



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 3** L'indifferenza
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute mentale
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute mentale
Un'esperienza ricca di sorprese
di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta del trattamento con antipsicotico in acuto e nel lungo termine nella patologia Schizofrenica
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e costanza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis
Stato dell'arte su un campione di soggetti afferenti all'area metropolitana milanese
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S., Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la Residenza Protetta di Comunanza
Il rapporto tra ospiti delle strutture e cittadinanza e le prime necessità emergenti dopo il sisma
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P., Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G., Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci C., Travagliani D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei terremoti nell'Italia centrale
Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale XXIV della Regione Marche al primo novembre 2016
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un caso di psicosi puerperale con sintomi schizofrenici e mancato suicidio-infanticidio
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M., Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni)
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B., Bassi M., Cardamone G., Costantino A., Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità
di Porcellana M., Morganti C., Saverino F., Carigi T., Rossi G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

Diagnosi e trattamento di un caso di psicosi puerperale con sintomi schizofrenici e mancato suicidio-infanticidio

Grecchi A. ¹, Beraldo S. ², Marzolini M. ²,
Mattavelli S. ³, Biffi G. ⁴

INTRODUZIONE

La psicosi puerperale (PP) è un'emergenza psichiatrica che spesso richiede ospedalizzazione e si caratterizza per la presenza di deliri, allucinazioni, insonnia, comportamenti bizzarri, fluttuazioni del tono dell'umore (depressione, mania, fasi miste), preoccupazioni ossessive o pseudo-ossessive per la salute del neonato e labilità emotiva (Heron, 2008; Sit, 2006) fino al suicidio (Appleby, 1998, Orsolini, 2016) e all'infanticidio (Spinelli, 2004; Bergink, 2014). In alcuni casi sono descritti sintomi cognitivi atipici quali disorientamento, confusione, perplessità, derealizzazione e depersonalizzazione (Bergink, 2014).

Ha una prevalenza stimata in 1-2 per 1000 nascite (Munk-Olsen, 2006; Kendell, 1987) e nella maggior parte dei casi esordisce nelle prime due settimane dal parto.

Tra le conseguenze negative della PP vi è l'interruzione precoce della relazione madre-bambino con possibili severe conseguenze nello sviluppo emozionale, cognitivo e comportamentale del neonato nel lungo periodo (Murray, 2010; Hipwell, 2010; Chandra, 2006; Hornstein, 2007). Le donne affette da PP sperimentano, rispetto a quelle affette da depressione post partum (DPP), meno difficoltà a stabilire una relazione sana con il figlio dopo le dimissioni ospedaliere (Noorlander, 2008).

Vi sono evidenze che suggeriscono una forte correlazione tra la PP e il disturbo bipolare (Brockington, 1996; Jones, 2001; Chaudron, 2003; Viguera, 2011) sebbene esista una bassa incidenza di episodi caratterizzati sintomi schizofreno-simili (Spinelli, 2009; Brockington, 1981).

I più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una PP sono un'anamnesi positiva personale o familiare per disturbo bipolare o precedenti episodi di PP (Jones, 2007).

Sono state esaminate numerose complicanze ostetriche in relazione al rischio di sviluppo di PP (incluse complicazioni in gravidanza e durante il parto, taglio cesareo, sesso del bambino e periodo gestazionale) ma l'unica consistente evidenza di associazione è stata con la primiparietà (Di Florio, 2014; Bergink, 2011; Munk-Olsen, 2014; Blackmore, 2006; Valdimarsdottir, 2009).

Inoltre in contrasto con gli episodi di depressione post-partum non psicotici la nascita di un figlio non rappresenta un possibile fattore di stress per lo sviluppo di PP (Howard, 2014) né vi sono evidenze che eventi di vita stressanti rappresentino fattori di rischio per PP (Marks, 1992; Brockington, 1990; Dowlatsahi, 1990; McNeil, 1988) sebbene un partner supportivo possa essere considerato un fattore protettivo (Dowlatsahi, 1990).

Lo stesso ruolo degli ormoni come fattore di rischio (inclusi estrogeni, progesterone, prolattina, FSH, LH) ha dato evidenze solo circostanziali (Bloch, 2000) mentre la malattia tiroidea autoimmune è risultata essere prevalente in donne all'esordio per PP (19%) rispetto alla popolazione generale di donne nel post partum (5%) tanto da consigliare lo screening per gli anticorpi anti-TPO, il TSH e fT4 (Bergink, 2014).

