

15. *Psicologia Clinica Perinatale babycentered e “preoccupazione materna primaria”: disregolazioni affettive, sindromi di ansia e depressione nella transition to parenthood*

di *Loredana Cena, Alice Trainini*

15.1. Perinatalità psichica e transizione alla genitorialità: modificazione dell’equilibrio psicosomatico e mentale

La salute mentale di una popolazione comporta oneri molto elevati per la cura, cioè curando la medesima quando sono evidenti patologie: occorre prevenirne le origini e questo lo si può perseguire se si assicurano adeguate attenzioni quando viene a fondarsi la costruzione primaria del cervello, ovvero nel periodo perinatale di ogni individuo. Questo significa Psicologia Clinica Perinatale centrata sull’infante, anzi ad iniziare dal feto. Salute mentale *babycentered* significa dunque mettere al posto centrale di una osservazione il bambino: in questa prospettiva consideriamo la perinatalità un periodo speciale nell’esistenza del bambino, nei suoi primi mille giorni di vita a partire dal concepimento, quando si attivano i primi processi del suo sviluppo neuropsichico, la costruzione della sua mente (vedi nostri studi Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2007; Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010, 2012; Imbasciati, Cena, 2015a,b; Imbasciati, Cena, 2017; Imbasciati, Cena, 2018).

D’altra parte, nel periodo perinatale del bambino, mentre si sta costruendo il *suo* cervello, i suoi genitori affrontano la *loro* perinatalità come periodo di mutamento endopsichico: questo, in funzione dell’attesa del figlio, è caratterizzato come specifico processo di transizione alla genitorialità, descritto in psicologia sociale come “transition to parenthood” (Scabini, 1985). La coppia generativa diventerà anche coppia genitoriale (Imbasciati, Cena, 2015a,b): entrambi i genitori devono attraversare profondi e radicali cambiamenti (Parfitt, Ayers, 2014) di ruolo, sociali, ormonali, dei ritmi biologici, trasformazioni corporee e psichiche che modificano il loro precedente equilibrio psicosomatico. Questo periodo incide nel condizionare lo sviluppo del cervello del feto/bambino.

Una psicologia clinica perinatale può pertanto far riferimento sia al bambino che ai genitori. Questi eventi fisici corrispondono ad altrettanti

processi psichici, che ne modulano l'evoluzione: una perinatalità psichica regola i processi di transizione alla genitorialità, tra l'ipotetico progetto di voler fare un figlio e la fine del secondo anno di vita di un bambino (Missonier, 2005), i suoi primi mille giorni di vita. La letteratura scientifica nazionale e internazionale dell'Early Childhood Development evidenzia come la salute e il benessere del bambino e dei suoi genitori siano determinati da fattori protettivi (ad esempio un ambiente emotivamente accogliente, un attaccamento sicuro, salute e benessere psico-fisico della madre e del padre, ecc.), piuttosto che condizionati da fattori di rischio (ad esempio disturbi d'ansia dei genitori, disturbi di depressione, problematiche di salute fisica, problemi socioeconomici, ecc.), che possono promuovere o ostacolare lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo del bambino e delle loro relazioni.

Nei nostri precedenti lavori abbiamo evidenziato come le funzioni fisiologiche e fisiopatologiche inerenti al concepimento, alla gestazione, al parto/nascita, al puerperio, all'allattamento, siano modulate attraverso l'asse psicosomatico da dinamiche psichiche. Queste pertanto possono essere correlate con le vicende ostetrico ginecologiche, nonché con il primo sviluppo psicofisiologico fetale e neonatale (Imbasciati, Cena, 2015a). Gravidanza e parto/nascita sono momenti significativi nel ciclo di vita della donna caratterizzati da profonde trasformazioni psico somatiche: la gestazione è associata ad importanti modificazioni somatiche e psicologiche, comporta un sommovimento emotivo, neurovegetativo, endocrino, più generalmente umorale e metabolico, forse anche immunitario e pertanto psicosomatico. Le modificazioni fisiologiche che interessano tutti gli organi e i tessuti dell'organismo diventano un punto focale intorno a cui si organizzano i processi intrapsichici di ogni donna e i fattori endogeni predeterminati dalla genetica della specie. La maggior parte di tali modificazioni viene mediata dall'influenza di particolari incidenze ormonali e metaboliche caratteristiche dello stato gravidico, sui quali il feto e la placenta esercitano un controllo omeostatico. A sua volta i mutamenti dell'organismo hanno un feedback somato psichico nelle strutture psichiche e nelle funzioni che in ogni singola donna differenziatamente si sono costruite, esplicando la loro modulazione sull'evento specifico. Da un feedback somato psichico si passa di nuovo a modulazioni psicosomatiche.

