



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**ALLATTAMENTO MATERNO E DEPRESSIONE
POST PARTUM, ESISTE UN LEGAME?
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof.ssa Cengia Elda

Laureanda: Costantini Gloria

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. DISTURBI PSICHICI NEL PUERPERIO	3
1.1. Classificazione dei disturbi psichici nel puerperio	3
2. DEPRESSIONE POST PARTUM	7
2.1. Fattori di rischio da forte a moderato	7
2.2. Fattori di rischio moderato	8
2.3. Fattori di rischio debole.....	9
2.4. Variabili biologiche e genetiche della depressione post partum	9
2.5. Diagnosi.....	12
2.6. Trattamento	13
3. ALLATTAMENTO AL SENO E DEPRESSIONE POST PARTUM	17
3.1. Fisiologia dell'allattamento	17
3.2. Benefici dell'allattamento al seno	18
3.3. Promozione dell'allattamento al seno	19
3.4. Revisione della letteratura	21
3.5. La relazione fra allattamento e depressione post partum	23
3.6. Strategie pratiche per promuovere l'allattamento e contrastare la depressione	25
CONCLUSIONI	29
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUZIONE

“La gravidanza e il puerperio sono gli eventi più complessi dell’esperienza umana” (Ian Brockinton, 2015). In tale momento infatti le donne sono più vulnerabili a sviluppare disturbi psichici a causa dei cambiamenti fisiologici e psicologici dovuti al parto.

La depressione post partum o depressione puerperale è il disturbo più comune del periodo postnatale che colpisce circa l’8-12% delle neomamme ed esordisce generalmente fra la sesta e la dodicesima settimana dalla nascita del figlio (Ministero della Salute, 2013). Meno della metà delle donne però ricerca aiuto per lo stigma associato alle condizioni di salute mentale e questo ritarda la diagnosi ed il trattamento e può portare ad avere conseguenze non solo sulla madre, ma sul resto del nucleo familiare e soprattutto sul neonato.

Gli studi (Ahn, 2014; Inguscio, 2011) sui correlati biologici della depressione nel post partum degli ultimi anni danno sempre più risalto alle modificazioni endocrine, immunitarie e neurotrasmettitoriali, innescate dagli *stressors* fisici e soprattutto psicosociali a cui è sottoposta la donna nella gravidanza e nel puerperio. Per molti anni l’allattamento al seno è stato considerato un fattore di rischio per l’aumento della sintomatologia depressiva e dell’ansia, tanto che la depressione post partum originariamente veniva chiamata “pazzia da lattazione” (Rohe, 1993).

Lo scopo della presente tesi è quello di valutare, tramite la revisione della letteratura, se esiste un legame fra la depressione post partum e l’allattamento al seno, ovvero se quest’ultimo aumenta il rischio di depressione o se al contrario protegge le neomamme dallo sviluppo di tale disturbo.

Il lavoro è stato effettuato tramite una ricerca elettronica nel database PubMed con l’inserimento delle seguenti parole chiave: “allattamento al seno”, “depressione post partum”, “psiconeuroimmunologia” e “allattamento artificiale”. Dall’analisi di tre studi recenti (Ahn, 2014; Dias, 2015; Hahn-Hanbrook, 2013) è stato rilevato che l’allattamento al seno non aumenta il rischio di depressione post partum, ma al contrario protegge le mamme dallo sviluppo di tale patologia. L’allattamento infatti riduce la sintomatologia depressiva ed ha anche un possibile ruolo nella riduzione dello stato infiammatorio e dello stress.

1. DISTURBI PSICHICI NEL PUERPERIO

Il termine puerperio viene convenzionalmente inteso come il periodo di tempo che inizia dopo il secondamento (espulsione della placenta) e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica. Il puerperio dura in media 6-8 settimane, durante le quali si completa la regressione della maggior parte delle modificazioni gravidiche a carico dei vari organi e apparati. Fanno parte del puerperio anche le prime due ore che seguono il secondamento, definite post partum.

Nel puerperio le donne hanno una maggior probabilità di sviluppare disturbi psichici a causa della loro vulnerabilità data da cambiamenti fisici e psicologici. Questi disturbi se non individuati e trattati tempestivamente hanno effetti non solo sulla madre, ma su tutti i membri della famiglia e soprattutto sul neonato.

1.1 Classificazione dei disturbi psichici nel puerperio

Baby Blues (Maternity Blues o post partum blues)

È un quadro clinico lieve, che insorge in corrispondenza della prima settimana dopo il parto, caratterizzato dalla flessione del tono dell'umore, labilità emotiva con facilità al pianto, astenia, ansia, irritabilità e talora lievi disturbi di memoria e di concentrazione. Colpisce più del 50% delle nuove madri e non dura più di qualche giorno, risolvendosi per lo più spontaneamente (Jones, 2008). Tuttavia in alcuni casi può complicarsi, sfociando in un quadro depressivo franco o più raramente, in una psicosi puerperale. Sembra che il 20% delle donne che hanno il post partum blues possano presentare un episodio depressivo conclamato nel corso del primo anno dopo il parto (Bobo, 2014).

Depressione post partum (depressione puerperale)

Con il termine depressione post partum si intende un disturbo depressivo non psicotico, di lieve o moderata entità, che varia in base alla gravità e alla durata, che inizia e si estende in gravidanza o nel puerperio.

La depressione puerperale insorge più frequentemente nelle prime sei settimane successive al parto, con una sintomatologia del tutto sovrapponibile a quella dell'episodio depressivo maggiore al di fuori del puerperio: flessione del tono dell'umore, a tratti irritabilità, angoscia, abbattimento, anedonia, sentimenti di colpa, riduzione dell'appetito, alterazioni del sonno,

riduzione della capacità di concentrazione, della memoria e dell'attenzione e nelle forme più gravi, idee ricorrenti di morte (Ministero della Salute, 2013).

Una peculiarità clinica rispetto alla depressione non post partum può essere rappresentata dalla polarizzazione ideativa su problematiche inerenti il figlio, con preoccupazioni eccessive riguardo alla salute del neonato, alla capacità di nutrirlo e accudirlo, o con la sensazione di non provare sentimenti di amore nei confronti del bambino.

Sebbene il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) indichi come l'esordio della depressione puerperale debba avvenire durante la gravidanza o entro le quattro settimane seguenti il parto, la maggior parte dei clinici includono nella depressione post partum tutti gli episodi depressivi ad insorgenza entro un anno dalla nascita del bambino. Molti studi hanno rilevato tassi di prevalenza di depressione nel primo anno post partum tra il 6.5% ed il 12.9% (Camp, 2013), tuttavia solo la metà delle donne affette dal disturbo ricerca aiuto (Bobo, 2014).

La depressione puerperale può andare incontro a remissione spontanea nell'arco di circa due mesi, ma se non trattata, in un quarto dei casi tende a persistere fino ad un anno dopo il parto e può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di ricorrenza e cronicità del disturbo depressivo. La depressione nel post partum causa inoltre uno sviluppo inadeguato della relazione madre-figlio (Cabrera, 2015; Camp, 2013) e genera ripercussioni sullo sviluppo cognitivo e comportamentale del bambino.

Nella letteratura scientifica internazionale c'è una crescente consapevolezza che l'uso corrente del termine depressione post partum non descriva una condizione clinica definita, ma sia piuttosto un termine *catch-all* che comprende un vasto *range* di quadri clinici distinti (Brockington, 2015). Infatti le ricerche relative all'ansia puerperale, ai disturbi di panico, ai disturbi post traumatici da stress e ai disturbi ossessivo-compulsivo sono esigue, anche se il loro tasso d'incidenza nel puerperio è elevato.

