

INDICE:

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE.....	1
2. OBIETTIVO	2
3. MATERIALI E METODI	2
4. RISULTATI.....	5
4.1 I FENOMENI DEPRESSIVI POST-PARTUM: DEFINIZIONI E GENERALITA'	5
4.1.1 Depressione postpartum	5
4.1.2 Baby Blues.....	6
4.1.3 Psicosi Puerperale.....	7
4.2 APPROFONDIMENTO DELLA FISIOPATOLOGIA DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM.....	8
4.2.1 Biomarcatori neuroendocrini.....	8
4.2.1.1 Ormoni ovarici e lattogeni.....	9
4.2.1.2 Ormoni dello stress.....	10
4.2.2 Biomarcatori epigenetici	11
4.3 CAUSE E FATTORI DI RISCHIO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM	12
4.3.1 Patologie concomitanti	12
4.3.1.1 Diabete mellito gestazionale.....	12
4.3.1.2 Anemia e Carenze di Vitamina D.....	13
4.3.1.3 Modalità del parto.....	14
4.3.1.4 Obesità.....	15
4.3.1.5 Storia di disturbo depressivo pregresso.....	16
4.3.2 Fattori sociali.....	17
4.3.2.1 Violenza e abusi subiti dalla madre.....	17
4.3.2.2 Tabagismo e Alcool.....	18
4.3.2.3 Carenza di sonno	19
4.3.2.4 Supporto sociale	20

4.3.2.5 Cambiamenti stagionali	21
4.4 DIAGNOSI DELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM.....	21
4.4.1 Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS).....	22
4.4.2 Beck Depression Inventory-II (BDI-II).....	23
4.5 CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM.....	24
4.5.1 Effetti sulla madre	24
4.5.2 Effetti sul bambino	25
4.5.3 Effetti sul rapporto madre-figlio	26
4.6 TRATTAMENTI UTILIZZATI NELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM	27
4.6.1 Trattamento farmacologico	27
4.6.2 Trattamento non farmacologico	28
4.7 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA DPP.....	29
5. CONCLUSIONI	31
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

ABSTRACT

Introduzione: la tematica della depressione post partum rappresenta una questione particolarmente complessa che colpisce le madri nel periodo immediatamente successivo al parto, è caratterizzata da una vasta gamma di sintomi emotivi, comportamentali e fisici e può avere gravi implicazioni per il benessere materno, il rapporto madre-figlio e lo sviluppo infantile. Nonostante l'attenzione crescente nei confronti di questa condizione psicologica, le cause esatte e i meccanismi sottostanti rimangono ancora oggetto di studio.

Obiettivo: lo scopo di questa revisione di letteratura è fornire una panoramica aggiornata sulla depressione postpartum, includendo una sintesi dei principali sintomi, possibili cause fisiopatologiche, fattori di rischio predominanti e le relative conseguenze. Inoltre, si mira a chiarire le opzioni terapeutiche disponibili, l'approccio diagnostico e il ruolo cruciale dell'infermiere in questo contesto. Si intende sintetizzare le conoscenze attuali per promuovere una miglior comprensione e gestione della depressione post partum.

Materiali e metodi: è stata eseguita una revisione della letteratura identificando la stringa di ricerca attraverso metodologia PICOM. Sono stati identificati la popolazione di riferimento: donne con depressione postpartum di età compresa fra i 19 e 44 anni; l'intervento: intervento infermieristico non farmacologico; l'obiettivo: miglioramento della condizione psicologica nella puerpera. La ricerca bibliografica degli articoli è stata effettuata attraverso il motore di ricerca MEDLINE (Pubmed). Al fine di selezionare gli articoli adatti all'argomento, si sono analizzati vari quesiti di ricerca utilizzando le key words: "postpartum depression", "nurs*", "nursing care", "EPDS", "screening", "epidemiology". L'operatore booleano scelto è stato "AND". Infine, sono state impostate criteri di inclusione/esclusione attraverso la selezione di: "free full text", "anno di pubblicazione degli articoli dal 2018 al 2024", "età compresa fra i 19 e i 44 anni", "lingua inglese/italiano" e "sesso femminile".

Risultati: dall'analisi dei risultati degli articoli esaminati, si può affermare che la depressione postpartum è una condizione complessa e che ha bisogno di un approccio di cura globale, includendo non solo la donna ma anche il nucleo familiare con opzioni terapeutiche che comprende la terapia farmacologica, quella psicologica e il supporto

sociale. Il riconoscimento precoce e la valutazione accurata sono cruciali per la diagnosi della depressione postpartum, con scale di valutazione standardizzate e valutate.

Viene sottolineato il ruolo importante della figura professionale dell'Infermiere nel supportare le madri durante il processo di malattia, dalla prevenzione fino alla gestione. Dalla ricerca è emerso che i fattori di rischio sono fondamentali nella diagnosi di depressione, dalle patologie concomitanti come il diabete gestazionale, l'obesità e storia di disturbo depressivo pregresso fino ai fattori sociali come la violenza materna, la mancanza di supporto sociale e il tabagismo e l'alcool. Inoltre, sono rilevanti anche le cause fisiopatologiche che possono portare a depressione postpartum come i biomarcatori neuroendocrini ed epigenetici. Da un'ultima analisi degli studi emergono gli effetti che questa malattia psicologica porta alla madre, al bambino e al rapporto madre-figlio.

Conclusioni: alla luce dei risultati della ricerca appare evidente la responsabilità dell'infermiere nel gestire e prevenire l'insorgenza della depressione postpartum contribuendo al benessere fisico e psicologico della madre e della famiglia. Grazie alla sua empatia, conoscenza e competenza, l'infermiere rende semplice alle madri il crearsi del rapporto di fiducia e collaborando all'interno di team multidisciplinare, la figura professionale promuove l'approccio olistico della condizione depressiva. Gli studi hanno evidenziato l'importanza dell'intervento psicologico e del supporto emotivo e fisico fornito alle donne.

1. INTRODUZIONE

La depressione postpartum è la condizione patologica che rappresenta una delle sfide più significative e rilevanti per la salute mentale delle donne nel periodo postpartum. È caratterizzata da sintomi depressivi che insorgono entro le prime settimane e può avere conseguenze anche gravi sulla salute fisica e mentale della madre. È una patologia psicologica che può provocare danni anche ai figli.

La sua prevalenza e incidenza è notevole in tutto il mondo, i dati epidemiologici forniscono un quadro dettagliato della portata e degli effetti che la depressione postpartum ha sulla salute pubblica.

In ambito mondiale, la depressione postpartum è stata riscontrata nel 17,22% (IC 95% 16,00-16,51) e tramite un'analisi di meta-regressione si è notato come fattori come la dimensione dello studio, lo sviluppo e il reddito del paese influiscano moltissimo sui tassi riscontrati di malattia. Il tasso più alto riscontrato è stato nell'Africa Meridionale con il 36,96%. I tassi più bassi di disturbo depressivo postpartum invece sono stati riscontrati nei paesi sviluppati o nelle aree ad alto reddito con differenza significativa nei fattori come stato sociale, supporto del partner, età gestazionale e difficoltà finanziarie.

In Europa meridionale, la depressione post partum è stata riscontrata nel 16,34% (IC 95% 12,90-20,48), in Europa orientale nel 16,62% (IC 95% 10,95-24,43) e in Nord Europa nel 13,78% (IC 95% 12,47-15,21). Questo a prova del fatto che i paesi sviluppati hanno una prevalenza di depressione inferiore rispetto a quella dei paesi meno sviluppati. La depressione postpartum colpisce una donna su cinque dopo il parto e può essere di lieve, di moderata e di grave entità, innescata da una serie di fattori di rischio e sociali. Per ogni livello di gravità cambia la modalità di presa in carico quindi, questo, richiede l'attenzione e l'intervento immediato degli operatori sanitari, delle autorità sanitarie e della società nel suo insieme. La valutazione dei fattori che hanno fatto innescare la depressione postpartum è fondamentale per costruire percorsi di cura personalizzati (Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E. Liu S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X., 2021, p.1 e 21).

In Italia, la prevalenza di depressione postpartum è stata studiata tramite la Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS) con due punteggi di cut-off diversi. Se il punteggio era ≥ 9 , l'incidenza della depressione postpartum in Italia era del 27,5% (IC

95% 17,8-37,3), mentre se il punteggio era ≥ 12 , l'incidenza era del 11,1% (IC 95% 6,0-16,2). In altre parole, queste percentuali, per dire che la prevalenza della depressione nelle donne italiane è in linea con i punteggi ricavati dagli altri paesi (Camoni, L., Gigantesco, A., Guzzini, G., Pellegrini, E., & Mirabella, F., 2023, p.1).

In conclusione, la depressione postpartum materna, è uno studio rilevante sia su base clinica che su base sociale, attraverso i dati epidemiologici è emerso chiaramente che è una sfida significativa, a livello mondiale, per la salute pubblica e il Sistema Sanitario. La sottostima e la sottovalutazione dei sintomi depressivi in una donna che ha appena partorito, è rischioso perché è uno dei fattori che può influire sull'incidenza e prevalenza della condizione psicologica.

Nonostante siamo avanti con i test di screening e i possibili trattamenti psicologici per la salute mentale della donna, la depressione postpartum rimane una patologia sottostimata e non capita nel tutto, anche nelle donne.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo primario dello studio è analizzare il fenomeno della depressione postpartum in termini di fisiopatologia, eziologia e fattori di rischio, diagnosi, conseguenze e trattamenti farmacologici e no. La presente ricerca si pone come obiettivo secondario l'analisi e l'approfondimento del ruolo dell'infermiere in termini di prevenzione e gestione della DPP.

3. MATERIALI E METODI

Per questo progetto di tesi si è preferito effettuare una revisione della letteratura, ovvero un'analisi di fonti bibliografiche secondarie che prevede l'estrazione di dati e conoscenze da studi già svolti in precedenza.

Lo studio analizza il ruolo dell'infermiere nella depressione postpartum e la relazione che si instaura tra la figura professionale e la donna bisognosa di aiuto. Il quesito di ricerca è il seguente: "esiste un intervento infermieristico, non farmacologico, in grado di migliorare la depressione post partum nella puerpera?". Per poter proseguire con lo studio si è identificata la stringa di ricerca attraverso metodologia PICOM (P = problema/paziente presi in considerazione, I = interventi messi in atto, C = comparazione/confronto, O = obiettivo, M = metodo di studio).

P	Donna con depressione postpartum
I	Intervento infermieristico non farmacologico
C	/
O	Miglioramento della condizione psicologica nella puerpera
M	Revisione della letteratura

Tabella 1: PICOM

Dopo di che si è proceduto con la ricerca bibliografica degli articoli attraverso la consultazione di banche dati. Per la ricerca è stato preso in considerazione il motore di ricerca MEDLINE (Pubmed). Al fine di selezionare gli articoli adatti all'argomento, si sono analizzati vari quesiti di ricerca utilizzando le key words: "postpartum depression", "nurs*", "nursing care", "EPDS", "screening", "epidemiology". L'operatore booleano scelto è stato "AND". Sono state impostate criteri di inclusione/esclusione attraverso la selezione di: "free full text", "anno di pubblicazione degli articoli dal 2018 al 2024", età compresa fra i 19 e i 44 anni", "lingua inglese/italiano" e "sesso femminile".

Dalla ricerca completa sono stati identificati 16.337 articoli, dopo si sono messi i criteri di limitazione, riducendo il numero degli articoli a 307, al fine di identificare gli articoli di maggior interesse è stata effettuata la lettura del titolo e abstract, il numero degli articoli ottenuto si è ridotto a 100, di cui, dopo la lettura del testo ne sono stati esclusi 73. Gli articoli inclusi alla fine sono 27, come mostra il diagramma 1.

