

STRESS IN GRAVIDANZA

Cosa dice la ricerca?

Una notevole quota di patologia **ansiosa** ((Heron et al, 2004) e **depressiva** (Evans et al, 2001) è presente durante la gestazione stando ai risultati di ampi studi epidemiologici.

Bennet et al (2004) hanno rilevato la prevalenza di **sintomi depressivi per trimestre**: 7,4% nel primo, 12,8% nel secondo, 12% nel terzo.

Gavin et al (2005) hanno rilevato in gravidanza una prevalenza di **depressione maggiore** pari al 12,7%.

Gli studi epidemiologici portano a pensare che la gravidanza sia una fase di vita, anche senza fattori di rischio macroscopici, in cui possono verificarsi stati di disagio psichico di non trascurabile entità.

Si ritiene che lo stress materno provochi danni nel feto a causa dell'aumentata attività dell'**asse ipotalamo- ipofisi-surrene** e del **sistema simpatico-noradrenergico** che modificano l'ambiente uterino. Interessanti gli studi longitudinali sulla somiglianza delle curve di secrezione del cortisolo nelle madri gravide e nei figli.

A livello neurofisiologico alcuni studi hanno registrato un profilo EEG anomalo, con marcata ipoattivazione frontale sinistra; altri studi evidenziano una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei bambini esposti a depressione post natale (Murray, 2011).

A livello cognitivo basse prestazioni sono state registrate in bambini esposti a depressione post natale. Rispetto allo **sviluppo affettivo** e al comportamento sociale si osservano in maggior misura disturbi che variano da inibizione e ritiro ad impulsività e aggressività (Murray,2011).

Stati depressivi e ansiosi in gravidanza sono statisticamente associati ad aumento di **parti** pretermine, eclampsia, basso peso alla nascita, circonferenza cranica inferiore alla media (Della Vedova, 2009).

I neonati di madri depresse in gravidanza mostrano maggiori difficoltà del sonno, temperamento difficile e tendenza al pianto (Davis et al., 2007)

Studi longitudinali (Pawlby et al, 2009; Pearson et al., 2013) hanno evidenziato un aumento del rischio depressivo e dei comportamenti antisociali nei **figli adolescenti** di madri depresse in gravidanza.

MA A VOLTE LO STRESS PUO' ESSERE PIU' GRAVE....

Una ricerca americana del 1987 riportava che in un campione di donne gravide l'8% riconosceva di sentire l'impulso a colpire o punire il proprio feto.

Nel 4% tale impulso veniva agito dai loro partner.

Ciò avveniva in assenza di patologie psichiche chiaramente riconoscibili (per esempio depressione).

I dati sono confermati da un'altra ricerca di dieci anni dopo.