Psicosi post partum

E' una vera e propria emergenza psichiatrica, con necessità di ricovero ospedaliero, date le possibili tragiche conseguenze: il 5% delle donne commette suicidio ed il 4% infanticidio (Doucet, 2009). Ha un'incidenza pari a circa 1-2 su 1000 nascite (Bobo, 2014; Doucet, 2009; Jones, 2008) e nella maggior parte dei casi si manifesta improvvisamente nelle prime due settimane che seguono il parto. Le donne che hanno sofferto di episodi bipolari hanno una

vulnerabilità del 25-50% di sviluppare psicosi puerperale, mentre le donne che hanno già sofferto di tale disturbo hanno un rischio del 57% (Jones, 2008). Gli studi evidenziano che molti degli episodi psicotici del post partum rappresentano il segnale di un disturbo bipolare o di una depressione maggiore con manifestazioni psicotiche (Jones, 2008).

Il quadro clinico è caratterizzato dalla presenza di stati confusionali, sintomi psicotici, come allucinazioni e idee deliranti, agitazione estrema, disorientamento spazio-temporale e cambiamenti repentini del tono dell'umore.

La psicosi post partum ha importanti implicazioni sul piano prognostico: in circa il 50% dei casi, infatti, nelle gravidanze successive si verificano manifestazioni cliniche analoghe e nella stessa percentuale possono manifestarsi successivi episodi psicotici non legati al puerperio (Jones, 2008).

2. DEPRESSIONE POST PARTUM

La depressione post partum o depressione puerperale è un disturbo che colpisce, con diversi livelli di gravità, dall'8 al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita del figlio. La donna manifesta sentimenti di tristezza, irritabilità, labilità emotiva, insicurezza e anedonia. Inoltre un sentimento ricorrente tra le neomamme, che si trovano a dover affrontare questo problema, è la vergogna mista a senso di colpa per la situazione che stanno vivendo.

La depressione puerperale, come tutte le patologie psichiatriche, è una patologia multifattoriale causata dall'interazione fra fattori biologici e psicosociali. Gli studi (Ahn, 2014; Inguscio, 2011) sui correlati biologici della depressione nel post partum degli ultimi anni danno sempre più risalto alle modificazioni endocrine, immunitarie e neurotrasmettitoriali, innescate dagli *stressors* fisici e soprattutto psicosociali a cui è sottoposta la donna nella gravidanza e nel puerperio.

2.1 Fattori di rischio da forte a moderato

Depressione o ansia durante la gravidanza

Uno dei più importanti fattori predittivi di depressione nel puerperio è la presenza della stessa patologia nel corso della gravidanza. L'ansia pregressa, prenatale o quella che si manifesta nei primi giorni dopo il parto rappresenta anch'essa un importante fattore di rischio.

Storia psichiatrica pregressa

La presenza di pregressi disturbi psichiatrici o una familiarità positiva per gli stessi, sono considerati fattori predittivi per la depressione post partum.

Life events

Eventi di vita stressanti quali il lutto, la separazione, il divorzio e la perdita del lavoro, possono rappresentare importanti *stressors* anche in soggetti senza una pregressa storia di disturbi dell'umore e possono indurre, in persone predisposte, l'insorgenza di un episodio depressivo. La correlazione tra questi *life events* e la depressione post partum è variabile da Paese a Paese, ma è considerata comunque di grado da moderato a forte. La gravidanza e la

nascita stessa possono essere considerati importanti fattori di stress, soprattutto qualora si verificano in un contesto psicosociale problematico, come nel caso di una madre adolescente e/o single.

Supporto sociale inadeguato

Esiste una stretta correlazione tra la depressione post partum ed un inadeguato supporto sociale durante la gravidanza. Un adeguato supporto familiare e/o di altre figure di riferimento, in concomitanza dei *life events* prima menzionati, rappresenterebbe invece un fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di un episodio depressivo nel post partum.

2.2 Fattori di rischio moderato

Fattori personologici

Diversi studi (Robertson, 2004) indicano che determinati tratti di personalità, con gli stili cognitivi ad essi correlati, si associano ad una maggiore probabilità di sviluppare depressione nel post partum. Il cosiddetto “nevroticismo”, caratterizzato da elementi come ansia, insicurezza e scarsa autostima, rappresenterebbe un fattore di rischio di grado variabile da debole a moderato. Anche uno stile cognitivo caratterizzato da pessimismo, ruminazioni e rabbia è associato ad un aumento del rischio.

Transizione di ruolo

Alcuni autori (Robertson, 2004) sostengono che la depressione nel post partum sia in parte correlata alla perdita delle aspettative del ruolo femminile, che negli ultimi decenni ha subito un cambiamento radicale nelle società occidentali. In particolare, nelle donne che sviluppano la depressione sembrerebbero importanti la perdita dell'identità sessuale e del ruolo di donna per il partner, l'ambivalenza e la modificazione dell'aspetto fisico conseguente all'aumento di peso dopo il parto.

Problematiche coniugali

Diversi studi (Bobo, 2014; Robertson, 2004) hanno segnalato un aumentato rischio di depressione nel post partum in donne che nel corso della gravidanza avevano avuto problematiche coniugali. L'insoddisfazione coniugale, dovuta soprattutto a mancanza di

supporto emotivo da parte del compagno, così come una relazione conflittuale, hanno importanti conseguenze sull'equilibrio affettivo della madre, ma anche del bambino.

2.3 Fattori di rischio debole

Condizione socio-economica disagiata

La disoccupazione, un basso reddito ed un basso livello culturale sono sempre stati considerati come possibili fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi psichiatrici in generale ed in particolare per la depressione. Vi sono diversi studi (Robertson, 2004; Bobo, 2014) che confermano il ruolo di questi fattori anche nell'insorgenza di un episodio depressivo nel periodo puerperale. Sembra inoltre che un basso stato socio-economico possa aumentare gli effetti negativi della depressione materna sul bambino.

Fattori ostetrici

Eventuali complicanze ostetriche, quali l'iperemesi gravidica, la minaccia d'aborto, la pre-eclampsia, il parto prematuro, il parto distocico o quello cesareo possono sottoporre la donna ad un notevole carico di stress psicofisico. Tuttavia la letteratura (Robertson, 2004) indica come questi fattori risultino solo debolmente associati ad un aumento del rischio di depressione nel puerperio.

Per quanto il parto cesareo sia stato considerato un fattore predittivo debole di depressione post partum, quando questo avviene in condizioni di emergenza, il rischio sembra divenire più significativo.

Un recente studio (Choi, 2009) ha riportato che la multiparità stessa sarebbe maggiormente associata allo sviluppo di sintomi depressivi nel post partum.

2.4 Variabili biologiche e genetiche della depressione post partum

La gravidanza e il periodo puerperale sono caratterizzati da notevoli oscillazioni nell'attività di diversi sistemi endocrini ed è naturale che l'attenzione degli studiosi si sia focalizzata soprattutto sull'identificazione dei fattori biologici che potrebbero avere un ruolo nell'insorgenza della depressione post partum (Bobo, 2014; Doucet, 2009).

La depressione puerperale, come le malattie psichiatriche, è una patologia multifattoriale causata dall'interazione fra fattori ambientali e genetici. La componente genetica determina un diverso livello di suscettibilità allo sviluppo di tratti psicopatologici, ma l'elemento

scatenante che causa la manifestazione di questi tratti è legato all'accumularsi di una serie di esperienze ambientali.

Purtroppo le ricerche in questo campo non hanno ancora fornito spiegazioni definitive riguardo l'eziologia della depressione post partum a causa dell'esiguo numero di studi effettuati nel periodo puerperale.

Ormoni gonadici

I cambiamenti dell'umore associati al periodo post natale hanno indotto i ricercatori a formulare ipotesi sul possibile coinvolgimento degli ormoni nell'eziologia della depressione post partum.

L'ipotesi più studiata (Inguscio, 2011) è quella che attribuisce un ruolo causale preminente alla drastica caduta dei livelli ematici di estrogeni e progesterone che dalle massime concentrazioni raggiunte al termine della gravidanza, ritornano ai livelli base entro due-cinque giorni dal parto. Questa variazione ormonale determina mutamenti a livello cerebrale, interferendo con i meccanismi di neurotrasmissione coinvolti nella patologia depressiva: brusco decadimento di triptofano cerebrale e conseguentemente ridotta disponibilità di serotonina.

