Efficacia della psicoterapia interpersonale per la depressione postparto

Michael W. O'Hara, PhD; Scott Stuart, MD; Laura L. Gorman, PhD; et alAmy Wenzel, PhD

Arch Gen Psychiatry. 2000; vol. 57: 1039-1045.

Riassunto

Contesto La depressione postparto causa alle donne grandi sofferenze e ha conseguenze negative per le loro relazioni sociali e per lo sviluppo dei loro bambini. La ricerca è necessaria per valutare l'efficacia della psicoterapia per la depressione postparto.

Metodi Un totale di 120 donne dopo il parto che soddisfacevano i *criteri del DSM-IV* per la depressione maggiore sono state reclutate dalla comunità e assegnate in modo casuale a 12 settimane di psicoterapia interpersonale (IPT) o a un gruppo di controllo in lista d'attesa (WLC). I soggetti hanno completato l'intervista e le valutazioni di autovalutazione dei sintomi depressivi e dell'adattamento sociale ogni 4 settimane.

Risultati Novantanove dei 120 pazienti hanno completato il protocollo. I punteggi Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) delle donne che hanno ricevuto IPT sono diminuiti da 19,4 a 8,3, una diminuzione significativamente maggiore di quella verificatasi nel gruppo WLC (da 19,8 a 16,8). I punteggi del Beck Depression Inventory (BDI) delle donne che hanno ricevuto IPT sono diminuiti da 23,6 a 10,6 in 12 settimane, una diminuzione significativamente maggiore di quella verificatasi nel gruppo WLC (da 23,0 a 19,2). Una percentuale significativamente maggiore di donne che hanno ricevuto IPT si è ripresa dall'episodio depressivo sulla base di punteggi HRSD di 6 o inferiori (37,5%) e punteggi BDI di 9 o inferiori (43,8%) rispetto alle donne nel gruppo WLC (13,7% e 13,7% , rispettivamente). Le donne che hanno ricevuto IPT hanno anche avuto un miglioramento significativo sul questionario di aggiustamento postparto e sulla scala di adattamento sociale - Self-Report rispetto alle donne nel gruppo WLC.

Conclusioni Questi risultati suggeriscono che l'IPT è un trattamento efficace per la depressione postparto. La psicoterapia interpersonale ha ridotto i sintomi depressivi e migliorato l'adattamento sociale e rappresenta un'alternativa alla farmacoterapia, in particolare per le donne che allattano.

Le donne in età fertile sono ad alto rischio di depressione. [1,2] La depressione dopo il parto è particolarmente problematica a causa degli adattamenti del ruolo sociale richiesti alle donne durante questo periodo. [3] Ad esempio, le donne devono fornire cure immediate e costanti ai loro bambini. Le donne affrontano anche difficoltà nei loro rapporti con il coniuge o il partner e spesso scoprono di dover ridefinire i loro rapporti con i loro familiari e amici. Infine, le donne hanno spesso bisogno di adeguare i loro ruoli lavorativi per accogliere le cure richieste dai loro bambini.

Ci sono buone prove che il legame madre-bambino sia compromesso dalla depressione materna [4-6] Inoltre, diversi studi hanno documentato un legame tra depressione postparto e problemi successivi nello sviluppo cognitivo e socio-emotivo dei bambini. [4-6] Un trattamento efficace della depressione postparto è necessario per prevenire questi problemi.

I farmaci antidepressivi, la terapia cognitivo comportamentale e la psicoterapia interpersonale (IPT) sono stati convalidati come trattamenti efficaci per la depressione maggiore. [7] Le preoccupazioni sui possibili effetti dei farmaci antidepressivi sul feto in via di sviluppo e sul neonato allattato al seno hanno spesso portato all'esclusione delle donne incinte e che allattano dopo il parto dagli studi sul trattamento della depressione. Queste donne possono anche escludersi a causa del desiderio di evitare i farmaci. [8-10] Anche se v'è la prova che gli antidepressivi sono relativamente sicuro per i lattanti, [11,12] l'American Academy of Pediatrics [13(p139)] classifica la maggior parte degli antidepressivi come "farmaci il cui effetto sui lattanti è sconosciuto ma può essere motivo di preoccupazione". Alla luce di queste considerazioni, è importante che gli interventi non farmacologici vengano valutati per l'uso con le donne dopo il parto.

Anche se studi precedenti di psicoterapia per la depressione post-partum sono stati favorevoli [9,14-16] i risultati di questi studi sono stati compromessi da limitazioni di progettazione. [17] Ad esempio, gli studi hanno incluso pazienti con depressione minore e depressione maggiore, [9,14,15] terapie "non manuali" o "non standard" utilizzate, [9,14,15] terapisti utilizzati che non erano preparati professionalmente (p. Es., Visitatori sanitari, infermieri), [14,15] oppure utilizzavano terapie mirate principalmente a migliorare la relazione madre-bambino piuttosto che a curare la depressione. [16] Queste limitazioni suggeriscono l'importanza di valutare una psicoterapia standard ben definita per il trattamento della depressione postparto.

Abbiamo selezionato l'IPT [18] per la valutazione per via della sua efficacia dimostrata per la depressione maggiore, [7,17,19,20] e perché la sua attenzione alle relazioni interpersonali affronta direttamente i problemi vissuti dalle donne depresse dopo il parto. [21,22] Riportiamo i risultati di uno studio controllato sull'efficacia di 12 settimane di trattamento con IPT rispetto a una condizione in lista d'attesa (WLC) nel trattamento della depressione postparto.