Se questi processi caratterizzano ciò che accade alla madre, nel padre si avviciano processi psichici complementari e di accompagnamento emozionale a ciò che sta vivendo la sua compagna, mentre si sta realizzando un comune progetto generativo: nella coppia si crea una connessione psichica tra "gli stati della mente" dei due genitori che concorrono entrambi con differenti esperienze alla costruzione della mente nascente del bimbo. Durante il periodo perinatale gli stati della mente dei genitori sono correlati, nel senso che i disturbi affettivi paterni tendono a manifestarsi in

concomitanza con quelli materni: i padri manifestano alterazioni emotive che oscillano in relazione agli stati psicologici e di sofferenza emotiva delle madri (Baldoni *et al.*, 2009). Stati di benessere e/o di disagio emozionale materni e paterni avrebbero traiettorie evolutive convergenti nel periodo perinatale. La complessità di tali processi è caratterizzata da una molteplicità di fattori per cui deve essere tenuta in attenta considerazione la salute psicofisica sia di chi è generato, il feto/bimbo, sia di chi genera e poi cura e accudisce il bimbo, i genitori: la loro “salute” condiziona quella dei nascituri.

Un evento come la procreazione della specie, nell’ordine naturale della vita, può portare ad esiti che non sono sempre scontati (concepimento, gestazione, nascita, crescita del figlio), ma presentare difficoltà e incertezze, che vanno adeguatamente valutate. Gli eventi perinatali, dunque, come tutti gli eventi che trasformano la vita, sono complessi, con effetti positivi, ma anche negativi (Taubman–Ben-Ari *et al.*, 2018): possono cioè subentrare ostacoli fisici ed emozionali che inficiano il buon svolgimento del percorso nascita e crescita, come un aumento del rischio di problemi psicologici nei genitori (O’Hara, Wisner, 2014) tra i quali disturbi affettivi come ansia, baby blues, depressione, stress, che si possono manifestare anche in modo frequente nel periodo perinatale.

Gli studi in letteratura mettono in evidenza sintomatologie di disturbi affettivi perinatali manifestati dalle madri (in misura minore dai padri). Ancora troppo poche ricerche empiriche considerano le vicende psichiche che accadono ai genitori nella transizione alla perinatalità, correlate alla presenza del bambino: certe manifestazioni di sintomi di ansia e depressione potrebbero essere epifenomeni di problematicità inerenti al percorso psichico di una donna e di un uomo che diventano genitori. Lo status dell’essere genitore si acquisisce per la presenza di un bimbo e le vulnerabilità diventano prioritarie per la salute del bambino. Da qui la valenza con cui Winnicott connotò con “preoccupazione materna primaria” (Winnicott, 1956) manifestazioni di sofferenza e disagio delle madri nel periodo perinatale indicandole come una malattia.

Per entrambi i genitori la “nascita” di un bambino comporta paradossalmente un “lutto evolutivo” (Knauer, Palacio Espasa, 2012): al neonato deve essere lasciato il posto e il ruolo di figlio che il genitore ha occupato fino a quel momento, a cui spesso inconsapevolmente l’adulto resta ancorato con nostalgia, facendo fatica ad abbandonarlo, per assumere il ruolo di genitore. Questo cruciale duplice “passaggio” è connesso a complessi processi interiori per la maggior parte inconsapevoli: i genitori possono fare riferimento ai vissuti che hanno di loro come bambini, in relazione ai ricordi dei loro genitori e se questi sono positivi ora possono delegare al proprio figlio l’immagine che hanno del bambino amato che pensano di essere sta-

ti, con i limiti, le sofferenze, le frustrazioni passate. Se una riconciliazione con il proprio passato non è sempre disponibile, per esperienze che hanno lasciato ferite non ancora rimarginate, accanto ad una immagine idilliaca di “genitorialità” può essere presente un funzionamento genitoriale diverso. Knauer e Palcio Espasa fanno riferimento a “conflitti della genitorialità” che possono essere superati attraverso un processo di elaborazione dei lutti del passato, liberando il figlio dalle proprie immagini infantili che potrebbero limitare o ostacolare lo sviluppo delle sue caratteristiche specifiche. Anche la Fraiberg (Fraiberg *et al.*, 1975) faceva riferimento ai “fantasmi dei genitori nella stanza dei bambini” che devono essere liberati per consentire uno sviluppo autonomo del bimbo, svincolato da ideali o conflitti genitoriali.