Tuttavia gli studi non sono sufficienti per formulare un giudizio conclusivo ed è stato ipotizzato che possa esistere un sottogruppo di donne con una diversa suscettibilità agli ormoni della riproduzione, nella quale i normali eventi endocrini correlati al parto potrebbero innescare un episodio depressivo.

Ormone prolattina

I livelli dell'ormone prolattina aumentano progressivamente durante la gravidanza e si riducono nel puerperio con una velocità variabile a seconda che avvenga o meno l'allattamento.

In uno studio recente (Inguscio, 2011) è stato osservato che donne depresse nel post partum mostravano concentrazioni di prolattina inferiori rispetto ai controlli e che i livelli di prolattina erano predittivi di una maggiore gravità dei sintomi. Inoltre, questo studio ha evidenziato che donne che allattavano al seno avevano sia livelli più elevati di prolattina, sia punteggi depressivi più bassi, sollevando la questione di un possibile ruolo protettivo dell'allattamento, mediato dalla prolattina, nei confronti delle modificazioni dell'umore.

Infiammazione e asse ipotalamo-ipofisi-surrene

Negli ultimi anni le ricerche nel campo della Psiconeuroimmunologia (PNI) hanno evidenziato il coinvolgimento della risposta infiammatoria nella fisiopatologia della depressione (Ahn, 2015). Questi studi in particolare suggeriscono un nuovo modello patogenetico che vede la risposta infiammatoria come il correlato biologico principale dei diversi fattori di rischio di depressione puerperale finora individuati. Infatti si è visto che sia gli *stressors* fisici che quelli psicosociali, incrementano i livelli di citochine proinfiammatorie. Il processo flogistico influenza i livelli di serotonina e catecolamine e ha un impatto sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), il sistema che media la risposta allo stress, regolando i livelli di cortisolo. L'osservazione di questa marcata iperattività dell'asse HPA associata alla gravidanza ha indotto i ricercatori ad ipotizzare che un'alterazione nella sua normalizzazione dopo il parto possa avere un ruolo nella patogenesi della depressione post partum.

L'asse HPA nella depressione post partum è iperfunzionante e viene attivato a livello ipotalamico dall'ormone di rilascio della corticotropina (CRH), il quale aumenta la liberazione dell'ormone adrenocorticotropo (ACTH) che conseguentemente stimola il surrene a rilasciare vasopressina e cortisolo. L'asse HPA esercita inoltre una complessa azione di modulazione sui circuiti autonomici e su quelli neurotrasmettitoriali a livello del sistema nervoso centrale. L'aumentato rilascio di vasopressina contribuisce al rinforzo della reazione da stress e quindi dei sintomi ansiosi, mentre l'aumentato rilascio di cortisolo favorisce l'insorgenza di disturbi affettivi e determina un aumentato rilascio di citochine proinfiammatorie. Quest'ultime esercitano un effetto negativo sul tono dell'umore e determinano un deficit di serotonina che causa depressione.

Acidi grassi ω -3

Diversi studi (Markhus, 2013; Inguscio, 2011) hanno evidenziato un'associazione tra ridotti livelli di acidi grassi ω -3 e lo sviluppo di depressione post partum. Gli acidi grassi, probabilmente per le intrinseche capacità di contrastare la risposta flogistica e di ridurre nello specifico i livelli di citochine proinfiammatorie, se ridotti in circolo, sembrerebbero aumentare il rischio di depressione puerperale. Infatti, uno studio epidemiologico condotto in Norvegia (Markhus, 2013) ha evidenziato un miglioramento della sintomatologia depressiva post partum a seguito della somministrazione di un complesso di acidi grassi ω -

3. Negli ultimi anni, vari studi della Food and Agricultural Organization (FAO) e World Health Organization (WHO) hanno dato estrema importanza all'assunzione di pesce, ricco di acidi grassi ω -3, in particolar modo durante la gravidanza perché gli acidi grassi prendono parte alla formazione di cellule neuronali del feto con conseguente depauperamento delle scorte materne. A questo si deve supplire con una dieta arricchita di cibi contenenti ω -3, in particolar modo pesce e olio di semi di lino e quando questo non è sufficiente bisogna intervenire con supplementi per contribuire ad una minore propensione della depressione post natale.

2.5 Diagnosi

Criteria diagnostici

La depressione post partum, come gli altri disturbi psichici, non ha all'interno del DSM-V un'entità propria. Essa è considerata come un episodio depressivo maggiore con inizio nel periodo perinatale, più precisamente durante la gravidanza o nelle quattro settimane successive al parto. Dati epidemiologici (Inguscio, 2011) suggeriscono però un periodo più esteso di aumentato rischio di depressione, che può essere anche di sei mesi o un anno dopo il parto.

Per parlare di depressione puerperale è necessario che vi sia almeno un periodo di due settimane nelle quali la neomamma presenti umore depresso, rallentamento generale o assenza di volontà, tali da interferire con la normale attività di vita quotidiana e sociale. Inoltre quattro dei seguenti sintomi devono essere presenti: perdita di peso senza altra causa apparente, insonnia o ipersonnia, agitazione o ritardo psicomotorio, affaticamento, sentimenti di frustrazione, colpa e rovina, riduzione della capacità di concentrazione e idee ricorrenti di morte o suicidio (DSM-V, 2013).

Strumenti di valutazione

Per l'identificazione tempestiva della presenza, gravità e rischio di depressione post partum vengono comunemente utilizzati degli strumenti standardizzati di valutazione come la scala di Edimburgo (EPDS) e la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), dei questionari *self-report* che vengono somministrati alle neomamme solitamente 6-8 settimane dopo il parto (Camp, 2013). Queste scale non sono degli strumenti diagnostici, ma strumenti di *screening* che servono come punto di partenza per ulteriori indagini cliniche.

L'EPDS, costruita da Cox nel 1987, è uno strumento auto-somministrato, che indaga la sintomatologia depressiva nel post partum. Le donne possono scegliere, per ciascuno dei dieci *items* della scala, la risposta che meglio definisce il modo in cui si sono sentite nell'ultima settimana. Per ciascun *item* è previsto un punteggio che va da 0, per assenza del sintomo, fino a 3, in caso di marcata severità del sintomo. Come *cut-off* per identificare una possibile depressione, generalmente si considera un punteggio compreso tra 10 e 12. Come tutti gli strumenti di screening, anche l'EPDS può non identificare tutte le donne con una depressione conclamata. Per contro, alcune madri, pur riportando punteggi elevati, non risulteranno clinicamente depresse. Un' importante caratteristica di questa scala è quella di non prevedere tra gli *items* i sintomi somatici. In tal modo si evita la possibilità di confondere eventuali sintomi fisici associati alla depressione, con quelli che fisiologicamente possono accompagnare il puerperio. L'EPDS permette inoltre una rapida identificazione delle donne con ideazione suicidaria. Un punteggio maggiore o uguale a 2 nell'*item* numero 10 ("Il pensiero di farmi del male mi è venuto") viene considerato clinicamente significativo e impone ulteriori approfondimenti. Questa scala, disponibile in molte lingue, viene attualmente utilizzata in tutto il mondo (Bobo, 2014; Doucet, 2009).

Invece la PDSS oltre che a individuare i soggetti a rischio, fornisce per ogni donna un esauriente profilo del complesso dei sintomi personalmente sperimentati, facilitando la pianificazione di un trattamento mirato. Essa è composta da sette scale che analizzano i sintomi distintivi della depressione post-partum: disturbi del sonno/alimentazione, ansia/insicurezza, labilità emotiva, confusione mentale, perdita del senso di sé, senso di colpa/vergogna e pensieri suicidari. Dal test, inoltre, è possibile ricavare un indice di risposte incoerenti, che rilevano l'affidabilità delle risposte date. I primi sette *item* del questionario costituiscono la forma breve della PDSS, una scala ridotta che indica il livello complessivo di sintomatologia depressiva della donna.