Pazienti e metodi

Pazienti

I potenziali soggetti sono stati identificati utilizzando un processo multistadio di screening comunitario. Alle donne che partoriscono in 4 contee dell'Iowa (Polk, Johnson, Linn e Scott) tra l'ottobre 1995 e il luglio 1997 sono state inviate lettere che le invitavano a partecipare a uno studio sull'adattamento emotivo postparto. Le donne erano ammissibili se avevano almeno 18 anni ed erano sposate o convivevano con un partner da almeno 6 mesi. Le donne che hanno formalmente acconsentito a partecipare hanno completato l'Inventario per la diagnosi della depressione (IDD). [23] Coloro che soddisfacevano i criteri per la depressione sull'IDD sono stati intervistati telefonicamente utilizzando una versione modificata dell'Intervista clinica strutturata per *DSM-IV* (SCID) [24,25] e la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). [26] Le donne che soddisfacevano i *criteri del DSM-IV* [27] per un episodio depressivo maggiore e avevano un punteggio minimo di 12 nella versione modificata a 17 voci dell'HRSD [7] sono state invitate a partecipare alla fase di trattamento dello studio.

Seguendo Elkin et al, [7] criteri di esclusione includevano (1) una storia di vita di disturbo bipolare, schizofrenia, sindrome cerebrale organica, ritardo mentale o disturbo antisociale di personalità; o (2) una diagnosi attuale di abuso di alcol o sostanze, disturbo di panico, disturbo di somatizzazione o 3 o più caratteristiche schizotipiche. La personalità antisociale e le caratteristiche schizotipiche sono state valutate utilizzando elementi rilevanti dell'intervista strutturata per la personalità del *DSM-IV* (SIDP). [28] Sono state escluse donne con depressione psicotica e donne con disturbi alimentari gravi o disturbi ossessivo-compulsivi.

Le donne che hanno formalmente acconsentito a partecipare sono state nuovamente intervistate nelle loro case utilizzando l'attuale modulo sugli episodi depressivi maggiori di SCID e HRSD. Un totale di 120 donne che hanno continuato a soddisfare i *criteri del DSM-IV* per un episodio depressivo maggiore e avevano un punteggio totale HRSD di almeno 12 sono state assegnate in modo casuale (utilizzando una tabella di numeri casuali) ai gruppi IPT o WLC. La randomizzazione si è verificata dopo il 77 ° e il 108 ° paziente per ottenere un numero uguale nei 2 gruppi. La randomizzazione è stata condotta separatamente per i pazienti con e senza una storia di depressione maggiore, risultando in una rappresentazione uguale di questi pazienti in ciascun gruppo.

Trattamenti

Terapisti e formazione

Dieci terapisti in uno studio privato nelle 4 comunità da cui sono stati reclutati i soggetti dello studio hanno condotto il trattamento IPT. Tutti erano psicoterapeuti esperti che avevano dottorato di ricerca o laurea in psicologia clinica o di consulenza. La loro età media era di 42 anni (range, 29-51 anni) e il loro livello medio di esperienza post-dottorato era di 14 anni (range, 3-24 anni). Cinque dei terapisti erano uomini e 5 erano donne. Ogni terapista ha trattato tra 1 e 11 pazienti (mediana, 6,5).

Prima dello studio, i terapisti hanno letto e acquisito familiarità con il manuale di psicoterapia interpersonale della depressione [18] e il manuale di psicoterapia interpersonale per la depressione postparto (manuale non pubblicato, 1993, disponibile presso M.W.O. su richiesta). Ogni terapista ha partecipato a 40 ore di lezioni didattiche e presentazioni su videocassetta, soddisfacendo gli standard per la formazione dei terapisti IPT utilizzati nei progetti di ricerca extramurale. [29] La formazione è stata progettata per promuovere la competenza in IPT e includeva una revisione dettagliata del manuale di trattamento, utilizzando sessioni videoregistrate per illustrare ciascuna delle aree problematiche interpersonali e le strategie utilizzate per affrontarle. I terapeuti dovevano completare un corso di 12 sessioni di IPT con una donna depressa dopo il parto a un livello soddisfacente di competenza e aderenza prima di entrare nella fase di trattamento dello studio. Durante la fase di trattamento, i terapisti sono stati continuamente monitorati per l'aderenza ai manuali di trattamento IPT. [18] I terapisti dovevano registrare o registrare tutte le loro sessioni di IPT da utilizzare in supervisione con gli autori.

Psicoterapia interpersonale

La psicoterapia interpersonale è stata somministrata in sessioni individuali della durata di 12 ore durante un periodo di 12 settimane in modo standard secondo il manuale di Klerman et al [18] con alcune modifiche per adattarsi al contesto postparto di queste depressioni. Le sessioni iniziali riguardavano l'identificazione della depressione come un disturbo medico che affliggeva il paziente, ponendo la depressione in un contesto interpersonale, riesaminando le relazioni interpersonali attuali e passate del paziente e mettendo in relazione gli aspetti problematici di queste relazioni con la depressione del paziente. [18] Infine, il terapeuta e il paziente hanno identificato in modo collaborativo le aree problematiche IPT più correlate all'episodio e hanno fissato gli obiettivi del trattamento. [18]

Durante le sedute intermedie il terapeuta si è concentrato sulle difficoltà interpersonali individuate dal paziente. Le aree problematiche comuni postparto e IPT includevano conflitti con il partner o la famiglia allargata (controversie interpersonali), perdita di relazioni sociali/lavorative (transizione di ruolo) e perdite associate alla nascita, come precedente perdita perinatale o morte di altri significativi (dolore). Nelle sessioni finali il terapeuta ha rafforzato il senso di competenza del

paziente nel superare la depressione, ha discusso i piani per l'interruzione della terapia e ha lavorato con il paziente per sviluppare piani nel caso in cui la depressione si ripresentasse. [18]

Condizione della lista d'attesa

I pazienti assegnati al gruppo WLC hanno aspettato 12 settimane prima di ricevere il trattamento. Sebbene durante questo periodo non sia stata fornita alcuna terapia, le valutazioni cliniche utilizzando l'HRSD sono state condotte per telefono a 4, 8 e 12 settimane dopo l'assegnazione al gruppo WLC. Sono stati inoltre effettuati brevi contatti telefonici a 2, 6 e 10 settimane per valutare il rischio di suicidio del paziente e la capacità di attendere il trattamento.