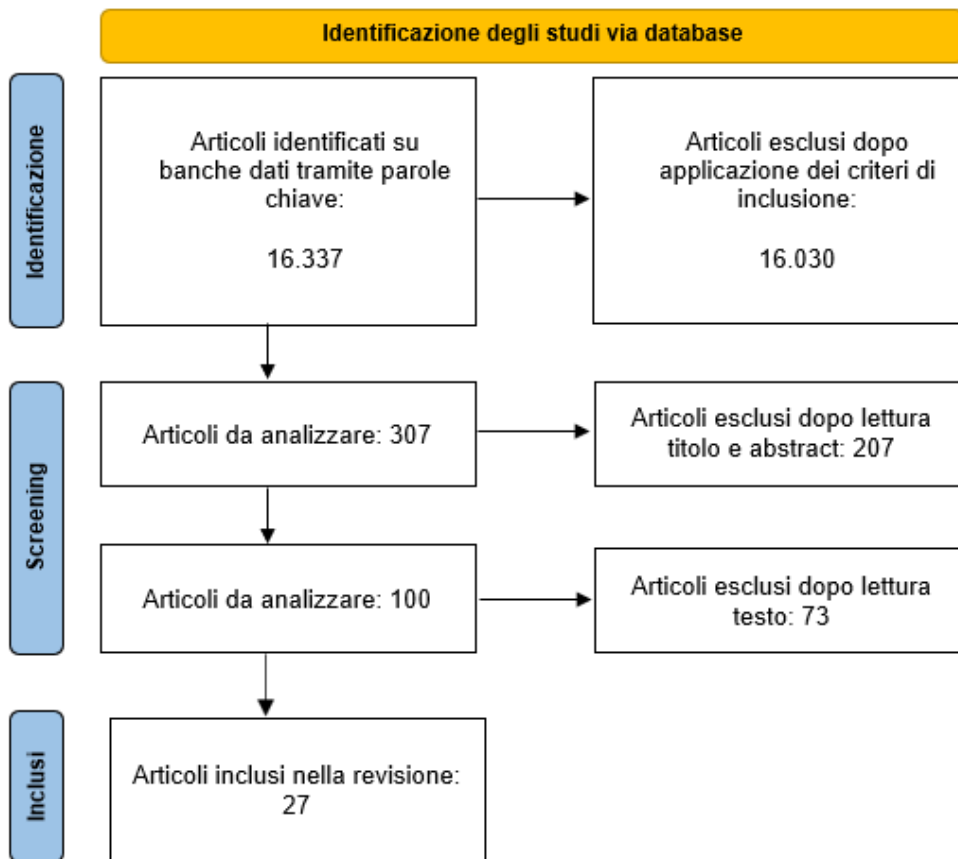


Diagramma 1:PRISMA

4. RISULTATI

4.1 I FENOMENI DEPRESSIVI POST-PARTUM: DEFINIZIONI E GENERALITA'

4.1.1 Depressione postpartum

La depressione postpartum (DPP) è un disturbo psichico che affligge una percentuale variabile di donne (dal 8 al 12%) che hanno appena partorito, manifestandosi solitamente intorno alla 6°-12° settimana per un periodo medio di 2-6 mesi. La DPP interferisce con il normale percorso di interscambio di emozioni con il proprio bambino, che è stato riconosciuto come fondamentale per l'instaurarsi di una relazione funzionale, quindi ostacola anche l'allattamento al seno, e può portare ad uno sviluppo negativo nella crescita del bambino (*Ministero della Salute*).

Secondo Beck (2006), la maggior parte dei casi di DPP non viene diagnosticata a causa dello stigma rivolto alle neomamme riguardo alla diffusione di informazioni; si ha paura che, rivelando, si può arrivare all'abbandono o alla mancanza di sostegno da parte della famiglia e/o partner.

I sintomi di DPP sono:

- Umore depresso che è presente in gran parte del giorno (osservato dal professionista o percepito dalla donna)
- Dispersione dell'attenzione
- Pensieri compulsivi
- Anedonia (perdita di interesse)
- Senso di colpa e disperazione
- Sensazione di inutilità e inadeguatezza
- Cambiamenti nel ritmo del sonno
- Perdita di energia e affaticamento
- Pensieri suicidi o pensieri ricorrenti di morte del bambino (infanticidi)
- Alterazione del peso e/o dell'appetito
- Ansia
- Paura irrazionale

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), la depressione post partum viene diagnosticata in presenza di depressione e/o anedonia con almeno cinque di questi sintomi che perdurano da almeno 2 settimane.

I sintomi durano tutto il giorno e non sono riconducibili a uso di sostanze o eventuali condizioni mediche (episodi psicotici o precedenti episodi maniacali/ipomaniacali).

Sono sintomi simili alla depressione non puerperale, con in aggiunta, la condizione di parto (*Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W, 2022, p.1-3*).

La depressione post-partum si verifica in un momento molto delicato della vita della donna, perché è una fase di cambiamento e transizione nella routine quotidiana della famiglia con l'arrivo del bambino e l'inevitabile adattamento a cui si deve andare incontro, per prendersi cura del neonato. È un periodo in cui la depressione porta la figura materna ad un disinteressamento alla propria salute/benessere personale, ad una maggior possibilità di sottovalutare le cure neonatali, maggior probabilità di uso di sostanze o alcool, una carenza alimentare o ad un incremento ponderale sproporzionato (*Goodman H. J. 2019, p.2*).

La depressione post-partum si differenzia da fenomeni spesso associati quali: "baby blues" e psicosi puerperale.

4.1.2 Baby Blues

La depressione post partum è diversa dalla cosiddetta "baby blues", cioè una depressione lieve e transitoria, molto frequente nel periodo perinatale.

I sintomi del baby blues:

- Tristezza e pianto;
- Stanchezza;
- Irritabilità;
- Umore labile;
- Ansia lieve;
- Diminuzione del sonno e della concentrazione.

Sono sintomi che esordiscono dal 3°-4° giorno post-parto e perdurano per un massimo di 2 settimane.

Alcuni fattori di rischio che portano a baby blues possono essere:

- Basso status economico;
- Gravidanza pianificata o non pianificata;

- Gravidanza spontanea o in vitro;
- Tipo di parto (vaginale o cesareo).

Il presente fenomeno, che ha una etiologia sconosciuta si è dimostrato legato allo sbalzo ormonale drastico che si ha nel periodo successivo al parto, dove, estradiolo, progesterone e prolattina diminuiscono radicalmente. Sono ormoni che si alterano normalmente anche durante le diverse fasi del ciclo mestruale come quelli riscontrati nel disturbo disforico premestruale.

Nel baby blues, classicamente definita come depressione lieve e autolimitante, occorre accertarsi che i sintomi non persistono o peggiorino; attenzionando eventuali evoluzioni in ideazioni suicidarie, paranoia o idee omicide rivolte al bambino (*Balaram K, Marwaha R., 2023, p.1-2*).

4.1.3 Psicosi Puerperale

La psicosi puerperale (PPP) è una forma di depressione molto grave e costituisce una vera e propria emergenza psichiatrica. È molto rara (colpisce 1-2 donne su 1000) ma può evolvere in fretta mettendo in pericolo di vita sia la mamma che il bambino.

Le donne con storia di disturbo bipolare sono altamente soggette a psicosi postpartum che si presenta in modo differente rispetto alle altre perché, oltre a deliri paranoidi e allucinazioni presenta episodi maniacali (mania disforica) alternati a episodi depressivi gravi.

Inoltre, i deliri paranoidi si sviluppano velocemente e sono rivolti maggiormente verso il bambino.

Sono sintomi che iniziano improvvisamente a poche settimane dal parto (3-10 giorni dal parto), dove, spesso la donna è già stata dimessa dall'ospedale dove ha partorito e la famiglia non riconosce prontamente i sintomi portando ad alto rischio di una possibile tragedia, anche a causa della varietà delle manifestazioni (*Friedman, SH, Reed, E. & Ross, 2023, p.2-4*).

La possibile eziologia della psicosi puerperale è data da un insieme di fattori biologici, psicosociali e neurobiologici, quali:

- *Fattori ostetrici*: come la nascita del primo figlio (si è visto che l'unico elemento che può portare effettivamente a PPP);
- *Fattori ormonali*: cioè, la PPP è potenzialmente dovuta alla brusca interruzione di progesterone e estrogeni che normalmente avviene dopo il parto e alcuni ricercatori

hanno ipotizzato che questo calo drastico, provoca una ipersensibilità dopaminergica in donne sensibili al fattore scatenante del parto. Anche la prolattina è un ormone che potrebbe essere coinvolto;

- *Fattori genetici*: uno studio dimostra che circa il 40-50% delle donne con storia di psicosi postpartum risulti positiva ad anamnesi di storia familiare di disturbi dell'umore tra parenti di 1°-2° grado. In aggiunta anche un altro studio ha mostrato come il 74% delle donne con disturbo bipolare e storia familiare di PPP di un parente di 1° grado ha avuto un grave episodio innescato dal parto rispetto al 30% delle donne con disturbo bipolare senza storia familiare. Comunque, anche se viene studiata questa correlazione tra genetica e psicosi e si sospetti una relazione tra loro, i geni specifici che determinano la PPP devono ancora essere identificati (*Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I., 2021, p.4-7*).

La depressione postpartum rappresenta un importante ambito di studio, perché va oltre il normale periodo del baby blues e può progredire verso uno stato clinico più grave come la psicosi, richiedendo una comprensione approfondita dei fattori di rischio, dei sintomi e delle strategie di intervento efficaci.

4.2 APPROFONDIMENTO DELLA FISIOPATOLOGIA DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

In questo capitolo andremo ad analizzare i principali *biomarcatori* identificati come utili per l'individuazione delle donne a rischio di depressione postpartum, al fine di comprendere al meglio la fisiopatologia della DPP e determinare piani di assistenza terapeutici efficienti.

Cominceremo analizzando i cambiamenti ormonali che caratterizzano il periodo postparto, concentrandosi particolarmente sul ruolo dei biomarker neuroendocrini, fino ai biomarker epigenetici.

4.2.1 Biomarcatori neuroendocrini

In questa sezione parleremo del cambiamento ormonale a cui la donna va incontro dopo il parto, un periodo vulnerabile per lo sviluppo dell'umore.

In particolare, parleremo del ruolo degli ormoni responsabili delle anomalie neuroendocrine nella depressione postpartum: ormoni ovarici e lattogeni e ormoni dello stress (Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.9).

4.2.1.1 Ormoni ovarici e lattogeni

Nonostante l'ovvia relazione tra gli sbalzi ormonali riproduttivi e l'insorgenza di depressione post partum, nella pratica laboratoriale non ci sono cambiamenti consistenti nei livelli ormonali.

Gli ormoni maggiormente coinvolti nell'insorgenza di DPP sono i seguenti:

- **Estrogeni:** aumentano drasticamente durante la gravidanza raggiungendo livelli oltre i 1000 volte i valori norma per poi scendere altrettanto drasticamente una volta che la donna ha partorito. È stato mostrato che le donne che soffrono di DPP hanno una maggior sensibilità allo sbalzo di estrogeni in base a: cambiamenti epigenetici, cambiamenti estrogeno-sensibile e cambiamenti nelle molecole di segnalazione degli estrogeni. L'estrogeno può influire anche sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), gli ormoni dello stress.

Altri studi affermano anche che una terapia di estrogeni può ridurre il rischio di sviluppare depressione postpartum e diminuirne i sintomi se madre già affetta dal disturbo (Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.10);

- **Progesterone:** è l'ormone più abbondante in gravidanza, il suo rapido cambiamento nelle concentrazioni plasmatiche è un fattore predisponente alla DPP. Si è dimostrato che livelli più bassi aumentavano i punteggi di depressione postpartum.

Una possibile spiegazione è che il progesterone insieme al suo metabolita, Allopregnanolone (conosciuto come "Allo") lavorano insieme per diminuire l'irritabilità e le ovaie non secernano progesterone fino al primo ciclo mestruale dopo il parto, il che può portare ad un'instabilità transitoria (Trifu S, Vladuti A, Popescu A, 2019, p.7);

- **Ossitocina:** è un nona-peptide che troviamo nel cervello e nel sangue con estese funzioni sia nelle attività mentali che fisiche. Sono funzioni mediate dai recettori ossitocina (OT) e facilitano la cognizione, i comportamenti sociali, il comportamento dei genitori, l'attività sessuale e inibisce l'alimentazione e la percezione del dolore.