2.6 Trattamento

Il trattamento è guidato dalla gravità della sintomatologia, dalle risposte a precedenti interventi, dalle preferenze e dal metodo di allattamento scelto dall'utente (Bobo, 2015; Doucet, 2009). Con l'appropriato trattamento molte depressioni puerperali guariscono entro un anno, ma il ritardo della diagnosi, il più delle volte comporta sintomi più duraturi e resistenti agli interventi messi in atto (Cabrera, 2015).

Interventi psicologici e psicosociali

Molti studi (Bobo, 2015; Camp, 2013) considerano questi interventi come la prima scelta nel trattamento della depressione puerperale da mite a moderata, riservando la farmacoterapia alle depressioni più gravi che non rispondono alla consulenza psicologica. Gli interventi psicoterapeutici sono generalmente preferiti dalle donne perché molte di esse sono preoccupate dei possibili effetti collaterali dei farmaci, della loro dipendenza e dal loro passaggio nel latte materno.

Questi interventi psicologici e psicosociali sono volti alla conoscenza della diagnosi e della depressione per permettere alla paziente di acquisire un automonitoraggio dei sintomi, una consapevolezza della malattia e una maggior adesione alla cura. La durata dell'intervento di psicoterapia per le depressioni da lievi a moderate dovrebbe essere di circa dieci-dodici settimane (Bobo, 2014). Gli interventi psicologici più utilizzati nel trattamento della depressione post partum sono: la psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) e la psicoterapia interpersonale (IPT).

La psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) prevede interventi di tipo individuale o di gruppo allo scopo di insegnare un modo alternativo di pensare e di agire. Lo scopo è quello di identificare i pensieri disfunzionali e le emozioni conseguenti ad essi, con l'obiettivo di introdurre pensieri alternativi che modifichino lo stato emotivo e i comportamenti della paziente. In uno studio (Misri, 2004) di confronto fra terapia farmacologica e CBT è emerso che i pazienti in terapia CBT avevano la stessa diminuzione dei sintomi depressivi dei soggetti in terapia con i farmaci.

La psicoterapia interpersonale (IPT) è una terapia breve, focalizzata sui sintomi della paziente, sui rapporti interpersonali e sugli eventi della vita. Il suo obiettivo è quello di risolvere i conflitti interpersonali attuali, migliorando le relazioni sociali e la rete di supporto e riducendo i sintomi depressivi.

Altri importanti interventi, utili nella diminuzione della sintomatologia depressiva sono i gruppi di mutuo aiuto (anche online), il massaggio infantile, il ristabilimento di un modello di riposo adeguato, la terapia di coppia, e le terapie incentrate sulla relazione madre-bambino.

Interventi farmacologici

La farmacoterapia viene utilizzata nelle depressioni puerperali gravi, qualora i sintomi persistano nonostante l'attuazione di interventi psicologici e psicoterapeutici e quando la

sintomatologia interferisce con la normale attività di vita quotidiana e di cura del neonato (Bobo, 2014). Il trattamento deve durare per almeno sei mesi per evitare possibili ricadute e la sospensione deve essere graduale (Bobo, 2014).

Prima di cominciare il trattamento la madre e i familiari devono essere adeguatamente informati circa i rischi/benefici di tale pratica e deve essere tenuta in considerazione la volontà della madre di continuare ad allattare al seno. Gli antidepressivi passano nel latte materno, in quantità che differiscono da farmaco a farmaco. La quantità che vi passa dipende da vari fattori tra i quali: la dose del farmaco, la via di somministrazione, la durata dell'attività del farmaco e lo stato di salute e l'età del neonato. Le madri che assumono antidepressivi vengono monitorate, così come i loro bambini per identificare possibili effetti collaterali, quali: irritabilità, diminuzione dell'appetito, diminuzione del peso e sonnolenza.

3. ALLATTAMENTO AL SENO E DEPRESSIONE POST PARTUM

3.1 Fisiologia dell'allattamento

L'allattamento al seno è il processo con il quale un mammifero nutre il proprio neonato alla nascita e durante il primo periodo di vita, attraverso la produzione e emissione di latte dalla mammella grazie alla suzione diretta del cucciolo dal capezzolo. L'allattamento al seno risulta il modo più fisiologico per nutrire e accudire il proprio figlio nel periodo iniziale di vita ed è una delle caratteristiche fondamentali di tutti i mammiferi, compreso l'essere umano.

Il latte viene prodotto dagli alveoli mammari e tramite i dotti galattofori arriva al capezzolo. Gli alveoli sono circondati da cellule mioepiteliali che hanno la capacità di contrarsi sotto lo stimolo della suzione e determinano l'eiezione del latte. La suzione inoltre stimola i recettori tattili dei capezzoli che a loro volta stimolano l'ipofisi a secernere prolattina (che promuove la produzione del latte) e l'ossitocina (che ne determina l'eiezione). La prolattina agisce dopo la poppata, allo scopo di produrre il latte per la poppata successiva, mentre l'ossitocina agisce prima e durante la poppata stessa. Il *feedback inhibiting factor* (FIL) è una glicoproteina che si trova all'interno del latte materno e regola la sintesi di quest'ultimo a livello periferico: più il seno viene drenato, minore sarà il FIL e maggiore sarà la produzione di latte materno. Il latte materno varia di qualità e quantità per soddisfare le esigenze del neonato durante tutta la sua crescita. Nei primi giorni di vita, in attesa che arrivi la montata lattea, il bambino succhia il colostro, un liquido denso e giallognolo, ricco di sostanze nutritive. Rispetto al latte maturo risulta molto più ricco di proteine, di sali minerali e meno di zuccheri e grassi. Le proteine forniscono particolari anticorpi, sostanze di difesa che vanno a rivestire le pareti intestinali del neonato. Verso il terzo giorno il colostro cambia, e sopraggiunge il cosiddetto latte di transizione, attraverso cui il neonato si abitua gradatamente al latte maturo, ricco di zuccheri e di grassi, che offre al bambino tutto il nutrimento di cui ha bisogno nel modo più equilibrato.

Il declino dell'allattamento avviene quando vengono introdotte altre fonti di calorie nella dieta del bambino. Di conseguenza sopraggiunge l'involutione e il latte che non viene rimosso viene riassorbito dal tessuto mammario.

3.2 Benefici dell'allattamento al seno

Per il bambino

Il latte materno è un alimento naturale che contiene tutti i nutrienti nelle giuste proporzioni, è facilmente digeribile e contiene anticorpi ed enzimi che proteggono dalle infezioni e aiutano a prevenire alcune malattie e allergie; offre quindi molti vantaggi per il bambino in termini di salute, crescita e sviluppo psicologico.

Attraverso l'allattamento al seno i bambini ricevono immunoglobuline ed altre sostanze specifiche, che aiutano a costruire e rafforzare il sistema immunitario e a sviluppare una flora intestinale sana. Per tale motivo i bambini allattati al seno sono meno soggetti a sviluppare allergie, intolleranze, e patologie come: il diabete, l'asma, le polmoniti, le infezioni intestinali e le affezioni suscettibili di degenerare in deficienze auditive. Inoltre secondo un recente studio (Berens, 2015), i bambini allattati al seno mostrano una minore incidenza di tumori, in particolare di leucemia e di linfosarcoma. Questi neonati hanno anche un minor rischio di essere obesi e in età adulta tendono ad avere livelli di colesterolo più bassi.

Infine, se la madre del bambino è colpita da influenza o infezione gastrointestinale può comunque continuare ad allattare normalmente, poiché attraverso il latte materno il bambino acquisisce gli anticorpi specifici degli agenti patogeni.

Per la madre

L'allattamento al seno stimola la naturale contrazione dell'utero riducendo il naturale sanguinamento post partum e consentendo all'utero di tornare velocemente alle dimensioni normali. Un recente studio (Lavoie, 2015) ha affermato che l'allattamento al seno riduce il rischio di osteoporosi dopo la menopausa e contribuisce a ridurre il rischio di cancro al seno e all'ovaio. Se la madre allatta al seno il recupero fisico dopo il parto sarà più facile poiché l'allattamento accelera il ritorno al peso originario. Inoltre tale pratica ritarda il ritorno del ciclo mestruale e conferisce alla donna oltre il 98% di protezione da un'altra gravidanza (Unicef, 2013). Fin dai primi momenti di vita del neonato l'allattamento al seno rafforza il legame fra madre e figlio e getta le basi per un attaccamento sicuro.

