

Depressione, schizofrenia hanno origine dalla vita fetale ma non solo per una questione genetica e non soltanto per l'influenza dell'ambiente ma perché lo stato emotivo e fisico della madre va a condizionare lo sviluppo fetale in un modo che sarà determinante nel corso della vita.

Questo significa che non possiamo pensare di curare le donne per una depressione post partum perché nel momento in cui curiamo una depressione post partum ci siamo persi tutti nove mesi della gravidanza e non siamo intervenuti in tempo in questa fase in cui non solo è importante la salute della madre ma è fondamentale anche tutelare la salute del nascituro.

Questo non solo ci permette di ridefinire meglio l'andamento in corso di una patologia e le sue conseguenze, ma soprattutto ci consente di curare perché, noi avendo una diagnosi, siamo abilitati a dare una terapia in un momento in cui sappiamo quanto sia delicato somministrare una terapia ad una donna.

Ma ci sono dei criteri anche per la terapia:

se il livello del disturbo è da moderato in poi dobbiamo darla perché il rischio della terapia farmacologia è nettamente inferiore al rischio della depressione non trattata;

quando i sintomi depressivi sono lievi, non è che non va trattata, però possiamo scegliere come prima linea un trattamento non farmacologico come la psicoterapia. Ma sicuramente va trattato perché non trattato, significa esporre il feto ad un rischio di malattia per tutto il corso della sua vita, e a renderlo più vulnerabili a eventi avversi della vita.

Alterazioni nella donna incinta: depressione, ansia, stress, anche lo stress quotidiano

Queste alterazioni dello status psichico come agiscono sul neuro sviluppo, sul risultato del neurosviluppo della prole:

- agiscono attraverso i glucocorticoidi quindi il cortisolo
- attraverso l'alterazione della permeabilità della placenta ad alcuni nutrienti
- attraverso il peso neonatale, perché sappiamo che figli di madre con depressione nascono con un peso più basso.

Questo interviene con altri fattori:

- il genere, (se sono depressa a seconda che mio figlio sarà maschio o femmina, la mia depressione potrà agire secondo meccanismi diversi e dando anche degli outcome diversi, perché la malattia è genere-specifica, è influenzata dal genere. cioè sia il genere maschile e femminile ha un rischio diverso di malattia e poi la donna, soprattutto perché è madre ha un ruolo fondamentale perché esistono delle malattie psichiatriche che sono delle malattie del CICLO VITALE FEMMINILE.

è emersa anche una sorta di depressione perinatale paterna anche se agisce con meccanismi diversi tutto questo può interagire quindi con il genere del nascituro

- il genotipo quindi con il dna
- con tutti gli eventi che si verificano nello sviluppo post natale

Copertina del times del 2010 in cui già dicevano come "i tuoi primi nove mesi di vita plasmeranno il resto della tua vita" quindi sottolineano quanto questa fase sia determinante.

Le differenze di genere iniziano in utero e ci sono delle finestre di vulnerabilità a secondo del trimestre quindi nell'organogenesi, durante la formazioni di alcune parti del cervello perché parliamo di neurosviluppo.

Il GENERE cosa è?

Potremo dire maschile e femminile.

Cis gender quando l'identità di genere si allinea con il sesso biologico e però identità di genere, quindi il sentirsi uomo o donna non è necessario che si alleni con l'orientamento sessuale, quindi puoi avere un'identità di genere transgender donna, cioè biologicamente uomo ma che hai un'identità di genere femminile e ti piacciono sessualmente uomini o donne che quindi è qualcosa di ancora diverso.

oggi ci sono tante problematiche anche etiche proprio sulle gravidanze perché naturalmente il transgender uomo può fare una terapia di conservazione degli embrioni e può prima della riassegnazione del sesso, avere una gravidanza con un altro transgender, se per caso è uomo può donare gli spermatozoi.

Quindi in realtà il genere viene semplificato in maschile e femminile perché parliamo della donna ma in realtà è una cosa molto più ampia ed è da tenere conto perché ha a che fare con il ruolo, con il senso di sé nella società, con gli ormoni, perché poi tutti i disturbi del ciclo vitale femminile dipendono da tutti questi fattori, esempio disturbi della menopausa, sindrome del nido vuoto, quindi la donna che pian piano vede i suoi figli allontanarsi da casa, il cambiamento del corpo, del seno, della pancia e tutti i cambiamenti ormonali perché la donna è soggetta a depressione dalla pubertà alla menopausa, quindi durante tutto il ciclo riproduttivo, legati a cambiamenti ormonali o anche associati a perdita di un bambino o ivg.

Poi il sesso biologico, tutto questo da luogo a diversi percorsi psicopatologici cioè di sviluppo di malattia.

- Secondo l'OMS il genere è un determinante critico di salute e malattia mentale.

Quindi le donne e gli uomini sono diversi sia in termini biologici che in termini di esperienze di vita le donne presentano delle problematiche specifiche di genere che riguardano principalmente la gravidanza, la menopausa, l'apparato genito urinario, come le patologie del pavimento pelvico, l'incontinenza, altre patologie genetiche come alcuni tumori.

EPIDEMIOLOGIA DEL RISCHIO DI MALATTIA DONNE-UOMINI

- DEPRESSIONE nelle donne ha un rapporto 2:1. Poi ci sono delle differenze perché gli uomini tendono a chiedere meno aiuto, però portano più a termine la psicoterapia, le donne chiedono più aiuto però portano meno a termine il percorso terapeutico.

È importante anche il concetto dei transgender perché se avremo a che fare con loro è importante l'uso degli articoli, dei pronomi, come il personale sanitario tenda a standardizzare e quindi creare anche delle difficoltà

- ANSIA rapporto quasi doppio per le donne

- DISTURBI dell'ALIMENTAZIONE: anoressia è un disturbo a carico delle donne per la maggior parte. Abbiamo dei disturbi dell'alimentazione e dell'immagine corporea che sono emergenti negli ultimi anni come la vigoressia che è quella patologia secondo cui le persone sono ossessionate dai muscoli, questa patologia è a ponte tra le due e colpisce soprattutto gli uomini.

altri disturbi ortorexia, attenzione eccessiva nei confronti del cibo che provoca un'alterazione del funzionamento, ci sono stati vari casi in cui la madre non dava alcuni cibi al figlio e quindi non cresceva.

- BULIMIA e ANORESSIA 3:1 donne:uomo

- ABUSO di DROGHE sia uomini che donne

- SCHIZOFRENIA quindi disturbi psicotici colpiscono soprattutto gli uomini 1.5:1

- AUTISMO soprattutto maschi

- DHD, malattie del neurosviluppo atipico, più gli uomini

- SUICIDIO le donne lo tentato di più ma gli uomini riescono a compierlo di più (film angry ards)

RISPOSTA AI FARMACI

uomini e donne rispondono in modo diverso ai farmaci per il loro assetto ormonale, enzimatico così come per l'alcol gli uomini hanno delle concentrazioni più alte dell'aldeide deidrogenasi che è l'enzima che metabolizza l'alcol.