Abbiamo scelto di utilizzare una condizione WLC per 2 motivi. In primo luogo, rimane una controversia sostanziale negli studi di trattamento psicoterapeutico riguardo a ciò che costituisce una condizione "placebo" di psicoterapia appropriata. [30-32] I problemi sono insiti in quasi tutti i modelli di psicoterapia placebo. L'uso di un confronto senza trattamento negli studi di psicoterapia è riconosciuto come una condizione di confronto valida, [30] ed è considerato conforme agli standard scientifici accettati per l'efficacia, vale a dire che gli effetti di un trattamento specifico sono migliori di nessun trattamento, o uguali o meglio di un trattamento alternativo efficace. [33] In secondo luogo, un WLC riflette l'esperienza tipica delle donne nello studio di trattamento. Abbiamo utilizzato lo screening comunitario per reclutare donne per lo studio e nessuna delle donne randomizzate al WLC stava attivamente cercando un trattamento. Un WLC rifletteva quindi quello che sarebbe successo a queste donne se i loro episodi depressivi non fossero stati identificati.

Le misure

Valutazione del colloquio

Una versione modificata dello SCID, edizione non paziente, per *DSM-IV* , [25] in combinazione con i moduli schizotipici e antisociali del SIDP, [28] è stato utilizzato per lo screening delle donne prima dell'assegnazione del trattamento. La SCID modificata includeva le seguenti sezioni in ordine: periodi passati di sintomi psicopatologici, sintomi psicopatologici durante il mese passato, funzionamento sociale corrente e il modulo episodi di umore (episodio depressivo maggiore attuale, episodio depressivo passato e distimia). Sono stati valutati anche il tempo di insorgenza, le caratteristiche malinconiche e le caratteristiche atipiche. Inoltre, lo SCID è stato modificato per lo screening per abuso di alcol/sostanze, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, anoressia nervosa e bulimia nervosa durante l'ultimo mese. Sono state incluse anche domande di screening per precedenti episodi maniacali o disturbi di somatizzazione. Infine, sono stati inclusi il modulo di screening psicotico SCID, il modulo schizotipico SIDP e il modulo antisociale SIDP.

La versione modificata a 17 voci dell'HRSD (aggiunta di voci su ipersonnia, iperfagia e aumento di peso) [7] è stato utilizzato come una delle principali misure di esito. L'HRSD è stato somministrato da un medico indipendente durante le valutazioni di pretrattamento e post-trattamento a domicilio e a 4 e 8 settimane dopo l'assegnazione al gruppo. Durante le valutazioni telefoniche (4 e 8 settimane e il 30% delle valutazioni post-trattamento), l'interrogatorio diretto dei soggetti ha suscitato informazioni che di solito sono state ottenute attraverso l'osservazione diretta (ritardo e agitazione). Gli intervistatori clinici che hanno somministrato l'HRSD non erano all'oscuro dello stato del trattamento. La nostra decisione di utilizzare valutatori non in cieco era basata sul nostro desiderio di ridurre al minimo l'attrito e sulla nostra preoccupazione che avremmo avuto un alto tasso di abbandono, in particolare nel gruppo WLC. Quindi, abbiamo scelto di utilizzare intervistatori clinici che hanno lavorato con lo stesso soggetto durante lo studio di trattamento.

Usando la correlazione intraclasse per tenere conto della coerenza e delle differenze di livello assoluto, abbiamo ottenuto una correlazione intraclasse di 0,93 per il punteggio totale HRSD a 17 voci sulla base di 192 interviste (48 interviste per ciascun periodo di valutazione) e 7 coppie separate intervistatore-cieco valutatore.

Autovalutazioni

I soggetti hanno completato l'IDD [23] durante la fase di screening dello studio. I pazienti randomizzati a una condizione di trattamento hanno completato il BDI, [34] la Scala di aggiustamento sociale – Self-Report (SAS-SR), [35] la Scala di aggiustamento diadica (DAS), [36] e il Questionario di aggiustamento postparto (PPAQ). [3] Ad eccezione dell'IDD, queste misure sono state somministrate prima della terapia e dopo 4, 8 e 12 settimane dopo l'assegnazione al gruppo di trattamento.

analisi statistiche

Un test *t* a *due* code di campioni indipendenti è stato utilizzato per confrontare i gruppi IPT e WLC sulle caratteristiche demografiche e cliniche iniziali. Per la maggior parte delle misure di esito (inclusi BDI, HRSD, PPAQ, SAS-SR e DAS), un'analisi di misure ripetute di 2 gruppi (IPT vs WLC) × 4 (preterapia, 4 settimane, 8 settimane, 12 settimane) la varianza è stata condotta utilizzando un α di 0,05. Queste analisi hanno prodotto una "F esatta" multivariata per l'interazione gruppo × occasione di valutazione. Per le variabili categoriali, è stato impiegato un test χ^2, utilizzando un livello α di 0,05. Tutti i test statistici erano a 2 code. La dimensione del campione è stata determinata sulla base di un'analisi di potenza ed è stata aumentata da 108 a 120 a circa due terzi del percorso dello studio.