Non da ultimo, il latte materno è pratico ed economico, non ci sono costi di preparazione, è sempre disponibile, immediatamente assimilabile, alla temperatura ideale e non richiede nessun tipo di strumento esterno.

3.3 Promozione dell'allattamento al seno

Le modalità di allattamento al seno definite dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono:

- Allattamento al seno esclusivo: significa alimentare il bambino solamente con latte materno (anche spremuto).
- Allattamento al seno predominante: significa alimentare il bambino con latte materno, integrato con liquidi non nutrienti (soluzioni glucosate, tisane).
- Allattamento al seno complementare: significa alimentare il bambino con latte materno, integrato con altre sostanze nutritive (latte formulato, farine lattee).
- Allattamento artificiale: consiste nell'allattare un bambino con latte artificiale senza dare latte materno.

L'allattamento al seno, come si evince dal paragrafo precedente, è un modo ineguagliabile per fornire un'alimentazione ideale per la salute e la crescita del lattante. L'OMS raccomanda di protrarlo in modo esclusivo per i primi sei mesi di vita e di continuare ad allattare al seno, con l'introduzione di idonei alimenti complementari, fino a due anni ed oltre.

Nonostante queste raccomandazioni un recente studio (Bass, 2015) ha evidenziato che sull'80% delle donne che iniziano l'allattamento, solo il 50% di esse allatta dopo sei settimane e meno del 15% allatta fino ai sei mesi. Infatti, la diffusione e la continuità dell'allattamento al seno hanno subito una drastica riduzione in molte zone del mondo per una serie di motivi sociali, economici e culturali. Generalmente le cause che portano ad abbandonare l'allattamento sono la scarsa informazione o il mancato sostegno alle giovani madri in un periodo, quello del puerperio, spesso caratterizzato da fragilità psicologica. Inoltre, l'incoraggiamento all'impiego di surrogati del latte materno da parte di pubblicità ingannevole e *marketing* delle compagnie del latte in polvere, mina la fiducia delle mamme rispetto alla capacità di allattare il loro bambino. Il latte in formula non è un sostituto del latte materno perché non ne contiene gli stessi elementi e perché l'alimentazione artificiale può creare dei pericoli per il bambino e per la madre come: malnutrizione, obesità, malattie croniche, infezioni respiratorie, diarrea, intolleranze al latte ed allergie. Inoltre è stato rilevato (Bass, 2015) che i bambini allattati artificialmente hanno un quoziente intellettivo più basso rispetto ai bambini allattati al seno. L'allattamento artificiale interferisce anche con il rapporto madre-bambino e le mamme che allattano con sostituti del latte materno

hanno un rischio maggiore di sviluppare il cancro alle ovaie e alla mammella e di sviluppare anemie.

Per contrastare l'allattamento artificiale e promuovere l'allattamento al seno nel 1992 è nata l'iniziativa globale dell'OMS e UNICEF, "Ospedale Amico dei Bambini", che incoraggia i sistemi sanitari a migliorare l'assistenza di madre e bambino affinché l'allattamento sia soddisfacente e duraturo. In uno studio recente (Bass, 2015) è stato riscontrato che gli ospedali accreditati hanno il 2,7% di probabilità in più, rispetto agli altri ospedali, che l'allattamento abbia successo.

Per essere "Ospedale Amico dei Bambini" ogni punto nascita e di assistenza del neonato deve seguire questi dieci passi:

- 1) Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farli conoscere a tutto il personale sanitario.
- 2) Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
- 3) Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
- 4) Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
- 5) Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
- 6) Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
- 7) Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
- 8) Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita il nutrimento.
- 9) Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
- 10) Promuovere la collaborazione tra gli operatori della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

3.4 Revisione della letteratura

L'obiettivo di questa tesi è di verificare se esiste un legame fra la depressione post partum e l'allattamento al seno, ovvero se quest'ultimo aumenta il rischio di depressione o se al contrario protegge le neomamme dallo sviluppo di tale disturbo. A questo scopo è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione della banca dati PubMed con l'inserimento delle seguenti parole chiave: "allattamento al seno", "depressione post partum", "psiconeuroimmunologia" e "allattamento artificiale". Il processo di selezione degli articoli è stato effettuato verificando che i titoli e gli *abstract* fossero pertinenti al quesito della ricerca e successivamente è stato verificato che anche il contenuto del testo lo rispettasse. Alla fine del processo sono stati inclusi nella revisione della letteratura tre studi: una revisione sistematica e due studi di coorte prospettici. Questi articoli sono stati scelti in base al loro disegno di ricerca (revisioni sistematiche e studi prospettici), al loro periodo di pubblicazione (2013-2015), alle caratteristiche della popolazione presa in esame (donne con età maggiore di 18 anni, sane) e agli studi analizzati nella revisione sistematiche (fonti autorevoli). Per ogni articolo sono state estrapolate informazioni riguardanti l'autore/i, l'anno di pubblicazione, lo scopo dello studio, la popolazione analizzata, il paese di studio, i metodi e gli strumenti utilizzati e i risultati ottenuti.

La revisione sistematica di Dias C.C. e Figueiredo B.: "*Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature*" (2014), fornisce una panoramica delle attuali conoscenze sulla relazione fra allattamento al seno e depressione post partum. Le autrici lavorano presso la Scuola di Psicologia dell'Università di Minho in Portogallo e hanno pubblicato molti studi relativi alla psichiatria perinatale. Questo articolo è stato pubblicato nel "Journal of Affective Disorders", il giornale ufficiale dell'International Society for Affective Disorders. La ricerca è stata effettuata utilizzando tre banche dati: MEDLINE, Web of Knowledge and PsycINFO, con inserimento di determinate parole chiave ("*breastfeeding*", "*depression*", "*pregnancy*", "*post partum*", "*bottle feeding*"). Sono stati esclusi dalla revisione gli studi non primari (altre revisioni), gli studi che non erano focalizzati sulla relazione fra allattamento e depressione e quelli focalizzati sugli effetti dei farmaci antidepressivi. Alla fine del processo di selezione sono stati inclusi 48 studi prospettici pubblicati fra il 1983 e il 2013, effettuati in 19 diversi Paesi, soprattutto Stati Uniti e Regno Unito. Nonostante le differenze metodologiche fra gli studi inclusi (ad esempio: differenze nel disegno di studio, differenze dei tempi di verifica e nelle modalità di valutazione della depressione e differenze nelle modalità di allattamento)

è stata rilevata un'associazione fra allattamento e depressione post partum. In tutti gli studi presi in esame la presenza di depressione puerperale e depressione prenatale sono indici di uno svezzamento precoce sia per quanto riguarda l'allattamento esclusivo che l'allattamento non esclusivo. Inoltre le autrici evidenziano che lo svezzamento precoce aumenta la sintomatologia depressiva, mentre una durata maggiore nell'allattamento porta alla diminuzione della suddetta sintomatologia.