Per i farmaci c'è una farmacodinamica diversa per uomini e donne di cui andrebbe tenuto conto anche nella sperimentazione.

ORIGINE DELLA DIFFERENZA DI GENERE

origina dagli albori della psichiatria

Freud già con i suoi studi sull'isteria aveva notato che esistevano delle differenze di genere perché l'isteria, che era una nevrosi che lui attribuiva a una serie di fattori che oggi non abbiamo più come la depressione sessuale che oggi non abbiamo al contrario.

Lui non è stato l'inventore del termine isteria ma è stato Chapiro, però lui faceva risalire l'origine di questa malattia all'utero quindi queste donne che avevano una paralisi isterica, una cecità, paralisi a forma di arco e la terapia era il massaggio all'utero, e lui faceva risalire l'origine di questo disturbo mentale, nervoso, all'utero che quindi è associato alla donna.

Quindi nella psichiatria di genere già Freud aveva sottolineato questa differenza.

FORMAZIONE SULLA PSICHIATRIA DI GENERE

Andrebbe fatta a tutti i livelli anche alle scuole, associata a percorsi assistenziali specifici quindi non solo bollini rosa per le donne ma percorsi specifici assistenziali in base alle malattie.

Dal 2002 al 2017 son aumentati i programmi per la formazione dei problemi di genere.

Inserire nelle scuole la psichiatria di genere.

Quindi gli obiettivi della formazione sono:

- comprendere i substrati, le basi ormonali, biologiche e psicosociali
- conoscere tutto lo spettro dei disturbi psichiatrici dei cicli riproduttivi, stratificando per categorie di rischio e fattori di protezione e per avere la possibilità di fare diagnosi e intervenire nel modo più appropriato
- creare nelle strutture ad hoc come ad esempio dei percorsi dedicati o le unità madre-bambino perché curare una depressione del post partum ricoverando la madre separandola dal bambino può comportare cose negative. In molti paesi esistono queste unità madre-bambino dedicate
- esperienza e formazione nell'approccio alle conseguenze psicopatologiche di tutte quegli aspetti che coinvolgono la donna come violenza domestica, gli abusi sessuali

Agenda dell'oms per il 2013-2020:

- Substrati neurobiologici e psicosociali

Il volume cerebrale totale è maggiore negli uomini che nelle donne

Nelle donne c'è più sostanza grigia, negli uomini più quella bianca

Il flusso ematico cerebrale è maggiore nelle donne

Differenze a livello dei neurotrasmettitori, che sono serotonina, dopamina, gabbia per l'alcol e per l'ansia, la dopamina per la motivazione e volontà, implicata nella genesi della schizofrenia, infatti i farmaci per la schizofrenia inibiscono i recettori post sintetici della dopamina e la serotonina che è l'ormone della depressione.

Gli ormoni sessuali interagiscono con tutti questi per cui sinaptogenesi, quindi la nascita delle nuove sinapsi, l'attivazione della sinapsi, l'aumento della soglia sensoriale percettiva, quindi l'accensione neuronale, l'aumento del flusso neuronale, l'aumento del metabolismo del glucosio, quindi del funzionamento dell'energia del sistema nervoso centrale e l'influenza sulle vie del dolore.

Quindi gli ormoni sessuali interagiscono con i neurotrasmettitori e determinano tutti questi cambiamenti.

Questo è un substrato biologico di differenza di genere nella salute e nella malattia.

TEORIA DI BARON COEN

Secondo cui abbiamo un cervello femminile e il cervello maschile

In quello femminile ci sarebbe una prevalenza dell'empatia che è la capacità di predire e sentire con l'altro comprendere, c'è più interesse per i comportamenti sociali ed emotivi, quindi l'empatia è maggiore rispetto alla sistematizzazione che invece è prevalente nel cervello maschile.

Inoltre abbiamo una maturazione neuronale più precoce nelle bambine, le bambine sono più sveglie.

Gli uomini avrebbero una prevalenza della sistematizzazione ovvero della capacità di predire l'andamento di un sistema e quindi sono più pratici e basati sulle regole.

Secondo questa teoria nella donna ci sarebbe una prevalenza di capacità empatiche e nell'uomo prevalenza delle capacità più pratiche con una maturazione neuronale più tardiva.

Questo si traduce nella donna con disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi del comportamento, alimentari, mentre nell'uomo predispone a comportamenti autistici come per esempio la dhd, disturbo di deficit dell'attenzione e iperattività.

Figura in cui la differenza della percentuale di sintesi del precursore e della serotonina esempio di differenza donna uomo

La ricerca di genere sui farmaci fino agli anni 90 pochi studi includevano le donne perché se faccio un trial clinico per lanciare il prozac per es. sul mercato tendo a selezionare gli uomini perché noi sappiamo che gli uomini quando partecipano sono più costanti e poi perché una donna mi mette in difficoltà per esempio se è in età fertile questo è un rischio per le gravidanze e gli ormoni.

Quindi prima si preferivano gli uomini ma questo andrebbe cambiato.

L'assunzione di estro-progestinici è un fattore di rischio per l'insorgenza delle malattie psichiatriche come depressione

Gli antidepressivi più usati, inibitori della serotonina che sono SSRI che per esempio nelle donne c'è una risposta diversa

gli estrogeni sono coinvolti nella patogenesi della depressione nell'efficacia degli antidepressivi

Il progesterone rallenta lo svuotamento gastrico quindi se sono in una fase del ciclo, come nella seconda fase del ciclo in cui c'è un aumento del progesterone in cui il mio stomaco si svuota in modo più lento e questo influisce sull'assorbimento dei farmaci.

Un altro fattore che interviene è la neuroinfiammazione.

Sappiamo che le malattie infiammatorie che stanno aumentando, sono fattori di rischio per la depressione. questi studi sono iniziati tanti anni fa con l'osservazione che alcune terapie che sostanzialmente riducevano la risposta antinfiammatoria come gli antitumorali o come la terapia per l'epatite C o l'interferone erano depressogeni.

Quindi si vedeva che chi assumeva una terapia che abbassava la risposta infiammatoria, andava in depressione.

Queste osservazioni hanno dato lo spunto per mettere in atto una serie di studi che dimostrassero quanto la neuroinfiammazione fosse un fattore coinvolto sia nelle alterazioni strutturali cerebrali e funzionali e anche nello sviluppo dei disturbi psichiatrici.