Durante la gravidanza l'OT aumenta per promuovere il comportamento materno e l'allattamento.

Durante il parto, stimola l'espansione della cervice accelerando l'espulsione del feto e riducendo il rischio di emorragia postpartum. I disturbi nella secrezione di ossitocina possono portare a depressione postpartum (*Liu, N., Yang, H., Han, L., & Ma, M., 2022, p.5*).

Si è dimostrato che i livelli di ossitocina durante l'allattamento sono inversamente proporzionali ai sintomi della depressione, cioè, all'aumentare dell'OT diminuiscono i sintomi depressivi e viceversa, alla diminuzione dei livelli plasmatici di OT, la donna è a rischio di sviluppare DPP (*Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.11*);

- **Prolattina:** è l'ormone responsabile della produzione del latte e, come l'ossitocina, ha un ruolo nell'allattamento e nei comportamenti materni.

Uno studio del 2007 ha rilevato che le donne con depressione post-partum hanno meno possibilità di allattare al seno e controllando i livelli sierici di prolattina, è emerso che erano ridotti a confronto di quelli di una donna senza DPP.

Inoltre, si è riscontrato che chi aveva livelli di prolattina diminuiti aveva punteggi di depressione post-partum elevati e quindi un rischio maggiore del verificarsi del disturbo depressivo (*Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.12*).

4.2.1.2 Ormoni dello stress

Lo stress è un importante fattore di rischio nella depressione post partum. Si è dimostrato che il cortisolo, l'ormone Adrenocorticotropo (ACTH) e l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH), hanno livelli alterati nelle donne a cui è stata diagnosticata DPP.

Le donne con storia di disturbo depressivo hanno un'augmentata stimolazione del cortisolo e alterazioni della funzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) il coordinatore dei sistemi di risposta neuroendocrina allo stress.

La letteratura mostra risultati contrastanti riguardo al coinvolgimento dell'asse HPA nelle donne con il disturbo depressivo ma è noto che gli eventi avversi della vita alterano la funzione dell'asse HPA, portando a maggior vulnerabilità ai disturbi dell'umore (*Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.12-13*).

4.2.2 Biomarcatori epigenetici

I biomarcatori epigenetici si riferiscono a cambiamenti nell'espressione genica correlati a cambiamenti nella struttura della cromatina, la sostanza che forma il nucleo cellulare degli organismi eucarioti durante l'interfase, e alla metilazione o modificazione degli istoni, la proteina basica che unendosi al DNA di una cellula eucariotica forma un nucleosoma. Entrambe influenzano la trascrizione genica, dove i cambiamenti dell'espressione genica avviene tramite l'influenza ambientale, rappresentando uno scambio reciproco tra ambiente e biologia molecolare.

In particolare, vengono indagate le potenziali modificazioni epigenetiche del gene Oxytocin Receptor (OXTR) associato a DPP. È stata dimostrata un'interazione tra genotipo e metilazione del DNA nelle donne diagnosticate di depressione postpartum.

Sono state trovata anche correlazioni negative tra i livelli sierici di estradiolo e metilazione del DNA del gene OXTR (*Figura 1*) e interazioni tra estradiolo, metilazione del DNA OXTR e rapporto tra Allopregnanolone e progesterone (*Figura 1*) (*Payne, J. L., & Maguire, J., 2019, p.17*).

La letteratura evidenzia come l'epigenetica e i cambiamenti neuroendocrini siano in uno scambio e interazione continue; alla luce di ciò, è stata dimostrata la relazione tra la depressione postpartum e le influenze ambientali e biologiche.

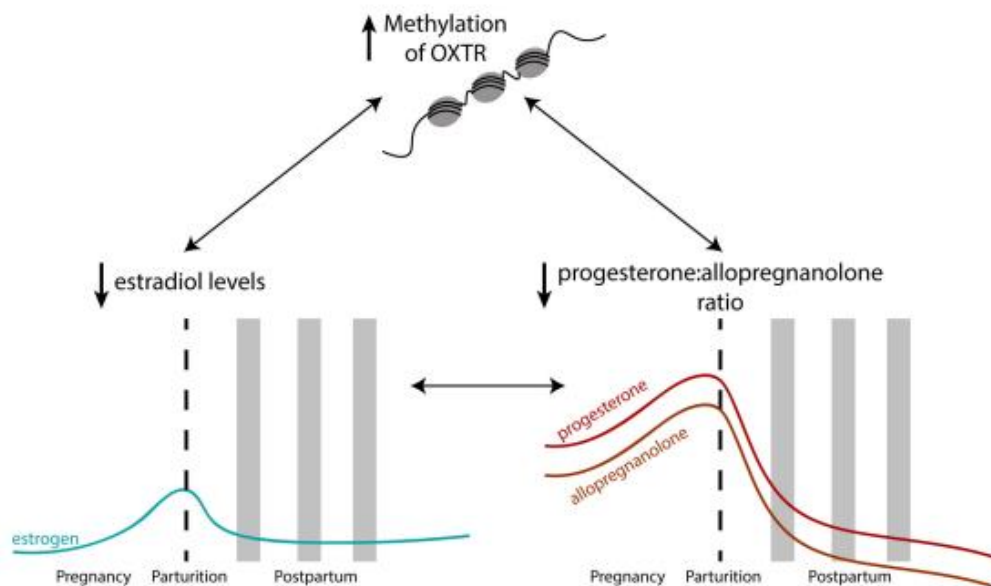


Figura 1: le modificazioni epigenetiche del gene Oxytocin Receptor (OXTR) associato a DPP.

4.3 CAUSE E FATTORI DI RISCHIO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

La DPP è un disagio psichico che colpisce un gran numero di donne e nonostante sia una sindrome riconosciuta, le sue origini non sono ancora ben chiare.

In questo capitolo cercheremo di identificare le principali cause e i fattori di rischio che possono predisporre le donne a DPP, dal ruolo delle patologie concomitanti a quello dei fattori sociali.

Questo approfondimento ci consentirà di individuare nel modo migliore le donne a rischio e di sviluppare strategie e interventi mirati e efficaci.

4.3.1 Patologie concomitanti

La depressione postpartum emerge come una delle sfide più gravi e diffuse per la salute mentale della donna e molto spesso non sorge da sola ma è preceduta da una serie di patologie concomitanti che possono complicare ulteriormente il quadro clinico della donna.

Parleremo di ciascuna patologia e delle loro implicazioni cliniche, per riconoscerle prontamente e poter intervenire precocemente con strategie di prevenzione e screening.

4.3.1.1 Diabete mellito gestazionale

Il diabete mellito gestazionale è un disordine della regolazione del glucosio, che si presenta durante il periodo di gestazione.

Secondo i dati nazionali e europei circa il 6-7% delle gravidanze è complicato da diabete gestazionale. In Italia, l'insorgenza di diabete è più di 40.000 gravidanze. (*Ministero della Salute*).

La prevalenza del diabete gestazionale è aumentata negli ultimi anni, fornendo la possibilità di effettuare ricerche su popolazioni estese. Sono state eseguite due metanalisi su campioni di popolazioni di grandi dimensioni; entrambi hanno rilevato un aumento significativo del rischio di sviluppare sintomi depressivi postpartum nelle madri con diabete gestazione rispetto a quelle senza. È stata eseguita anche una revisione sistematica di bassa qualità, dove si dichiarava che non esisteva un chiaro risultato sulla correlazione tra diabete e insorgenza della DPP.

La metanalisi è uno studio quantitativo di qualità elevata e rispetto alla revisione ha maggior prevalenza; quindi, si è giunta alla conclusione che le donne con diabete, hanno un rischio aumentato di sviluppare DPP.

Questi studi hanno verificato solo una relazione tra i due, il meccanismo con cui il diabete gestazionale causa la DPP non è stato chiarito completamente ma si immagina sia perché il diabete già di per sé è un evento stressante nella vita della gestante (*Zhao, X., & Zhang, Z., 2020, p.6-7*).

4.3.1.2 Anemia e Carenze di Vitamina D

L'anemia è una condizione caratterizzata dalla riduzione al di sotto dei livelli norma di emoglobina (Hb), la proteina essenziale contenuta nei globuli rossi che trasporta ossigeno ai tessuti del corpo. È una condizione che può manifestarsi in forma acuta o cronica, sia come disturbo primario che, come risultato di altre condizioni di salute (*Treccani*).

La vitamina D fa parte di un gruppo di molecole liposolubili essenziale per il corpo umano, con la funzione principale di favorire l'assorbimento intestinale dei minerali essenziali come calcio, magnesio e fosforo, oltre a regolare importanti processi metabolici come il metabolismo osseo e immunitario (*Nurse24, Pieri, S., 2020, p.1*).

Si è eseguito uno studio osservazionale trasversale mettendo in correlazione la depressione postpartum con l'anemia e la carenza di vitamina D.

Sono state raggruppate: le donne incinte affette da anemia con emoglobina% <11 g/dl, come "gruppo A", le donne incinte aventi carenze di vitamina D, come "gruppo B" e le donne incinte con emoglobina% e vitamina D nei valori normali, come "gruppo C".

La DPP è stata valutata con la Edinburg Post-Natal Depression Scale (EPDS), con $P < 0,05$. Donne con complicazioni come pre-eclampsia, diabete gestazionale e con precedenti disturbi psicologici sono state escluse dallo studio e sono state incluse solo donne che erano nel terzo trimestre di gravidanza in poi. Tutte le partecipanti sono state intervistate a 6 settimane dopo il parto, facendole rispondere alle 10 domande della EPDS. Ad ogni risposta veniva assegnato un punteggio da 0 a 3 per un massimo di 30 punti. Uno score pari o superiore a 10 è stato identificato come indicativo di DPP.

Sintomi significativi di depressione postpartum sono stati osservati sia nel "gruppo A" con il 60,3%, sia nel "gruppo B" con il 14,2%, rispetto al "gruppo C" con il 0%.

Questo studio dimostra chiaramente un'incidenza più alta di DPP nelle donne anemiche e carenti di vitamina D.

Sia l'anemia che la carenza vitaminica sono fattori di rischio modificabili in gravidanza, gli operatori sanitari devono essere in grado di prevenire, identificare e trattare l'anemia e la carenza di vitamina D con interventi raccomandati come la complementazione della vitamina D tramite integratori alimentari; sono interventi relativamente sicuri ed economici durante la gravidanza che riescono a ridurre il rischio di depressione postpartum (Nasreen, S. Z. A., Mahjabeen, N., & Shahreen, S., 2023, p.2-4).

4.3.1.3 Modalità del parto

Il parto è l'espulsione o l'estrazione del feto dalle vie genitali della madre al termine della gestazione. Può avvenire in modo naturale per via vaginale, dove il bambino viene espulso dall'utero attraverso le contrazioni, che spingono il bambino attraverso il canale del parto oppure si esegue taglio cesareo, la procedura chirurgica dove il bambino viene estratto dall'utero attraverso l'incisione della parete dell'addome.

In un articolo del 2020, dei ricercatori hanno eseguito una metanalisi sul rischio comparativo tra depressione postpartum e donne che hanno partorito con il taglio cesareo e con parto vaginale naturale.

Lo studio ha rilevato che il rischio di DPP nelle donne che hanno partorito con taglio cesareo era 1.33 volte più alto rispetto a quello delle donne che hanno partorito con parto vaginale. L'analisi comparativa è stata eseguita utilizzando la scala EPDS, formando tre sottogruppi: il primo analizzando le donne a 2 settimane dal parto, il secondo analizzandole dalle 2 settimane ai 6 mesi e il terzo analizzandole a più di 6 mesi dopo il parto.