I genitori sarebbero soggetti nel periodo perinatale (Tambelli *et al.*, 2013) ad uno “stato mentale alterato”, connesso al “processo psichico” del diventare genitori, non ancora sufficientemente compreso (Imbasciati, Cena, 2018).

15.2. Peri-partum e peri-natale: parto e nascita prospettive diverse dello stesso evento

Nel manuale internazionale dei disturbi psichiatrici DSM-5 (2013) vengono classificati e descritti i sintomi che possono manifestarsi nel periodo denominato “peri-partum”: l’accezione del termine è posta sul parto, dunque sulle problematiche materne; è la donna che partorisce. La clinica nel passato iniziò ad occuparsi proprio dei disturbi affettivi che si manifestavano nelle donne nel post-partum. Nella ricerca internazionale attualmente è più utilizzato il termine “peri-natale”. Nel primo termine peri-partum la prospettiva è solo sulla donna. Nel secondo due prospettive diverse, parto e nascita, vengono unite per indicare lo stesso evento: occorre tuttavia distinguere se la “nascita” viene studiata agli effetti delle vicende della donna che partorisce un bimbo, piuttosto che al bimbo stesso, cioè a cosa accade in un bambino che diventa a sua volta adulto, a seguito delle *sue* pregresse vicende perinatali. Solo così una psicologia clinica perinatale può dirsi “babycentered”: noi preferiamo utilizzare questa seconda modalità. Il nostro intento nei prossimi capitoli è evidenziare come la sofferenza psichica dei genitori nel periodo perinatale possa rendere più vulnerabile il bambino e metta a repentaglio la formazione della sua mente nascente. Con “salute mentale perinatale” ci si dovrebbe focalizzare non semplicemente sulla salute mentale delle madri in gravidanza, ma anche sui partner (quindi sulla coppia) e sulle famiglie (Yeaton-Massey, Herrero, 2019); il tutto in funzione del bambino.

Quando nasce un bambino le attese della collettività in cui vive la coppia genitoriale sono in genere di manifestazione di sentimenti positivi, di

desiderabilità sociale, di gioia per il lieto evento. Può tuttavia accadere che, nella realizzazione della propria progettualità generativa, una coppia si trovi a dover affrontare sentimenti negativi o ambivalenti e/o sofferenze emozionali inerenti l'esperienza, ben diversa da come era stata prefigurata. Ciò discosterà l'evento nascita dalle aspettative del conformismo sociale e potrà trovare impreparati i genitori e gli operatori stessi dei servizi che seguono questo percorso.

Una madre e un padre ansiosi, stressati, sofferenti, depressi che sperimentano emozioni non propriamente conformi alle attese sociali, possono provare sentimenti di colpa e di vergogna e conseguentemente non comunicare l'esperienza che stanno vivendo. Inoltre, spesso i più comuni sintomi di depressione e ansia si possono manifestare come cambiamenti del ritmo sonno/veglia, dell'appetito, di attività quotidiane e possono venire frequentemente confusi e scambiati (anche dagli operatori stessi che si prendono cura dei genitori) con una sintomatologia connaturata a tale periodo (stanchezza o apprensione per l'accudimento del neonato, soprattutto se si tratta di una primogenitura, attenzione vigile diurna e notturna, cambiamento dei ritmi familiari, di routine, di lavoro, di svago), cosicché il disturbo affettivo può essere sottovalutato, misconosciuto o negato.

Nell'essere umano, diventare un "*buon genitore*" dipende prevalentemente dalla propria esperienza personale, con i propri genitori, dall'influenza esercitata dal contesto sociale, oltre che dai cambiamenti psicofisiologici.