Risultati

Caratteristiche del paziente

Lettere di reclutamento sono state inviate a 20.620 donne che hanno recentemente avuto un bambino. Dopo diversi passaggi di screening, 345 donne hanno soddisfatto i criteri per l'episodio depressivo maggiore nello SCID. Un totale di 77 donne hanno soddisfatto i criteri di esclusione, 132 donne hanno rifiutato la partecipazione e 16 donne sono state trattate come casi di formazione, lasciando 120 donne depresse che hanno partecipato allo studio.

La tabella 1 presenta le caratteristiche demografiche e cliniche dei soggetti dello studio. Quasi tutti i soggetti dello studio erano bianchi e tendevano ad essere ben istruiti, il che è generalmente coerente con le popolazioni delle contee dell'Iowa da cui i soggetti sono stati reclutati. Escludendo 3 pazienti che stavano vivendo una depressione cronica (durata dell'episodio > 2,5 anni), la durata media degli episodi per i soggetti dello studio era di circa 7 mesi.

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of Study Subjects*

	IPT Group (n = 60)	WLC Group (n = 60)
Age, y	29.4 ± 4.9	29.7 ± 4.5
Partner age, y	30.7 ± 5.8	31.1 ± 5.2
Education, y	14.5 ± 2.0	14.9 ± 1.8
Partner education, y	14.8 ± 2.2	14.8 ± 2.1
Working, % yes	63.3	63.3
Marriage length, y	5.2 ± 3.7	5.4 ± 3.2
Parity, % primiparous	26.7	23.3
Breastfeeding†, % yes	50.0	31.5
Past major depressive episode, % yes	66.7	68.3
Postpartum onset, % yes	68.3	63.3
Episode length, mo	8.9 ± 12.9	7.5 ± 7.2
Entry into protocol, mo	6.1 ± 0.79	6.2 ± 0.70

*Data are presented as mean ± SD unless otherwise indicated. IPT indicates interpersonal psychotherapy; WLC, waiting list condition. None of these differences was statistically significant. All P>.20 except breastfeeding (P = .08). There was no interaction between breastfeeding and treatment assignment for either the Hamilton Rating Scale for Depression or the Beck Depression Inventory (both P>.60).

†In the IPT and WLC conditions breastfeeding data were missing for 10 and 6 subjects because of retrospective collection.

Attrito

Dodici (20%) dei 60 pazienti si sono ritirati dal gruppo IPT e 9 (15%) dei 60 pazienti si sono ritirati dal gruppo WLC, una differenza non significativa (χ_1^2 <1, P = .47). Complessivamente, il 42,9% del logoramento si è verificato entro le prime 4 settimane, il 23,8% tra 4 e 8 settimane e il resto tra 8 e 12 settimane dopo l'assegnazione del trattamento. Non c'erano differenze significative tra abbandoni e completatori su nessuna variabile demografica o clinica.

Analisi dei risultati: depressione

Il progetto originale richiedeva un'analisi della covarianza a misure ripetute (preterapia e 4, 8 e 12 settimane dopo l'inizio della terapia) utilizzando la presenza/assenza di un precedente episodio depressivo maggiore come covariata. Poiché questo fattore non ha avuto effetto sugli esiti di BDI o HRSD (t in entrambi i casi <.35, P > .7), non è stato utilizzato come covariata nelle analisi.

Analisi dell'intenzione di trattare

Per tutte le misurazioni della depressione sono state condotte analisi intenzione-di-trattare, che includevano tutti i soggetti assegnati al gruppo IPT o WLC. Un'analisi della varianza a misure ripetute utilizzando l'HRSD ha rivelato una significativa interazione gruppo × occasione di valutazione a favore dell'IPT (F esatto $_{3,116}$ = 5,00, P = 0,003). C'era una significativa interazione

gruppo × occasione di valutazione a favore dell'IPT sulla base dei punteggi BDI (F esatto $_{3,116}$ = 6,45, *P* <0,001). Il recupero è stato definito a priori come un punteggio HRSD di 6 o inferiore o un punteggio BDI di 9 o inferiore. [7] I tassi di recupero basati sui punteggi HRSD hanno favorito il trattamento con IPT (31,7%) rispetto al WLC (15%) (χ_1^2 = 4,66, P= .03). Sulla base dei punteggi BDI (BDI ≤9), i pazienti trattati con IPT avevano un tasso di recupero significativamente maggiore (38,3%) rispetto alle donne assegnate al gruppo WLC (18,3%) (χ_1^2 = 5,91, *P* = 0,02).

Analisi complete

Un'analisi della varianza a misure ripetute sia per HRSD che per BDI ha rivelato una significativa interazione gruppo × occasione di valutazione a favore dell'IPT (Tabella 2). I test *t di* follow-up che confrontano i gruppi IPT e WLC hanno rivelato che differenze significative su HRSD e BDI erano già evidenti alla valutazione di 4 settimane (Tabella 2).