I risultati indicavano che il rischio di sviluppare depressione postpartum era, rispettivamente ai tempi, 1.38, 1.30, 1.31 volte più elevato nei casi di parto cesareo rispetto ai casi di parto naturale.

Inoltre, chi partoriva con parto cesareo d'emergenza il rischio di sviluppare DPP era 1.53 volte più alto rispetto alle donne che aveva partorito con parto vaginale e chi partoriva con un taglio cesareo elettivo, il rischio era 1.47 volte più alto rispetto alle madri che avevano partorito con parto naturale.

Questo, per dimostrare che la modalità del parto è un fattore di rischio importante nello sviluppo del disturbo depressivo.

Fisiologicamente, durante un parto vaginale, la donna produce una grande quantità di cortisolo, l'ormone causato dalla risposta allo stress psicologico e fisico; mentre, durante un taglio cesareo questi alti livelli di cortisolo causati dalla risposta allo stress chirurgico può essere correlato alla riduzione della serotonina (5-idrossitriptamina o 5-HT), il neurotrasmettitore che svolge ruolo importante nella regolazione dell'umore, del sonno e nel controllo del dolore, rendendo la donna suscettibile alla depressione.

Altra possibile causa è la riduzione di produzione dell'ossitocina, l'ormone che aiuta a ridurre lo stress e a migliorare la felicità nell'esperienza del parto. È stato dimostrato che i livelli di ossitocina nelle donne che hanno partorito con taglio cesareo sono più bassi rispetto alle donne che partoriscono per via vaginale (*Sun, L., Wang, S., & Li, X., 2020, p.7-10*).

Inoltre, il taglio cesareo può aumentare il livello di interleuchina 6 (IL-6) nella madre, la proteina prodotta per la regolazione della risposta immunitaria, aumentando il rischio della DPP (*Zhao, X., & Zhang, Z., 2020, p.7*).

Psicologicamente alcune donne che partoriscono, che sia per via naturale o per via chirurgica, provano emozioni molto forti come il senso di inferiorità e fallimento, la perdita di controllo e la delusione; inoltre, le ferite da allattamento, il lento recupero postpartum e gli effetti di eventuali complicanze possono aumentare il rischio di DPP. Nelle donne con taglio cesareo può aggiungersi anche la mancanza di fiducia in sé stesse, per non essere riuscite a partorire naturalmente. Sono tutti stati d'animo che possono causare disturbi mentali che si possono sviluppare in depressione postpartum (*Sun, L., Wang, S., & Li, X., 2020, p.7-10*).

4.3.1.4 Obesità

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di tessuto adiposo nel corpo, è un problema di salute pubblica importante e molto diffuso globalmente, soprattutto nei Paesi occidentali. L'obesità è spesso associata a stili di vita poco salutari e mancanza di attività fisica (*Fondazione Onda, 2020*).

Secondo l'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una persona è considerata obesa quando il suo Indice di Massa Corporea (ICM o BMI) è superiore a 30 e sovrappesa con valori tra i 25 e i 30. In Italia circa il 40% della popolazione soffre di eccesso ponderale (*Fondazione Onda, 2020*).

Esistono vari gradi di Obesità:

- Sovrappeso: BMI 24.9-29.9
- Grado I: BMI 30-34.9
- Grado II: BMI 35-39.9
- Grado III: BMI 40-49.9

Alcuni studi hanno suggerito che l'obesità e il sovrappeso potrebbero essere associati a depressione postpartum e quindi portare ad un maggior rischio di svilupparla. Degli studi trasversali hanno dimostrato associazione positiva per alcuni gradi di obesità:

- Grado I: nessuna associazione con DPP;
- Grado II e III: associazione con DPP con rischio elevato di 2,9-3,9 volte.

In questi studi si è anche evidenziato l'effetto dell'obesità e del sovrappeso sull'immagine corporea della donna, che è risultata sempre associata a disturbo depressivo postpartum.

Quindi, in generale, l'aumento del peso ponderale e l'insoddisfazione della propria immagine corporea sono fattori di rischio rilevanti per l'insorgenza della DPP. L'obesità può aumentare lo stress psicologico nelle donne, altro fattore di rischio importante (Zhao, X., & Zhang, Z., 2020, p.7-9).

Inoltre, il tessuto adiposo, specialmente quello localizzato nell'addome, può funzionare come un deposito per vari ormoni liposolubili, come ad esempio estrogeni e cortisolo. Sono ormoni che vengono immagazzinati nel grasso addominale e rilasciati nel flusso sanguigno quando necessario. Tuttavia, quando il grasso addominale aumenta eccessivamente c'è un'alterazione nella regolazione degli ormoni e, ad esempio, un alto livello di cortisolo può contribuire alla resistenza insulinica e influenzare, non solo l'insorgenza di diabete gestazionale ma anche aumentare i livelli di stress nella donna.

4.3.1.5 Storia di disturbo depressivo pregresso

Il disturbo depressivo è una condizione mentale che può interferire con la vita quotidiana delle persone ed ha un forte impatto sulla salute mentale e sul benessere emotivo dell'individuo. Esplorare la storia di un disturbo depressivo pregresso può fornire una prospettiva chiave per comprendere lo stato di salute mentale attuale e identificare i possibili fattori di rischio per poter sviluppare una depressione postpartum. Uno studio ha dimostrato che le donne con una storia personale o familiare di depressione hanno un rischio dieci volte maggiore di sviluppare DPP, che potrebbe essere innescata dalla presenza di una vulnerabilità genetica alla depressione, dai

cambiamenti ormonali e dello stile di vita e del corpo, che si verificano durante la gravidanza.

Inoltre, le donne depresse che interrompono l'assunzione di antidepressivi all'inizio della gravidanza, per paura della teratogenicità e degli effetti collaterali, hanno una probabilità più alta del verificarsi di un nuovo episodio depressivo durante e dopo la gravidanza (Luciano, M., Di Vincenzo, M., Brandi, C., Tretola, L., Toricco, R., Perris, F., Volpicelli, A., Torella, M., La Verde, M., Fiorillo, A., & Sampogna, G., 2022, p.8).

Le donne che assumono farmaci psicotropi come gli antidepressivi, gli antipsicotici e gli ansiolitici, possono essere consigliate a ridurre o sospendere completamente tali farmaci primo o durante la gravidanza. Questa sospensione o riduzione può portare ad alti rischi di ricadute e di squilibri dei sintomi psichiatrici. È un fattore che può aumentare il rischio di insorgenza di depressione postpartum.

4.3.2 Fattori sociali

L'esperienza della depressione postpartum è influenzata da una varietà di fattori sociali che possono avere un impatto significativo sul benessere emotivo delle madri. Questi fattori sociali comprendono violenza e abusi subiti, il contesto culturale in cui si vive e il sostegno familiare e sociale.

Esaminare l'influenza di questi fattori è essenziale per una comprensione completa della depressione post partum e per sviluppare interventi efficaci per prevenire e gestire le conseguenze. In questo capitolo parleremo di come le dinamiche sociali influenzino la vulnerabilità e l'insorgenza della DPP.

4.3.2.1 Violenza e abusi subiti dalla madre

La violenza subita dalla madre è una forma di violenza domestica che può assumere varie forme, tra cui quella psicologica, quella fisica, quella sessuale e quella economica. La forma di abuso può avvenire da parte del partner, della famiglia o di altre persone dell'ambiente domestico. La violenza ha effetti negativi sia a breve che a lungo termine, sulla salute fisica, mentale e riproduttiva della donna. Le conseguenze possono determinare isolamento, incapacità di lavorare e limitata capacità nel prendersi cura di sé stesse e dei propri bambini. Secondo l'OMS, la violenza contro le donne è un problema di salute di proporzioni globali enormi e una violazione dei diritti umani delle donne (Ministero della Salute).

Diverse revisioni e metanalisi hanno trovato le prove che la violenza subita è un fattore di rischio significativo per l'insorgenza della DPP.

Una metanalisi ha dimostrato che il rischio di disturbo depressivo sale del 43% nelle donne che hanno subito violenze; un'altra metanalisi ha dimostrato un aumento dei sintomi depressivi nel postpartum di 3 volte maggiore in madri che hanno subito violenze da parte del partner durante il periodo della gestazione. Altre due revisioni sistematiche hanno dimostrato un aumento significativo del rischio di depressione durante il periodo postpartum tra le donne che hanno subito abusi nel corso della propria vita.

In conclusione, la violenza e gli abusi subiti dalla madre sono degli importanti fattori di rischio per lo svilupparsi di DPP, perché l'effetto della violenza sulle donne incinte comporta un grave trauma psicologico che aumenta il rischio di disturbo depressivo.

Inoltre, chi ha subito maltrattamento può vergognarsene a causa di fattori culturali e così facendo la situazione può essere ignorata e l'insorgenza della depressione è una richiesta indiretta di aiuto (*Zhao, X., & Zhang, Z., 2020, p.2-4*).

4.3.2.2 *Tabagismo e Alcool*

Il tabacco e l'alcool sono entrambi sostanze psicoattive che possono influenzare il funzionamento del corpo e del cervello umano e possono creare dipendenza. Il fumo viene aspirato e contiene sostanze nocive come la nicotina, che agisce sul sistema nervoso centrale producendo effetti stimolanti e rilassanti, l'arsenico, il benzene e il nichel. Secondo l'OMS, il consumo di tabacco, porta alla morte di più di 8 milioni di persone e inoltre, l'esposizione al fumo passivo è mortale anche per i non fumatori causando 1,2 milioni di morti ogni anno. I bambini sono i più esposti all'aria inquinata dal consumo di tabacco, e ogni anno muoiono 65.000 bimbi a causa di malattie legate al fumo (*Ministero della Salute*)

L'alcool è una sostanza chimica presente in alcune bevande come liquori, birra e vino, è depressore del sistema nervoso centrale e può provocare effetti sedativi, disinibitori e ansiolitici. L'OMS attribuisce all'alcool il decesso di 3 milioni di persone ogni anno a causa delle patologie e l'incidentalità che provoca; infatti, l'OMS dice che l'alcool provochi il 5,3% delle morti in tutto il mondo e in Italia oltre 17.000 ogni anno (*Istituto Superiore di Sanità - Epicentro*)

Sono entrambe sostanze che provocano danni alla salute delle persone, soprattutto in una donna in stato gravidico.

Una metanalisi su studi di coorte ha analizzato il consumo dell'alcool materno associato al rischio di sviluppare depressione postpartum e anche se questa relazione è ancora controversa e non ci sono tanti studi che ne tengono in considerazione, questo elaborato ha dimostrato che le donne esposte all'alcool avevano un rischio decisamente maggiore di incorrere in DPP rispetto a chi non consumava alcool. Nella metanalisi hanno preso in considerazione un totale di 12 studi coinvolgendo 50.377 donne e aventi risultati un *P-value* uguale a 0,020, con Intervallo di Confidenza al 95% e un ODDS Ratio di 1,21 (Qiu, X., Sun, X., Li, H., Wang, D., & Zhang, S., 2022, abstract).

Un'altra metanalisi eseguita sul fumo prenatale associato a depressione postpartum ha dimostrato che, il consumo di tabacco, può comportare numerosi rischi per la salute della madre. Le donne che fumano prima e durante la gravidanza hanno circa il doppio delle probabilità di avere complicazioni durante la gravidanza e di incorrere in depressione post partum dopo che la donna ha partorito.

Questa metanalisi ha selezionato 13 studi includendo quattro studi di coorte, quattro studi caso-controllo e cinque studi trasversali, con un totale di donne coinvolte di 1.476.922. I ricercatori hanno calcolato l'incidenza media di DPP e hanno avuto come risultato un 3,0% d'incidenza, nelle donne esposte al fumo contro un 1,3% nelle donne non esposte al fumo. Inoltre, uno studio trasversale ha osservato, nei paesi europei, l'associazione tra DPP e consumo di tabacco durante la gravidanza e si è visto che le donne che non smettevano di fumare avevano un 30% in più di probabilità di sviluppare il disturbo depressivo, rispetto a chi smetteva nel prenatale.