Le autrici Ahn S. e Corwin E.J. sono delle ricercatrici che lavorano rispettivamente al College of nursing dell'Università di Daejon (Repubblica di Corea) e nell'Università Emory di Atlanta (Stati Uniti). Nel loro studio prospettico di coorte "*The association between breastfeeding, the response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study*" (2015) esaminano i livelli di stress, infiammazione e sintomi depressivi nei sei mesi dopo il parto fra donne che allattano in modo predominante e donne che allattano con latte artificiale. Questa ricerca ha lo scopo di verificare se l'allattamento al seno, rispetto a quello artificiale, ha un effetto protettivo sulla depressione post partum riducendo i livelli di citochine proinfiammatorie, stress e sintomi depressivi. Lo studio è stato condotto negli Stati Uniti, ha selezionato come campione delle donne che dovevano avere queste caratteristiche: essere sane, non essere fumatrici, avere un'età compresa fra i 18-40 anni, aver avuto un parto vaginale, non gemellare e fisiologico. Le partecipanti selezionate allo studio sono state 119, per lo più di etnia caucasica, sposate e con altri figli e solo una minoranza di esse aveva già sofferto di depressione puerperale (21-22%). Le donne venivano visitate nelle loro abitazioni da un'infermiera, per un totale di otto controlli distribuiti in modo regolare nel pre e post partum: 32-36^a settimana di gravidanza, prima e seconda settimana del puerperio e ad ogni mese fino al sesto mese. Durante gli incontri venivano somministrati l'EPDS, un questionario sull'autovalutazione dello stato di salute e la scala dello stress percepito nell'ultima settimana. Inoltre venivano effettuati prelievi di sangue e un prelievo salivare per rilevare rispettivamente i livelli di citochine proinfiammatorie e cortisolo. Dall'analisi statistica dei dati non sembrano emergere sostanziali differenze fra le donne che allattano al seno e quelle che allattano artificialmente. Le uniche differenze sono state registrate nel sesto mese dove le donne che allattano al seno (70.6%) hanno una minore percezione dello stress e un livello minore della citochina proinfiammatoria IL-6, ma evidenziano un livello maggiore di cortisolo salivare.

Nell'ultimo studio preso in considerazione "*Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?*" (2013) di Hahn-Holdbrook J., Haselton M.G., Dunkel Schetter C. e Glynn L.M., viene valutato se l'allattamento al seno protegge le neomamme dallo sviluppo della depressione post partum. Gli autori lavorano presso l'Università Californiana nel Dipartimento di Psicologia e hanno scritto altri articoli relativi alla psichiatria perinatale. Per valutare l'ipotesi sopracitata è stato effettuato uno studio prospettico valutando la sintomatologia depressiva e i metodi di allattamento di un gruppo di mamme nei primi due anni dopo il parto. I criteri di inclusione delle partecipanti erano: l'aver un'età maggiore di 18 anni, essere sane, non fumatrici e l'aver avuto parto singolo e fisiologico. Alla fine del processo di selezione il campione comprendeva 205 donne con un'età media di 29 anni, appartenenti a diverse etnie e con una situazione economica stabile. Le partecipanti allo studio sono state reclutate nel primo trimestre di gravidanza e sono state seguite nei primi due anni dopo il parto, a controlli regolari effettuati a domicilio. Ad ogni incontro veniva somministrata l'EPDS per la valutazione della sintomatologia depressiva e venivano fatte domande riguardanti il metodo, il modo e la frequenza di allattamento. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato un modello statistico multilivello per prendere in considerazione tutte le variabili della popolazione presa in esame. I dati relativi al terzo mese dopo il parto non rilevano una relazione fra il metodo di allattamento al seno e la depressione post partum. Al contrario i dati del ventiquattresimo mese evidenziano che l'allattamento al seno complementare è associato ad una diminuzione nel tempo della sintomatologia depressiva. Anche in questo studio la depressione prenatale è associata invece ad uno svezzamento precoce e alla riduzione dell'allattamento esclusivo.

3.5 La relazione fra allattamento e depressione post partum

Per molti anni i metodi di nutrizione non sono stati inclusi negli studi sugli effetti della depressione post partum. I ricercatori non pensavano fosse rilevante, anzi per anni la maggior parte dei professionisti che si specializzavano nella psichiatria perinatale pensavano che l'allattamento al seno fosse una delle cause della depressione puerperale o comunque ne incrementasse il rischio. Lo studio del 1993 di Rohe G.H., affermava che l'allattamento al seno era una possibile causa della follia puerperale perché comportava vertigini, emicranie, depressione fino alla perdita di autocontrollo e all'esaurimento. Dagli studi analizzati (Ahn, 2015; Diaz, 2014; Hahn-Holbrook, 2013) si evince che la relazione fra allattamento e

depressione post partum è complessa e bidirezionale e che l'allattamento al seno non è un fattore di rischio della depressione puerperale, ma anzi ha un ruolo protettivo sulla salute mentale delle donne.

Nella revisione sistematica (Dias, 2014), sulla letteratura degli ultimi trent'anni, tutti gli studi concordano sul fatto che la depressione pre e post partum è associata ad uno svezzamento precoce sia per quanto riguarda l'allattamento al seno esclusivo sia per quello non esclusivo. L'abbandono prematuro di tale pratica comporta un aumento della sintomatologia depressiva, al contrario se protratto a lungo ne riduce i sintomi, soprattutto nelle donne che hanno sofferto di depressione in gravidanza. Se invece l'esperienza dell'allattamento è insoddisfacente o insorgono problematiche come: il dolore, la percezione di una produzione di latte insufficiente, ragadi o nei casi più gravi la mastite, compaiono sintomi depressivi che possono evolversi nella depressione puerperale.

Negli studi prospettici presi in considerazione non sono stati evidenziati risultati eclatanti sull'effetto protettivo dell'allattamento al seno nei confronti della depressione post partum. Nello studio di Ahn S. e Corwin E.J. è evidente che nel sesto mese post natale in entrambi i gruppi è presente stabilità emotiva dovuta ad una riduzione della sintomatologia depressiva. I dati evidenziano che le donne che allattano al seno rispetto alle donne che utilizzano latte in polvere, hanno livelli minori di interleuchina IL-6 (citochina proinfiammatoria) e gli stessi livelli di stress nonostante le ore minori di sonno, facendo così ipotizzare un possibile effetto benefico a lungo termine dell'allattamento nella riduzione della risposta infiammatoria e dello stress.

Nell'altro studio prospettico (Hahn-Holdbrook, 2013) l'allattamento al seno è associato ad una diminuzione della sintomatologia depressiva riscontrabile nel secondo anno dopo il parto. La riduzione della sintomatologia è maggiore nelle donne che allattano in modo esclusivo nei primi tre mesi dopo il parto e con maggior frequenza. La depressione pre e post partum è invece associata ad uno svezzamento precoce di 2-3 mesi prima rispetto alle donne che non soffrono di questi disturbi.

In conclusione si può affermare che l'allattamento al seno procura importanti benefici sia fisici che psicologici per la mamma e il suo bambino. L'allattamento al seno non è un fattore di rischio della depressione post partum, anche se la relazione fra queste due variabili è complessa e bidirezionale. Infatti dagli studi analizzati si evince che l'allattamento al seno riduce nel tempo la sintomatologia depressiva ed ha un possibile effetto antiinfiammatorio e

antistress, mentre la depressione pre e post partum è responsabile di uno svezzamento precoce. Tuttavia se l'esperienza dell'allattamento è insoddisfacente e problematica c'è il rischio che la madre possa sviluppare depressione post partum. Rimangono dunque dei punti interrogativi sugli effetti benefici dell'allattamento nei confronti della salute mentale delle mamme e sono necessari ulteriori studi, soprattutto prospettici, per chiarire questa relazione.

3.6 Strategie pratiche per promuovere l'allattamento e contrastare la depressione

Come precedentemente affermato, l'allattamento al seno offre innumerevoli vantaggi e tutela la salute del bambino e della madre. Nonostante gli ineguagliabili benefici, la maggior parte delle madri smette di allattare molto prima dei sei mesi, a causa di disturbi psichici puerperali, di difficoltà nell'allattamento, di un inadeguato supporto sociale o di esigenze lavorative.

Il ruolo degli operatori sanitari è fondamentale perché essi possono essere dispensatori di preziosi consigli volti a sostenere le madri affinché comincino e mantengano un allattamento al seno esclusivo e duraturo. L'incoraggiamento e l'educazione dato dal personale sanitario giocano un ruolo significativo e fanno sentire le madri più sicure e forti riguardo a tale esperienza. Inoltre gli operatori sanitari devono stare con le mamme il tempo necessario per valutare l'efficacia dell'allattamento e per offrire loro un supporto tempestivo. Una madre che tiene il corpo del bambino lontano dal suo e non lo guarda, una suzione del bambino rapida con bocca chiusa e puntata in avanti, sono chiari indici di un inadeguato allattamento. L'identificazione precoce delle donne a rischio di un allattamento difficoltoso può interrompere la sequela negativa che può condurre alla depressione e può aumentare la durata e il successo dell'allattamento.