Studi sui ratti

La separazione dalla madre del topo piccolo per 24h a 9 giorni di vita che sarebbe 3/4 anni della specie umana, determinava a 45 giorni post natale, quindi nell'adolescenza del topo, un'alterazione dell'espressione dei recettori neuroinfiammatori anche a livello della memoria, dell'ippocampo. L'ippocampo è coinvolto memoria.

Tutti questi cambiamenti si verificano, a seconda del tempo, solamente nei maschi, quindi in questo caso a seconda dell'alterazione dell'ippocampo a livello di questi recettori, si verificano solo nella prole maschile. Questo serve a rendersi conto di quanto siano specifici questi disturbi.

Problema dello stigma

Su National Geographic che prende in considerazione i cartoni animati. Rispetto all'evoluzione da Biancaneve a Frozen, i personaggi sono apprezzati di più per il loro aspetto che per il loro coraggio invece i personaggi maschili sono anche bruttini ma più apprezzati per le loro doti.

Si è visto che in alcuni cartoni questo è accentuato e in altri meno come nei trolls.

Questo contribuisce allo stigma, all'etichetta di genere.

- Substrati psicosociali

Discriminazione, disuguaglianza, spesso noi siamo trattate da donne anche nel lavoro, vittimizzazione sul lavoro, violenza, povertà più frequenti nelle donne quindi ridotta autonomia, poi le donne sembra che siano più vulnerabili alle perdite, ai lutti, gli uomini più vulnerabili alla perdita del lavoro.

Esempio studio fatto su delle donne nel periodo perinatale si è visto che le donne con basso livello socio economico quindi che erano più povere, meno istruite, con più figli, e vittime di violenza domestica e traumi in età evolutiva, sono più a rischio di depressione.

Un bambino che cresce in una famiglia ricca ha delle possibilità diverse rispetto a un bambino che cresce in una povera, quello nella ricca avrà delle stimolazioni continue. Quindi il livello sociale influenza anche le capacità cognitive, questo poi non significa che una persona non possa raggiungere degli obiettivi però il livello sociale è un determinante di malattia.

Narrazione della depressione

Il racconto della depressione tra uomo e donna è diversa.

La donna si focalizza di più sulle emozioni: la rabbia, l'odio, la tristezza, la colpa e usa più parole, eloquio più florido, usa metafore, fa esempi e la causa della depressione è di solito più interna quindi il modo di affrontare la vita, la personalità ecc e da lì scaturisce una depressione più incentrata sulla colpa e sulla vergogna.

Mentre l'uomo si focalizza sui sintomi più esterni della depressione: l'insonnia, la mancanza di forza, di vigore e tende ad attribuire una causa esterna alla depressione ad esempio perdita del lavoro.

DISTURBI DELL'UMORE DEL CICLO VITALE FEMMINILE

Differenze di genere della prevalenza della depressione

Studio riproposto nel 2017 in cui si vede come dai 10-14 anni fino alla fine della fase riproduttiva le due frecce, quella dei maschi e quella delle donne si allontanano cioè la prevalenza aumenta tantissimo nelle donne.

Questo studio è stato replicato, ci sono dei cambiamenti sociali, ambientali tali per cui si è spostata la pubertà che è più precoce anche per un discorso alimentare. Quindi le bambine hanno una pubertà più precoce e quindi ha evidenziato come le differenze di genere dei cicli riproduttivi inizino prima.

Prevalenza di depressione: abbiamo parlato di pubertà, di età, di meccanismi ormonali, poi c'è il disturbo dell'immagine corporea che è diverso; per esempio lo sviluppo dei caratteri secondari sessuali, quindi le mammelle, il bacino.

Queste sono tutte cose che possono influenzare l'insorgenza di stati depressivi nelle donne rispetto agli uomini. Anche la difficoltà della transizione all'adolescenza, gli eventi di vita, il carico genetico, la storia di depressione familiare: se la madre ha avuto depressione sia perché viene trasmessa una vulnerabilità genetica sia perché se mia madre ha avuto la depressione quando ero piccola io sarò cresciuta in una casa depressa con mia madre che stava al buio, che piangeva e quindi questo influenzerà la possibilità che io sviluppi una depressione.

Anche i genitori con attaccamento ansioso: quindi una madre molto preoccupata che possa sempre succedere qualcosa al figlio e questo mi trasmetterà che il mondo è cattivo, che questo non lo posso fare, che devo avere paura di tutto.

Nell'attaccamento evitante la madre non si sente in grado quindi non guarda il bambino, lo evita, non c'è un contatto visivo quindi per esempio con gli psicopatici che non hanno contatti.

Differenze di genere dei sintomi della depressione

Le donne hanno un decorso più cronico

La durata dell'episodio depressivo che di media è 6 mesi per le donne tende a durare di più e la malattia tende a cronicizzare

I sintomi più spesso sono atipici quindi aumenta di peso, ipersensibilità, paralisi plumbea cioè la sensazione di avere le gambe di piombo, aumento dell'appetito, l'astenia quindi la mancanza di forze maggiore incidenza di tentati suicidi.

Depressioni tipiche delle donne che sono quelle dei cicli riproduttivi

Sono disturbo disforico premestruale, passando per la depressione perinatale, per arrivare alla depressione della transizione della menopausa.

DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE

DMDD: disforic mestruale distubal disorder. Colpisce dal 3-8% delle donne fino al cerchio più ampio dei sintomi premestruali che colpisce fino all'80% delle donne. 8 donne su 10 prima del ciclo mestruale hanno dei sintomi, come mal di testa, aumento di peso, gonfiore, fame, irritabili. Questo non significa avere un disturbo psichiatrico ma significa avere dei sintomi come dolore anche.

Dal 3 all'8% ha proprio questo disturbo disforico perché probabilmente il cambiamento ormonale interagisce con delle vulnerabilità e quindi per la maggior parte dei cicli dell'anno hanno dei sintomi che interferiscono con il loro funzionamento quindi non vanno a scuola, non riescono a lavorare, piangono, sono irritabili in modo importante.

I sintomi di questo disturbo disforico premestruale sono gravi e severi come quelli della depressione.

C'è un'elevata comorbidità che spesso può essere un disturbo del comportamento alimentare, la depressione maggiore, il disturbo bipolare oppure anche l'emicrania.

L'irritabilità è il sintomo nucleare cioè spesso l'umore più che depresso è irritabile e si ha la compromissione del funzionamento sociale, lavorativo, familiare.

Quindi per fare diagnosi di disturbo psichiatrico deve esserci sempre la compromissione delle abilità normali.

L'approccio terapeutico dipende da una corretta diagnosi.