Infine alcune evidenze recenti (Munk-Olsen, 2015) sembrano suggerire numerosi accessi dal proprio Medico di Medicina Generale nel periodo peripartuale.

CASO CLINICO

Una donna di 30aa, madre di 2 figlie di 6 anni e 6 mesi, di origine Nord Africana, in Italia da anni con permesso di soggiorno, veniva ricoverata per una crisi clastica dove aveva distrutto casa e defenestrato le due figlie tentando, subito dopo, lei stessa lo stesso gesto. Le figlie e la paziente venivano salvate dall'intervento delle forze dell'ordine.

All'ingresso in SPDC, dopo attivazione di un Trat-

tamento sanitario Obbligatorio, presentava un quadro clinico caratterizzato da blocco psicomotorio, opposività all'apertura delle palpebre, incontabilità ma risposta allo stimolo dolorifico.

Veniva trattata con lorazepam 4mg ev (via endovenosa) in 250cc di fisiologica 3 volte al giorno e impostata terapia con cabergolina 0,5mg per interrompere l'allattamento al seno. Si attivava il protocollo per la prevenzione del rischio suicidario in SPDC del nostro ospedale.

Dopo la somministrazione di terapia, nel pomeriggio, risolto il blocco psicomotorio appariva accessibile al colloquio, vigile e adeguata verso l'interlocutore. Riferiva di attraversare un periodo di ansia, disforia e inquietudine con malessere persistente e espressioni somatoformi varie (cefalea, astenia, algie diffuse) tanto che si erano registrati plurimi accessi in PS nel puerperio senza refertazione di disturbo psichiatrici in atto.

Al colloquio, il malessere veniva collegato alla presenza a casa di due fratelli minori del marito che avrebbero alterato la tranquillità del nucleo familiare portandola ad uno stato di esasperazione.

La sera aggrediva la compagna di stanza colpendola ripetutamente.

Si interveniva in urgenza con 10mg di aloperidolo e 8mg di lorazepam i.m. (Qtc 415 msec).

La mattina seguente emergeva interpretatività allarmata in senso psicotico oscillante nella durata e fluttuante nell'intensità così destrutturante da indurre una grave alterazione del giudizio e agiti incontrollati con intensa agitazione ed aggressività come accaduto nei confronti della codegente.

Si impostava terapia con aloperidolo 60mg/die e veniva effettuato controllo degli ormoni della gravidanza che risultava negativo.

Dal punto di vista anamnestico non si rilevavano peggiori disturbi psichiatrici né un'anamnesi familiare positiva.

Laureata in legge nel Paese d'Origine, di religione cristiana coopta, come il marito, dopo il matrimonio non aveva proseguito a lavorare seguendo poi il marito

già in Italia.

Dal marito e dai conoscenti veniva descritta come una donna attiva, presente nell'aiutare le altre persone della sua comunità, accudente con le figlie (entrambe allattate al seno), partecipativa alla vita della scuola d'infanzia e di carattere mite e generoso.

Dall'anamnesi emergevano una ipofertilità della coppia che dovette ricorrere a PMA per entrambe le gravidanze, la pressione della famiglia d'origine del marito affinché generasse un figlio maschio, gravidanze avvenute con parto cesareo per complicanze ostetriche, l'arrivo recente in casa dei due fratelli del marito e il riscontro di ipotiroidismo per cui si era sospesa la terapia con levotiroxina due mesi circa prima dell'esordio sintomatologico.

In reparto emergeva ipotiroidismo subclinico su base autoimmune che si trattava con levotiroxina 50mcg/die.

Sul piano psicopatologico è stato possibile ipotizzare le sequenze di transizione verso quella che appare a tutti gli effetti come psicosi puerperale con sintomi schizofreno-simili.

La paziente venne dimessa dalla ginecologia dopo 5 giorni dal parto cesareo che rappresenta la tempistica ordinaria di dimissione in assenza di complicanze. La figlia si era attaccata al seno della paziente e non erano stati osservati disturbi nell'interazione madre-bambino.

Rientrata a casa, dopo alcuni giorni, descriveva una condizione di verosimile tensione affettiva nel quale l'ambiente di casa iniziava ad assumere delle qualità fisiognomiche mai sperimentate in precedenza. Si imponevano anomale configurazioni percettive e l'attenzione cominciava a rivolgersi a stimoli, pensieri, connessioni irrilevanti, dalla qualità angosciante, incerta e imprevedibile.