La maternità, la genitorialità umana è un processo psichico: si fa riferimento alla maternità, ad una genitorialità "interiore" (Ferrara, Mori, 2008), connessa all'esperienza emozionale, ai vissuti verso la propria madre, la famiglia di origine, le relazioni sociali, oltre che alle influenze biologiche, ormonali.

Nell'esperienza genitoriale umana il "funzionamento" mentale dei genitori ha un ruolo fondamentale nella capacità di connessione con il bambino ed è quindi necessario monitorare gli aspetti affettivo-emozionali che vengono attivati quando l'essere umano diventa genitore, e anche prima.

Grande importanza ha nella relazione con il bambino anche ciò che già avvenne prima del concepimento, a livello di aspettative, rappresentazioni, fantasie genitoriali, che costellano ogni percorso generativo. La lunga dipendenza dei piccoli dell'uomo da chi si prende cura di loro, rispetto ad altre specie, comporta spesso la necessità per la madre di essere aiutata nell'accudimento del bimbo da figure come il padre e i familiari. L'evoluzione del genere umano ha infatti premiato quegli individui che si sono uniti in maniera cooperativa, anche nell'accudimento dei figli, facendo in modo che negli individui stessi maturassero capacità di comprensione e di relazione fin da piccoli. Il passaggio dalla famiglia estesa a quella nucleare ha fatto sì che siano venuti a mancare, a livello comunitario e sociale,

due fonti fondamentali di apprendimento e conoscenza: quella dei neonati e del diventare genitori. Da una parte infatti, con il calo delle nascite è sempre meno frequente poter vedere come si accudiscono neonati e bambini piccoli, come si allattino, si mettano a dormire, si consolino quando piangono. Dall'altra, nel momento in cui si diventa genitori, viene a mancare il supporto di una comunità familiare allargata, per cui la coppia genitoriale si trova spesso sola ad affrontare “problemi” quotidiani come il pianto, il sonno dei bambini, l'allattamento, che necessitano di competenza soprattutto emotivo-affettiva: non è sufficiente sapere come funziona la lattazione umana per allattare un bambino, per la mamma è necessario sentirsi appoggiata e supportata, guidata e accolta nello sviluppo di questa competenza.

Le emozioni che accompagnano le esperienze hanno una funzione condizionante l'equilibrio psicosomatico degli individui. La gravidanza e la prima vita postnatale del bambino sono periodi di alta vulnerabilità per l'equilibrio psicosomatico dei genitori (Imbasciati, Cena, 2015a,b): attraverso la modulazione dei cicli biologici di nascita e crescita avviene una costante trasmissione umorale, biochimica, nonché emozionale al feto/bambino lungo l'asse psicosomatico. Tutto ciò ha effetti sul futuro sviluppo di quel bambino.

Nella ricerca internazionale non vengono adeguatamente affrontati gli aspetti che caratterizzano e differenziano l'ansia, la depressione e lo stress nel periodo perinatale da sindromi analoghe, che possono manifestarsi in altri periodi del ciclo vitale della donna e del suo partner. Non sempre viene considerata la peculiarità di questo periodo in cui ha importanza centrale l'accudimento che il bambino richiede, con nuove responsabilità economiche, la costruzione di nuove identità (quelle genitoriali) e ancora per le più articolate relazioni che coinvolgono il sistema familiare e sociale più ampio (Letourneau *et al.*, 2012; Stewart, 2005; Stewart *et al.*, 2005; Stewart, Vigod, 2016; Lovestone, Kumar, 1993).

Gli studi internazionali valutano prevalentemente la presenza di disturbi affettivi nel periodo perinatale per la loro incidenza epidemiologica. Per poter descrivere le disregolazioni affettive come sindromi specifiche di una criticità nella transizione alla perinatalità occorre poter mettere al centro il bambino.

I disturbi affettivi nel periodo perinatale costituiscono un notevole problema di salute pubblica, perché possono comportare sofferenze per i genitori, pervasive per il bambino (Field *et al.*, 2010b; Stein *et al.*, 2014) e per le preziose interazioni primarie (Kingston *et al.*, 2012; Woolhouse *et al.*, 2014), indispensabili al suo sviluppo neuropsichico.