Queste sono le prove a favore della cessazione del fumo prima e durante la gravidanza perché si è dimostrato che riduce molto l'insorgenza di depressione postpartum (Chen, H., Cai, J., Zha, M., & Shen, W., 2018, p.4).

4.3.2.3 Carenza di sonno

Il passaggio alla maternità è un periodo di sfide e richieste e il sonno notturno è l'indicatore più strettamente correlato al funzionamento psicologico delle donne dopo il parto. La qualità e la quantità del sonno che le donne hanno dopo aver avuto un bambino, sono significativamente ridotte, e l'impatto di questa mancanza può sviluppare ansia e depressione postpartum.

Uno studio trasversale ha condotto un'analisi su un totale di 1.409 donne dopo il parto, sulla relazione tra affaticamento, qualità del sonno e DPP. L'età media dei partecipanti era tra i 20 e i 29 anni con un intervallo normale di BMI.

Sono state utilizzate le scale:

- Edinburg Post-Natal Depression Scale (EPDS) per valutare il rischio di depressione;
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) per valutare la qualità del sonno;
- Fatigue Severity Scale (FSS) per valutare l'affaticamento postpartum (PPF).

I risultati di questo studio ha evidenziato che le donne con livelli più alti di affaticamento e scarsa qualità del sonno hanno un alto rischio di sviluppare DPP. Il 75% delle donne ha segnalato un rischio di DPP, il 61% ha riferito affaticamento postpartum (PPF) e il 97% ha riferito problemi di sonno (PSQI). Questo a dimostrare che una carenza di qualità del sonno e l'affaticamento che porta la nascita di un figlio è un fattore di rischio molto rilevante per la comparsa di depressione postpartum (*Baattaiah, B. A., Alharbi, M. D., Babteen, N. M., Al-Maqbool, H. M., Babgi, F. A., & Albatati, A. A., 2023, p.8-10*)

4.3.2.4 Supporto sociale

Il supporto sociale è inteso come sostegno emotivo, pratico e informativo proveniente da familiari, amici, partner e professionisti della salute. Ha un doppio ruolo, come fattore di rischio per il disturbo depressivo postparto, se c'è un minor supporto sociale, e come fattore protettivo per la DPP, se c'è un maggior sostegno.

La mancanza di supporto sociale è ancora considerata una relazione controversa, ma, una ricerca ha evidenziato che un minor supporto durante e dopo una gravidanza è associato a DPP. Questo studio inglese ha raccolto dati su 525 donne durante il periodo della gravidanza (a 10-12 settimane di gestazione e a 28 settimane di gestazione) e, di nuovo, dopo 3 mesi dal parto. È stata utilizzata la scala EPDS per il rischio di depressione postnatale e la scala Social Provisions Scale (SPS) per capire il supporto sociale percepito dalla donna. È uno studio che ha anche dimostrato che un maggior supporto sociale prima e durante la gravidanza porta a sintomi depressivi postpartum inferiori e viceversa se c'è un mancato aiuto.

Inoltre, si è attestato che il supporto sociale in gravidanza era minore tra le donne che non convivevano con il partner e la DPP aumentava in queste donne rispetto a quelle

che vivevano insieme al proprio compagno (Taylor, B. L., Nath, S., Sokolova, A. Y., Lewis, G., Howard, L. M., Johnson, S., & Sweeney, A., 2022, p.2-7).

Per di più, un'analisi di revisioni sistematiche e metanalisi, ha affermato che relazioni familiari precarie con il partner e la sua famiglia rappresentano fattori di rischio significativi per lo sviluppo della depressione postpartum (Zhao, X., & Zhang, Z., 2020, p.10)

4.3.2.5 Cambiamenti stagionali

L'effetto dei cambiamenti stagionali sulla depressione postpartum è emerso in pochi studi recenti, che hanno suggerito una possibile correlazione tra il momento del parto e l'incidenza della DPP.

Una revisione sistematica e una metanalisi di studi di coorte eseguite su elaborati che riportavano la relazione tra stagione riproduttiva e depressione postpartum, ha dimostrato che le donne che hanno partorito nelle stagioni di autunno, primavera e estate avevano una probabilità minore di incorrere in DPP rispetto alle donne che partorivano in inverno. È un'analisi eseguita su cinque studi totali e con 103.986 partecipanti che hanno soddisfatto i criteri di ricerca. I possibili fattori che possono spiegare questa associazione sono che il giorno è più breve d'inverno e i livelli ormonali nel corpo svolgono un ruolo importante nella depressione e cambiano con l'influenza della stagione e della luce. L'esposizione alla luce solare è un fattore importante per il corretto funzionamento del sistema circadiano e per il benessere fisico e mentale. Inoltre, la ridotta durata del giorno può causare meno attività all'aperto e un aumento del potenziale del trasportatore della serotonina può essere correlato all'umore depresso (Tung, T., Jiesisibieke, D., Xu, Q., Chuang, Y., & Jiesisibieke, Z. L., 2022, p.1-5).

4.4 DIAGNOSI DELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM

La diagnosi della depressione postpartum rappresenta una sfida significativa nel contesto della salute materna perché questa condizione può manifestarsi con sintomi variabili e sovrapponibili ad altri disturbi emotivi comuni e molto spesso misconosciuti o sottovalutati a causa delle naturali fluttuazioni emotive che accompagnano la maternità.

È importante una diagnosi precoce e accurata e il The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) raccomanda che ostetrici-ginecologi e altri

professionisti della salute sottopongano, almeno una volta durante il periodo perinatale, le donne a screening per rilevare sintomi di depressione utilizzando uno strumento standardizzato e validato. Inoltre, è raccomandato, per chi ha fatto uno screening nel perinatale, eseguire uno altro aggiuntivo nel periodo postpartum.

Diversi strumenti di screening sono stati validati per l'uso durante e dopo la gravidanza per assistere le professioni nell'identificazione sistematica delle donne con disturbo depressivo. L'ACOG raccomanda sette test di screening principali:

1. Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS) con una sensibilità del 59%-100%
2. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), con una sensibilità del 91-94%
3. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), con una sensibilità del 75%
4. Beck Depression Inventory (BDI), con una sensibilità del 47.6%-82%
5. Beck Depression Inventory-II (BDI-II), con una sensibilità del 56-57%
6. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), con una sensibilità del 60%
7. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS)

Sono strumenti validati e standardizzati, molto importanti per contribuire significativamente a migliorare l'identificazione di diagnosi di DPP.

4.4.1 Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS)

La Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS), è il principale strumento mondiale utilizzato per valutare sintomi depressivi nelle donne postparto.

La EPDS è la scala di valutazione più comunemente utilizzata, è disponibile in oltre cinquanta lingue diverse e esclude tutti i sintomi che possono essere confusi con altri nel periodo della gravidanza e nel postpartum. È un questionario di 10 domande che si compilano in meno di 5 minuti (*Wells, T., 2023, p.5*).

In uno studio, la EPDS viene valutata mettendo un cut-off di punteggio 12-13 in un intervallo che va da 0 a 30; si è dimostrato che questo cut-off forniva una sensibilità del 86% e una specificità del 78%, ottimali per la depressione maggiore e minore postpartum. Questo studio diceva anche che la scala dovrebbe essere somministrata da un professionista sanitario formato, così che possa identificare i "falsi negativi", cioè donne che potrebbero avere una grave depressione ritardata o sintomi psicotici (*Cox, J., 2019, p.1*).

Come abbiamo detto è una scala costituita da 10 item con dei punteggi che vanno da 0 (mai) a 3 (sempre), in base a come la donna si sia sentita negli ultimi sette giorni.

L'item 1 e 2 valutano l'anedonia, cioè la perdita di interesse verso attività che prima erano gratificanti, l'item 3 valuta il senso di colpa, l'item 4 l'ansia, il 5 la paura, il 6 l'incapacità di resilienza, cioè la mancanza di capacità a far fronte efficacemente allo stress o ad una avversità, l'item 7 valuta la qualità del sonno, l'8 la tristezza, il 9 la tendenza al piangere e l'item 10, quello più importante, valuta la propensione a farsi del male e al suicidio. Il massimo del punteggio è 30 ma con un punteggio maggiore o uguale a 10 la donna molto probabilmente soffre di DPP.

In uno studio qualitativo esplorativo sull'esperienza degli operatori sanitari nell'uso routinario dell'EPDS, si è dimostrato che questa scala è molto apprezzata dai professionisti perché aiuta non solo a riconoscere i sintomi depressivi della donna ma aiuta anche a creare una relazione di fiducia con la neomamma che riesce ad aprirsi senza dimenticarsi particolari, magari molto importanti per il riconoscimento del disturbo depressivo. È uno studio che è stato eseguito su un gruppo di 12 professionisti, 10 operatori sanitari e 2 ostetriche con un'esperienza media nel campo di 5 anni ognuno. È stato diviso il focus group in due, facendo interviste lunghe circa 80 minuti. Tutti questi professionisti hanno confermato che l'EPDS, oltre ad essere uno strumento standardizzato e validato, è uno mezzo utile per iniziare conversazioni su argomenti difficili dopo il parto e che aiuta le donne a parlare dei propri problemi. Inoltre, lo screening ha promosso collaborazioni multidisciplinari tra equipe, garantendo una fiducia professionale (Vik, K., Aass, I. M., Willumsen, A. B., & Hafting, M., 2021, p.2-5).

L'unico problema riscontrato su questa scala, è che non offre una diagnosi differenziale, nel senso che, un punteggio superiore al cut-off, può verificarsi in una madre con disturbo da stress post-traumatico o disturbo d'ansia e quindi dopo aver fatto la valutazione è necessaria un'altra analisi per formalizzare una diagnosi effettiva (Cox, J., 2019, p.1).

4.4.2 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

La Beck Depression Inventory-II è una scala di valutazione progettata per misurare la gravità della depressione negli adulti e negli adolescenti dai 13 anni in su. È una revisione della Beck Depression Inventory (BDI) ed è composta da 21 items dove

ognuna risposta va da un punteggio da 0 a 3, corrispondenti a differenti livelli di gravità dei sintomi. Si compila tra i 5 e 10 minuti (*Wells, T., 2023, p.6*).

Gli items riguardano la valutazione della severità della depressione e indaga: la tristezza, il pessimismo, il sentimento di fallimento, l'anedonia, il senso di colpa, i sentimenti di punizione, l'autostima, l'autoaccusa, i pensieri suicidi, il pianto, l'agitazione, l'indecisione, il senso di inutilità, la perdita di energia, la qualità del sonno, l'irritabilità, l'appetito, la concentrazione e la fatica e la sfera sessuale.

4.5 CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

La depressione post partum, oltre alla sfida emotiva per la neomamma, può avere anche implicazioni per la salute mentale e fisica del bambino e del rapporto madre-figlio. Le conseguenze delle DPP possono manifestarsi nella vita quotidiana, influenzando le relazioni, i pensieri e il benessere familiare. In questo capitolo analizzeremo gli effetti che questa malattia porta, studiando i principali risultati.

4.5.1 Effetti sulla madre

La depressione post-partum è una condizione psicologica complessa che colpisce la madre e il nucleo familiare. In particolare, una revisione sistematica ha studiato gli effetti che questa malattia porta e ha riassunto le possibili conseguenze in cui può incorrere la madre:

- *Salute fisica*: uno studio ha rilevato che rispetto alla popolazione generale, le madri depresse avevano una capacità aerobica peggiore e altri due studi, hanno valutato il mantenimento del peso postpartum scoprendo che le donne che non ritornava al peso prima della gravidanza aveva punteggi più alti sulla scala EPDS. (*Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.4*)
- *Salute psicologica*: degli studi hanno dimostrato che le madri depresse hanno un punteggio sull'umore più basso ed era mantenuto nel tempo (ad 1 anno dal parto) rispetto alle madri senza DPP; questo umore depresso è anche predittore significativo dello stato di salute futuro della mamma. Questo studio ha anche dimostrato che le madri soffrivano di bassa autostima, erano meno felici, più disforiche e più arrabbiate. Inoltre, le donne con depressione erano più ansiose

anche a 3,5 anni dal parto. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.6)

- *Relazione di coppia*: le donne depresse valutavano la sfera intima con freddezza e con più distanza, si sentivano meno sicure rispetto alle donne senza depressione. Inoltre, nella sessualità della coppia, la depressione sembrava causare quasi tre volte più disfunzioni sessuali. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.6).
- *Relazioni sociali*: la madre depressa ha problemi a relazionarsi, con punteggi EPDS di sostegno sociale percepito molto bassi rispetto alle madri non depresse. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.6-9).
- *Pensieri suicidi*: molto comune nelle madri depresse, soprattutto nelle donne con un elevato rischio di suicidio cui hanno sperimentato disturbi dell'umore e sintomi depressivi più gravi. Nello studio hanno dimostrato anche, che le neomamme con alti punteggi di EPDS, potevano immaginare atti di infanticidio e pensieri di autolesionismo. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.10).

4.5.2 Effetti sul bambino

In una revisione sistematica del 2019, sono stati presi tutti gli articoli che parlavano delle conseguenze della depressione postpartum sulla madre, bambino e rapporto madre-figlio. Gli effetti che la depressione postpartum materna porta al bambino possono essere vari:

- *Parametri antropometrici*: molti studi dimostrano che i bambini di madri con DPP riportano un peso inferiore rispetto ai bambini con madri non depresse e inoltre, altri studi riportano un effetto significativo della depressione sull'arresto della crescita, ma i risultati sono ancora controversi perché ci sono variazioni nelle conclusioni dei vari studi. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.10).
- *Salute infantile*: sono stati analizzati 10 studi di coorte, di cui 9 hanno dimostrato una correlazione significativa tra DPP e problemi di salute del bimbo, soprattutto i bambini con madri depresse avevano più episodi diarroici rispetto ai bambini con madri non depresse. Per di più, uno studio ha anche associato i sintomi depressivi materni alle coliche infantili. Altri studi correlano

dolore più forte alla vaccinazione e malattia febbrile maggiore alla depressione postpartum materna. Il disturbo depressivo postnatale, inoltre, è associato a rischio di mortalità aumentato di circa 3 volte nei bambini fino ai 6 mesi di età e di circa 2 volte nei bambini fino ai 12 mesi di età. (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.17).

- *Sviluppo cognitivo*: di 11 studi di coorte, 7 hanno associato negativamente alla depressione materna postnatale lo sviluppo cognitivo dei bambini, in particolare sul ruolo dell'insensibilità materna nei ritardi dello sviluppo. Inoltre, un altro studio ha correlato la DPP materna ad una minore qualità dell'ambiente domestico che di conseguenza portava a minor sviluppo cognitivo (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.17).
- *Sviluppo emotivo*: su 5 studi presi in considerazione per la revisione sistematica, 4 hanno evidenziato come il disturbo depressivo della madre era correlato ad un effetto significativo sullo sviluppo emotivo dei bambini. I figli avevano un punteggio di paura e ansia significativamente più alto (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.24).

4.5.3 Effetti sul rapporto madre-figlio

Il rapporto madre-figlio è uno dei legami più significativi nella vita di una persona e la depressione postpartum può influenzarlo in modo compromettente. Gli effetti della depressione materna sul rapporto madre-figlio sono stati studiati in una revisione sistematica del 2019, dove viene dimostrato che:

- *Legame madre-bambino*: 11 studi hanno dimostrato che il disturbo depressivo materno porta a un effetto negativo sullo sviluppo della relazione madre-bambino. Le madri depresse hanno evidenziato una compromissione sempre maggiore nei punteggi di legame in tutti i momenti durante i primi 6 mesi rispetto alle madri non depresse. Inoltre, le mamme con DPP, hanno mostrato una minor sintonia, minor calore e sensibilità verso il proprio figlio e quindi un minor coinvolgimento emotivo. Le madri con disturbo depressivo avevano una percezione negativa e insicura verso l'attaccamento (Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.33).
- *Allattamento al seno*: di 22 studi, 16 hanno valutato e riscontrato un effetto negativo significativo sull'allattamento al seno, le madri depresse avevano una

probabilità più alta di svezzamento precoce, di dare un'alimentazione non salutare al proprio bambino come, ad esempio, nutrire prematuramente con altri cibi oltre al latte materno il figlio, di essere meno autosufficienti nell'allattamento e di avere meno fiducia in sé stessi e nell'allattare al seno il proprio bambino (*Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.33*).

- *Comportamenti materni*: le mamme depresse sembravano avere maggior probabilità di compiere comportamenti dannosi con i loro bambino rispetto alle madri non depresse. Erano meno propense a utilizzare un seggiolino per auto inadeguato o mettere il bambino nella posizione supina mentre dormiva. I sintomi depressivi materni erano anche associati negativamente alla partecipazione ad attività di arricchimento per il bambino come leggere storie prima di andare a dormire e giocare insieme (*Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O., 2019, p.33*).

4.6 TRATTAMENTI UTILIZZATI NELLA DEPRESSIONE

POSTPARTUM

Nell'affrontare la depressione postpartum sono stati studiati diversi trattamenti per alleviare i sintomi depressivi. Possiamo utilizzare trattamenti farmacologici come, ad esempio, l'impiego di antidepressivi oppure trattamenti non farmacologici come ad esempio la psicoterapia. In questo capitolo faremo una panoramica generale delle opzioni di trattamento disponibili per la DPP.

4.6.1 Trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico della depressione postpartum è una delle opzioni terapeutiche utilizzate per diminuire i sintomi depressivi. Viene utilizzata spesso dopo che il trattamento non farmacologico non ha portato benefici (*Wells, T., 2023, p.9*) oppure in concomitanza con psicoterapia (*Burval, J., Kerns, R., & Reed, K., 2020, p.3*).

I farmaci di prima linea utilizzati per la DPP sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Sono stati eseguiti studi randomizzati e controllati sulla remissione che possono avere e hanno dimostrato di provocare tassi di remissione molto elevati rispetto al placebo, sebbene non sia chiaro quale antidepressivo specifico sia più efficace di un altro in caso di donna con disturbo depressivo postpartum.

Bisogna stare attenti all'esposizione infantile attraverso l'allattamento, quando si consiglia il trattamento farmacologico anche se la maggior parte degli antidepressivi SSRI non sono controindicati durante l'allattamento al seno perché c'è solo un passaggio minimo nel latte materno. Inoltre, non è raccomandato cambiare da SSRI ad un altro perché il nuovo farmaco può provocare recidiva dei sintomi.

Se i SSRI non funzionano, la donna può passare ad un altro farmaco come, ad esempio, gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI) o la mirtazapina, che sembrano avere un passaggio minimo nel latte materno.

Si possono somministrare anche bupropione, ma provoca convulsioni nel neonato e antidepressivi triciclici, anche se controindicato perché hanno un passaggio al latte materno maggiore e vengono evitati quanto più possibile. In caso si dovessero utilizzare, è preferibile la nortriptilina e non la doxapina per gli aumentati eventi avversi nei neonati. Recentemente, con studi randomizzati, si sta sviluppando un nuovo farmaco per la depressione, il Brexanolone, un antidepressivo steroideo neuro attivo classificato come un modulatore allosterico positivo dei recettori GABA. È un farmaco che ha portato ad una riduzione significativa dei punteggi di depressione postpartum. Il medicinale è ben tollerato e gli effetti collaterali sono minimi (*Stewart, D. E., & Vigod, S. N., 2019, p.9*). Il Brexanolone viene somministrato per via endovenosa per 60 ore, con sollievo dai sintomi depressivi garantito in pochi giorni (*Burval, J., Kerns, R., & Reed, K., 2020, p.1*).

4.6.2 Trattamento non farmacologico

Spesso per una gestione efficace della depressione postpartum, si ha bisogno di un approccio globale e multidisciplinare e dopo aver avuto la diagnosi, per la donna sono garantite strategie psicosociali per aumentare la cura di sé e ridurre il verificarsi di fattori di stress. In particolare, la letteratura dice che per ridurre i sintomi di depressione lieve postpartum si possono fare degli esercizi aerobici oppure fare interventi comportamentali sul sonno infantile che, di conseguenza, porta a maggior sonno materno. È spesso utile chiedere alla donna di dormire quando il bambino dorme.

Per depressioni lievi il supporto tra pari o la consulenza indiretta da parte di un professionista possono essere utili da sole. Per una depressione di moderata o grave entità, invece, sono necessarie ulteriori strategie terapeutiche per raggiungere una

remissione completa dei sintomi come psicoterapia individuale o di gruppo (*Stewart, D. E., & Vigod, S. N., 2019, p.7*).

Gli interventi psicosociali come il sostegno tra pari possono essere erogati di persona (anche a casa della donna) o erogati attraverso il mondo virtuale (per telefono o tramite tecnologia e-health). Per le donne con depressione post partum è una strategia terapeutica ben accettata e possono ridurre i sintomi depressivi lievi.

Altri interventi psicoterapeutici, per depressioni moderate-gravi, possono essere la terapia cognitivo comportamentale (CBT), cioè un approccio terapeutico basato sull'idea che i pensieri e le emozioni siano interconnessi e influenzino reciprocamente il benessere psicologico della persona, e la terapia interpersonale (IPT), cioè un tipo di approccio terapeutico basato sull'idea che le difficoltà emotive sono spesso influenzate dalle relazioni interpersonali e dalle esperienze di vita della persona.. Entrambe, molto efficaci per combattere il disturbo depressivo, perché i risultati sono quasi immediati e segue follow-up a lungo termine (fino a 6 mesi dopo la conclusione del trattamento). Anche la psicoterapia dinamica può essere efficace (*Stewart, D. E., & Vigod, S. N., 2019, p.8*).

4.7 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA DPP

L'infermiere riveste un ruolo cruciale nel sistema sanitario, svolgendo una vasta gamma di compiti che vanno dalla cura diretta degli assistiti, alla gestione delle risorse sanitarie fino alla promozione della salute. In particolare, nelle neomamme con depressione postpartum, offre un supporto sociale e una cura globale, dalla prevenzione alla gestione della malattia. L'infermiere, inoltre, lavora in equipe multidisciplinare per valutare e monitorare gli interventi mirati al miglioramento della DPP e al benessere della famiglia.

È essenziale anche il ruolo dell'infermiere di famiglia, il professionista della salute che riconosce e attiva le risorse all'interno della comunità, coinvolgendo gruppi e organizzazioni locali per promuovere il benessere e la salute dei cittadini. Funge da punto di riferimento per l'assistenza sanitaria, soprattutto per i gruppi vulnerabili e fragili.

L'infermiere nella prevenzione della DPP ha ruolo vitale soprattutto nella valutazione del rischio e nel supporto emotivo alla donna durante la gravidanza e nel periodo postpartum. Soprattutto, in uno studio si è visto come, l'operatore sanitario può eseguire

i test di screening e può gestire e trattare la depressione postpartum in prima persona, perché ha il vantaggio di potere sviluppare programmi per ridurre il rischio di DPP nelle neomamme. Inoltre, ha l'opportunità di trovare l'opzione terapeutica più efficace per la propria assistita, se è necessario. È importante anche relazione di fiducia tra donna e professionista sanitario perché è la base per poter lavorare in sintonia, senza fattori di stress, che possono peggiorare la diagnosi (*Falana, S. D., & Carrington, J. M., 2019, p.5*).

Un clinical trial randomizzato ha eseguito un'indagine sull'intervento infermieristico relazionale, utilizzando la scala EPDS, e sul suo effetto benefico nel prevenire l'ansia e la depressione nel periodo postparto. Nello studio hanno preso 843 donne primipare a rischio di depressione ma solo 260 hanno superato i criteri di inclusione poi sono state assegnate in modo casuale tra gruppo di controllo e gruppo di intervento. Nel gruppo di controllo le partecipanti hanno ricevuto solo cure postnatali di routine. Nel gruppo di intervento alle partecipanti veniva erogata sia le cure di routine ma anche l'intervento infermieristico relazionale.

Le cure di routine prevedevano la guida dietetica fornita dall'ospedale e dalla comunità, una guida per le donne nell'assistenza materna e neonatale, delle cure perineali, un aiuto all'allattamento al seno, al cambiamento del pannolino, al bagnetto del neonato e alle cure ombelicali. Invece le cure garantite nel gruppo di intervento, oltre a quelle di routine erano: erogate per 6 settimane, una volta a settimana per 1 ora ogni volta, è stata eseguita una valutazione assistenziale sulla madre, le sono state spiegate alcune problematiche mentali che potevano insorgere nel postparto e come doveva affrontarle, l'infermiere ha aiutato la madre a stabilire un piano di auto-aiuto incoraggiandola a fornire regolarmente feedback, che così facendo si è stabilita anche una buona relazione infermiere-donna. Inoltre, in questo intervento si analizzava anche il contesto sociale della madre per garantire un'educazione sanitaria mirata e un giusto supporto emotivo e si è migliorata anche l'assistenza la comunicazione con il partner della donna, aumentando il sostegno sociale postnatale. L'incidenza della DPP era stata valutata sia prima che dopo l'intervento delle 6 settimane, con la EPDS, con un punteggio cut-off di 13. Il risultato della ricerca ha dato prova che l'intervento infermieristico relazionale porta beneficio nelle donne a rischio di DPP, perché il gruppo di intervento aveva

punteggi di EPDS decisamente inferiori (11,5%) rispetto ai valori del gruppo di controllo (24,3%) (Liu, H., & Yang, Y., 2021, p.1-5).

Un approccio innovativo alla gestione della depressione postpartum è l'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale (CBT) garantita da un infermiere. Uno studio pilota ha dimostrato la fattibilità della CBT erogata dagli infermieri di sanità pubblica, prendendo sette donne che avevano partorito nell'ultimo anno come partecipanti. Gli infermieri sono il primo punto di contatto con le donne e forniscono supporto a molte madri nel postparto. Sono stati presi in considerazione punteggi EPDS prima e dopo l'intervento della CBT (prima e dopo 9 settimane) e sono emersi quattro tempi principali:

- La *comodità* del portarsi dietro i propri figli; le partecipanti hanno apprezzato l'assistenza all'infanzia disponibile durante la seduta che li ha fatti sentire a proprio agio sapendo che i figli non erano lontani e in un ambiente sicuro;
- L'*importanza del gruppo*; le mamme hanno condiviso che il gruppo ha contribuito a normalizzare la loro esperienza e ha creato un senso di comunità tra le donne;
- Sviluppo di *competenze personali* utili con la terapia cognitivo comportamentale che, le partecipanti hanno applicato in molti aspetti della loro vita
- Il valore dell'utilizzo di *questionari online*; le donne che hanno partecipato hanno affermato di preferire l'utilizzo online della CBT

Il risultato di questo studio ha dato prove che una CBT erogata da infermieri è ben accetta e tollerata dalle donne in postparto, con riduzioni statisticamente significative nei punteggi della EPDS: da 17,14% nel pre-intervento al 8,57 nel post-intervento (Van Lieshout, R. J., Layton, H., Feller, A., Ferro, M. A., Biscaro, A., & Bieling, P., 2019, p.1-5).

5. CONCLUSIONI

In conclusione, dopo la ricerca, questa tesi ha delineato il ruolo fondamentale dell'infermiere nella gestione della depressione postpartum, evidenziando che il suo contributo è essenziale nel fornire cure mirate e supporto alle madri durante il periodo postparto.

Attraverso questa analisi di studi, approfondita dalle migliori evidenze scientifiche possibili, è emerso chiaramente che la figura professionale dell'infermiere svolge un

ruolo cruciale nella prevenzione e nella gestione della DPP, promuovendo non solo il benessere della madre ma anche il benessere del nucleo familiare come un insieme.

L'infermiere con la sua empatia e conoscenza e competenza riesce a instaurare un rapporto di fiducia con la neomamma rendendo l'educazione, la prevenzione e lo scambio di informazione facilmente comprensibile e in grado di far superare le sfide emotive e fisiche alla madre in modo efficace.

La figura professionale dell'infermiere ha un ruolo vitale anche nel coinvolgimento nel processo di cura del partner e della famiglia della donna, dando informazioni importanti sul coping e sulle risorse disponibili.

L'infermiere collabora in un team multidisciplinare per fornire cure globali e olistiche, promuovendo un programma incentrato sulla madre, migliorando l'esito clinico e la qualità della vita della partoriente.

Grazie agli studi si è notato come l'intervento emotivo dell'infermiere e il supporto sociale che porta con sé è fondamentale per il recupero psicologico della donna.

TABELLA DI ESTRAZIONE DATI

I principali risultati emersi dalla revisione della letteratura sono i seguenti:

Articolo	Autore Intervista Anno	Tipologia di studio	Obbiettivo	Principali risultati
Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis.	Hong-Lin Chen et al. Jornal of Psychosomatic Obstetrics e Gynecology 2019	Metanalisi	Scoprire la relazione tra fumo prenatale e depressione postpartum.	Il fumo prenatale è associato a maggior depressione post-partum.
Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future	John Cox The British Journal of Psychiatry 2019	Editoriale	Determinare l'utilità e la raccomandazione della EPDS.	L'uso dell'EPDS si è dimostrata efficace nella valutazione della DPP a livello internazionale.
Postpartum Depression, are you listening?	Falana D. Sophia e Carrington M. Jane Nursing Clinics of North America 2019	Revisione	Individuare i mezzi più efficaci per la valutazione della depressione postpartum trovando lo strumento più adatto, i trattamenti	L'EPDS è raccomandata; l'operatore sanitario deve determinare l'opzione di trattamento migliore.

			possibili e il ruolo dell'infermiere.	
Perinatal depression and infant mental health.	Goodman H. Janice Archives of Psychiatric Nursing 2019	Editoriale	Fornire una panoramica della depressione postnatale materna.	L'identificazione e precoce e il trattamento della depressione postpartum sono fondamentali per garantire uno sviluppo infantile ottimale.
Pathophysiologic al mechanisms implicated in postpartum depression.	Payne L. Jennifer e Maguire Jamie. Frontiers in Neuro-endocrinology 2019	Revisione	Si mira a riassumere i diversi meccanismi fisiopatologici che contribuiscono alla depressione postpartum.	Ci sono prove del coinvolgimento dei cambiamenti neuroendocrini, della disfunzione dei circuiti e del coinvolgimento della genetica e epigenetica nella

				fisiopatologia della depressione.
Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes.	Sloman Justine et al. Women's Health 2019	Revisione sistematica	Scoprire le principali conseguenze e gli effetti scaturiti dalla depressione postpartum.	Tre categorie di risultati: a. conseguenze materne della depressione postpartum: ci sono effetti negativi sulla salute fisica e psicologica della donna, sulla relazione di coppia e sociali e presenza di pensieri suicidi; b. conseguenze infantili della depressione postpartum: ci sono effetti negativi sullo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo del

				<p>bambino. c. conseguenze sull'interazioni madre-figlio della depressione postpartum: ci sono effetti negativi sull'attaccament o madre- bambino, sull'allattament o al seno e sui comportamenti materni.</p>
<p>Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics.</p>	<p>Stewart E. Donna e Vigod N. Simone Annual Review of Medicine 2019</p>	<p>Revisione</p>	<p>Trovare i miglior trattamenti farmacologici e no e per la miglior gestione della depressione postpartum.</p>	<p>L'adozione di trattamenti farmacologici come i farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina- norepinefrina sono efficaci contro la</p>

				remissione dei sintomi depressivi postpartum. Si stanno sviluppando anche modelli di cura innovativi, come l'uso del farmaco brexanolone, per il trattamento della DPP. È molto utilizzata anche psicologia individuale e di gruppo.
Neuroendocrine Aspects of Pregnancy and Postpartum Depression.	Trifu S, et al. Acta Endocrinologica (BUC) 2019	Revisione	Identificare i cambiamenti ormonali associati alla depressione postpartum.	I fattori neuromonali e psicosociali sono fortemente legati allo sviluppo della depressione.

Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study	Van Lieshout J. Ryan et al. Public Health Nursing 2019	Studio pilota	Determinare la fattibilità e l'accettabilità della CBT di gruppo erogata da infermieri di sanità pubblica	Il protocollo di studio si è rilevato fattibile e accettabile per chi partecipava.
Treating postpartum depression with brexanolone.	Burval Jessica et al. Nursing2020 2020	Revisione	Discutere dei benefici e i rischi del brexanolone.	Il brexanolone è efficace contro il trattamento della DPP.
Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis	Sun Lei et al. Australian e New Zealand Journal of Psychiatry 2020	Metanalisi	Esplorare se la modalità del parto influenzi il rischio di depressione postpartum.	La modalità del parto ha un effetto significativo sulla comparsa di depressione postpartum.
Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and	Zhao, X., e Zhang, Z. Asian Journal of Psychiatry 2020	Revisione sistematica e metanalisi.	Identificare i fattori di rischio che possono influire nello sviluppo della depressione postpartum.	I fattori di rischio che possono aiutare allo sviluppo della depressione sono molteplici:

meta-analyses.				violenza subita dalla madre, diabete gestazionale, taglio cesareo, storia depressiva, carenza di vitamina D, obesità e sovrappeso, disturbi del sonno.
Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial.	Hongling Liu e Yang Yang Annals of General Psychiatry 2021	RCT	Capire se l'intervento infermieristico relazionale porti beneficio in più rispetto alle cure routinarie.	L'intervento psicologico nel periodo del postpartum allevia l'ansia e la depressione postpartum.
Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A review.	Perry Amy et al. Brain Sciences 2021	Revisione	Si esaminano i fattori potenziali per sviluppo di psicosi postpartum	I fattori neurobiologici e la genetica sono importanti per sviluppo di psicosi.

Mapping global prevalence of depression among postpartum women.	Wang Ziyi et al. Translational Psychiatry 2021	Revisione sistematica	Fare una panoramica completa sull'epidemiologia globale della DPP.	L'impatto mondiale della DPP dipende da fattori sociali come il reddito alto o basso e se è un paese sviluppato o in via di sviluppo.
Oxytocin in women's health and disease.	Liu Ning et al. Frontiers in Endocrinology 2022	Revisione	Esaminare il ruolo dell'ossitocina nella salute delle donne e nella depressione postpartum.	L'ossitocina è uno degli ormoni cui la sua alterazione può portare a depressione post partum.
Does antenatal depression predict postpartum depression and obstetric complications? Results from a longitudinal, long-term, real-world study. <i>Frontiers in Psychiatry</i>	Luciano Mario et al. Frontiers in Psychiatry 2022	Studio longitudinale	Valutare se la presenza di depressione nel prenatale è fattore di rischio per l'incidenza della depressione postpartum	Le donne con disturbo depressivo pregresso sono più a rischio rispetto alle donne senza.

Postpartum depression	Mughal Saba et al. StatPearls - NCBI Bookshelf 2022	Editoriale	Fare una panoramica generale sui sintomi della depressione postpartum.	Circa una donna su sette può sviluppare depressione postpartum e i principali sintomi sono umore depresso, insonnia, perdita di interesse e pensieri suicidi.
Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies	Qiu X et al. Public health 2022	Metanalisi	Esaminare la relazione tra consumo materno di alcool e depressione partum.	Esiste una correlazione negativa tra alcool e DPP, il suo uso porta a rischio aumentato di sviluppare depressione postpartum.
The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression.	Taylor L. Billie et al. Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2022	Studio longitudinale	Esaminare la correlazione tra supporto sociale e depressione postpartum.	Un minor supporto sociale è associato a depressione postpartum.

Relationship between seasons and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of cohort studies.	Tung Tao-Hsin et al. Brian e Behavior 2022	Revisione sistematica e metanalisi	Studiare l'effetto delle stagioni sulla depressione postpartum.	C'è una correlazione tra stagione invernale e rischio più alto di depressione postparto.
The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health.	Baattaiah A. Baian et al. BMC Psychology 2023	Studio trasversale	Controllare la qualità del sonno come fattore di correlazione con depressione postpartum	C'è una relazione tra una bassa qualità del sonno e affaticamento, con un rischio maggiore di incorrere nella depressione postpartum.
Postpartum blues	Balaram Kripa e Marwaha Raman StatPearls - NCBI Bookshelf 2023	Editoriale	Fare una panoramica sui sintomi del baby blues.	La baby blues viene identificata con sintomi di umore depresso e sintomi depressivi lievi e transitori, estremamente comuni in gravidanza.

Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis	Camoni Laura et al. Annuali dell'Istituto Superiore di Sanità 2023	Revisione sistematica e metanalisi	Esaminare l'epidemiologia della depressione postpartum in Italia.	La depressione postpartum in Italia può variare dall'11,1% fino al 27,5%.
Postpartum psychosis.	Friedman H. Susan et al. Current Psychiatry Reports 2023	Revisione	Studiare e comprendere la psicosi postpartum per riconoscerla e diversificarla dalla depressione postpartum.	Nella psicosi postpartum sono presenti allucinazioni, impossibilità alla cura di sé stessi e disturbo depressivo grave.
Association of Post-Partum Depression (PPD) with Anaemia and Vitamin D Deficiency. <i>Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons</i>	Nasreen A. Z. Shaikh et al. Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons 2023	Studio trasversale	Esaminare l'associazione tra anemia, carenze di vitamina D e depressione postpartum.	L'anemia e la carenza di vitamina D porta ad un aumentato rischio di depressione postpartum.

<p>Postpartum depression: screening and Collaborative Management.</p>	<p>Wells Tabatha Primary Care: Clinics in Office Practice 2023</p>	<p>Revisione</p>	<p>Esaminare i principali screening e trattamenti utilizzati nella depressione postpartum.</p>	<p>Alcuni screening validati come la scala EPDS e la scala BDI-II possono portare a identificazione precoce della depressione postpartum, garantendo un trattamento (farmacologico o no) adatto alla madre.</p>
---	--	------------------	--	---

BIBLIOGRAFIA:

- Baattaiah, B. A., Alharbi, M. D., Babteen, N. M., Al-Maqbool, H. M., Babgi, F. A., & Albatati, A. A. (2023). The relationship between fatigue, sleep quality, resilience, and the risk of postpartum depression: an emphasis on maternal mental health. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01043-3>
- Balaram, K., & Marwaha, R. (2023, March 6). *Postpartum blues*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
- Burval, J., Kerns, R., & Reed, K. (2020). Treating postpartum depression with brexanolone. *Nursing (Jenkintown, Pa.)*, 50(5), 48–53. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000657072.85990.5a>
- Camoni, L., Gigantesco, A., Guzzini, G., Pellegrini, E., & Mirabella, F. (2023). Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis. *PubMed*, 59(2), 139–148. https://doi.org/10.4415/ann_23_02_07
- Chen H., Cai, J., Zha, M., & Shen, W. (2018). Prenatal smoking and postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 97–105. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1415881>
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214(3), 127–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>
- Falana, S. D., & Carrington, J. M. (2019). Postpartum depression. *Nursing Clinics of North America*, 54(4), 561–567. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.006>
- Friedman, S. H., Reed, E., & Ross, N. (2023). Postpartum psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 25(2), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>

- Goodman, J. H. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010>
- Liu, H., & Yang, Y. (2021). Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00320-4>
- Liu, N., Yang, H., Han, L., & Ma, M. (2022). Oxytocin in women's health and disease. *Frontiers in Endocrinology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.786271>
- Luciano, M., Di Vincenzo, M., Brandi, C., Tretola, L., Toricco, R., Perris, F., Volpicelli, A., Torella, M., La Verde, M., Fiorillo, A., & Sampogna, G. (2022). Does antenatal depression predict post-partum depression and obstetric complications? Results from a longitudinal, long-term, real-world study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1082762>
- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2022). Postpartum depression. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
- Nasreen, S. Z. A., Mahjabeen, N., & Shahreen, S. (2023). Association of Post-Partum Depression (PPD) with Anaemia and Vitamin D Deficiency. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 41(2), 114–119. <https://doi.org/10.3329/jbcps.v41i2.64684>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>

- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A review. *Brain Sciences*, *11*(1), 47. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>
- Qiu, X., Sun, X., Li, H., Wang, D., & Zhang, S. (2022). Maternal alcohol consumption and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *Public Health*, *213*, 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.020>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, *15*, 174550651984404. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, treatment, and emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, *70*(1), 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Sun, L., Wang, S., & Li, X. (2020). Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(6), 588–601. <https://doi.org/10.1177/0004867420954284>
- Taylor, B. L., Nath, S., Sokolova, A. Y., Lewis, G., Howard, L. M., Johnson, S., & Sweeney, A. (2022). The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *57*(7), 1435–1444. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02269-z>
- Trifu, S., Vladuti, A., & Popescu, A. (2019). Neuroendocrine aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinologica*, *15*(3), 410–415. <https://doi.org/10.4183/aeb.2019.410>

- Tung, T., Jiesisibieke, D., Xu, Q., Chuang, Y., & Jiesisibieke, Z. L. (2022). Relationship between seasons and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Brain and Behavior (Online)*, 12(6). <https://doi.org/10.1002/brb3.2583>
- Van Lieshout, R. J., Layton, H., Feller, A., Ferro, M. A., Biscaro, A., & Bieling, P. (2019). Public health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. *Public Health Nursing*, 37(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/phn.12664>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- Wells, T. (2023). Postpartum depression: screening and Collaborative Management. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 50(1), 127–142. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.011>
- Zhao, X., & Zhang, Z. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

SITOGRAFIA:

- Fondazione Onda (consultazione in data 27.03.2024). Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere. (2020). *Obesità - onda*. Onda - Osservatorio Nazionale Sulla Salute Della Donna E Di Genere.
<https://fondazioneonda.it/focus/alimentazione-e-prevenzione/obesita/>
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro. (n.d.) (consultazione in data 27.03.2024). *Alcol - informazioni generali*. EpiCentro.
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/informazioni-generalis#:~:text=L'ultimo%20report%20dell'Organizzazione,e%20sei%20tipi%20di%20cancro.>
- Ministero della Salute (n.d.), (consultazione in data 23.03.2024). *Depressione post partum*.
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>
- Ministero della Salute (n.d.), (consultazione in data 26.03.2024). *Diabete gestazionale*.
<https://www.salute.gov.it/portale/diabete/dettaglioContenutiDiabete.jsp?lingua=italiano&id=4493&area=diabete&menu=vuoto>
- Ministero della Salute (n.d.-b) (consultazione in data 27.03.2024). *Violenza sulle donne*.
[https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society#:~:text=%E2%80%8B%20nel%202022%20sono%20stati,%2C%200%2C10%20nel%202021\)](https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4498&area=Salute%20donna&menu=society#:~:text=%E2%80%8B%20nel%202022%20sono%20stati,%2C%200%2C10%20nel%202021)
- Ministero della Salute (n.d.-b), (consultazione in data 27.03.2024). *Tabagismo*.
<https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano>

[&id=5579&area=fumo&menu=vuoto#:~:text=Secondo%20i%20dati%20dell'OMS, carico%20di%20malattia%20e%20mortalit%C3%A0](#)

- Nurse24, Pieri, S. (2020, July 8), (consultazione in data 27.03.2024). *Vitamina D: cos'è e a cosa serve*. Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/dossier/salute/vitamina-d.html#:~:text=La%20vitamina%20D%20fa%20parte,metabolismo%20osseo%2C%20immunitario%2C%20ecc>
- *Treccani* (n.d.). *Anemia* Treccani. [https://www.treccani.it/enciclopedia/anemia_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/anemia_(Dizionario-di-Medicina)/)

ALLEGATI:

Allegato 1:Edinburg Post-natal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Beck Depression Inventory - II

Istruzioni. Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni. Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo. Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si è sentito nelle *ultime due settimane (incluso oggi)*. Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta. Se più di una affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero più elevato per quel gruppo. Non scelga più di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 16 ("Sonno") e la domanda 18 ("Appetito"). È importante sapere che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non sisoffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata. Grazie.

1. Tristezza

- 0. Non mi sento triste.
- 1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo.
- 2. Mi sento sempre triste.
- 3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare.

2. Pessimismo

- 0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
- 1. Mi sento più scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito.
- 2. Non mi aspetto nulla di buono per me.
- 3. Sento che il mio futuro è senza speranza e che continuerà a peggiorare.

3. Fallimento

- 0. Non mi sento un fallito.
- 1. Ho fallito più di quanto avrei dovuto.
- 2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.
- 3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.

4. Perdita di piacere

- 0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.
- 1. Non traggo più piacere dalle cose come un tempo.
- 2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.
- 3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.

5. Senso di colpa

- 0. Non mi sento particolarmente in colpa.
- 1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.
- 2. Mi sento molto spesso in colpa.
- 3. Mi sento sempre in colpa.

6. Sentimenti di punizione

- 0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione.
- 1. Sento che potrei essere punito.
- 2. Mi aspetto di essere punito.
- 3. Mi sento come se stessi subendo una punizione.

7. Autostima

- 0. Considero me stesso come ho sempre fatto.
- 1. Credo meno in me stesso.
- 2. Sono deluso di me stesso.
- 3. Mi detesto.

8. Autocritica

- 0. Non mi critico né mi biasimo più del solito.
- 1. Mi critico più spesso del solito.
- 2. Mi critico per tutte le mie colpe.
- 3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.

9. Suicidio

- 0. Non ho alcun pensiero suicida.
- 1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzerai.
- 2. Sento che starei meglio se morissi.
- 3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.

10. Pianto

- 0. Non piango più del solito.
- 1. Piango più del solito.
- 2. Piango per ogni minima cosa.
- 3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.

11. Agitazione

- 0. Non mi sento più agitato o teso del solito.
- 1. Mi sento più agitato o teso del solito.
- 2. Sono così nervoso o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo.
- 3. Sono così nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.

12. Perdita di interessi

- 0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
- 1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
- 2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
- 3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13. Indecisione

- 0. Prendo decisioni come sempre.
- 1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
- 2. Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
- 3. Non riesco a prendere nessuna decisione.

14. Senso di inutilità

- 0. Non mi sento inutile.
- 1. Non mi sento valido e utile come un tempo.
- 2. Mi sento più inutile delle altre persone.
- 3. Mi sento completamente inutile su qualsiasi cosa.

15. Perdita di energia

- 0. Ho la stessa energia di sempre.
- 1. Ho meno energia del solito.
- 2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
- 3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16. Sonno

- 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
- 1a. Dormo un po' più del solito.
- 1b. Dormo un po' meno del solito.
- 2a. Dormo molto più del solito.
- 2b. Dormo molto meno del solito.
- 3a. Dormo quasi tutto il giorno.
- 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.

17. Irritabilità

- 0. Non sono più irritabile del solito.
- 1. Sono più irritabile del solito.
- 2. Sono molto più irritabile del solito.
- 3. Sono sempre irritabile.

1818. Appetito

- 0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
- 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
- 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito.
- 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito.
- 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
- 3a. Non ho per niente appetito.
- 3b. Mangerei in qualsiasi momento.

1919. Concentrazione

- 0. Riesco a concentrarmi come sempre.
- 1. Non riesco a concentrarmi come al solito.
- 2. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo.
- 3. Non riesco a concentrarmi su nulla.

2020. Fatica

- 0. Non sono più stanco o affaticato del solito.
- 1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
- 2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
- 3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

2121. Sesso

- 0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
- 1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
- 2. Ora sono molto meno interessato al sesso.
- 3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.