Nello specifico la paziente iniziava a interpretare alcuni comportamenti della figlia maggiore, tra cui un maggiore attaccamento nei suoi riguardi, il non voler più essere accompagnata dagli zii paterni a scuola, come il segnale che qualche cosa di non chiaro stesse accadendo all'interno del nucleo familiare e a temere che potes-

sero esserci intenzioni malevole da parte di uno degli zii nei confronti della figlia maggiore (non era possibile giudicare se vi fossero elementi di realtà all'interno di questo quadro percettivo comunque alterato).

Da questo emergeva la sensazione che qualcosa di importante, ma indicibile e minaccioso, potesse accadere ignorando come questo potesse essere connesso al proprio stato di tensione emotiva.

Tutto questo veniva raccontato in assenza di distacco critico. È in questa fase che descrive alcune condotte insensate se non alla luce di questi percetti alterati: inizia ad accompagnare la figlia maggiore a scuola e al rientro in casa si chiude a chiave in camera da letto con la neonata essendo il marito al lavoro e temendo il rientro dei di lui fratelli.

Questa fase pare durare alcuni giorni quando accade qualcosa che irrompe nella coscienza della paziente e che rivela quanto tutto ciò che le sta accadendo sia in relazione con lei e le sue figlie.

Questo qualcosa che ricorre spesso nelle descrizioni della paziente è un odore, che ella percepisce dove dormono i fratelli del marito, che determina in lei la certezza che si droghino, che spaccino droga, che portino a casa persone pericolose per la vita sua e delle figlie.

Questo percetto olfattivo, vissuto in modo ipersensorializzato e allucinatorio, è così potente da fissarsi nel pensiero in modo esageratamente stabile così da paralizzare e paralizzarne il corretto funzionamento che perde i suoi caratteri di fluidità e ampiezza.

In questa fase gli elementi dapprima vissuti in qualche modo in termini comprensibili assumono un significato indubitabile tanto che diviene impossibile, in ogni situazione percepita dopo questa, mutare prospettiva.

In questo evolversi si osservano alterazioni del pensiero nei quali l'ideazione inizia a strutturarsi in chiave delirante organizzando su quella base le nuove esperienze.

I rumori avvertiti nel corso della notte sono il segno che i fratelli del marito rientrano tardi la notte portando all'interno della casa spacciatori e sostanze, il pianto

notturmo della figlia minore significa che anche lei avverte i rumori, il marito, che non la segue su questa linea, comincia a diventare un'entità da cui difendersi.

Iniziava allora a sperimentare manifestazioni somatiche come cefalee, algie diffuse fino a veri attacchi di panico con manifestazioni neurovegetative (tra cui anche sensazione di bolo) per cui fece alcuni accessi in PS.

Dalla stanza chiusa a chiave avvertiva persone che parlavano di lei, alludevano alle figlie denotando l'esordio di fenomeni allucinatori acustici e determinando un quadro di tipo paranoide.

L'incessante prodursi di questi fenomeni che si imponevano alla coscienza della paziente ha alimentato per mesi un clima di allarme che ha tentato di dissimulare riuscendoci fino a circa 2 mesi dopo il parto quando alcune anomalie sembravano essere state notate dal marito ma non interpretate in chiave di grave psicopatologia nascente.

Nei giorni precedenti all'agito le manifestazioni sono divenute più intense con l'irrompere di allucinazioni uditive caratterizzate della voce di Dio che ne indirizzava gli atti a protezione delle figlie.

L'angoscia sembrava essersi fatta così più profonda, intrisa di perplessità, con la perdita totale della capacità di leggere la realtà, che il gesto poteva essere compreso nella forma di un eccitamento catatonico nel quale sono frequenti agiti disorganizzati vissuti come imposti dall'esterno e comandati da voci imperative.

Lei stessa descrive in questo modo ciò che accadde la sera del ricovero: dopo essere tornato a casa dal lavoro lei e il marito hanno cenato e guardato la televisione; dopo sono andati a dormire; il letto e l'allentamento della vigilanza rappresentano per lei un pericolo (temeva di poter essere uccisa nel sonno); all'improvviso sente dei rumori e la bimba inizia a piangere; chiede al marito di controllare la casa sempre più allarmata; alla risposta negativa del marito le risulta chiaro che anche lui è coinvolto nel clima di minaccia; lei si alza, ha la sensazione che circa 500 entità siano dentro casa, non le trova ma si