Ascoltare con atteggiamento non giudicante ed empatico, incoraggia le neomamme ad esprimere i loro sentimenti, le loro difficoltà e le loro perplessità circa l'esperienza dell'allattamento. L'instaurare una relazione terapeutica è molto importante nelle donne che soffrono di depressione post partum perché queste donne si sentono vulnerabili e inadatte a ricoprire il ruolo materno.

Tuttavia è importante pensare a ciò che accade alle madri dopo il loro ritorno a casa perché gran parte delle difficoltà insorgono durante questo periodo. Le possibili fonti di aiuto per le madri, al di fuori della struttura ospedaliera, includono: la famiglia, gli amici, il sostegno da parte di operatori sanitari che lavorano nel territorio e i gruppi di sostegno. Quest'ultimi

possono rappresentare una fonte di sostegno che infonde fiducia nelle madri e che riduce le loro preoccupazioni. Le donne che partecipano ad un gruppo condividono esperienze e si aiutano a vicenda, incoraggiandosi e scambiandosi consigli pratici su come superare le difficoltà.

Per contrastare efficacemente la depressione post partum e promuovere l'allattamento al seno è necessario creare una rete di servizi all'interno dell'ambito ospedaliero e territoriale che lavori in sinergia per identificare e trattare tempestivamente il fenomeno della depressione post partum. In questi ultimi anni nella Regione Veneto sono stati attuati dei progetti per supportare le donne affette da depressione post partum durante la gravidanza e nel puerperio. Ad esempio il progetto "Mamme senza depressione" nasce nel 2009 ed è rivolto alle donne che partoriscono nell'Ospedale di Camposampiero. L'obiettivo di questo progetto è studiare, prevenire e curare le malattie psicologiche e psichiatriche relative al puerperio con particolare attenzione alla depressione post partum. Il lavoro viene svolto in modo integrato tra il Centro di salute mentale, che ha un ambulatorio dedicato per i disturbi emotivi e affettivi del puerperio, il reparto di ostetricia e il consultorio familiare. Le mamme che partecipano al progetto effettuano uno screening alla sesta-ottava settimana dopo il parto, nel quale vengono raccolti dati socio-anamnestici e si somministrano scale di autovalutazione. Se da questo colloquio emergono difficoltà emotive o psicologiche le mamme sono inviate, in caso di disturbi emotivi transitori, a un gruppo psicoterapico focale, mentre in caso di effettiva depressione post partum sono prese in carico tempestivamente dal punto di vista psicoterapico e farmacologico.

Anche nell'ULSS 2 del Veneto (Feltre) è recentemente partito un progetto denominato "benessere psicologico", finalizzato al precoce riconoscimento e trattamento della depressione post partum, realizzato dall' Unità Operativa Complessa di ostetricia e ginecologia in collaborazione con il Centro di Salute Mentale e il Consultorio Familiare. Tale progetto prevede la somministrazione della scala di Edimburgo a tutte le puerpere prima della dimissione e dopo 4-6 settimane dal parto, in occasione del controllo ostetrico programmato per la valutazione della funzionalità perineale.

A seconda di quanto emerge dalla scala di Edimburgo le donne possono essere rivalutate dopo 2-3 settimane, prese in carico dagli psicologi del Consultorio Familiare o, nei casi più gravi dagli psichiatri del Centro di Salute Mentale.

Nell'ospedale di Feltre oltre all'impegno per il riconoscimento e trattamento precoce della depressione post partum, vi è l'impegno di una prevenzione attiva realizzata attraverso la promozione dell'avvio e mantenimento dell'allattamento materno. L'ospedale di Feltre è inserito nel percorso di accreditamento "Ospedale Amico dei Bambini" ad un passo dalla valutazione finale e conta una percentuale di allattamento esclusivo alla dimissione superiore all'80% ed una rete di sostegno alle puerpere dopo il rientro a casa ben strutturato.

CONCLUSIONI

Il periodo puerperale è caratterizzato da cambiamenti fisici e psicologici, che rendono le donne più vulnerabili allo sviluppo di disturbi psichici. In questi anni sono stati fatti dei progressi nel campo della ricerca di questi disturbi, anche se molti incentrati solo sulla depressione post partum. Infatti il termine depressione post natale rischia di essere un termine *catch all* che copre una vasta gamma di disturbi distinti. Sono necessari ulteriori studi nel campo della psichiatria perinatale per comprendere al meglio la genesi, la comorbilità e il trattamento di queste patologie.

La depressione post partum è un problema di salute pubblica poiché non colpisce soltanto la neomamma, ma tutta la rete familiare e soprattutto il neonato. Questa patologia interessa circa l'8-12% delle donne e può insorgere fino ad un anno dalla nascita del bambino. Meno della metà delle donne però ricerca aiuto, per paura, per stigma associato alle condizioni di salute mentale e per scarse informazioni sull'argomento. Questo ritardo nella diagnosi e nel trattamento comporta un aggravamento della sintomatologia e una resistenza agli interventi messi in atto.

La depressione puerperale è una patologia multifattoriale, ovvero non vi è una causa specifica, ma un insieme di fattori di rischio che predispongono la donna allo sviluppo di tale disturbo. Il nuovo paradigma afferma che la vulnerabilità genetica assieme a fattori ormonali e psiconeuroimmunologici gioca un ruolo fondamentale nella genesi della patologia e gli altri fattori di rischio psicosociali aumentano la probabilità di tale sviluppo. Fra i fattori di rischio predominanti vi è l'aver sofferto di ansia e depressione durante la gravidanza, l'aver già sofferto di depressione e la mancanza di supporto emotivo nel pre e post partum. In questo lavoro è stato evidenziato che l'allattamento al seno non è un fattore di rischio della depressione, ma al contrario protegge la neomamma dallo sviluppo di disturbi psichici. Infatti l'allattamento al seno procura benefici sia fisici che psicologici, riducendo il rischio di sviluppare patologie come il cancro al seno e alle ovaie e riducendo la sintomatologia depressiva. Inoltre ha una possibile azione antiinfiammatoria e antistress perché riduce le citochine pro infiammatorie, responsabili nella genesi della depressione postnatale. Infine l'allattamento rafforza la relazione madre-bambino e pone le basi per un attaccamento sicuro (Lavoie, 2015).

Tuttavia è bene ricordare che anche donne senza apparenti fattori di rischio e che allattano al seno possono sviluppare depressione post partum. Quando ciò accade la depressione interferisce sulla decisione della madre di continuare ad allattare al seno. Infatti recenti studi (Dias, 2015; Lavoie, 2015) hanno evidenziato che le madri affette da depressione sono soggette ad uno svezzamento precoce, con conseguente peggioramento della sintomatologia depressiva. Inoltre al sopraggiungere di problemi e difficoltà nella gestione dell'allattamento, le neomamme se non adeguatamente supportate possono sviluppare sintomi depressivi.

Il compito degli operatori sanitari è fondamentale nel riconoscimento e trattamento della depressione puerperale. Interventi di educazione, empatia e supporto durante il periodo perinatale già di per sé offrono un'ottima protezione dalla depressione post partum, rendendo le donne più consapevoli e libere dagli stigmi. L'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" offre alle neomamme e ai propri figli un'assistenza efficace nel percorso nascita e garantisce il contatto pelle a pelle e il *rooming-in*, anche quando il parto è medicalizzato. Infatti il contatto precoce tra mamma e bambino è fondamentale per creare le basi di un legame di tipo protettivo e per l'avvio dell'allattamento al seno. Gli operatori devono osservare e supportare le neomamme nelle prime fasi del processo per individuare prontamente eventuali problematiche che potrebbero instaurare una sintomatologia depressiva. Inoltre è importante utilizzare, nelle visite prenatali, nelle visite di *follow-up* e nelle visite consultoriali, strumenti di *screening* per riconoscere tempestivamente i segni e sintomi della depressione puerperale. In caso di necessità di cure farmacologiche è importante prediligere farmaci compatibili con l'allattamento al seno.

In conclusione le Istituzioni, la rete ospedaliera e gli operatori devono incoraggiare tutte le donne, soprattutto quelle esposte al rischio di depressione, ad allattare al seno in modo esclusivo e dovrebbero garantire il sostegno sociale necessario affinché mantengano un buon rapporto di allattamento. Le donne affette da depressione post partum devono essere sostenute per continuare l'esperienza dell'allattamento perché tale pratica aumenta la sicurezza della mamma e favorisce l'attaccamento positivo con il bambino.

L'allattamento al seno è più di un semplice metodo di nutrimento, esso contribuisce al mantenimento della salute fisica e mentale della donna e del neonato.

BIBLIOGRAFIA

Ahn, S. & Corwin, E.J. 2015, "The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study", *International journal of nursing studies*, vol. 52, no. 10, pp. 1582-1590.

American Psychiatric Association. 2013, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (5^a ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Bass P.F. "Evidence-based support for breastfeeding". *ContemporaryPediatrics.com* (Internet). 2015 (consultato 03 settembre 2015); pp. 24-29. Disponibile all'indirizzo: <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/node/404021>

Berens P.D. "Breastfeeding myths and mainstays for the obstetrician". *Contemporaryobgyn.net* (Internet). 2015 (consultato 03 settembre 2015); pp. 16-25. Disponibile all'indirizzo: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/news/breastfeeding-myths-and-mainstays-obstetrician>

Bergamo M. 2014, "La cicogna ha sbagliato casa". Pomezia: Galassia Arte.

Birch L. 2015, "Public health: Breastfeeding battles", *British Journal of Midwifery*, vol. 23, no. 6, pp. 438-444.

Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. & Rubinow, D.R. 2000, "Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression", *The American Journal of Psychiatry*, vol. 157, no. 6, pp. 924-930.

Bobo, W.V. & Yawn, B.P. 2014, "Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression", *Mayo Clinic proceedings*, vol. 89, no. 6, pp. 835-844.

Borra, C., Iacovou, M. & Sevilla, A. 2015, "New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions", *Maternal and child health journal*, vol. 19, no. 4, pp. 897-907.

Brockington I. 2004, "Diagnosis and management of post-partum disorders: a review", *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 3, no. 2, pp. 89-95.

Brockington I., "I disturbi psichiatrici del post partum". In: Convegno "I Servizi di supporto alla perinatalità", Camposampiero (Padova), 6 marzo 2015.

Cabrera G. & Schub T. 2015, "Postpartum Depression". *Cinahl Information Systems*.

Camp J.M. 2013, "Postpartum Depression: Teaching and Supporting the Family", *International Journal of Childbirth Education*, vol. 4, no. 28, pp. 45-49.

Choi, Y., Bishai, D. & Minkovitz, C.S. 2009, "Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms", *Pediatrics*, vol. 123, no. 4, pp. 1147-1154.

Dennis, C.L. & McQueen, K. 2009, "The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review", *Pediatrics*, vol. 123, no. 4, pp. e736-51.

Dias, C.C. & Figueiredo, B. 2015, "Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature", *Journal of affective disorders*, vol. 171, pp. 142-154.

Doucet, S., Dennis, C.L., Letourneau, N. & Blackmore, E.R. 2009, "Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*, vol. 38, no. 3, pp. 269-279.

Drake, E., Howard, E. & Kinsey, E. 2014, "Online screening and referral for postpartum depression: an exploratory study", *Community mental health journal*, vol. 50, no. 3, pp. 305-311.

Farr, S.L., Dietz, P.M., O'Hara, M.W., Burley, K. & Ko, J.Y. 2014, "Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women", *Journal of women's health* (2002), vol. 23, no. 2, pp. 120-128.

Groer, M.W. 2005, "Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables", *Biological research for nursing*, vol. 7, no. 2, pp. 106-117.

Groer, M.W. & Davis, M.W. 2006, "Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*, vol. 35, no. 5, pp. 599-607.

Groer, M.W., Davis, M.W. & Hemphill, J. 2002, "Postpartum stress: current concepts and the possible protective role of breastfeeding", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*, vol. 31, no. 4, pp. 411-417.

Hahn-Holbrook, J., Haselton, M.G., Dunkel Schetter, C. & Glynn, L.M. 2013, "Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth", *Archives of women's mental health*, vol. 16, no. 5, pp. 411-422.

Inguscio G., "La morte del sentimento materno: le basi genetiche della depressione post-partum" [dissertation]. Chieti: Università degli Studi "G. D'Annunzio", 2011.

Jones I., "Perinatal psychiatry". *Medicine Home* (Internet). 2008 (modificato nel 2012, consultato il 03 settembre 2015); vol. 36, no. 9, pp. 459-462. Disponibile all'indirizzo: [http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(08\)00190-4/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(08)00190-4/abstract)

Kendall-Tackett, K. 2015, "The new paradigm for depression in new mothers: current findings on maternal depression, breastfeeding and resiliency across the lifespan", *Breastfeeding review: professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, vol. 23, no. 1, pp. 7-10.

Kendall-Tackett, K. 2010, "Long-chain omega-3 fatty acids and women's mental health in the perinatal period and beyond", *Journal of midwifery & women's health*, vol. 55, no. 6, pp. 561-567.

Kendall-Tackett, K. 2007, "A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health", *International breastfeeding journal*, vol. 2, pp. 6.

Kendall-Tackett, K. & Hale, T.W. 2010, "The use of antidepressants in pregnant and breastfeeding women: a review of recent studies", *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, vol. 26, no. 2, pp. 187-195.

Lavoie H.K. 2015, "Five E's to Support Mothers with Postpartum Depression for Breastfeeding Success", *International Journal of Childbirth Education*, vol. 30, no. 2, pp. 55-60.

Markhus, M.W., Skotheim, S., Graff, I.E., Froyland, L., Braarud, H.C., Stormark, K.M. & Malde, M.K. 2013, "Low omega-3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression", *PloS one*, vol. 8, no. 7, pp. e67617.

Mezzacappa, E.S. & Katlin, E.S. 2002, "Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers", *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, vol. 21, no. 2, pp. 187-193.

Ministero della Salute.it (Internet). Roma: Direzione Generale della Comunicazione e delle relazioni istituzionali; 2012-2015 (consultato il 03 settembre 2015). Disponibile all'indirizzo: <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Misri, S., Kostaras, X., Fox, D. & Kostaras, D. 2000, "The impact of partner support in the treatment of postpartum depression", *Canadian journal of psychiatry.Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 45, no. 6, pp. 554-558.

Osborne, L.M. & Monk, C. 2013, "Perinatal depression--the fourth inflammatory morbidity of pregnancy?: Theory and literature review", *Psychoneuroendocrinology*, vol. 38, no. 10, pp. 1929-1952.

Paul, I.M., Downs, D.S., Schaefer, E.W., Beiler, J.S. & Weisman, C.S. 2013, "Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes", *Pediatrics*, vol. 131, no. 4, pp. e1218-24.

Pessagno, R.A. & Hunker, D. 2013, "Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression", *Perspectives in psychiatric care*, vol. 49, no. 3, pp. 202-209.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. 2004, "Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature", *General hospital psychiatry*, vol. 26, no. 4, pp. 289-295.

Rohe, G.H. 1996, "Lactational insanity. 1893", *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, vol. 12, no. 2, pp. 147-148.

Rutz, W. 2003, "The European WHO mental health programme and the World Health Report 2001: input and implications", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, vol. 183, pp. 73-74.

Stanfield C.L. 2012, "Il sistema riproduttivo" In: Stanfield C.L. *Fisiologia* (4^a ed.) Napoli: EdiSES S.r.l., pp. 633-666.

Trivedi D. 2014, “Cochrane Review Summary: psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression”, *Primary Health Care Research e Development*, vol. 15, pp. 231-233.

Unicef.it (Internet). Roma: Comitato Italiano per l’Unicef Onlus; 1995-2015 (consultato il 12 ottobre 2015). Disponibile all’indirizzo: <http://www.unicef.it>