Abbiamo una possibilità di terapia ormonale per questo disturbo;

Oppure degli antidepressivi che possono essere dati sia in modo continuativo quindi 6 mesi 8 mesi 1 anno oppure in modo fasico. In questo disturbo gli antidepressivi si possono dare solo 15 giorni al mese quindi solo nella fase che precede la mestruazione;

Oppure la terapia cognitivo-comportamentale.

PERIMENOPAUSA

La perimenopausa è uno stato di transizione neurologico cioè le differenze ormonali determinano dei cambiamenti al livello metabolico quindi la termoregolazione, il metabolismo, il ritmo circadiano, si dorme di meno, la sfera senso percettiva e la percezione.

Quindi gli ormoni hanno un'impatto dal punto di vista neurologico oltre che dal punto di vista psichiatrico. Impatto sulla qualità della vita perché spesso può anche non esserci un assetto ormonale diverso nelle donne affette rispetto a quelle sane.

Cioè il cambiamento ormonale ci può essere e può essere evidenziato ma non è necessario che ci sia perché ci sono tutta una serie di altri cambiamenti come la sindrome del nido vuoto, la sindrome del cambiamento. Perché per esempio una donna che ha fatto del lavoro la sua identità improvvisamente va in pensione. Quindi ci sono tutta una serie di eventi che influenzano.

I sintomi più frequenti sono l'insonnia, i disturbi sessuali che sono legati ad una ridotta lubrificazione e una riduzione del desiderio sessuale e sintomi cognitivi quindi difficoltà di memoria che spesso sono sintomi ansiosi.

PERIPARTO

Con la pubblicazione del DSM-5 del 2013 che è il sistema di classificazione psichiatrico in cui definiamo i disturbi mentali.

Nel 2013 è uscita l'ultima edizione che è il DSM-5 e abbiamo iniziato a parlare di depressione perinatale. Fino al DSM-4 che era del 1994 e poi rivisitato nel 2000 si parlava di depressione post parto.

Ci sono tutta una serie di pubblicazioni che parlano della terapia, della malattia.

Quindi nel 2013 c'è stato questo cambiamento e questo ha l'obiettivo di considerare non solo il benessere materno ma anche quello fetale, del nascituro perché noi così possiamo intervenire in questa finestra che è una finestra di vulnerabilità della gravidanza.

Quindi l'importanza del periodo prenatale in cui succedono tante cose.

Per esempio l'ansia e lo stress della madre agisce su un enzima che è il 11-beta-idrossi-steroido-deidrogenasi placentare. Questo enzima riduce l'affinità e la sua funzionalità per il cortisolo e quindi il cortisolo aumenta dentro la placenta, il cortisolo è l'ormone del stress e quindi il cervello del feto è sovraesposto a cortisolo e quindi è più stressato.

Questo influenza il neurosviluppo e la maturazione dei vari organi.

A seconda se lo stress materno è pre o post natale questo può avere degli effetti neurobiologici differenti e anche a seconda della fase della gravidanza, se a inizio, fase intermedia, o fase finale.

La diagnosi è sempre perinatale.

Puoi fare diagnosi di depressione perinatale quando si manifesta in gravidanza e fino a 4 settimane dal parto quindi 9 mesi più 1.

Se la depressione insorge in questi 10 mesi si fa diagnosi di depressione perinatale, sia se esordisce dopo il parto sia se esordisce in gravidanza.

Quindi si parla di depressione perinatale quando la depressione insorge in gravidanza e fino a 4 settimane dal parto.

Maternal baby brain

Articolo in cui si è evidenziato come ci sono dei cambiamenti cerebrali diversi a seconda se la donna è incinta, a due mesi e mezzo dal parto e fino a due anni dal parto in cui rimangono delle alterazioni, dei cambiamenti e poi fino alla mezza età, quindi le madri hanno la maternità che cambia anche l'assetto cerebrale.

Poi c'è il periparto che è una fase di transizione della vita materna (Dandelstren che è uno psicanalista britannico sugli studi di Winnicott che aveva parlato della costellazione materna, per costellazione materna si intende il cambiamento della vita psichica delle rappresentazioni psichiche della donna di sé come figlia, come donna, come partner che cambia, cambia come tu ti senti, come ti vedi, il tuo ruolo, nonché come poi

vedi tua madre, il rapporto con tua madre, spesso donne che hanno subito dei traumi, che sono state abusate sessualmente e non se lo ricordano, iniziano ad avere dei flashback mentre sono in gravidanza, per queste donne la gravidanza è terribile perché iniziano a ricordarsi di eventi, non ricordi ben strutturati e chiari perché rielaborazione della propria vita e quindi del vissuto, delle fantasie, a seconda della personalità, ci sono delle come si vedono come mamma. La fantasia di quello che tu farai come madre va poi confrontata con quello che sarà la realtà e si deve integrare con la realtà. O al contrario donne che pensano che non avranno la tata e che faranno tutto da sole poi magari andranno in crisi. Tutto ciò è normale ma può poi strutturarsi se non viene integrato in modo appropriato in un disturbo. Disturbo anche lieve in cui magari anche semplicemente un counseling, un ascolto attivo e una consulenza può risolvere situazione. Oppure un sostegno psicoterapeutico mirato come per esempio gli home visiting, andare a casa e dare sostegno alla madre sia emotivo che pratico.)

Quindi il periparto è una fase di transizione in cui c'è una crisi di identità, c'è una riduzione della risposta allo stress perché ci sono dei cambiamenti sia dei neurotrasmettitori e ormonali, aumenta la plasticità sinaptica, la donna rielabora il rapporto con i genitori e poi ci sono proprio delle alterazioni con una riduzione del cortisolo e aumento di altri ormoni della rabbia e questo perché ha un senso filogenetico perché tu devi essere più tranquilla, guardi tuo figlio, devi essere più attenta e più arrabbiata nel caso qualcuno voglia fargli del male, C'è per esempio un aumento dei recettori dell'ossitocina e degli estrogeni. E poi cambia tutto l'equilibrio di coppia.

Il fatto che una donna vada o meno verso un percorso psicopatologico dipende:

- dallo stile di attaccamento quindi un modello di sé e dell'altro;
- dal supporto sociale quindi ad esempio la depressione perinatale è più frequente nelle donne straniere perché stanno qui da sole, sentono la mancanza di casa, hanno tradizioni diverse e non hanno aiuto;
- i traumi;
- la personalità e quindi per esempio se sono più instabile, più labile da un punto di vista emotivo, cambio emozioni, sono ansiosa, ipocondriaca;
- fase della vita perché cambia se un figlio si fa a 20 o a 30 anni.