L'identificazione tempestiva delle future madri e padri in stato di sofferenza psichica che rischiano di sviluppare sindromi depressive e di an-

sia perinatale è indispensabile per ridurre al minimo tali effetti dannosi, attraverso appropriati e tempestivi interventi (Monteiro *et al.*, 2018): in alcuni paesi come gli USA ne sono stati documentati i costi clinici e sanitari (Putnam *et al.*, 2017). In uno studio australiano (Thomas *et al.*, 2014) è stato calcolato che i costi dell'ansia e della depressione perinatali comprendono non solo l'impatto sulla qualità della vita, misurato in disabilità lavorative dei genitori, ma anche i costi che queste psicopatologie comportano per i potenziali danni allo sviluppo dei bambini (Glover, 2014; Dunkel Schetter, Tanner, 2012), con un elevato onere per il sistema sanitario e per la più ampia comunità.

In questa prospettiva si collocano i nostri studi che in questi ultimi decenni (Imbasciati, Cena, 2018) hanno ampliato gli orizzonti delle collaborazioni scientifiche internazionali con la costituzione di un Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale, per "monitorare" gli aspetti peculiari della perinatalità e della transizione alla genitorialità in una prospettiva prevalentemente "babycentered", orientata alla protezione dei bambini, attraverso la presa in carico e la cura dei genitori (Imbasciati, Cena, 2015b). L'attenzione è focalizzata sulla centralità della costruzione della mente prenatale e neonatale del feto/bebè/bambino, attraverso gli studi orientati dalle evidenze scientifiche che ci provengono dalle neuroscienze e in particolare dagli studi di neuropsicoanalisi. Le neuroscienze hanno dimostrato che il tipo di rapporto tra il bambino e i caregivers-genitori produce nel cervello quelle reti neurali la cui funzionalità caratterizzerà la qualità del suo sviluppo neuropsichico (Imbasciati, Cena, 2017): le radici della Mente nascente del feto/bambino, affondano nelle interazioni primarie con i suoi genitori, mentre questi stanno affrontando il processo di transizione alla genitorialità. Un uomo e una donna con le loro intersoggettività, in comunione corporea e psichica generano e poi si fanno carico di nuove responsabilità, oneri materiali ed emozionali, di un figlio da crescere e accudire. In questa complessa prospettiva si costruiscono le prime strutture e funzionalità del cervello infantile.

15.3. Depressione perinatale materna, fattori predittivi e traiettorie di sviluppo: la ricerca empirica internazionale

15.3.1. Eventi psichici della depressione lungo la gravidanza

Il periodo perinatale è universalmente riconosciuto come tra i più significativi della vita di una donna e la letteratura sulla perinatalità è in prevalenza dedicata ai disturbi affettivi delle madri (Robakis *et al.*, 2017; O'Hara, Wisner, 2014).

I disturbi d'ansia e depressivi sono segnalati come frequenti nelle donne durante l'età riproduttiva (Kessler *et al.*, 2012; Wittchen *et al.*, 2011), prima della gravidanza (Petzoldt *et al.*, 2014; Martini *et al.*, 2010), durante (Alder *et al.*, 2007; Chen *et al.*, 2010; Field *et al.*, 2010b; Grigoriadis *et al.*, 2013; van Batenburg-Eddes *et al.*, 2013) e dopo (Glasheen *et al.*, 2010; Wan, Green, 2009).

Il post-partum blues è una disregolazione affettiva che si verifica nei primi giorni dopo il parto nel 50-80% delle neomamme; generalmente i sintomi si risolvono entro pochi giorni (Zivoder *et al.*, 2019; Bass, Bauer, 2018), ma è stato rilevato che il 20% delle donne che sviluppa sintomi di post-partum blues può avere un episodio depressivo nel corso dell'anno successivo al parto (Najman *et al.*, 2000), ed il post-partum blues sembra associarsi ad un aumentato rischio di depressione maggiore e di disturbi d'ansia nei tre mesi successivi al parto (Reck *et al.*, 2009).

