patologie endocrine (ipotiroidismo)
- SPM o DDPM
- Giovane età
- life stress events recenti
- Complicazioni ostetriche
- Nascita pre termine, neonato prematuro con patologia

Fattori Rischio Depressione in post partum

- Storia di abuso
- Violenza domestica
- Abuso di Droghe /alcol
- Gravidanza indesiderata o non programmata
- Gravidanze ravvicinate
- Parto con taglio cesareo
- Lungo tempo di concepimento (pratiche di fertilità)
- Mancanza di supporto sociale
- Relazione conflittuale con il partner
- Modalità di coping disfunzionali

Fattori rischio Ansia nel post partum

- Fattori specifici in disturbi d'ansia per specifici Cluster
- Una storia psicopatologica pregressa
- Famigliarità psichiatrica
- Una storia di psicopatologia in gravidanza
- Un precedente Disturbo d'ansia nel post partum
- Parto traumatico (PtSD)
- Abuso Sessuale (PTSD)

MATERNITY BLUES

- Con il termine tristezza post - partum si intende una sindrome benigna e transitoria in cui coesistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi psichici
- La sintomatologia è caratterizzata da:
 - deflessione timica con sentimenti di inadeguatezza a svolgere il ruolo di madre
 - labilità emotiva, disforia, ansia
 - insonnia, calo ponderale
- **si evidenzia generalmente al 3-4 giorno dopo il parto, risolvendosi spontaneamente entro una settimana**

DEPRESSIONE POST-PARTUM

HA LE CARATTERISTICHE
DELLA DEPRESSIONE
MAGGIORE

SI PRESENTA NELLE 4
SETTIMANE DOPO IL
PARTO (DSM IV -R)

LA DONNA PRESENTA
PER ALMENO 2
SETTIMANE:

"Why didn't somebody warn me?"



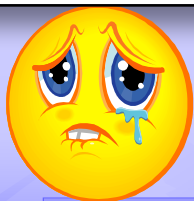
**The #1 complication of
childbirth is depression.**

One in eight new moms have postpartum depression.
It is treatable! Call 1-800-944-4PPD.

Extreme exhaustion, appetite and sleep disturbances, mood swings, inability to concentrate



Call your health care provider and contact us:
Postpartum Support International
1-800-944-4773
www.postpartum.net



SINTOMI DEPRESSIVI

“non mi è mai successo di...”

- ...piangere così facilmente (labilità emotiva)
- ...essere giù di morale (deflessione dell'umore)
- ...sentire che non ce la faccio (sentimenti di inadeguatezza)
- ...sentirmi in colpa (sentimenti di autosvalutazione e di colpa)
- ...litigare con mio marito (irritabilità)

IDEAZIONE DEPRESSIVA PUERPERALE



- Incapacità di prendersi cura del figlio
- Paura ed insicurezza che hanno come oggetto la “fragilità” del bambino
- Sentimenti ambivalenti o negativi
- Paura di nuocere al neonato



SINTOMI D'ANSIA

“non mi è mai successo di...”

- ... avere pensieri e preoccupazioni per il mio bambino, mio marito, me stessa (*ansia*)
- ... sentirmi sul “filo del rasoio” (*stato d'allarme*)
- ... avere le palpitazioni, il respiro corto, il nodo alla gola (*ansia fisica*)



SINTOMI NEUROVEGETATIVI

“non mi è mai successo di...”