Alcuni studi di screening al casilino, san giovanni, palestrina abbiamo trovato che il 26% delle donne aveva depressione. È stato dato un test alle donne che hanno partorito quindi non donne che hanno chiesto aiuto. Quindi la depressione perinatale è la complicanza più frequente della gravidanza quindi sarebbe imperativo che le donne in gravidanza oltre il toxo test e il citomegalovirus che facessero anche un test con 10 domande sulla depressione perché gli studi dicono che dal 10 al 20% delle donne hanno depressione. Spesso la depressione passa da sola ma il problema è che ritorna, quindi importante curarsi anche già solo con un sostegno.

Maternity blues: stato fisiologico di tristezza e irritabilità che si sviluppa dopo il parto ed è transitorio circa 10 giorni. Una sensazione in cui piangi più facilmente, sei più irritabile ma è un rischio di malattia perché sei più vulnerabile però passa e i sintomi non sono molto gravi, ed è una condizione transitoria;

Depressione perinatale: depressione vera e propria con i sintomi della depressione che esordisce in gravidanza fino a 4 settimane dal parto e colpisce dal 10 al 20% delle donne che compromette il funzionamento;

Psicosi post parto: esordisce nel post parto con sintomi psicotici ovvero allucinazioni e deliri. Quindi il neonato è il diavolo oppure sento le voci. Questa in genere è un'emergenza medica e si verifica più raramente 1 su mille;

La depressione è una condizione psichiatrica che va trattata, il maternità blues non va trattata ma va tenuta sotto controllo.

Sintomi della depressione perinatale

Sono quelli della depressione normale quindi tristezza, insonnia, stanchezza, facilità al pianto, tendenza al ritiro, stare tutto il giorno al letto, perdita del senso comico, non voler parlare con gli altri, perdita del senso dell'affetto.

Però qui il focus del pensiero è sul ruolo di madre e sul bambino quindi non sono una brava madre, non sono capace, mio figlio non sta bene, oppure anche un distacco eccessivo, timore di perdere il controllo, sensazione di perdita di libertà, è possibile anche l'ideazione del suicidio. Il rischio del suicidio in questo periodo aumenta di 70 volte rispetto alle donne in altre fasi.

Conseguenze della depressione perinatale

In gravidanza non bevi caffè, non bevi alcol, smetti di fumare, una donna depressa invece fa tutte queste cose, non mangia bene e salta i pasti, fuma, aumenta il rischio di suicidio.

Studi sull'attaccamento materno-fetale se gli fa sentire musica se gli parla e si è visto negli studi che influenza lo sviluppo del bambino.

Le conseguenze per il neonato sono aumento del battito cardiaco fetale, riduzione della lunghezza, basso peso alla nascita, ridotta crescita uterina, ridotto indice di apgar, aumento del cortisolo e alterazioni dell'elettroencefalogramma, alterazioni cognitive del bambino, disturbi del sonno del bambino, ridotta aspettativa di vita cioè i telomeri che sono una parte del dna che non viene tradotta che è stata associata con l'aspettativa di vita. Quando i telomeri sono più lunghi si è più longevi e si è visto che bambini di madri in depressione perinatale avevano un'aspettativa ridotta

Anche le conseguenze per il padre perché la depressione e di conseguenza anche l'attaccamento era relazione padre bambino.

Sophie Petron che si specializza fece una diapositiva mettendo una bilancia che dice era depressione non trattata con tutta le conseguenza e poi c'è la depressione trattata con farmaci. Hanno fatto una campagna "chiedi al tuo i farmaci che puoi prendere in gravidanza" perché la donna se sta male si deve curare. Quindi la donna con sintomi depressivi lievi, che posso valutare clinicamente e con un semplice test, se stai fino al 12 è lieve e sopra 16 è grave e quindi in base a questo do dei farmaci perché se non do dei farmaci ci sono tutti quei problemi.

Nel lungo termine ci sono disturbi del comportamento, aumento del BMI, obesità, disturbi del sonno.

Oggi si danno dei farmaci compatibili con la gravidanza, quelli che hanno meno rischi per il feto a seconda anche della fase. So che al terzo trimestre di gravidanza ho una classe di farmaci che posso dargli così come per le altre fasi. E quindi farmaco con il minor rischio possibile. Scelgo il farmaco più adatto per la donna e anche con il dosaggio più adatto, un rischio può essere che anziché dare un farmaco solo tocca dargli per esempio oltre un antidepressivo anche una benzodiazepina, xanax o tavor quindi aumento il numero di farmaci, quindi aumenta la loro interazione e più c'è il rischio e quindi non va bene.

Depressione perinatale quando esordisce in quella fase ma poi ci sono una serie di pazienti con schizofrenia, disturbi bipolari, disturbi d'ansia che poi fanno figli e qui non è depressione prenatale ma dobbiamo adattare la terapia farmacologica alla condizione di gravidanza, perché una donna che prende alcuni farmaci potrebbe diventare una controindicazione al parto naturale esempio una paziente stabile ma molto ansiosa che non si voleva separare dai suoi farmaci li lasci e le dici il rischio ma non poteva far il parto naturale perché non avrebbe proprio collaborato.

Importanza dello screening-trattamento: articolo in cui si vede la cascata di quello che accade quando fai lo screening, quando lo fai hai una percentuale di successo che aumenta con il passare del tempo. Quindi a secondo di quanto prima intervieni hai una riduzione rispetto al rischio che tu hai nelle varie fasi.

Il senso è che bisogna prevenire facendo uno screening subito quando la donna è incinta per vedere. Perché puoi avere un valore del test in cui è depressione probabile, cioè probabilità di sviluppare la depressione. Questo screening andrebbe fatto a tutti e tre i trimestri di gravidanza di routine. E anche dopo il parto.

DISTURBI D'ANSIA NEL CICLO VITALE FEMMINILE

Questi disturbi possono essere o singoli cioè disturbo d'ansia puro e quindi fobia, disturbo di panico oppure sono in comorbilità con la depressione, quindi la donna ha depressione perinatale e disturbi d'ansia. Sono molto diffusi e causano stress con tutti gli effetti biologici che abbiamo visto come la produzione di cortisolo.

L'ansia in gravidanza è uno specifico tipo di stress. Perché c'è l'ansia in gravidanza e l'ansia da gravidanza cioè il fatto di essere in ansia perché sei incinta che riguarda la propria salute, quella del nascituro, il ruolo di madre, il travaglio e il parto.

Alcuni studi sull'ansia hanno dimostrato come l'ansia abbia un andamento diverso a seconda delle fasi della gravidanza. Per esempio è altissima nel primo trimestre, si attenua nel secondo e cresce poi nel terzo a ridosso del parto. Poi un altro studio sulla diagnosi prenatale, le donne che la fanno sono più ansiose e quando hanno la notizia che il bambino non ha niente si tranquillizzano e poi riprende l'ansia a ridosso del parto.

Sintomi dell'ansia nel periparto

I pensieri automatici cioè quelli che ritornano in modo automatico come sarò come madre?

Lo stato di allarme quindi sentirsi sempre sul filo del rasoio

Poi l'ansia somatica: fiato corto, palpitazioni, nodo alla gola

Correlati somatici dell'ansia che possono essere ad esempio nausea e vomito

I sintomi d'ansia sono anche un rischio di depressione cioè la mamma che ha sintomi d'ansia ha rischio più elevato di sviluppare depressione ad esempio i sintomi d'ansia severi alla 32 sett predicono lo sviluppo di depressione post parto. È come se a un certo punto come se rilasciassi tutto il controllo ansioso che hai avuto in gravidanza e poi con il parto il qualche modo sviluppi la depressione.

In generale i disturbi d'ansia sono più frequenti nelle donne che negli uomini e quindi sono frequenti nel periparto perché si ha anche la transizione di ruolo.

Fattori di rischio

- bassa scolarità
- basso livello socio economico
- essere single, essere giovane
- prima gravidanza
- avere malattie mediche, depressione, avere una malattia psichiatrica
- avere discoppuazione, fumare
- non avere supporto del partner o dei familiari
- parto traumatico, abuso sessuale che può rendere la gravidanza e il parto un trauma

L'attitudine materna influenzerà lo sviluppo dei sintomi d'ansia e anche sul bambino e sulla relazione madre bambino

L'attitudine materna è la tendenza psicologica che si esprime valutando un evento particolare come favorevole o sfavorevole cioè la mia attitudine verso la vita per esempio sono ottimista o pessimista.

Aspettativa: il mio bambino piangerà

Esperienza: il mio bambino piange ogni sera

Quindi abbiamo un deficit della componente di valutazione dell'attitudine materna ad esempio se il mio bambino piange è perché sono una madre cattiva e abbiamo il disturbo

oppure: se amassi il mio bambino dovrei essergli accanto ogni momento, il fatto che invece io non lo voglio accanto ogni momento che normale, mi fa sentire in colpa e mi spinge verso un disturbo d'ansia perché ho un'alterazione della valutazione della mia attitudine, cioè della mia attitudine verso la maternità. Invece di pensare che sia qualcosa di fisiologico e normale avere dei momenti di separazione lo valuto in modo disfunzionale e quindi sono una madre cattiva perché a volte vorrei che il mio bambino non fosse accanto a me ma vorrei essere sola.

Per esempio nel post partum magari una madre vorrebbe del tempo per se.

Se sei depressa e allatti spesso l'allattamento è un ulteriore fattore di stress e depressione.

“Se amassi il mio bambino gli darei il latte, se non gli do il latte sono una madre cattiva”

Importante quindi il sostegno, il counseling, l'home visiting e aiuta anche queste credenze disfunzionali.

Quindi queste condizioni disfunzionali possono poi organizzarsi e dare luogo a una depressione. Quindi interpreta il desiderio di avere un po di tempo per se come non amare il proprio figlio quindi è una madre cattiva, inadeguata e quindi sono il nucleo della depressione.

Ci sono donne che pilotano la gravidanza soprattutto quelle di una certa età, questo lo dobbiamo tener in considerazione. Sostenere la madre nelle sue scelte.

Tocofobia

disturbo psichiatrico, fobia del parto. Può derivare per esempio da un abuso sessuale, il parto naturale è un altro abuso. è una malattia quindi magari il parto naturale è meglio di no.

Paura estrema del parto che domina la mente, ansia da gravidanza, il parto viene percepito come una violenza per il proprio corpo.

Comorbilità con altri disturbi d'ansia, panico, fobie ad esempio con abuso di alcol e sostanze e depressione.

Se ho sia ansia che depressione si può ripercuotere anche su diabete, gestosi

Le conseguenze sono quelle della depressione.

“Madre ansiosa, bambino ansioso”

questo per vari motivi:

Per lo stile genitoriale cioè l'influenza della famiglia

Anche l'aspetto neurobiologico

Le madri con disturbi d'ansia prima della gravidanza hanno un rischio aumentato di avere un bambino che piange di più.

Scale di valutazione per l'ansia in gravidanza

Scala di depressione in gravidanza (ds) con 10 items

Ma ci sono 3 domande che sono specifiche per la gravidanza: “sono diventata ansiosa/preoccupata senza motivo” si no per niente quasi mai qualche volta spesso.

“mi sono sentita spaventata senza alcun motivo”

“mi sono sentita sopraffatta”

Poi abbiamo altre scale come la das21 o la state (in questo momento) e frate (come si sente normalmente)

Riconoscere e valutare la comorbilità, la gestione e l'impatto sulla gravidanza

Teoria sulla base della quale è possibile interpretare le relazioni umane.

La relazione madre-bambino la possiamo inquadrare secondo la teoria dello stile di attaccamento e quindi dobbiamo capire quale è lo stile di attaccamento della madre perché sappiamo che lo stile di attaccamento condiziona la relazione con il bambino.

E non è solo quello perché lo stile di attaccamento si forma in tutti noi secondo la teoria di Bowlby, si forma nei primissimi anni di vita, nei primi 3-4 anni attraverso le relazioni con le figure significative che sono i caregiver che generalmente è la madre.

Lo stile di attaccamento è assimilabile a un tratto di personalità nel senso che si forma nei primissimi anni di vita con la relazione con la madre però poi è qualcosa di più o meno stabile nella nostra vita anche se poi ovviamente può essere oggetto di psicoterapia ecc.

è qualche cosa che condiziona il modo in cui noi ci poniamo e le aspettative e i bisogni che noi abbiamo nelle relazioni significative che avremo più avanti.

Quindi il nostro stile di attaccamento condiziona quelle che poi sono le relazioni nella vita adulta e origina quindi dalle proprie esperienze infantili con le figure di accudimento che sono di solito i genitori e influenza appunto il modo di comportarsi nelle relazioni emotivamente importanti.

Ogni stile di attaccamento rappresenta un modello di aspettative, di relazioni, di bisogni, di strategie di regolazione delle emozioni e di comportamento sociale dell'individuo.

Lo stile di attaccamento si può dividere anche secondo due dimensioni:

- l'ansia per l'abbandono
- e l'evitamento della vicinanza

a seconda di quanto io ho più o meno uno di questi due queste due dimensioni si combinano per formare i diversi stili di attaccamento.

Quello che è importante è che abbiamo lo stile di attaccamento sicuro che è un fattore di protezione di malattia cioè se io ho uno stile di attaccamento sicuro significa che ho una sufficiente capacità di pensare e di

aspettarmi e comportarmi come se io fossi capace di cavarmela in una situazione importante ma ho anche una sufficiente capacità di chiedere aiuto agli altri e di affidarmi agli altri nel momento del bisogno.

Quindi uno stile di attaccamento sicuro si forma quando il bambino ha una base sicura, che è quella della madre, ma ha la possibilità di esplorare il mondo e quindi di allontanarsi dalla madre in modo progressivo sapendo però sempre che c'è una base sicura, che poi sarà quella che introietta e che sarà la sua, che in qualche modo lo può aiutare e proteggere nel momento del bisogno.

Naturalmente se tutto questo non accade, come per esempio una madre molto ansiosa, il bambino sarà uno che pensa che lui non è in grado di risolvere la situazione quindi avrà uno stile di attaccamento ansioso in età adulta e sarà una persona che chiede sempre agli altri perché la madre è insicura.

Una madre per esempio distaccata, evitante, potrà far sì che il bambino abbia uno stile disorganizzato quindi non sa se può o meno ricevere aiuto dagli altri ma sicuramente avrà l'idea che nessuno lo può aiutare e quindi potrà avere uno stile di attaccamento insicuro però evitante. Sono persone che devono fare tutto da soli e sono persone a rischio di sviluppare disturbi d'ansia perché nel momento in cui sento il mio cuore battere, o qualche cosa di somatico, mi viene un disturbo d'ansia perché è come se avessi paura che non sto controllando il mio corpo, e quindi l'unica fonte di sicurezza per me è io perché gli altri non mi possono aiutare e quindi perdo il controllo.

Il modello operativo interno è un set di aspettative, di bisogni, di comportamenti che è del se e degli altri. Quindi la combinazione del modello operativo interno di me con il modello operativo interno dell'altro dà vita allo stile di attaccamento

- Se ho un modello di me positivo e dell'altro positivo ho uno stile di attaccamento sicuro e quindi so che ho una sufficiente capacità di far fronte alle situazioni e ho una sufficiente capacità di chiedere e ottenere aiuto perché ho una sufficiente convinzione che gli altri significativi saranno disponibili al momento del bisogno.
- quando ho un modello di me negativo o dell'altro negativo, a seconda di come si combinano questi due modelli, avrò gli altri stili di attaccamento
- ad esempio abbiamo la tipologia di me sicuro e dell'altro sicuro mi è abbastanza facile sentirmi emotivamente vicino agli altri, sono a mio agio quando dipendo dagli altri o quando gli altri dipendono da me (da intendere dipendono non come assoluta), non penso al fatto che potrei rimanere solo, quindi non ha un'elevata ansia di abbandono, non penso che gli altri possano non accettarmi
- poi la tipologia preoccupato quando ho un modello del se negativo, quindi io non mi fido di me stessa, ma dell'altro positivo. Quindi è lo stile con il massimo livello di ansia per l'abbandono, ansia per la separazione perché non voglio che gli altri mi abbandonino o che siano separato. Quindi "vorrei intimità con gli altri ma spesso sento che gli altri sono riluttanti ad essermi vicini compio vorrei, mi sento a disagio se non sento legami profondi ma qualche volta mi preoccupa di non essere così importante per gli altri come loro lo sono per me"
- fearful è un modello operativo interno di me negativo e dell'altro negativo, è quello complicato perché non mi fido di me ma non fino neanche dell'altro e quindi alterno momenti in cui rido di me e in cui rido dell'altro ed è l'attaccamento spaventato perché non so di chi fidarmi, mi mette a disagio sentirmi emotivamente vicino agli altri, vorrei delle relazioni personali profonde ma mi è difficile fidarmi completamente degli altri o dipendere da loro, qualche volta peso che potrei soffrire se mi lasciassi andare e accettassi di essere emotivamente troppo vicino agli altri
- evitante: modello operativo di me positivo e dell'altro negativo, questo è il massimo dell'evitamento della vicinanza cioè io mi posso fidare solamente di me stesso, mi sento a mio agio senza relazioni emotivamente profonde, è molto importante per me sentirmi indipendente e autosufficiente, quindi l'ansia mi manda in tilt e preferisco non dipendere emotivamente dagli altri e evito la vicinanza.

Quindi come influisce lo stile di attaccamento materno sul nascituro?

Tantissimo

Lo stile di attaccamento insicuro sono quello spaventato, preoccupato ed evitante. Se io ho uno stile di attaccamento insicuro sono predisposta a depressione perinatale e ovviamente, a seconda dello stile di attaccamento che avrò sarò predisposta più o meno a una relazione madre-bambino più o meno differente.

Negli studi lo stile di attaccamento condiziona anche l'esordio della depressione, cioè se io avrò depressione che esordisce in gravidanza o al momento del parto, questo è diverso nelle donne con stile di attaccamento ansioso rispetto alle donne con stile di attaccamento evitante.

Se si ha un attaccamento ansioso succede che mentre sono incinta c'è qualcosa che da un aparte controllo, quando poi il bambino nasce o non lo controllo o posso controllarlo molto. Evitante dall'altra parte, la relazione con il bambino in gravidanza mi mette in grossa difficoltà perché ce l'ho dentro e anche fuori, quando nasce, se il bambino è particolarmente che fa rischieste, questo condizionerà il mio status psichico e eventuale esordio di depressione. Ad esempio un bambino molto richiesto con una madre con uno stile di attaccamento evitante la mette in scacco perché lei potrà sentire di non essere una buona madre perché in realtà tende a volere più momenti per se, ha difficoltà con questa vicinanza che viene sempre richiesta. Poi si sente in colpa, prova vergogna e questo può sfociare in depressione.

L'attaccamento insicuro si trasmette di madre in figlio, questo perché la base sicura non ci sarà, inoltre ci può essere una patologia dell'attaccamento in cui si ha un'inversione della relazione di attaccamento e sono quelle madri così depresse che in pratica fanno sì che è il bambino che deve accudirle, quindi il bambino sente e consola la madre che è depressa e questo si chiama 'parental child' cioè è il bambino genitorializzato che accudisce la madre.

Trasmissione transgenerazionale della trasmissione dei disturbi del periparto significa tutto questo cioè che durante la gravidanza la madre può trasmettere il suo disturbo al bambino. Due gemelli che sembra hanno quasi una relazione perché le relazioni di attaccamento iniziano anche durante la vita fetale, quindi si inizia a sviluppare una mente relazionale del bambino, quindi lo sviluppo delle strutture e delle funzioni cerebrali dipende dalle relazioni interpersonali, soprattutto per quella materna, questo perché l'ambiente del bambino è la madre e il cervello si sviluppa all'interno della placenta della madre.

Studio in Inghilterra in cui sono state seguite una coorte enorme di donne divise in quelle depresse e quelle no e sono state rivalutate durante la gravidanza, nel post parto e a distanza di tempo e è stata seguita la prole. Sono stati pubblicati dati dei bambini a 25 anni e si è visto che indipendentemente dal fatto che la madre poi nel corso della vita abbia avuto depressione e indipendentemente dal fatto che i bambini avessero avuto depressione in età adolescenziale, anche quelli che non avessero avuto un disturbo psichiatrico, se la madre aveva avuto depressione durante la gravidanza, avevano una cicatrice biologica cioè i livelli di cortisolo e proteine infiammatorie erano aumentate e questa è una cicatrice biologica e cioè quel bambino avrà un rischio biologico superiore di malattia perché ha più neuroinfiammazione quindi se ho un evento traumatico e mia madre era depressa in gravidanza, rispetto a te che hai avuto lo stesso trauma ma tua madre non era depressa, io ho un'attivazione infiammatoria che fa sì che io sia più vulnerabile alla depressione, indipendentemente dal fatto che io abbia avuto depressione o che mia madre abbia avuto depressione e quindi io sia vissuto in quell'ambiente depresso.

Quindi è fondamentale trattare, curare, prevenire la depressione in gravidanza

Le basi dell'amore materno articolo in cui vengono confrontate delle mamme con risonanza magnetica funzionale quindi si vede l'attivazione di alcune aree cerebrali mentre vedono dei filmati e delle immagini del proprio bambino mentre sono in una situazione di stress e di gioco e si vede che si attivano delle aree cerebrali diverse a seconda che osservino il proprio fino o un altro bambino e sono le basi dell'amore materno.

Queste sono donne del post parto senza depressione poi ci sono altri studi che sono stati fatti confrontando le donne con depressione e quelle senza nello stesso periodo e si è visto che c'era un'attivazione ridotta delle aree dell'amore materno quindi le donne depresse hanno un deficit di alcune aree delle emozioni, della mimica, ecc e questo è il substrato anche funzionale oltre che strutturale che ci dimostra come nelle donne con depressione si abbia una ridotta relazione madre-bambino e questo si ripercuote sullo sviluppo dei disturbi ecc.

Quindi gli effetti negativi della depressione del post parto sulla relazione madre bambino con deficit di empatia, la madre non riesce a riconoscere se il bambino sta a disagio, se sta male.

Un altro studio sulla coorte Alspac in cui abbiamo che i bambini delle madri depresse avevano un attaccamento insicuro e una bassa resilienza.

La resilienza è una forma di adattamento positivo cioè la capacità di affrontare un evento negativo e di affrontarlo in modo positivo rifiorendo e aumentando le proprie capacità

Quindi i figli di madri depressione sono quelli che hanno più frequentemente uno stile di adattamento insicuro e una ridotta resilienza che compromette la capacità di affrontare le varie situazioni.

Articolo all'istituto superiore di sanità che dice.

Le esperienze precoci, cioè gli eventi dei primissimi anni di vita, vanno a determinare la funzione cerebrale nel lungo termine, le cure materne, le interazioni con i pari quindi con i fratellini, con gli altri bambini; le esperienze avverse precoci vanno a dare una disfunzione cerebrale a lungo termine e ovviamente anche l'assenza di cure materne o una ridotta interazione con i pari quindi questo ci dice che intervenendo per esempio sulla relazione madre bambino ad esempio con le unità madre bambino noi andiamo a ridurre le conseguenze sulla prole delle depressione. Trattare la depressione in gravidanza significa per forza anche occuparsi della relazione madre bambino.

Quando di Magritt sullo spirito della geometria in cui c'è il neonato sopra il corpo della madre e la madre sopra il corpo del bambino e questo è importante.

Quindi la depressione materna crea un impatto sulla prole, sul nascituro ma anche sulla relazione con il partner, sulla prole successiva e quindi quanto sia un disturbo che riguarda la società perché ha un impatto generale su tutto.

VIOLENZA DOMESTICA

Colpisce 1:3

Violenza fisica, verbale, sensuale, emotiva che si intende insulti, denigrazione, demansionamento, togliere lo stipendio.

Il femminicidio non significa le morti femminili ma significa che ti ammazza perché sei donna, quindi la matrice dell'omicidio è l'essere donna. Quindi l'acido per sfigurarti.

Il femminicidio è tutta la forma di violenza e il femminidio è proprio la morte.

Quindi c'è una distorsione culturale della figura della donna, la donna può partire come l'uomo, sei mia proprietà, c'è rabbia, disprezzo, odio per il genere femminile.

Nella parola femminicidio c'è l'oggetto della morte e la motivazione.

Secondo lo stile di adattamento una donna con quello ansioso non lascerà mai il suo partner ed è in pericolo di vittimizzazione perché se io penso che io non posso fare affidamento su me stesso e che solo tu puoi aiutarmi ad esempio l'ansia dell'abbandono, non ti lascerò.

La violenza in gravidanza è più frequente delle violenze nelle altre fasi della vita e in generale quando una donna viene picchiata in gravidanza viene picchiata sulla pancia, al di fuori di solito in volto.

C'è un rischio aumentato di depressione nelle donne con violenza e una ripercussione sul set neuroinfiammatorio e quindi poi una trasmissione alle altre generazioni.

I disturbi post traumatici della gravidanza

Disturbo post traumatico da stress: può essere presente nelle donne ma che nel periparto ha delle caratteristiche specifiche: è due volte più comune nelle donne che negli uomini.

Nel periparto è più frequente e la frequenza maggiore è relativa a vari eventi che possono essere l'aumento della violenza domestica che è un trauma e quindi è più facile che si sviluppi un post traumatico.

Anche un aumento della vulnerabilità porta ad un aumento della prevalenza.

Studio negli USA dopo le torri gemelle, hanno visto che le donne incinta l'11 settembre avevano dei livelli di cortisolo più elevati che i figli di queste donne avevano poi livelli di cortisolo più elevati.

Quindi anche se il bambino stava in pancia e la donna aveva avuto un disturbo post traumatico da stress derivato dal trauma, faceva sì che anche il bambino avesse questa cicatrice biologica.

Quindi concludere dicendo che "non c'è salute senza salute mentale" e potremo dire "non c'è salute senza salute mentale perinatale"

Come tutti i fattori come depressione, ansia, stress influiscono con il cortisolo, con il nutrimento della placenta, con alterazioni anatomiche del bambino per poi dar luogo a seconda del genere del bambino, a seconda del dna e a seconda di quello che accade, dar luogo a un disturbo psichiatrico e del neurosviluppo della prole.