accorge che mentre lei controlla queste strisciano fuori dalla finestra per rientrare quando va a cercarle in un altro locale; con uno stratagemma allontana il marito da casa e poi lo colpisce con un bastone prima di chiudere la porta; una volta sola riceve una comunicazione da Dio che le dice di nascondere le figlie nella camera da letto, cosa che lei esegue; inizia a gettare oggetti dalla finestra sia per attirare l'attenzione che per eliminare possibili nascondigli dei persecutori; improvvisamente si rende conto che ci sono degli uomini nascosti nella stanza delle figlie; irrompe nella stanza e ormai senza possibilità di salvezza vede come unica soluzione la finestra da cui lancia le figlie e cerca di lanciarsi essa stessa bloccata dalle forze dell'ordine. In seguito riferirà di aver saputo dalla voce di Dio che degli angeli avrebbero protetto lei e le figlie dal salto dalla finestra.

All'eccitamento catatonico segue il blocco psicomotorio con cui accede in PS.

Nel corso del ricovero si è assistito ad una scarsa risposta farmacologica con aloperidolo anche ad alti dosaggi. Le voci erano sempre presenti ma le reazioni erano più controllate dalla "copertura" sedativa della terapia. Successivamente si impostava terapia con clozapina fino a 400mg/die poi ridotti a 200mg/die dopo esiti della clozapinemia richiesta (1021 ng/mL con valori massimi di 600ng/mL).

La nuova terapia assunta (clozapina e levotiroxina) aveva inciso sugli aspetti deliranti allucinatori e sui fenomeni motori anche se non si era ottenuto, nel corso del ricovero, una chiara critica rispetto alle manifestazioni comportamentali legate all'agito (che peraltro potrebbe non accadere mai completamente data l'intensità del vissuto psicopatologico in quel frangente).

Al termine di 56 giorni di ricovero ospedaliero è stato possibile porre una diagnosi di psicosi puerperale con sintomi schizofrenosimili.

Sono state escluse possibili forme organiche.

Alla dimissione dal SPDC vigile, lucida, orienta.

Adegua nella relazione con i curanti. Assente ideazione persecutoria ma presenti voci a un carattere protettivo. A tratti queste vengono criticate o vissute come acufeni (termine da lei stessa utilizzato e compreso). L'umore appare in asse. Autentico sembra l'affetto nei confronti del marito e delle figlie. Permane difficoltà a confrontarsi emotivamente con il gesto.

La paziente veniva inviata, su disposizione dell'autorità giudiziaria, in una struttura riabilitativa (e non detentiva) per proseguire la convalescenza e iniziare a ristabilire un legame di attaccamento corretto con le figlie.

DISCUSSIONE

Dalla raccolta anamnestica nel corso della lunga degenza è stato possibile identificare il periodo di esordio sintomatologico tra le 2 e le 4 settimane dal parto come descritto in letteratura (Nonacs, 2000; Bergink, 2014) ed un'alta frequenza di contatti con i PS per disturbi della sfera somatica senza accedere a consultazioni psichiatriche. Da valutare se considerare questi eventi analoghi ai numerosi accessi dal Medico di Medicina Generale riportati in letteratura (Munk-Olsen, 2015).

Si sono evidenziati inoltre eventi di vita stressanti (es. fecondazione assistita) che però non sono correlati in modo robusto con lo sviluppo di PP (Orsolini, 2016; Jones, 2014). Il solo funzionamento tiroideo anomalo su base autoimmune rientra tra i fattori di rischio noti (Di Florio, 2014).

La presentazione in reparto della paziente caratterizzata da sintomi catatonici (dal blocco all'eccitamento fino a episodi di aggressività e violenza eterodirette) esorditi nel post partum è nota sebbene la sua presentazione sia poco frequente ma non rara come suggerito in passato (Jiun-Yang, 2004; Hanson, 1973). Indiretto indizio della presenza di una componente di tipo catatonico si può ritrovare sia nella risposta clinica alla somministrazione di lorazepam a 12 mg ben tollerati senza sedazione (Sienaert, 2014; Fink, 2006) così come dalla correzione dell'ipotiroidismo con levotossina (Komori, 1997). L'i-

nizio stesso della terapia con benzodiazepine all'ingresso in reparto è suggerita (Bergink, 2014) dalla letteratura. La dimensione catatonica, poco riconosciuta nelle tassonomie attuali, renderebbe coerenti le manifestazioni cliniche riscontrate poco prima e durante le prime fasi del ricovero (Ven der Heijden, 2002).