Il disturbo da stress post traumatico (PTSD) si può manifestare dopo il parto (Czarnocka, Slade, 2000) a seguito di difficoltà e/o problemi ostetrici, per cui l'evento parto viene vissuto in modo traumatico dalla donna (Allen, 1998). Si possono manifestare sintomi di ansia che portano a mettere in atto strategie di evitamento delle emozioni e degli stimoli correlati al trauma, con una diminuzione della reattività generale; sintomi di elevato arousal con disturbi del sonno, ipervigilanza, risposta di allerta esagerate, per la riattualizzazione dell'evento doloroso e strategie di evitamento. Il PTSD viene indicato con una incidenza compresa tra il 2% e il 7% a 6 settimane dal parto (White *et al.*, 2006). Il parto, come evento di demarcazione tra la conclusione della gravidanza e la nascita del bambino è per la donna un'esperienza di per sé stressante per il dolore fisico e la preoccupazione per il bambino: se poi, per avverse condizioni ostetriche o psichiche, l'evento viene ad assumere connotazioni traumatiche ma il disturbo PTSD non viene riconosciuto, la situazione può aggravarsi e portare allo sviluppo di sintomi di depressione, ansia e paura di parti futuri. Gli eventi connessi all'esperienza del parto, che possono rendere l'esperienza traumatizzante possono essere dovuti a un parto d'urgenza, inadeguate cure mediche, emorragie post-partum, parto prolungato e doloroso, parto cesareo (Soderquist *et al.*, 2006). Non sono ancora molti tuttavia gli studi che affrontano in una prospettiva longitudinale i disturbi psichici specifici a seguito di stress postraumatico da parto (Alcorn *et al.*, 2010).

Il rischio di psicosi puerperali (Cohen *et al.*, 2010; Wesseloo *et al.*, 2015; VanderKruik *et al.*, 2017) o peggioramento di malattie psichiatriche, durante e dopo il parto viene segnalato con una prevalenza globale stimata dello 0,01%-0,02%.

I tassi di incidenza dei disturbi affettivi nelle madri nel periodo perinatale variano a seconda delle ricerche e del paese in cui vengono effettuate;

le indagini vengono prevalentemente condotte con metodologie e strumenti diversi, pertanto i dati non sono sempre comparabili. La panoramica degli studi internazionali è tuttavia interessante in quanto evidenzia, attraverso le manifestazioni specifiche nei diversi contesti in cui vengono rilevati i dati, come viene studiata la salute mentale perinatale: la prospettiva è posta sulla sofferenza e il disagio psichico dei genitori (prevalentemente delle madri) piuttosto che sulle vulnerabilità e gli effetti sul bambino. Sono ancora poche le indagini che monitorano, progressivamente e in modo sistematico lungo il continuum perinatale dalla gravidanza al periodo postnatale gli effetti avversi sulla salute della madre, bambino, padre (Howard *et al.*, 2014a), attraverso linee guida per la salute mentale prenatale e postnatale (Howard *et al.*, 2014b).

In gravidanza l'inizio della gestazione, la percezione dei movimenti fetali, la modificazione del corpo, il travaglio e il parto sono accompagnati da particolari vissuti emotivi espressi attraverso ansie, paure, preoccupazioni, timori, che possono dare origine a sintomatologie funzionali e disturbi psichici. Nella letteratura classica la Soifer (1971) segnala sette momenti critici durante la gravidanza, in cui la comparsa di vissuti e fantasie è associata a una sintomatologia somatica: l'inizio della gestazione quando l'organismo deve prendere la decisione (ovviamente non consapevole) di trattenere o espellere il prodotto del concepimento; al secondo e al terzo mese, in corrispondenza della formazione della placenta e quindi di una reciproca comunicazione umorale; tra i 3 e i 6 mesi alla percezione dei primi movimenti fetali; al settimo mese, in corrispondenza del rivolgimento interno del feto; al nono mese nella consapevolezza del parto/nascita imminente.

Al secondo e al terzo mese, in corrispondenza con la formazione della placenta, subentra un adattamento psico-corporeo alla nuova condizione: sono stati descritti processi identificatori di sé, da un lato come una buona madre che accoglie, dall'altro come feto che le sta crescendo dentro. Fondamentale per la donna, in questi primi mesi di gestazione, l'accettazione del feto come parte integrante di sé, attraverso una prima unione simbiotica. La gestazione viene scandita in tre trimestri: dal concepimento al terzo-quarto mese, in cui la gravida sperimenta la fusione con il feto, dal terzo al sesto mese, in cui inizia a percepire i primi movimenti fetali e a realizzare la presenza di un altro essere che sta crescendo dentro di sé, dal sesto al nono mese fino alla nascita, in cui sperimenterà la separazione.