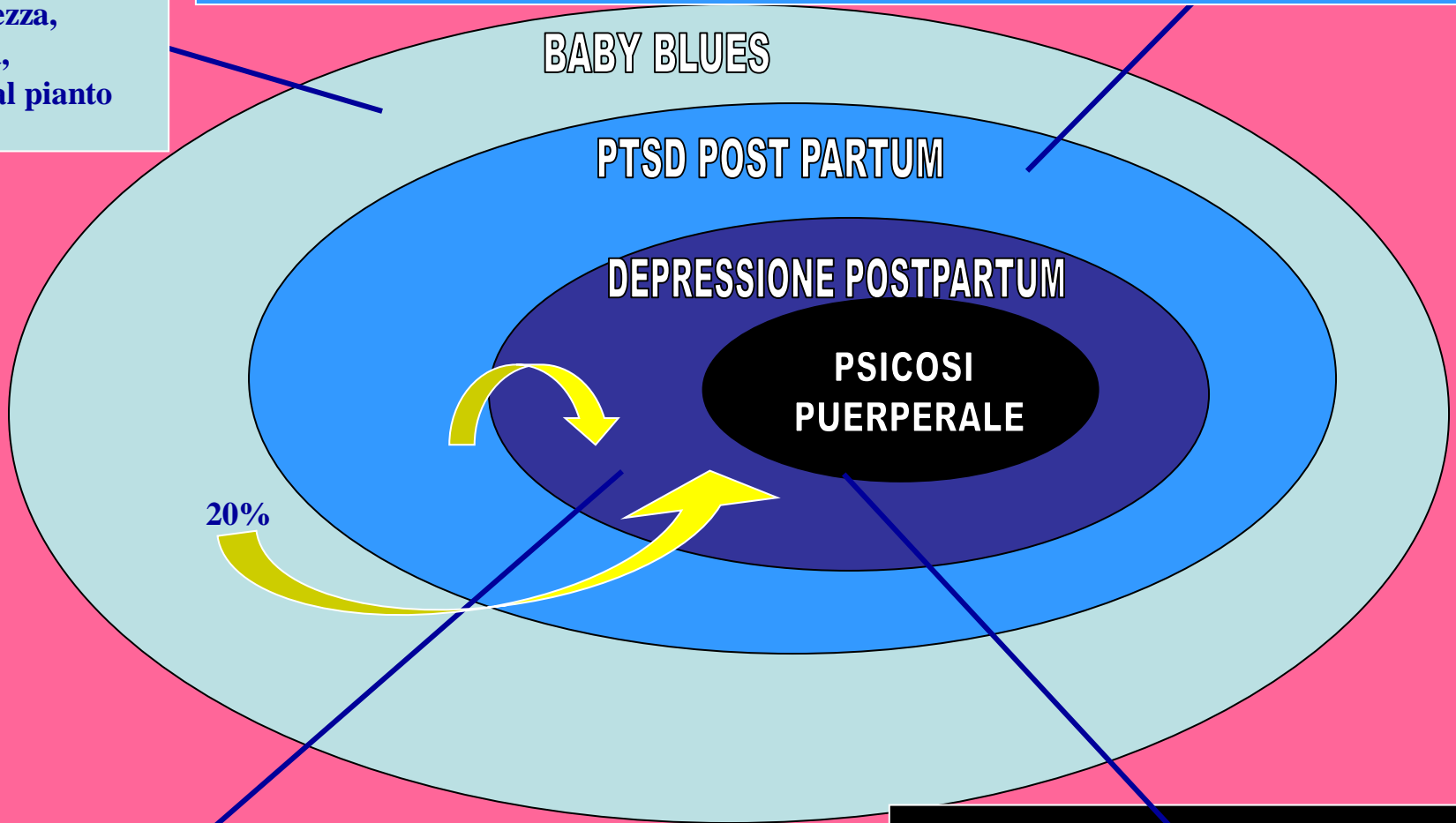
Nella maggioranza dei casi la relazione madre-figlio risultava problematica dopo la nascita.

E NEL POST PARTUM?

9-34%, da 1 a 6 mesi dopo il parto, sottostimato e poco riconosciuto
Incubi, forte ansia, flashback, panico, difese di evitamento, senso di rabbia e inadeguatezza
Fattori di rischio: eventi stressanti durante il parto (lunghezza, incidenti, scarsa considerazione da parte del personale, intensa paura di morte propria o del figlio, abuso sex pregresso)

70%, dal 3°-4° giorno a 2 settimane dopo il parto
Spossatezza, tristezza, facilità al pianto

POST NATALE



20%

10-15%, da subito a un anno dopo il parto.
Rischio ricadute (da 50 a 75%)
Tristezza, ostilità/apprensione/disinteresse verso il figlio, stanchezza, irritabilità, disturbi del sonno, bassa concentrazione, disturbi appetito.
Fattori di rischio. Depressione in gravidanza, stress o traumi pregressi, attaccamento, stress o traumi attuali, stress da parto, isolamento

0,1-0,2%, da subito a 6 mesi dopo il parto
Esordio acuto, allucinazioni, manie, ossessioni, confusione, distorsione della realtà, rischio suicidio (5%), infanticidio (4%)
Fattore di rischio: disturbo bipolare, precedente psicosi puerperale

Tutto concorre a indicare la
necessità di una attenzione e un
supporto alla gravidanza e al post
partum non soltanto sul piano
medico, ma anche **psicologico**