- ... svegliarmi presto (*alterazioni del sonno*)
- ... mangiare con tanta difficoltà, senza appetito (*alterazioni dell'appetito*)
- ... mangiare in modo eccessivo, senza freno
- ... perdere il desiderio sessuale verso il mio compagno

PSICOSI POST-PARTUM

- L'esordio di solito inizia 3 settimane dopo il parto e spesso anche nell'arco di pochi giorni

I PRIMI SINTOMI:

- Insonnia
- Irritabilità
- Agitazione
- confusione
- disorientamento
- comport. disorganizzato
- allucinazioni uditive o illusioni
- idee deliranti spesso centrate sul neonato
- rapide oscillazioni del tono dell'umore (tristezza-euforia)
- omicidio-suicidio

FATTORI DI RISCHIO

- Pregressi disturbi psichici
- Familiarità psichiatrica
- Dist. di Personalità (Borderline)
- Primo parto
- Età avanzata
- Patologia neonatale (premature, problematico, malato)
- Eventi traumatici/Stress in anno precedente la gravidanza

LE CONSEGUENZE PSICOPATOLOGICHE

I.Brockington: "Diagnosis and management of post-partum disorders:a review"
Word Psychiatry 3:2- June 2004 89-95

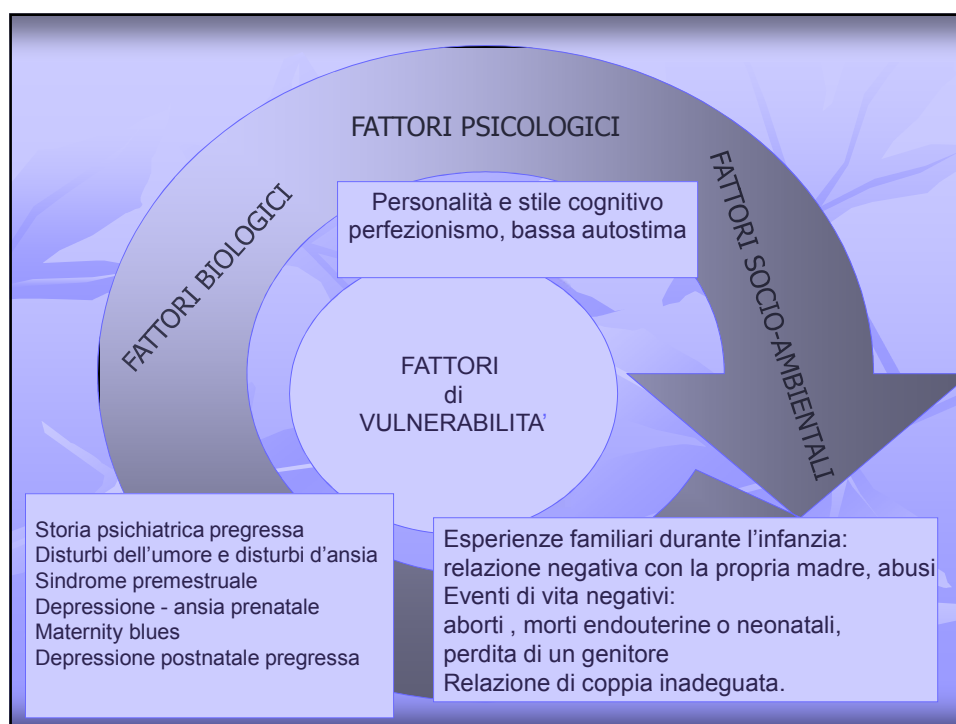
MATERNITY BLUES	EP.DEPRESSIVO
DEP. POST-PARTUM	TRASCURATA PUO' EVOLVERE IN QUADRI PSICOPATOLOGICI COMPLESSI CHE COMPROMETTONO LA FUNZIONE MATERNA
PSICOSI POST-PARTUM	AGITI AUTO-ETEROLESIVI ➤ Circa il 5% delle donne con Psicosi Post-partum commette suicidio ➤ Il suicidio rimane la più comune causa di morte nel primo anno di nascita (Confidential Enquiry into Maternal and Child Health) ➤ Circa il 4% infanticidio ➤ Circa 2/3 di queste donne presenta una ricaduta nelle fasi successive ➤ Circa 2/3 avranno successivi ep. Psicotici puerperali

DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

- **DISTURBO DELL'ATTACCAMENTO DELLA MADRE VERSO IL BAMBINO**
- **CARATTERIZZATO DA SENTIMENTI DI RIFIUTO, ASTIO E COLLERA VERSO IL NEONATO**
- **IL DISTURBO DI RELAZIONE E' UN FENOMENO DISTINTO DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE:**
 - **L'AVVERSIONE MATERNA AL PROPRIO BAMBINO NON E' PROPOZIONATA ALLA GRAVITA' DEL QUADRO DEPRESSIVO**
 - **NON E' PRESENTE UNA DEPRESSIONE PUERPERALE**
- **L'EZIOLOGIA DEL DISTURBO E' VEROSIMILMENTE DIFFERENTE DALLA DEPRESSIONE PUERPERALE CON MAGGIORE ENFASI AD ALCUNI FATTORI DI RISCHIO COME UNA GRAVIDANZA INDESIDERATA O UN BAMBINO IMPEGNATIVO**

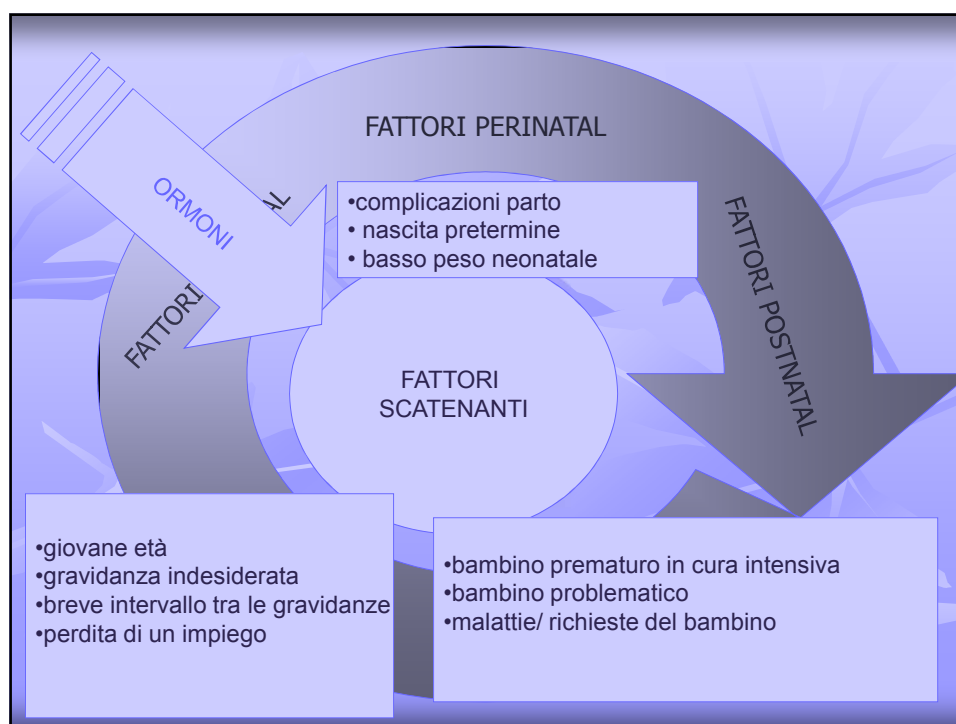
DISTURBO DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

- COMPORTAMENTO DI FUGA O DI AFFIDO
- IDEAZIONI POLARIZZATE SUL BAMBINO: RUBATO O MORTE IN CULLA
- MANIFESTAZIONI DI AVVERSIONE AL NEONATO: GRIDARE, IMPRECARE, STRILLARE
- IMPULSI AGGRESSIVI. COLPIRE, SCUOTERE, SOFFOCARE
- NON TRATTATI EVOLVONO IN INFANT ABUSE O NEGLIGENZA NELLE CURE
- TRATTATI REGREDISCONO CON RISOLUZIONE COMPLETA



PREVALENZA – IMPATTO DELLA PRECEDENTE STORIA PSICHITRICA

Storia di depressione maggiore	25%
Storia di depressione post-partum	50%
Depressione maggiore in gravidanza	33%
Nessuna storia di depressione	2 - 5%







QUALI CONSEGUENZE?