Table 2. Depression Outcomes for Completer Subjects*

Outcome Variable	Mean ± SD: IPT Group (N = 48)	Mean ± SD: WLC Group (N = 51)	Statistics	*P*
HRSD (Exact $F_{3,95}$ = 10.0, *P*<.001)				
Initial	19.4 ± 4.6	19.8 ± 5.3	. . .	. . .
4 weeks	15.0 ± 6.5	18.3 ± 5.2	t_{97} = 2.75	.007
8 weeks	12.6 ± 7.0	16.4 ± 6.5	t_{97} = 2.81	.006
12 weeks	8.3 ± 5.3	16.8 ± 8.4	t_{97} = 5.98	<.001
BDI (Exact $F_{3,95}$ = 8.53, *P*<.001)				
Initial	23.6 ± 7.2	23.0 ± 6.9	. . .	. . .
4 weeks	17.7 ± 8.0	21.6 ± 8.1	t_{97} = 2.41	.02
8 weeks	13.6 ± 7.5	19.1 ± 8.9	t_{97} = 3.29	.001
12 weeks	10.6 ± 6.8	19.2 ± 8.7	t_{97} = 5.46	<.001

**IPT indicates interpersonal psychotherapy; WLC, waiting list condition; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; BDI, Beck Depression Inventory; and ellipses, not applicable.*

I pazienti in trattamento con IPT avevano una probabilità significativamente maggiore di soddisfare i criteri di recupero sull'HRSD (37,5%) rispetto ai pazienti del gruppo WLC (13,7%) (χ_1^2 = 7,40, *P* = 0,007). Inoltre, una percentuale significativamente maggiore di pazienti trattati con IPT si è ripresa in base ai criteri BDI (43,8%) rispetto ai pazienti assegnati al gruppo WLC (13,7%) (χ_1^2 = 10,99, *P* = 0,001). Infine, un numero significativamente inferiore di donne nel gruppo IPT ha soddisfatto i criteri per l' episodio depressivo maggiore del *DSM-IV* alla valutazione di 12 settimane (12,5%) rispetto alle donne nel gruppo WLC (68,6%) (χ_1^2 = 32,1, *P* <0,001).

Abbiamo anche valutato la risposta al trattamento (definita a priori come riduzione ≥50% dei sintomi). Sulla base dei punteggi HRSD, una percentuale significativamente maggiore di pazienti trattati con IPT ha risposto al trattamento (62,5%) rispetto ai pazienti assegnati al gruppo WLC (17,6%) (χ_1^2 = 20,84, *P* <0,001). Allo stesso modo, sulla base dei punteggi BDI, una percentuale

significativamente maggiore di pazienti che ricevevano un trattamento con IPT ha risposto al trattamento (60,4%) rispetto ai pazienti nel gruppo WLC (15,7%) (χ_1^2 = 21,14, P < 0,001).

Analisi dei risultati: adattamento psicosociale

Per il SAS-SR, c'è stata una significativa interazione gruppo × occasione di valutazione a favore dell'IPT (Tabella 3). I test *t di* follow-up hanno rivelato che alla valutazione di 4 settimane sono emerse differenze significative nella direzione prevista (Tabella 3). Ciascuna delle sottoscale pertinenti ha mostrato significativi effetti di occasione di valutazione gruppo × a favore dell'IPT, tra cui "lavoro in casa" (esatto $F_{3,92}$ = 4.12, P = .009), "lavoro fuori casa" (esatto $F_{3,44}$ = 7.41, P <.001), "rapporto con il coniuge" (esatto $F_{3,90}$ = 7.22, P <.001), "rapporto con figli di età superiore a 2 anni" (esatto $F_{3,64}$ = 2.P <.05), "relazione con i parenti stretti" (esatto $F_{3,89}$ = 5,15, P = .002) e "rapporti con gli amici" (esatto $F_{3,93}$ = 4,88, P = .003).

Table 3. Psychosocial Outcomes for Completer Subjects*

Outcome Variable	Mean ± SD: IPT Group (N = 48)	Mean ± SD: WLC Group (N = 51)	Statistics	P
Social Adjustment Scale–Self-Report (Exact $F_{3,95}$ = 9.21, P<.001)				
Initial	2.44 ± .31	2.48 ± .37	. . .	. . .
4 weeks	2.26 ± .35	2.47 ± .40	t_{97} = 2.73	.008
8 weeks	2.05 ± .33	2.36 ± .42	t_{97} = 4.01	<.001
12 weeks	1.93 ± .34	2.35 ± .45	t_{97} = 5.16	<.001
Postpartum Adjustment Questionnaire (Exact $F_{3,95}$ = 9.10, P<.001)				
Initial	2.74 ± .34	2.69 ± .33	. . .	. . .
4 weeks	2.59 ± .36	2.66 ± .32	t_{97} = 0.96	NS
8 weeks	2.44 ± .31	2.62 ± .36	t_{97} = 2.59	.01
12 weeks	2.33 ± .29	2.57 ± .38	t_{97} = 3.54	.001
Dyadic Adjustment Scale (Exact $F_{3,95}$ = 1.89, P = .14)				
Initial	93.36 ± 19.15	87.60 ± 24.66	. . .	. . .
4 weeks	97.34 ± 20.34	87.04 ± 24.99	t_{97} = 2.24	.03
8 weeks	100.37 ± 19.34	88.65 ± 25.62	t_{97} = 2.55	.01
12 weeks	101.19 ± 20.73	88.69 ± 27.57	t_{97} = 2.54	.01

*IPT indicates interpersonal psychotherapy; WLC, waiting list condition; ellipses, not applicable; and NS, nonsignificant.