La possibilità di visualizzare il feto attraverso l'ecografia consente non solo di monitorare l'accrescimento fisico, ma di osservarne i movimenti e il comportamento. Il feto inizia a mandare i suoi primi messaggi proprio attraverso l'articolazione dei movimenti. I movimenti attivi fetali sono stati individuati come indicatori della regolarità di sviluppo e del benessere del feto: una variazione è un indicatore di eventuali stati di sofferenza, psico-somatica e relazionale (Imbasciati, Cena, 2015a,b).

Un alterato equilibrio psicosomatico può manifestarsi nelle donne anche con la comparsa di nausea e vomito, stati di malessere diffuso, con un aumento delle visite ostetriche durante la gravidanza rispetto alle donne senza ansia e/o depressione, e la conseguente richiesta di più giorni di “malattia” (Alder *et al.*, 2007).

Le patologie riscontrabili più frequentemente in gravidanza comprendono l'ipersonnia del primo trimestre, la gestosi e le problematiche ostetriche del parto.

L'ipersonnia relativa al primo trimestre di gravidanza, correlata all'effetto del progesterone, viene interpretata, secondo un approccio psicodinamico, come regressione, identificazione col feto, e tale dinamica psichica promuoverebbe l'increzione di progesterone. La sensazione di stanchezza e di fatica viene spesso confusa con sintomatologie depressive e va considerata in relazione all'adattamento psico-fisico che richiede la gravidanza, così come molti disturbi digestivi, gastralgie, iperacidità, diarrea, costipazione.

Nel primo trimestre di gravidanza è stata descritta un'ambivalenza madre-feto: trattenere il feto o espellerlo? La nausea, il vomito gravidico, la diarrea, la stipsi, le voglie, sono stati considerati espressione di contenuti psichici più primitivi e manifestazione di sentimenti ambivalenti rispetto al bambino: accettazione o rifiuto della gravidanza? Verso la fine della gravidanza questa ambivalenza si potrà esplicitare nella difficoltà del travaglio e del parto: lasciare nascere il bimbo o trattenerlo?

Tra i disturbi affettivi perinatali, la depressione è una tra le complicanze più frequenti, sebbene il decorso possa essere piuttosto eterogeneo (Stuart-Parrigon, Stuart, 2014). Nella letteratura internazionale negli anni passati si sono principalmente studiati gli effetti della depressione postpartum nelle madri; in tempi attuali si è rilevata una notevole incidenza dei disturbi affettivi, ansiosi e depressivi, anche nel periodo prenatale.

Nelle indagini è stata rilevata una prevalenza di sindromi depressive prenatali nelle madri (Melville *et al.*, 2010; Marcus *et al.*, 2003; Evans *et al.*, 2001) e vengono messi in evidenza i rischi nel periodo postnatale (Milgrom *et al.*, 2008; Leigh, Milgrom, 2008; Gaynes *et al.*, 2005; Pearson *et al.*, 2013; Eastwood, 2017): sindromi depressive durante la gravidanza sono fattori di rischio (Lancaster, 2010) predittivi di depressione postnatale (Robertson, 2004), a tre mesi dopo il parto (Verreault *et al.*, 2014) e nell'anno successivo alla nascita (McCloskey, Reno, 2019). Review in letteratura in questi ultimi decenni indicano una incidenza della depressione perinatale dalla gravidanza fino al primo anno di vita del bambino compresa tra il 6,5-12,9% (Gavin *et al.*, 2005).

Una più recente review in Israele (Hermon *et al.*, 2019) indica che la depressione maggiore raggiunge picchi durante l'età fertile ed è due volte

più alta nelle donne rispetto agli uomini (Walfisch, 2012; Yedid Sion *et al.*, 2016). La stima della depressione prenatale si rivela entro il range tra il 7 e il 20% (Alder *et al.*, 2011; Grigoriadis *et al.*, 2013).

Studi italiani indicano tassi di sindromi depressive in gravidanza più elevati che nel post-partum: la prevalenza in gravidanza è del 12,4% rispetto al 9,6% nel post-partum (Banti *et al.*, 2011). Sono evidenziati livelli maggiori di depressione e ansia nelle donne con basso status socioeconomico, in prevalenza casalinghe e straniere (Balestrieri *et al.*, 2012).