Dal punto di vista diagnostico, oltre alla componente catatonica, è stato possibile verificare la presenza di un'attività delirante che ha compreso aspetti di riferimento e persecutori francamente bizzarri e allucinazioni acustiche compatibili con un orientamento diagnostico nello spettro schizofrenico (APA, 2013).

La letteratura non presenta chiare indicazioni sulle modalità di trattamento farmacologico delle PP. Alcuni autori (Doucet, 2011) hanno presentato una review dei trattamenti presenti in letteratura da dove emerge una buona risposta al trattamento con clozapina che è stata introdotta dopo la scarsa risposta presentata ad aloperidolo.

L'introduzione di clozapina ha mostrato un rapido miglioramento della componente acuta così da permettere le dimissioni ospedaliere per intraprendere un percorso comunitario riabilitativo.

Il ricovero non si è discostato dalla media di 40giorni ritrovata in letteratura per il miglioramento del quadro clinico (Bergink, 2014).

ASST-Santi Paolo e Carlo

Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo, Milano

1. Psichiatra

2. Psichiatra-Responsabile SPDC

3. Infermiere Professionale – Caposala SPDC

4. Psichiatra- Direttore Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

BIBLIOGRAFIA

1. Heron J., McGuinness M., Robertson Blackmore E., Craddock N., Jones I., *Early postpartum symptoms in puerperal psychosis*. Br J Obstet Gynaecol 2008;115:348-353.
2. Sit D., Rothschild A.J., Wisner K.L., *A review of postpartum psychosis*. J Womens Health 2006;15:352-368.
3. Appleby L., Mortensen P.B., Faragher E.B., *Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission*. Br J Psychiatry 1998;173:209-211.
4. Orsolini L., Valchera A., Vecchiotti R., Tomasetti C., Iasevoli F., Fornaro M., De Berardis D., Perna G., Pompili M., Bellantuono C., *Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors and clinica correlates*. Front. Psychiatry 2016;7:138.
5. Spinelli M.G., *Maternal Infanticide associated with mental illness: prevention and promise of saved lives*. Am J Psychiatry 2004;161:1548-1557.
6. Bergink V., Kushner S.A., *Postpartum Psychosis*. Galbally M. et al. (eds.), Psychopharmacology and Pregnancy. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014.
7. Munk-Olsen T., Laursen T.M., Pedersen C.B., Mors O., Mortensen P.B., *New parents and mental disorders: a population-based register study*. JAMA 2006;296(21):2582-9.
8. Kendell R., Chalmers J., Platz C., *Epidemiology of puerperal psychosis*. Br J Psychiatry, 1987;150:662-673.
9. Murray L., Arceche A., Fearon P., Halligan S., Croudace T., Cooper P., *The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach*. J Child Psychol Psychiatry, 2010;51(10):1150-9.
10. Hipwell A.E., Goossens F.A., Melhuish E.C., Kumar R., *Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment*. Dev Psychopathol 12:157-175. 2010.
11. Chandra P.S., Bhargavaraman R.P., Raghunandan V.N.G.P., Shaligram D., *Delusions related to infant and their association with mother-infant interaction in postpartum psychotic disorder*. Arch Womens Ment Health, 2006;9:285-288. 2006.