- ❖ Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- ❖ Conseguenze sulla diade madre-bambino
- ❖ Conseguenze sul neonato-bambino
- ❖ Conseguenze sulla coppia
- ❖ Conseguenza sul partner

QUALI CONSEGUENZE?

- ❖ Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- ❖ Conseguenze sulla diade madre-bambino
- ❖ Conseguenze sul neonato-bambino
- ❖ Conseguenze sulla coppia
- ❖ Conseguenza sul partner

STILE DI INTERAZIONE DELLA MADRE DEPRESSA

- ✓ **Nella diade madre depressa -bambino , le madri sono meno coerenti nelle risposte, più distaccate e più negative:**
 - ❑ espressione immobile
 - ❑ scarsa mimica
 - ❑ rifiuto alla comunicazione con minor contatto visivo durante l'allattamento
- ✓ **I bambini sono meno costruttivi e più negativi:**
 - ❑ manifestano angoscia guardando meno spesso e per intervalli più brevi le loro madri
 - ❑ sono accigliati
 - ❑ hanno uno sguardo evitante e/o fanno forti richieste di attenzione alle madri

QUALI CONSEGUENZE?

- ❖ Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- ❖ Conseguenze sulla diade madre-bambino
- ❖ Conseguenze sul neonato-bambino
- ❖ Conseguenze sulla coppia
- ❖ Conseguenza sul partner

IL NEONATO DI MADRE DEPRESSA

- I bambini di madri depresse hanno maggiore bisogno di cure
- Aumento del 44% dei ricorsi al pronto soccorso pediatrico
- Riduzione del 20% dei controlli pediatrici periodici e delle vaccinazioni
- Significativo aumento di abuso fisico

•Mc Learn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W: "The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice." Pediatrics. 2006 Jul;118(1):e174-82

•Flynn HA, Davis M, Marcus SM, Cunningham R, Blow FC: "Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization". Gen Hosp Psychiatry. 2004 Jul-Aug;26(4):316-22.

✓ lamentosi e p a bambini di m ✓ frequenza del pi ✓ scontenti ✓ evitanti ✓ rumorosi ✓ hanno mimica m ✓ vocalizzano men - normotimiche	✓ I bambini di madri depresse possono presentare un ritardo nello sviluppo fino al 5° anno di vita ✓ Bambini di 5 anni nati da madri con depressione postpartum presentano disturbi del comportamento più facilmente rispetto ad un gruppo di controllo - Questi disturbi sono più evidenti nei bambini maschi mentre le bambine di madri depresse mostrano una tendenza ad essere più socievoli	
✓ coliche ✓ aumento dei tempi di addormentamento	Osservazione longitudinale sui bambini testati all'età di 11 anni evidenzia: ✓ Significativo basso QI ✓ Incremento nei problemi di attenzione ✓ Richiesta di specifiche attenzioni educative	



Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL.: "Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Feb;45(2):223-30.

QUALI CONSEGUENZE?

- ❖ Conseguenze psicopatologiche sulla madre
- ❖ Conseguenze sulla diade madre-bambino
- ❖ Conseguenze sul neonato-bambino
- ❖ Conseguenze sulla coppia
- ❖ Conseguenza sul partner

- Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA.: "Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior." *Pediatrics*. 2006 Aug;118(2):659-68.
- Dennis CL, Ross L.: "Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms." *J Adv Nurs*. 2006 Dec;56(6):588-99.

Depressione Post Partum nei padri



- A recent meta-analysis suggests that approximately 10.4% of fathers will experience depression in the first year postpartum
- This rate is significantly higher than the 12-month prevalence of 4.8% or general depression in men.

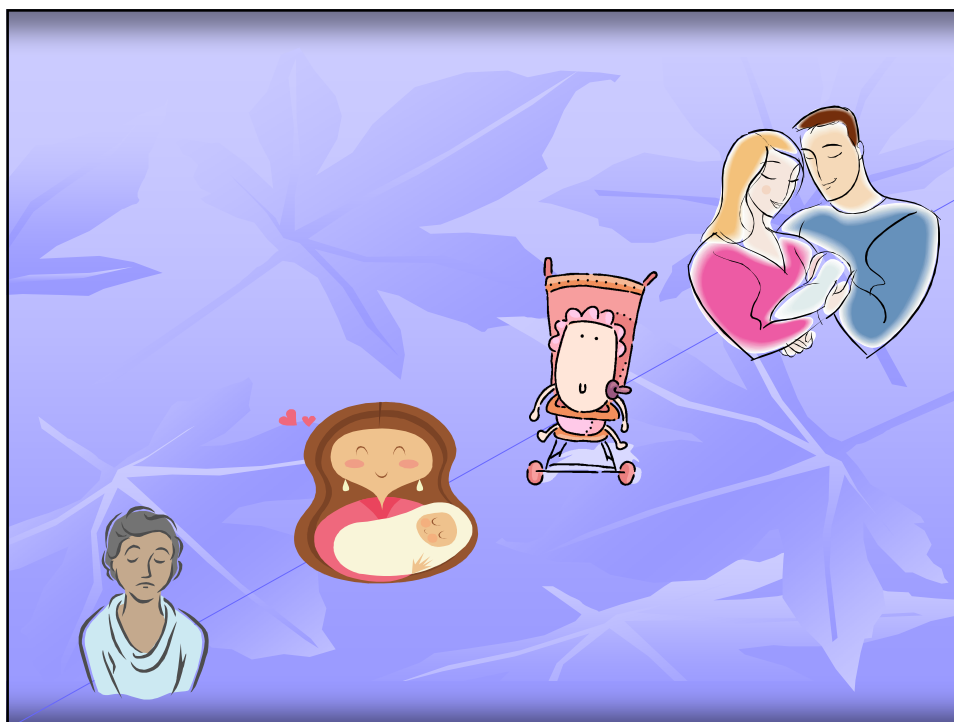
(Paulson JF, Bazemore SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA, 303(19):1961-9.)

INTERVENTO sul PARTNER



- Condivisione emotiva
- Supporto/coinvolgimento nella gestione della maternità
- Attenzione al nuovo ruolo paterno
- Attenzione ad eventuali psicopatologie del partner
- Intervento psicoeducazionale / gruppo
- Compilazione questionario







Post-depressione: aspetti positivi.

La depressione è uno stato negativo dell'anima: ci si annulla, si rimpicciolisce, si diventa un niente. Ci si sente dire "finisci, altri pazienti!" ma in cuor proprio non si ha nessuna speranza di uscire.

Eppure succede: un giorno, che non è più nero, o ci si accorge di sentirsi diversi, o meglio, di "sentirsi" e basta. È una sensazione sublime che risuscita l'anima, che mette in moto il corpo e... si vola!

Si riprendono a fare le piccole cose che prima sembravano impossibili, si riprende contatto con il mondo, ci si accorge degli altri, si ritorna a vivere.

Sembra un sogno, invece è tutto vero.

È bellissimo, ed è ancora più bello di prima, prima di cadere nel "buon nero": Sono cambiato, sono migliorato. Sui altri, ora sono più attento a tutto, ~~anche~~ anche e sostituito a ciò che un tempo consideravo poco importante. Spesso ripenso a quei terribili momenti e un brivido di paura mi percuote il corpo e l'anima, ma... è un istante; ora ci sono, esisto, e sono anche più unite,

meno aggressive verso gli altri, meno intollerante, meno egocentrica.

Sono migliore, credo di capire meglio gli altri, di soffrire con loro e pregare per tutte le sofferenze.

A questo punto si potrebbe pensare: va bene! Hai passato un "brutto momento", ma ora stai meglio di prima.

Sì, è vero, ora sono serena, di una serenità

causapole, ma, non sarò mai grata a... quel "brutto momento".

Milano, dicembre 2005





Prevenire si può ... si deve
Non Lasciamole più sole





Grazie per
l'attenzione