Sulla misura specifica dell'aggiustamento postparto, il PPAQ, si è verificato un significativo effetto gruppo × occasione di valutazione a favore dell'IPT (Tabella 3). I test *t di* follow-up hanno rivelato che sono emerse differenze significative nella direzione prevista alla valutazione di 8 settimane (Tabella 3). Diverse sottoscale hanno mostrato effetti di occasione gruppo × valutazione significativi simili a favore dell'IPT, tra cui "lavoro in casa" (esatto $F_{3,93}$ = 4,61, P = 0,005), "relazione con il coniuge" (esatto $F_{3,91}$ = 4,87, P = .003), "rapporti con figli diversi dal neonato" (esatto $F_{3,70}$ = 4,67, P= .005) e "relazioni con gli amici" (esatto $F_{3,94}$ = 2,72, P = 0,05). Contrariamente al caso del SAS-SR, non c'è stato un effetto significativo per "lavoro fuori casa" (esatto $F_{3,42}$ = 1,54, P = .22), o "rapporti con altri membri della famiglia" (esatto $F_{3,93}$ = 2,43, P = 0,07). Inoltre, non c'era una

differenza significativa tra i 2 gruppi sulla sottoscala "relazione con il neonato" (F esatto $_{3,93}$ = 1,90, P = 0,13). Ciò può essere dovuto al fatto che, anche prima della terapia, le donne in entrambe le condizioni riferivano pochissima insoddisfazione / disturbo nel loro rapporto con i loro bambini.

La misura psicosociale finale che è stata ottenuta in ciascuna delle 4 valutazioni della terapia è stata la DAS, una misura specifica di aggiustamento in relazione con il partner. Non c'era un significativo effetto gruppo × occasione di valutazione per questa misura (Tabella 3). Tuttavia, c'è stato un significativo effetto gruppo × occasione di valutazione per la sottoscala di soddisfazione diadica del DAS a favore dell'IPT ($F_{3,95}$ = 3,13, P = 0,03). Gli effetti di interazione per le altre 3 sottoscale, Consenso diadico, Coesione diadica ed Espressione affettiva, non erano significativi.

Commento

La psicoterapia interpersonale ha portato a un miglioramento significativo dei sintomi depressivi rispetto al WLC basato su (1) la riduzione assoluta dei livelli dei sintomi misurati dall'HRSD e dal BDI; (2) la percentuale di donne che hanno risposto al trattamento (cioè, riduzione ≥ 50% della gravità dei sintomi misurata da HRSD e BDI); (3) la percentuale di donne che soddisfacevano i criteri HRSD e BDI per il recupero; e (4) la percentuale di donne che non hanno più raggiunto i criteri del *DSM-IV* per la depressione maggiore. Le donne assegnate al gruppo WLC hanno sperimentato un piccolo miglioramento nell'arco di 12 settimane (riduzione dei sintomi del 15% e del 17% sulla base dell'HRSD e del BDI, rispettivamente), suggerendo che il recupero senza trattamento avviene lentamente. Inoltre, queste donne erano già depresse in media da circa 7 mesi prima dell'inizio del periodo di attesa. L'efficacia del trattamento con IPT, la mancanza di miglioramento nel gruppo WLC e la lunga durata di questi episodi sottolineano l'importanza di iniziare il trattamento con donne depresse dopo il parto il prima possibile.

I pazienti che hanno ricevuto la IPT per la depressione postparto hanno avuto un miglioramento significativo nel loro funzionamento psicosociale sulla base del SAS-SR e del PPAQ rispetto alle donne nel gruppo WLC. I risultati di entrambe le misure convergono a suggerire che l'adattamento delle donne nella gestione delle loro famiglie, così come le loro relazioni con i loro partner e figli (diversi dai loro bambini) sono migliorati come conseguenza del trattamento con IPT. Tuttavia, questi pazienti non hanno raggiunto livelli normativi su nessuna delle due misure. [3,37] Le donne non hanno segnalato molti disturbi nel loro rapporto con i loro nuovi bambini anche prima della terapia, lasciando relativamente poco spazio per il miglioramento.

In contrasto con i punteggi che riflettono la relazione dei pazienti con i loro bambini, i punteggi totali DAS pretrattamento (media = 90,4) soddisfacevano facilmente il criterio per il disagio coniugale (punteggio < 100) utilizzato in altri studi di trattamento. [38,39] Il trattamento con IPT ha determinato un aumento di circa un terzo di DS nell'adattamento coniugale complessivo rispetto a nessun cambiamento nell'adattamento coniugale delle donne nel gruppo WLC, sebbene questa differenza non fosse statisticamente significativa. Tuttavia, la sottoscala di soddisfazione diadica ha mostrato un cambiamento significativo associato al trattamento. Questa sottoscala include elementi critici che riflettono la contemplazione del divorzio, discussioni, pensieri positivi sulla relazione, felicità generale e impegno per la relazione, tra gli altri. [36] Questi tipi di items possono riflettere caratteristiche della relazione che dipendono dalla prospettiva personale della donna più che dal comportamento del partner. Il cambiamento in altri aspetti della relazione può richiedere la partecipazione alla terapia di entrambi i membri della diade.

Durante la fase di trattamento dello studio, abbiamo utilizzato valutatori clinici che non erano ciechi dello stato di trattamento del soggetto. C'erano 2 ragioni per cui abbiamo scelto di non utilizzare valutatori clinici in cieco. In primo luogo, abbiamo creduto che mantenere gli intervistatori ciechi

sullo stato del trattamento quando un gruppo stava ricevendo il trattamento e un gruppo no sarebbe stato quasi impossibile. Eravamo preoccupati che i soggetti potessero rivelare troppo facilmente (o inavvertitamente) se stavano ricevendo o meno un trattamento. In secondo luogo (e più importante), abbiamo creduto che stabilire una relazione tra i valutatori clinici e i soggetti dello studio sarebbe servito a ridurre l'attrito, in particolare per le donne assegnate al gruppo WLC. Il basso tasso di abbandono complessivo del 17,5% suggerisce che affrontare questo potenziale problema è stato utile,

Ci sono diversi flussi di prove che suggeriscono che i punteggi HRSD ottenuti nel nostro studio non sono stati compromessi dalla mancanza di valutatori indipendenti. In primo luogo, i punteggi BDI e HRSD erano altamente correlati e hanno dato essenzialmente gli stessi risultati. Sia la percentuale di pazienti che sono stati recuperati che la proporzione di pazienti che hanno risposto al trattamento erano simili quando sono stati confrontati i punteggi BDI e HRSD. Inoltre, c'è stato un alto livello di accordo, sia rispetto alla coerenza che al livello assoluto di valutazione, tra un valutatore clinico completamente in cieco che ha valutato i nastri delle interviste cliniche e i valutatori clinici che hanno condotto le interviste.

Per valutare il bias da parte degli intervistatori clinici, che non erano ciechi alla condizione sperimentale dei soggetti, abbiamo anche determinato le differenze assolute nei punteggi HRSD per l'intervistatore clinico e il valutatore cieco tra i gruppi IPT e WLC. Abbiamo esaminato questa domanda statisticamente con un'analisi della varianza a 3 vie. L'interazione a 3 vie, 2 gruppi (IPT, WLC) × 4 occasioni di valutazione (preterapia, 4 settimane, 8 settimane, 12 settimane) × 2 valutatori (cieco, non cieco), che suggerirebbero bias a favore del gruppo IPT, è stata non significativo (F esatto $_{3,184}$ = 1,56; P= .20). Inoltre, le differenze assolute tra valutatori ciechi e non ciechi erano piuttosto piccole, in particolare nelle valutazioni iniziali e di 12 settimane (differenze di valutazione iniziale e di 12 settimane entrambe 0,1 sull'HRSD). Questi risultati convergono a suggerire che i bias nelle valutazioni HRSD, se si sono verificati, erano trascurabili.

I partecipanti allo studio erano per lo più bianchi, in una relazione relativamente stabile con un partner e in media erano relativamente ben istruiti. I partecipanti avevano anche poche diagnosi di comorbilità e episodi di depressione relativamente lunghi prima dell'ingresso nello studio. Di conseguenza, la ricerca futura sull'IPT per la depressione postparto dovrebbe includere pazienti provenienti da contesti più urbani che hanno popolazioni più ampie di donne minoritarie e donne che hanno diagnosi di comorbilità come il disturbo di panico.

I risultati di questo studio hanno diverse importanti implicazioni. In primo luogo, le donne che soffrono di depressione postparto dovrebbero essere trattate il più rapidamente possibile. La lunga durata degli episodi prima dell'arruolamento nel nostro studio e il minimo cambiamento nei sintomi nelle donne che non hanno ricevuto il trattamento suggeriscono entrambi che non c'è nulla da guadagnare ritardando il trattamento. In secondo luogo, l'IPT è un trattamento efficace che può essere offerto con sicurezza alle donne depresse dopo il parto. La disponibilità di un trattamento non farmacologico efficace è importante perché molte donne potrebbero voler evitare di assumere farmaci psicotropi se allattano al seno (più del 40% nel nostro campione) e perché c'è una relativa scarsità di ricerche controllate sull'efficacia dei farmaci antidepressivi per depressione nel periodo postparto. [9] Questi risultati dovrebbero dare ai medici la certezza che l'IPT è un trattamento efficace e accettabile per la depressione postparto.

Questo lavoro è stato sostenuto dalla borsa di studio MH50524 del National Institute of Mental Health, Bethesda, Md (Dr O'Hara).

Parti di questo lavoro sono state presentate all'incontro biennale della Marcé Society, Iowa City, Iowa, 27 giugno 1998.

Ringraziamo i terapisti e lo staff dello studio: Jane Anderson, PhD, Juan Aquino, PhD, Sandra Davis, PhD, Susan Enzle, PhD, Ronald Hilliard, PhD, Perry Howell, PsyD, Ana Lopez-Dawson, PhD, James Marchman, PhD, Ronald Nelson, PhD, Patricia Rebeck, PhD, Deborah Van Speybroeck, PhD, Elizabeth Rose, PhD, Rebecca Ready, MA, Karin Larsen, MA, Carol Mertens, PhD e Melody Weig. Ringraziamo anche Jill France, Bureau of Vital Records, Iowa Department of Public Health, per la sua assistenza.

Ristampe: Michael O'Hara, PhD, Department of Psychology, University of Iowa, Iowa City, IA 52242.

Riferimenti

1. Myers JKWeissman MMTischler GLHolzer CELeaf PJ Orvaschel HAnthony JCBoyd JHBurke JD JrKramer MStoltzman R Prevalenza a sei mesi di disturbi psichiatrici in tre comunità. *Arch Gen Psychiatry.* 1984; 41959-967
2. O'Hara MWSwain AM Tassi e rischio di depressione postparto: una meta-analisi. *Int Rev Psychiatry.* 1996; 837-54
3. O'Hara MWHoffman JGPhilipps LHCWright EJ Adjustment in donne in età fertile: il Postparto Adjustment Questionnaire. *Psychol Assess.* 1992; 4160-169
4. Cummings MEDavies PT Depressione dei genitori, funzionamento familiare e adattamento del bambino: fattori di rischio, processi e percorsi. Cicchetti DToth SLeds. *Prospettive* evolutive *sulla depressione* Rochester, NY University of Rochester Press1992; 283- 322
5. Downey GCoyne JC Figli di genitori depressi: una revisione integrativa. *Psychol Bull.* 1990; 10850-76
6. O'Hara MW Depressione postparto: cause e conseguenze. New York, NY Springer-Verlag1994;
7. Elkin IShea MTWatkins JTImber SDSotsky SMCollins JFGlass DRPilkonis PALeber WRDocherty JPFiester SJParloff MB National Institute of Mental Health Trattamento della depressione Programma di ricerca collaborativa: efficacia generale dei trattamenti. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46971-982
8. Elkin IParloff MBHadley SWAutry JH NIMH Trattamento della depressione Programma di ricerca collaborativa: background e piano di ricerca. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42305-316
9. Appleby LWarner RWhitton AFaragher B Uno studio controllato di fluoxetina e consulenza cognitivo-comportamentale nel trattamento della depressione postnatale. *BMJ.* 1997; 314932-936
10. Gregoire AJPKumar REveritt BHenderson AFStudd JWW Estrogeno transdermico per il trattamento della depressione postnatale grave. *Lancetta.* 1996; 347 (9330) 930-933
11. Wisner KLPerel JMFindling RL Trattamento antidepressivo durante l'allattamento. *Sono J Psychiatry.* 1996; 1531132-1137
12. Stowe ZNOwens MJLandry JCKilts CDEly TLlewellyn ANemeroff CB Sertralina e desmetilsertralina nel latte materno umano e nei lattanti. *Sono J Psychiatry.* 1997; 1541255-1260
13. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs, The transfer of drug and other chemicals into human milk. *Pediatria.* 1994; 93137-150
14. Holden JMSagovsky RCox JL Counseling in un contesto di medicina generale: studio controllato dell'intervento del visitatore sanitario nel trattamento della depressione postnatale. *BMJ.* 1989; 298223-226

15. Wickberg BHwang CP Counseling della depressione postnatale: uno studio controllato su un campione svedese basato sulla popolazione. *J Affect Disord.* 1996; 39209-216
16. Cooper PJMurray L L'impatto dei trattamenti psicologici della depressione postparto sull'umore materno e sullo sviluppo del bambino. Murray LCooper PJeds. *Depressione postparto e sviluppo infantile* New York, NY Guilford1997; 201-220
17. Stuart SO'Hara MW Psychotherapies. Steiner MYonkers KAEriksson Eeds. *Disturbi dell'umore nelle donne* Londra, Inghilterra Martin Dunitz Publishers In press.
18. Klerman GLWeissman MM Rounsaville BJChevron ES *Psicoterapia interpersonale della depressione* . New York, NY Basic Books1984;
19. Mufson LWeissman MMMoreau DGarfinkel R Efficacia della psicoterapia interpersonale per adolescenti depressi. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56573-579
20. Weissman MMMarkowitz JC Psicoterapia interpersonale: stato attuale. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51599-606
21. Stuart SO'Hara MW Psicoterapia interpersonale per la depressione postparto: un programma di trattamento. *J Psychother Pract Res.* 1995; 418-29
22. Stuart SO'Hara MW Trattamento della depressione postparto con psicoterapia interpersonale [lettera]. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 5275-76
23. Zimmerman MCoryell W The Inventory to Diagnose Depression (IDD): una scala di autovalutazione per diagnosticare i disturbi depressivi maggiori. *J Consult Clin Psychol.* 1987; 5555-59
24. Spitzer RLWilliams JBWGibbon MFirst MB L'intervista clinica strutturata per *DSM-III-R* (SCID), I: anamnesi, razionale e depressione. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49624-629
25. Primo MBSpitzer RLGibbon MWilliams JBW *Structured Clinical Interview for* DSM-IV *Axis I Disorders, Research Version, Non-Patient Edition* . New York New York State Psychiatric Institute1997;
26. Hamilton MA Sviluppo di una scala di valutazione per la malattia depressiva primaria. *Br J Soc Clin Psychol.* 1967; 6278-296
27. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quarta Edizione* . Washington, DC American Psychiatric Association1994;
28. Pfohl BBlum NZimmerman M *Intervista clinica strutturata per la personalità del* DSM-IV *(SIDP-IV)* . Washington, DC American Psychiatric Association1997;
29. Rounsaville BJO'Malley SSFoley SWeissman MM Ruolo della formazione manuale nella conduzione ed efficacia della psicoterapia interpersonale per la depressione. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56681-688
30. Nathan PEStuart SDolan SL Ricerca sull'efficacia e l'efficacia della psicoterapia: tra Scilla e Cariddi? *Psychol Bull.* In stampa.
31. Parloff MB Placebo controlla nella ricerca in psicoterapia: una conditio sine qua non o un placebo per problemi di ricerca? *J Consult Clin Psychol.* 1986; 5479-87
32. Horvath P Placebo e fattori comuni in due decenni di ricerca in psicoterapia. *Psychol Bull.* 1988; 104214-225
33. London PKlerman G Valutare la psicoterapia. *Sono J Psychiatry.* 1982; 139709-717
34. Beck ATWard CHMendelson MMock JErbaugh J Un inventario per misurare la depressione. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4561-569
35. Weissman MMBothwell S Valutazione dell'adattamento sociale in base all'autovalutazione del paziente. *Arch Gen Psychiatry.* 1976; 331111-1115
36.Spanier G Misurazione dell'adeguamento diadico: nuove scale per valutare la qualità del matrimonio e diadi simili. *J Matrimonio Fam.* 1976; 3815-28
37. Weissman MMPrusoff BAThompson WD Adattamento sociale mediante auto-segnalazione in un campione di comunità e in pazienti psichiatrici ambulatoriali. *J Nerv Ment Dis.* 1978; 166317-326

38. O'Leary KDBeach SRH Terapia coniugale: un trattamento praticabile per la depressione e la discordia coniugale. *Sono J Psychiatry.* 1990; 147183-186
39. Baucom DHSayers SLSher TG Integrare la terapia coniugale comportamentale con la ristrutturazione cognitiva e l'allenamento dell'espressività emotiva: un'indagine sui risultati. *J Consult Clin Psychol.* 1990; 58636-645