12. Hornstein C., Trautmann-Villalba P., Hohm E., Rave E., Wortmann-Fleischer S., Schwarz M., *Interactional therapy program for mothers with postpartum mental disorders. First result of a pilot project.* Nervenarzt, 2007; 78(6): 679–84.
13. Noorlander Y., Bergink V., Van den Berg M.P., *Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis.* Arch Womens Ment Health, 2008; 11(1): 49–56
14. Brockington I.F., *Motherhood and mental health.* Oxford University Press, Oxford, 1996.
15. Jones I., Craddock N., *Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study.* Am J Psychiatry 2001; 158:913–917.
16. Chaudron L.H., Pies R.W., *The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review.* J Clin Psychiatry, 2003; 64(11):1284–1292.
17. Viguera A.C., Tondo L., Koukopoulos A.E., Reginaldi D., Lepri B., Baldesserini R.J., *Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods.* Am J Psychiatry, 2011; 168(11):1179–1185.
18. Spinelli M.G., *Postpartum Psychosis: detection of risk and management.* Am J Psychiatry, 2009; 166(4):405–408.
19. Brockington I.F., Cernik K.F., Schofield E.M., Downing A.R., Francis A.F., Keelan C., *Puerperal psychosis. Phenomena and diagnosis.* Arch Gen Psychiatry 38(7):829–833. 1981.
20. Jones I., Craddock N., *Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of affective puerperal psychosis.* Psychopharmacol Bull, 2007; 40(2): 115–128.
21. Di Florio A., Jones L., Forty L., *Mood disorders and parity—a clue to the aetiology of the postpartum trigger.* J Affect Disord, 2014; 152-154: 334–339.
22. Bergink V., Lambregtse-van der Berg M.P., Koorengel K.M., Kupka R., Kushner S.A., *First onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study.* J Clin Psychiatry, 2011; 72: 1531–1537.
23. Munk-Olsen T., Jones I., Laursen T.M., *Birth order and postpartum psychiatric disorders.* Bipolar Disor, 2014; 16:300–307.
24. Blackmore E.R., Jones I., Doshi M., *Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis.* Br J Psychiatry 188: 32-36. 2006.
25. Valdimarsdottir U., Hultman C.M., Harlow B., Cnattingius S., Sparen P., *Psychotic illness in first time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study.* PLoS Med, 2009;6(2):e13.
26. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L., Rochat T., Stein A., Milgrom J., *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period.* Lancet, 2014; 384: 1775–1788.
27. Marks M.N., Wieck A., Checkley S.A., Kumar R., *Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorders.* J Affect Disord, 1992; 24: 253263.
28. Brockington I.F., Martin C., Brown G.W., Goldberg D., Margison F., *Stress and puerperal psychosis.* Br J Psychiatry, 1990; 157:179–184.
29. Dowlatshahi D., Paykel E.S., *Life events and social stress in puerperal psychosis: absence of effect.* Psychol Med, 1990; 20:655–662.
30. McNeil T.F., *A prospective study of postpartum psychosis in a high risk group. Relationship to life situation and experience of pregnancy.* Acta Psychiatr Scand, 1988; 77: 645-653.
31. Bloch M., Shmidt P.J., Danaceau M., Murphy J., Niemi L., Rubinow D.R., *Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression.* Am J Psychiatry, 2000; 157: 924–930.
32. Bergink V., Kushner S.A., Pop V., Kuijpers H., Lambregtse-van den Berg M.P., Drexhage R.C. et al. *Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis.* Br J Psychiatry, 2011; 198: 264-268.
33. Munk-Olsen T., Sondergaard Pedersen H., Munk Laursen T., Fenger-Gron M., Vedsted P., Vestergaard M., *Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode.* Scand J of Prim Health Care, 2015; 33:127–133.

-
34. Nonacs R., Cohen L.S., *Post psychiatric syndrome*.
In Sadock B.J., Sadok V.A., eds. Kaplan and Sadock's
Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edn. Lippincott,
William & Wilkins, Philadelphia, 2000; 1276–1283.
 35. Jones I., Chandra P.S., Dazzan P., Howard L.M., *Bipolar
disorder, affective psychosis and schizophrenia in pregnancy
and the post partum period*. *Lancet*, 2014; 384:1789–1799.
 36. Jiun-Yang L., Tiao-Lai H., *Catatonic features noted in
patients with post-partum mental illness*. *Psychiatry and
Clinical Neurosciences*, 2004; 58:157–162.
 37. Hanson G.D., Brown M.J., *Waxy flexibility in a postpartum
woman: a case report and review of the catatonic syndrome*.
Psychiatr. Q., 1973; 47: 95–103.
 38. Sienaert P., Dhossche D.M., Vancampfort D., De Hert M.,
Gazdag G., *A Clinical review of the treatment of catatonia*.
Frontiers in Psychiatry, 2014; 5: art. 181: 1–9.
 39. Fink M., Taylor M.A., *Neuroleptic Malignant syndrome is
a benign catatonia, warranting treatments efficacious for
catatonia*. *Prg Neuropharmacol Biol Psychiatry*, 2006; 30
(6): 1182–3.
 40. Komori T., Nomaguchi M., Kodama S., Takigawa M.,
Nomura J., *Thyroid hormone and reserpine abolished periods
of periodic catatonia: a case report*. *Acta Psychiatr Scand*,
1997; 96:155–156.
 41. Ven der Heijden F.M.M.A., Tuinier S.,
Pepplinkhuizen L., Verhoeven WMA. *Catatonia: the rise
and the fall of an intriguing psychopathological dimension*.
Acta Neuropsychiatrica. 2002; 14:111–116.
 42. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*.
American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
 43. Doucet S., Jones I., Letourneau N., Dennis C.L.,
Robertson Blackmore E., *Interventions for the prevention and
treatment of postpartum psychosis: a systematic review*. *Arch
Womens Ment Health*, 2011; 14: 89–98.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi