

Salute psichica e prevenzione nella perinatalità

Anna Maria Della Vedova, Carlo Cristini

Anna Maria Della Vedova, Ricercatore, Psicologia Generale, Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali.

Carlo Cristini, Professore Associato, Psicologia Generale, Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali.

Riassunto

Il periodo perinatale - definito nell'ambito della salute psichica come l'arco di tempo che si estende dal concepimento fino al primo anno successivo al parto - per le profonde trasformazioni biologiche, psichiche e sociali che comporta, rappresenta una fase di aumentato rischio per la salute psichica genitoriale con conseguenze che possono rivelarsi gravi e a volte drammatiche. Negli ultimi decenni la ricerca si è estesa dallo studio dei disturbi tipici del post partum a quelli del periodo prenatale evidenziando come i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia siano presenti in misura notevole anche nelle fasi della gravidanza e come il disagio psichico perinatale interessi anche i padri. Attualmente è disponibile una robusta conoscenza scientifica rispetto a fattori di rischio, prevalenza, ricadute e cronicità che i disturbi mentali perinatali presentano, così come sono ben conosciute le conseguenze che un disagio psichico perinatale comporta sullo sviluppo psicologico ed emotivo infantile. Tali evidenze sottolineano la necessità di predisporre programmi di prevenzione al fine di individuare precocemente le situazioni di disagio emotivo, assicurando un trattamento tempestivo e adeguato. La letteratura propone linee guida e modelli di prevenzione basati sulla formazione degli operatori in una visione integrata e multidisciplinare dell'assistenza nel periodo perinatale.

Parole chiave: depressione perinatale, ansia, prevenzione, salute, sviluppo infantile.

Key words: perinatal depression, anxiety, prevention, health, child development.

Il periodo perinatale e la salute psichica.

L'area della salute psichica perinatale, dall'espressione inglese "Perinatal Mental Health" (CR88, 2000), rappresenta un nuovo settore multidisciplinare che si occupa della salute psichica genitoriale e infantile nel periodo che va dal concepimento alla fine del primo anno vita del bambino.

Negli ultimi vent'anni l'interesse dei ricercatori e dei clinici verso la salute psichica perinatale si è particolarmente accresciuto in relazione all'aumento delle conoscenze relative al rischio di incorrere in una sofferenza psichica nelle fasi che precedono e seguono la nascita di un figlio (Della Vedova & Cristini, 2011). Diversamente dall'idea socialmente condivisa della nascita come fase connotata da grande gioia e serenità, gli studi epidemiologici hanno messo in luce come il periodo che si estende dal concepimento fino al primo anno successivo al parto, costituisca una fase di aumentato rischio per la salute mentale della donna con conseguenze che possono rivelarsi gravi e a volte drammatiche (Gavin et al. 2005; O'Hara & McCabe, 2013).

Ci si potrebbe chiedere come mai un periodo della vita contrassegnato da un evento lieto come la nascita di un bambino possa costituire invece il momento in cui emerge una situazione di sofferenza. È possibile infatti constatare come, accanto al valore socialmente condiviso relativo all'importanza di formare una famiglia, generare dei figli e all'ideale di felicità associato alla realizzazione di questi scopi, la nascita di un figlio possa in alcuni casi legarsi ad inaspettate difficoltà a vivere pienamente e con serenità questi momenti non solo per la donna ma anche per l'uomo che diviene padre (Paulson & Bazemore, 2010).

La nascita di un figlio è un evento complesso che può comportare grande gioia ma anche nuove responsabilità, imprevisti e difficoltà di diverso genere tra cui l'insorgere di un disagio emozionale che, se non individuato per tempo, può minacciare non solo il benessere della madre e del bambino ma l'equilibrio dell'intero nucleo familiare. Il periodo che si estende dalle fasi del concepimento fino al primo anno dopo il parto è caratterizzato da una molteplicità di cambiamenti che investono la famiglia nel suo insieme comportando profondi mutamenti nella vita di coppia, nei ruoli familiari e sotto il profilo lavorativo e sociale. Tra gli aspetti più delicati di queste fasi vi sono le trasformazioni psicologiche necessarie al formarsi (o consolidarsi) di nuovi aspetti dell'identità: l'identità genitoriale. Dal punto di vista intrapsichico i processi di "transizione alla genitorialità" richiedono una rielaborazione delle esperienze infantili e riportano al confronto con i modelli genitoriali interiorizzati. Tali passaggi sono necessari per la costruzione, o rimodulazione, dell'identità materna e paterna, ma possono favorire il riemergere di traumi infantili o di conflitti irrisolti. In questo senso il periodo dell'attesa di un figlio è stato definito come una fase di "crisi maturativa" (Bibring, 1959; Cramer & Palacio Espasa, 1994). Divenire genitori è un processo di sviluppo dell'identità adulta (Erikson, 1953) che mette in discussione gli assetti esistenti portando con sé la potenzialità di una crescita psicologica ma anche, in presenza di condizioni particolari, il rischio di vivere un disagio emotivo più o meno severo (Della Vedova, 2009; Della Vedova et al. 2011 a,b; Della Vedova, 2011).

L'individuazione tempestiva di una sofferenza emotiva in queste fasi è di fondamentale importanza preventiva dal momento che le conseguenze della depressione perinatale sullo sviluppo cognitivo ed affettivo del bambino e dell'adolescente sono documentate da una solida evidenza scientifica e che, in casi estremi, l'incolumità della madre e del bambino può essere messa a rischio. Differenti effetti sullo sviluppo psicologico del bambino sono stati ricondotti all'esposizione a disagio emotivo materno a seconda che questa avvenga nelle fasi prenatali o postnatali. Nel periodo della gravidanza sono state evidenziate alterazioni neuroendocrine, secondarie al distress materno, in grado di modificare l'ambiente metabolico uterino con potenziali effetti sullo sviluppo fetale (Huizink et al. 2004; Field, 2011; Pearson et al. 2013). Per quanto riguarda il disagio postnatale, gli effetti vengono ricondotti prevalentemente alle interazioni disfunzionali madre-bambino associate alla condizione psicopatologica materna (Murray, 2011). Grazie a innovativi studi basati sull'osservazione standardizzata delle interazioni precoci madre-bambino, si è potuto evidenziare come la depressione interferisca nella relazione madre-neonato, impoverendo o disturbando significativamente la qualità dei processi interattivi che costituiscono la base dello sviluppo psichico infantile. Questi risultati suggeriscono l'utilità dell'individuazione precoce di un eventuale disagio emotivo materno sia nel periodo della gravidanza sia nelle fasi del post-partum.

Una particolare attenzione al benessere psichico della donna nel periodo perinatale è da tempo presente nell'ambito delle politiche sanitarie in diversi Paesi. Nel Regno Unito, all'interno del

Royal College of Psychiatrist, nel 1995 è stato fondato il *Perinatal Special Interest Group* che ha proposto un modello multidisciplinare di assistenza basato su strategie mirate di supporto alla gravidanza, al postpartum e ai primi anni di vita del bambino. Sono state inoltre create delle linee guida (CR88, 2000) finalizzate ad offrire un supporto specifico alle problematiche di queste fasi, dall'individuazione al trattamento di un eventuale disagio psichico materno. In Australia esiste un programma nazionale (*Beyondblue* the National Australian Depression Initiative) per la tutela della salute psichica perinatale ed è in atto da alcuni anni un programma di individuazione precoce della depressione perinatale rivolto a tutte le donne che accedono alle visite di routine nel periodo della gravidanza o dopo il parto (Buist et al. 2007). Una particolare attenzione è posta negli ultimi anni anche sulla salute psichica perinatale paterna (Paulson & Bazemore, 2010)

Centrale in questa prospettiva è la formazione degli operatori e la possibilità di integrare l'azione delle diverse figure di cura che ruotano intorno al benessere materno e infantile. Anche gli studi in ambito etnografico e antropologico, trasversalmente alle diverse culture, attestano come concepimento, gravidanza, parto e primo sviluppo infantile siano processi in cui benessere psicologico e somatico sono profondamente interconnessi e modulati dagli aspetti relazionali e di contesto (Cristini, 2011), sottolineando l'importanza di un orientamento integrato tra le diverse figure sanitarie che si occupano della salute dei genitori e del bambino al fine di ottimizzare le possibilità prendersi cura della persona in un'ottica bio-psico-sociale (WHO, 1948).

Epidemiologia del disagio psichico perinatale

Tra le diverse forme di disagio che possono ricorrere nel periodo post natale il disturbo più noto è più studiato è certamente la depressione postpartum. Il termine "depressione postpartum" viene spesso utilizzato indiscriminatamente per indicare un qualsiasi disturbo psichiatrico che insorga dopo il parto, è invece molto importante che la "depressione postpartum" sia accuratamente differenziata dalle altre sindromi che si possono manifestare dopo il parto: la disforia postpartum o "postpartum blues", la psicosi puerperale e il disturbo post traumatico da stress postpartum (Vita et. al. 2011).

La *postpartum blues* è la condizione più frequente nel periodo che segue immediatamente il parto. Si tratta di una sindrome transitoria molto comune che arriva ad interessare fino al 70% delle partorienti. Si evidenzia generalmente 3-5 giorni dopo il parto raggiungendo il picco sintomatologico tra il decimo giorno e la terza settimana. Il quadro clinico comprende una spiccata labilità emotiva, ansia generalizzata, irritabilità, cefalea e affaticabilità. Questi sintomi in genere si risolvono spontaneamente, ma il loro persistere oltre i 10 giorni rende opportuna un'ulteriore valutazione dal momento che 10-20% dei casi sviluppa depressione postpartum.

La *psicosi puerperale* è una condizione rara e molto severa. L'incidenza stimata è di 1-2/1000 (APA 2000), si presenta generalmente entro le prime 4-6 settimane dopo il parto, con un picco tra il terzo e il quattordicesimo giorno. L'esordio è spesso improvviso con sintomi psicotici, compromissione cognitiva, disorganizzazione comportamentale nel contesto di uno stato depressivo, maniacale o misto. Si tratta di un disturbo molto grave che può mettere a repentaglio la vita della madre e del bambino, per questo richiede immediata ospedalizzazione e trattamento farmacologico. I fattori di rischio riconosciuti sono: storia personale (o familiare) di disturbo bipolare e psicosi puerperale. Le donne con disturbo bipolare dell'umore sono a rischio di

sviluppare una psicosi puerperale, con una percentuale di episodi che varia tra il 25 e il 50% di scompensi successivi al parto (Brockington, 1996). Donne che hanno avuto un precedente episodio di psicosi puerperale hanno un rischio pari al 50%, se a questo si somma l'aver un parente di primo grado che ha sofferto del medesimo disturbo o di un disturbo bipolare il rischio aumenta fino al 70% (Jones & Craddock 2001).

Il *disturbo post traumatico da stress post partum* (Czarnocka & Slade 2000) ha un'incidenza pari 2-3%: e si manifesta in seguito al vissuto traumatico del parto. I sintomi sono caratterizzati da una riattualizzazione della situazione traumatica, incubi o *flashback*, e comporta alterazioni del sonno, della concentrazione, ansia e irritabilità. Questo disturbo presenta una forte comorbidità con la depressione post partum e, se non curato, può trascinarsi a lungo e comportare problemi della relazione come rifiuto della sessualità, di nuove gravidanze e difficoltà ad accudire il bambino. È utile ricordare che, benchè l'ansia perinatale sia stata meno studiata e di conseguenza una minore quantità di dati sia disponibile in proposito, oltre al disturbo post traumatico da stress post partum, altri disturbi d'ansia si accentuano nel periodo postnatale, tra questi in particolare il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo ossessivo-compulsivo (Ross & McLean, 2006).

La *depressione postpartum* è un disturbo depressivo non psicotico che insorge nel periodo compreso tra le 8 e le 12 settimane successive al parto con un ulteriore periodo di insorgenza tra i sei e i 12 mesi dopo il parto (Guedeney & Jammet, 2001; Cox & Holden, 2008). La prevalenza del disturbo depressivo maggiore si attesta intorno al 13% (O'Hara & Swain, 1996; Gavin et al. 2005). Il quadro clinico non è dissimile da quello delle forme depressive che si manifestano nelle altre fasi della vita. I sintomi principali sono un periodo prolungato di umore depresso ed una profonda perdita di interesse e capacità di provare piacere. Altri sintomi presenti sono alterazioni del sonno (non legate ai ritmi sonno-veglia del bambino), modificazioni dell'appetito, rallentamento psicomotorio (o agitazione), difficoltà di concentrazione, stanchezza estrema, ideazione caratterizzata da ingiustificati sensi di colpa (spesso legati al senso di essere una cattiva madre, di non farcela ad accudire adeguatamente il bambino o a preoccupazioni eccessive per la salute del bambino), senso di disperazione e pensieri o tendenze suicidarie. La durata degli episodi può essere variabile; alcune donne vivono solo un breve periodo di depressione (2 – 6 mesi) mentre altre possono continuare a soffrire per tutto il primo anno dopo il parto e anche oltre. Tra i fattori di rischio della depressione postnatale sono particolarmente influenti: la presenza di depressione o ansia in gravidanza, precedenti episodi depressivi, la presenza di eventi stressanti, mancanza di supporto sociale e isolamento, conflitti di coppia e violenza domestica, temperamento del bambino, fattori ostetrici e status socioeconomico (O'Hara, 2009). Alcuni studi hanno inoltre indagato il ruolo dei fattori ormonali in donne con particolare sensibilità agli ormoni ovarici (Brummelte & Galea, 2010).

Per quanto riguarda il periodo prenatale, benchè la gravidanza sia stata a lungo erroneamente ritenuta un periodo di relativa assenza di rischio psicopatologico (Kendel et al. 1987), è bene precisare che essa non costituisce affatto un fattore di protezione su base ormonale per la donna, ma studi epidemiologici su larga scala hanno individuato una notevole quota di sintomatologia ansiosa (Heron et al. 2004) e depressiva (Evans et al. 2001) nelle diverse fasi gestazionali. In particolare, una metanalisi che ha esaminato la presenza di sintomi depressivi per trimestre (Bennet et al. 2004) ha rilevato una prevalenza pari al 7.4%, 12.8%, 12% rispettivamente nel primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza. Un secondo studio di metanalisi (Gavin et al. 2005) ha individuato una

prevalenza di disturbi depressivi in gravidanza pari al 18.4% di cui il 12.7% rappresenta la percentuale di disturbo depressivo maggiore.

Come si può vedere da questi dati di popolazione, la prevalenza delle diverse forme di disagio psichico che possono verificarsi nel periodo perinatale risulta di non trascurabile entità. Il quadro diviene ancora più complesso quando si prendono in considerazione i potenziali effetti sulla salute e sullo sviluppo psicologico infantile.

Effetti del disagio psichico perinatale

E' oggi accertato che la presenza di un disagio psichico materno può avere effetti sul benessere fetale, sullo sviluppo affettivo e cognitivo infantile ed associarsi ad aumentato rischio psicopatologico in adolescenza (Halligan et al. 2007; Murray et al. 2011). È però importante sottolineare come non sia la semplice esposizione al disagio psichico materno, quanto la presenza concomitante di più fattori di rischio psicosociale (tra cui l'isolamento sociale, l'età adolescenziale materna, l'assenza del partner, la violenza domestica, patologie del bambino, lutti e traumi) a favorire il realizzarsi di condizioni sfavorevoli per lo sviluppo infantile (Murray, 2011).

Rispetto al periodo post natale l'analisi delle interazioni precoci madre-bambino videoregistrate ha evidenziato come la presenza di stati depressivi o ansiosi materni possa influenzare la qualità degli scambi interattivi madre-neonato (Murray, 2011). In particolare stati depressivi o ansiosi possono alterare la sensibilità materna ai segnali del bambino, comportando atteggiamenti di ritiro e passività da parte della madre o al contrario l'esposizione del bambino a comportamenti intrusivi e imprevedibili. Considerato il ruolo che le esperienze relazionali precoci hanno nel promuovere e sostenere lo sviluppo psichico infantile, si può comprendere quanto un'esperienza caratterizzata da difficoltà di comprensione e errori interattivi non riparati possa costituire un fattore di rischio evolutivo per un bambino di pochi mesi. Nel corso del tempo, gli effetti di interazioni precoci inadeguate si ripercuotono sullo sviluppo infantile con esiti a livello neurofisiologico, cognitivo, affettivo e comportamentale. Tra gli esiti a livello neurofisiologico alcuni studi hanno evidenziato la presenza di un profilo elettroencefalografico anomalo, caratterizzato da marcata ipoattivazione frontale sinistra, mentre altri studi riportano evidenze di una disregolazione del funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei bambini esposti a depressione post natale (Murray, 2011). Per quanto riguarda gli effetti sullo sviluppo cognitivo, i risultati sono discordanti, ma basse prestazioni cognitive nei bambini sono state riscontrate frequentemente in campioni ad elevato rischio psicosociale o in presenza di depressione materna di grado severo associata a cronicità. Rispetto allo sviluppo affettivo e al comportamento sociale i bambini esposti a depressione postnatale evidenziano in maggior misura disturbi internalizzati (inibizione, ritiro sociale) e esternalizzati (aggressività, impulsività) (Murray, 2011).

Di più recente comparsa sono le ricerche sugli effetti di stati depressivi e ansiosi sullo sviluppo fetale e neonatale (Della Vedova, 2009). Rispetto al decorso della gravidanza si riscontra come la presenza di stati depressivi incida su un aumento di parti pretermine, maggiore prevalenza di eclampsia, basso peso del bambino alla nascita e circonferenza del capo inferiore alla media. Inoltre, nei neonati le cui madri hanno sofferto di depressione in gravidanza sono state rilevate difficoltà del sonno, temperamento difficile e tendenza al pianto (Davis et al. 2007). Il dato più allarmante però deriva da studi longitudinali (Pawlby et al. 2009; Pearson et al. 2013) che hanno

potuto evidenziare come la presenza di stati depressivi materni prenatali si associ ad un aumento del rischio depressivo e dei comportamenti antisociali nei figli adolescenti. Si ritiene che lo stress materno eserciti effetti dannosi sul feto a causa dell'aumentata attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e del sistema simpatico-noradrenergico i cui effetti si ripercuotono sull'ambiente uterino e sul feto (Field et al. 2006). Infine, sebbene molto rare, non possono essere trascurate le potenziali conseguenze di una psicosi puerperale non riconosciuta. E' importante considerare che una piccola percentuale (4%) di episodi psicotici deliranti acuti puerperali può associarsi ad esiti fatali per il bambino e per la madre, è dunque essenziale che siano messe in atto tutte le misure preventive del caso (Spinelli, 2009).

Alla luce di questi dati si può meglio comprendere la potenziale gravità delle conseguenze di un disturbo psichico perinatale non diagnosticato e la necessità di un'assistenza integrata che preveda la collaborazione di operatori che condividano una formazione specifica in proposito.

Interventi di prevenzione: la formazione degli operatori per un'assistenza integrata

Considerata l'incidenza delle diverse forme di disagio psichico perinatale e le importanti conseguenze negative sulla donna, sul bambino e sul benessere complessivo della famiglia si delinea con sempre maggior chiarezza la necessità di predisporre programmi di intervento che diminuiscano il rischio psicopatologico provvedendo ad un adeguato supporto delle situazioni di rischio o di disagio psichico conclamato.

Il periodo perinatale offre un'opportunità unica per la prevenzione, è infatti una fase della vita in cui le donne hanno un accesso regolare, costante e prevedibile ai servizi di assistenza sanitaria. In gravidanza esse incontrano regolarmente le ostetriche, il medico di base e il ginecologo, partecipano ai corsi di accompagnamento alla nascita; dopo il parto sono seguite da ostetriche e assistenti sanitarie, accedono ai gruppi allattamento e portano il bambino ai regolari controlli pediatrici.

Questa rete di contatti, oltre ad essere di per sé un fattore di promozione della salute materno-infantile, può essere adattata in modo tale da permettere la messa in atto di strategie di prevenzione primaria e secondaria (Della Vedova, 2011). Come indicato dal Royal College of Psychiatrist (CR88, 2000), dall'American College of Obstetricians and Gynecologist (2006), dall'American Academy of Pediatrics (2010) e come viene già applicato all'interno del programma di prevenzione australiano (National Australian Depression Initiative) sarebbe auspicabile nelle normali pratiche di assistenza di base e specialistica perinatale rilevare, insieme ad un'accurata anamnesi, la presenza di fattori di rischio ed eventuali sintomi depressivi o ansiosi. Ciò permetterebbe di individuare precocemente le situazioni di rischio evitando un inutile prolungarsi della sofferenza psicologica della donna, della famiglia e prevenire rischi per lo sviluppo infantile.

Un tale modello di assistenza deve però innanzitutto prevedere un'integrazione tra discipline diverse e la definizione di percorsi di invio per le situazioni che necessitano di approfondimento diagnostico e di trattamento. E' inoltre fondamentale una specifica formazione degli operatori dell'area perinatale che consenta non solo una possibilità di individuazione precoce del rischio psichico perinatale e una efficace gestione dei casi, ma anche la diffusione di una "cultura della perinatalità", che sottolinei gli aspetti di trasformazione e di crescita che le fasi prenatali comportano, sia per il bambino che viene al mondo sia per l'adulto che diventa genitore. Una

“cultura della perinatalità” che permetta di apprezzare la complessità dei processi psicologici implicati nella transizione alla genitorialità e l’importanza di un’assistenza che vada oltre il monitoraggio del normale decorso degli eventi somatici e che includa gli aspetti psicologici e relazionali come centrali nella promozione della salute, intesa come benessere globale della persona (WHO, 1948).

A questo proposito il modello maggiormente consolidato riguarda non tanto la prevenzione primaria, quanto la prevenzione secondaria. Si sono dimostrati efficaci gli interventi di individuazione e trattamento quanto più precocemente indirizzati. Un recente studio ha evidenziato come gli interventi più efficaci si dimostrino quelli che operano una rilevazione del disagio a partire dalle fasi prenatali (Clatworthy, 2012). Per quanto riguarda il tipo di trattamento è emersa la rilevanza dei trattamenti psicoterapeutici di gruppo e singoli, con migliori esiti per quelli ad indirizzo interpersonale (Sokol, 2011). Altri strumenti che dimostrano efficacia sono gli interventi domiciliari (*home visiting*), gli interventi sulla relazione madre-bambino (*video-feedback*) ed anche strumenti semplici ed economici come il supporto psicologico via telefono per le madri che hanno meno possibilità di raggiungere il servizio (Lavender et al. 2013).

Non bisogna infine dimenticare che spesso la donna che soffre di depressione non è in grado di chiedere aiuto. Date le aspettative sociali relative alla maternità come momento di gioia e realizzazione per la donna, la condizione di sofferenza psichica unita ad una eventuale difficoltà a farsi carico del proprio ruolo materno, può essere fonte di vergogna e colpa per la donna, e può pertanto essere negata o nascosta. Vi è ancora uno stigma sociale che può rendere molto difficile riconoscere la propria sofferenza e chiedere aiuto. Numerose ricerche hanno inoltre evidenziato come le difficoltà ad accedere all’assistenza sanitaria siano dovute anche alle caratteristiche dei sintomi stessi della depressione (quali difficoltà emotive, confusione, rallentamento psicomotorio e stanchezza estrema) e, non ultime, a difficoltà pratiche quali distanza fisica dai servizi, mancanza di tempo, di risorse e isolamento.

E’ oggi sempre più evidente come operare nel campo della salute materno-infantile nel periodo perinatale richieda competenze specifiche e modalità di lavoro condivise tra specialisti appartenenti a diverse aree (Della Vedova, 2011). Dal momento che si tratta di un’area della salute psichica di recente definizione è necessaria una formazione mirata sulle più recenti evidenze scientifiche. In particolare è necessaria un’ottica interdisciplinare in cui tutte le figure che a vario titolo si occupano della salute materno-infantile condividano le specifiche competenze che permettono di supportare adeguatamente la complessità della transizione alla genitorialità, e, in caso di necessità, di individuare precocemente le situazioni di disagio emotivo perinatale, assicurando un trattamento tempestivo e adeguato. In un’ottica di assistenza integrata alla salute nel periodo perinatale, gli operatori che ruotano intorno alla salute della madre e del bambino – ostetriche, assistenti sanitarie, infermiere, puericultrici, ginecologi, neonatologi, pediatri, psichiatri, psicologi neuropsichiatri infantili, medici di famiglia – dovrebbero poter condividere una formazione trasversale basata su specifiche conoscenze teoriche, modelli applicativi e linee guida (CR88, 2000), che permettano di operare in modo rapido, preciso ed efficace.

In questo senso è importante avere presente che le donne con maggiori problematiche psichiche tendono a frequentare poco i servizi loro offerti e accedono invece più frequentemente delle donne che stanno bene alle strutture ospedaliere per ricoveri di urgenza dei loro bambini. In queste situazioni, gli operatori dell’assistenza di base così come le figure di assistenza specialistica del

bambino piccolo, quali il pediatra e il neuropsichiatra infantile, possono essere le uniche ad entrare in contatto con la sofferenza presente nella diade madre-bambino (e di conseguenza nella triade genitori-bambino), e la loro capacità di comprensione può permettere di intervenire portando un aiuto non limitato al sintomo ma rivolto allo stato di salute di madre e bambino nella sua globalità.

Bibliografia

ACOG COMMITTEE OPINION No. 343 (2006). Psychosocial Risk Factors: Perinatal Screening and Intervention. *Obstet Gynecol*, (108), 469–77.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Clinical Report (2010). Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice. *Pediatric*, (5), 1032-1039 .

APA (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington.

Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent post-natal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 25–34.

Bennet, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103(4), 698-709.

Bibring G.L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (16), 113-121.

Brummelte, S., Galea, L. A. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 766-776.

Buist, A., Ellwood, D., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, B. A., Sved-Williams, A., Barnet, B., Karatas, J., Bilszta, J. (2007). National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 193-206.

Cox, J., Holden, J. (2008). *Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Edizioni Erickson, Trento.

Cramer, B.G., Palacio Espasa, F. (1994). *Le psicoterapie madre-bambino*. Masson, Milano.

Cristini, C. (2011). *Aspetti della perinatalità fra psicologia e antropologia*, in Della Vedova A.M, Cristini C. (a cura di) (2011) *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma, 27-35.

CR88 (2000) Royal College of Psychiatrists (2000), *Perinatal Maternal Mental Health Services. Council Report CR88*, Royal College of Psychiatrists, London.

Czarnocka J., Slade P. (2000). Prevalence and predictors of post traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, (39), 35-51.

Davis, E.P., Glynn, N.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6),737-746.

Della Vedova A. M. (2009), *Emozioni e gravidanza: effetti dello stress materno sul benessere fetale*, in Cristini C., Ghilardi A. (a cura di) *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento tra mente e cervello*, Springer, Milano, 3-15.

Della Vedova A.M. (2011). *La promozione della salute mentale perinatale: una visione d'insieme*, in Della Vedova A.M, Cristini C. (a cura di) (2011) *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma, 36-50.

Della Vedova A. M, Cristini C. (a cura di) (2011), *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma..

Della Vedova A. M., Ducceschi B., Cesana B. M., Imbasciati A. (2011a), Maternal bonding and risk depression in late pregnancy: a survey of Italian nulliparous women, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, (29), 208-222.

Della Vedova A.M., Ducceschi B., Lojacono A., Guana M., Imbasciati A., Cristini C. (2011b), Variabili psicologiche materne e andamento del parto: rilevazione in un campione di donne italiane alla prima esperienza di parto, *Ricerche di Psicologia*, (2),191-219.

Della Vedova A. M. (2012), *Transizione alla maternità, crisi e sviluppo. Aspetti del cambiamento psicoterapeutico in gravidanza e nel post partum*. In Cristini C. (a cura di), *Il cambiamento psicoterapeutico*, Franco Angeli, Milano, pp.190-204.

Erikson, E.H. (1953). *Growth and Crises of the "Healthy Personality"*, in Kluckhohn C., Murray H.A., Schneider D. (eds.) *Personality in Nature, Society and Culture*. Knopf, New York.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323(7307), 257-60.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the foetus and newborn. *Infant Behavior and Development*, 29(3):445-455.

Field, T. (2011) Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev.* 34(1),1-14.

Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005), Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, (106),1071-83.

Guedeney, N., Jammet, P. (2001). Depressions postnatales (DPN) et decisions d'orientation therapeutique. *Devenir*, numero special, 3(13), 51-64.

Halligan, S.L., Murray, L., Martins, C., Cooper, P.J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1):145-154.

Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Buitelaar, J.K. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility? *Psychological Bulletin*, 130(1), 115-142.

Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. the ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the post partum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, (80), 65-73.

Jones, I., Craddock, N. (2001). Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, (158), 913 -917.

Kendell, R.E., Chalmers, J.C., Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*, (150), 662-73.

Lavender, T., Richens, Y., Milan, S.J., Smyth, R.M.D. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7.

Murray, L. (2011), *La Depressione postnatale ed i suoi effetti sullo sviluppo del bambino*, in Della Vedova A. M., Cristini C. (a cura di), *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma, pp.61-95.

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460-470.

O'Hara M., Swain A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37–54.

O'Hara M. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.

O'Hara, M.C., McCabe, J.E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, (9), 379-407.

Paulson J.F., Bazemore S.D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression A Meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.

Pawlby, S., Hay, D.F., Sharp, D., Waters C.S., O'Keane V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 236-243.

Pearson, R.M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P.G., O'Connor, T.G., Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA psychiatry*, 70(12), 1312-1319.

Ross L.E., McLean L.M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (8), 1285-1298.

Spinelli, M.G. (2009), Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *Am J Psychiatry*, 166 (4), 405-8.

Vita, A., Della Vedova, A.M., Deste, G. (2011). *Disturbi psichici perinatali: focus sulla Depressione Postpartum*, in Della Vedova A.M, Cristini C. (a cura di) (2011) *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma, 51-60.

WHO (1948), Preamble to the Constitution of the World Health Organisation. *World Health Organisation, Geneva* (www.who.int/en).