

DEPRESSIONE, GRAVIDANZA E POST PARTUM, DEPRESSIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI, STRESS, DEPRESSIONE E SISTEMA IMMUNITARIO

Dr. Marilena Capriotti (Società Italiana di medicina Generale)

Sussiste ormai un generale accordo sul fatto che i servizi di Medicina Generale (primary care) si trovino nella posizione migliore per identificare prontamente i soggetti affetti da un disturbo psichico presenti nella popolazione generale e per fornire globalità e continuità di trattamenti non solo al singolo paziente, ma anche al suo nucleo familiare.

Già dallo studio internazionale multicentrico dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) effettuato nell'area di Verona in collaborazione tra Società Italiana di Medicina Generale e Psichiatria), emergeva che i Disturbi psichici ben definiti secondo i criteri ICD-10, erano presenti in un paziente su otto (12,4%) tra quanti contattavano i servizi di Medicina generale; aggiungendo a questi anche i Disturbi Psichici definiti "sotto soglia", il rapporto diviene di **un** paziente su **quattro** (23,6%); infine, sintomi psicopatologici indipendenti da qualsiasi criterio nosografico, sono stati lamentati da più della metà dei soggetti (56,6%).

Si è stimato che il MMG abbia in cura il 90% dei pazienti con Depressione, si comprende quindi che, se la patologia non è riconosciuta, non potrà essere curata, in un momento in cui la classe medica dispone di appropriate strategie psicofarmacologiche di intervento. La situazione potrà essere migliorata e con una formazione specifica per il MMG e con l'attuazione di uno schema di integrazione tra MMG e consulente Psichiatra.

I disturbi più comuni riscontrati nell'ambito della Medicina Generale, sono quelli affettivi (Episodio Depressivo e Distimia) e quelli ansiosi (Sindrome d'Ansia Generalizzata); nel sesso maschile sono risultati frequenti i disturbi legati all'abuso di sostanze alcoliche.

I sistemi nosografici psichiatrici attuali (DSM-IV- Ter ovvero Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders che fa capo alla American Psychiatric Association e l'ICD-10, ovvero International Classification of Diseases, che fa capo all'OMS), nati dall'esperienza e per le esigenze in ambiente specialistico, non catturano l'intero spettro della psicopatologia osservata nella Medicina di base e nella popolazione generale, infatti i "Disturbi sottosoglia" mostrano una prevalenza più elevata delle Depressioni ICD-10 e DSM IV ter.

La prevalenza dei Disturbi depressivi studiata in 21.425 persone di sei paesi dell'Europa occidentale negli anni 2001-2003 è stata del 14% con una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini (European Study of the Epidemiology of Mental disorders).

Dal 10 al 20% delle donne soffre di disturbi depressivi in corso di **gravidanza** e circa il 75% delle neomamme presenta almeno un episodio depressivo nel primo anno dopo il parto.

I Disturbi dell'Umore in gravidanza e in puerperio appartengono ai grandi negletti della medicina e alle grandi cause di solitudine femminile in un momento in cui la donna presenta la massima vulnerabilità psichica; purtroppo essi emergono dall'oblio periodicamente, solo quando tragedie familiari di infanticidio e/o suicidio ricordano a gente comune la grande vulnerabilità psichica di ogni neomamma e questo nonostante i Disturbi dell'Umore in puerperio siano più frequenti delle gestosi, del diabete gestazionale e del parto prematuro.

Perché la donna è più vulnerabile ai Disturbi dell'Umore in puerperio?

In sintesi:

- 1- per fattori **biologici**: precedenti personali di depressione che possono esprimersi in bassi valori basali di serotonina dalla quale dipende "il colore di fondo dell'umore"; riduzione dei livelli ormonali in particolare degli estrogeni che si riducono del 90-95% nelle prime 48 ore dopo il parto;
- 2- fattori **psicologici**: giovane età (nelle neomamme adolescenti, il rischio sale dal 15 al 32%), immaturità psichica, prematurità, condizione di ragazza madre, solitudine, disturbi di personalità, abuso di sostanze.
- 3- Fattori **relazionali**: relazioni di coppia conflittuali, inadeguatezza del partner, mancanza di conforto e supporto familiare, di amiche o colleghe.

La depressione della neomamma può avere effetti negativi sul bambino?

Purtroppo sì, La depressione crea una riduzione del numero delle interazioni verbali e non verbali tra mamma e bambino e questa riduzione di interazioni sarà tanto più marcata quanto la depressione è più grave.

In termini pratici, una mamma che sorride al suo bambino quando lo prende in braccio, che gli parla lentamente quando lo guarda con dolcezza, attiva nel cervello del bimbo, le prime capacità di rapportarsi agli altri e di sentire e di provare dentro di se le emozioni dell'altro.

Di converso, quando un bambino è trascurato, quando gli si dedicano solo le attenzioni alimentari e di pulizia, o peggio ancora, quando gli occhi del piccolo riflettono non solo l'indifferenza ma anche rabbia, rancore, tensione o aggressività, il suo cervello memorizza tutto anche se poco riaffiorerà come ricordo cosciente. Quel modello di comportamento ispirerà comunque i suoi pensieri, la sua immaginazione e più tardi le sue azioni, con caratteristiche che nelle linee fondamentali, potranno durare tutta la vita.

Molti dei disturbi dell'attenzione che colpiscono oggi i bambini del mondo occidentale, potrebbero avere un cofattore importante in questa solitudine, in questa deprivazione sensoriale, emotiva e giocosa, dei primi anni di vita.. Essa può causare una incapacità di soffermarsi sulle persone prima ancora che sulle

cose, perché nessun ancoraggio affettuoso ha stimolato una attenzione dedicata, un allenamento al pensare riflettendo, grazie a cure amorevoli.

Negli ultimi anni si è consolidata l'evidenza che lo stress psicologico ed in particolare la patologia depressiva, può favorire l'insorgenza di malattie cardiovascolari.: lo stress mentale quotidiano infatti, sembra raddoppiare il rischio di **infarto** miocardio acuto. E' ben noto inoltre, che i pazienti con depressione dopo un infarto, hanno un tasso di mortalità più elevata rispetto ai pazienti infartuati non depressi. Si valuta che tra il 15 e il 30% di questi pazienti presenta, durante i 18 mesi successivi ad un infarto, manifestazioni depressive, quali tristezza, perdita di iniziativa, calo di autostima, senso di fallimento, possono associarsi stanchezza, perdita dell'appetito o eccessivo appetito, disturbi sessuali. I meccanismi che spiegano l'associazione tra patologia depressiva, stress e mortalità cardiovascolare, è da ricondursi all'iperattività nello stress dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con aumento del cortisolo nel sangue (il quale a sua volta favorisce l'insorgenza di ipertensione, ipercolesterolemia, iperglicemia). L'aumento che si ha in questi casi, delle catecolamine circolanti può condurre ad aritmie fatali.