Successivi studi italiani segnalano una incidenza della depressione durante la gravidanza variabile dal 4% al 20% (Aceti *et al.*, 2015).

Un altro studio italiano (Giardinelli *et al.*, 2012) ha valutato i fattori di rischio per la depressione prenatale e l'ansia, tra la 28a e la 32a settimana gestazionale e ha evidenziato che la presenza di disturbi psichiatrici precedenti, nazionalità straniera, rapporto conflittuale con la famiglia sono tra i fattori di rischio più rilevanti; per la depressione postnatale i predittori individuati sarebbero in primis ancora i disturbi psichiatrici, ansia e depressione preesistenti e l'utilizzo di tecniche riproduttive artificiali (PMA).

Uno studio canadese considera pregressi disturbi di stress elevato e problemi di salute mentale predittori di ansia cronica e sintomi depressivi in gravidanza (Fredriksen *et al.*, 2017). Problemi finanziari e gravidanze non pianificate sarebbero ulteriori predittori sociodemografici rilevanti per lo sviluppo della depressione prenatale e postnatale (Mohammad *et al.*, 2010, Dibaba *et al.*, 2013).

Meta-analisi che hanno esplorato l'impatto della depressione materna prenatale, hanno messo in evidenza il rischio di parti prematuri e di una diminuzione dell'allattamento al seno (Grigoriadis *et al.*, 2013).

Una review sistematica, che ha analizzato studi dal 1980 al 2008, approfondisce i predittori della depressione prenatale: ansia materna, eventi di vita stressanti, mancanza di sostegno sociale, gravidanza non intenzionale, violenza domestica, reddito più basso, istruzione inferiore, fumo, donne single e difficoltà nella relazione di coppia (Lancaster *et al.*, 2010). Storie di abusi fisici e sessuali sono ulteriori fattori di rischio per la depressione prenatale (Rich-Edwards *et al.*, 2011).

Ansia e depressione prenatale sono correlate ad un basso status socioeconomico e a eventi di vita negativi (Verbeek *et al.*, 2019); vengono differenziate le incidenze della depressione prenatale in relazione alle variabili socioeconomiche: viene stimata tra il 7% e il 20% nei paesi ad alto reddito (Melville *et al.*, 2010; Milgrom, Gemmill, 2015), nei paesi economicamente svantaggiati la percentuale sale al 44,7% in campioni di donne nordafricane e immigrate (Corbani *et al.*, 2017).

La depressione prenatale è correlata con l'etnia di appartenenza delle donne: è significativamente più elevata tra le donne di colore (15,3%), se-

guita dalle latine (6,3%) e dalle donne bianche non ispaniche (3,6%) (Gavin *et al.*, 2011).

Le indagini nei Paesi a basso reddito e in via di sviluppo sono recenti: una review condotta in Nigeria (Okagbue *et al.*, 2019) segnala l'elevata incidenza della depressione in gravidanza come un fattore predittivo di aumento di nascite pretermine, aborti spontanei, crescita fetale ritardata che può manifestarsi con basso peso alla nascita; ventisei studi hanno esaminato un campione elevato di donne sottoposte a screening dei sintomi depressivi e viene rilevato un tasso di prevalenza del 16,4% della depressione prenatale; indagini condotte in India (Johnson *et al.*, 2018) indicano una prevalenza di sindromi depressive del 15,4%.

Se si prendono in considerazione le traiettorie di sviluppo della depressione durante il decorso della gravidanza sono interessanti i dati di uno screening su un campione molto numeroso (8840 donne nell'ante-partum e 7780 donne dopo il parto), reclutato presso il General Hospital di Boston, di donne monitorate a 24-28 settimane di gestazione e di nuovo a 6 settimane dopo il parto (Venkatesh *et al.*, 2016): sono state individuate 576 donne positive all'*Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) (≥ 12); di queste, il 69% ha manifestato sintomi depressive nel periodo prenatale, il 31% nel post-partum: in questo campione è prevalente la depressione durante la gestazione. Le donne positive allo screening sono state sottoposte a diagnosi da parte di professionisti della salute mentale e sono stati rilevati prevalentemente depressione maggiore, disturbi d'ansia e comorbidità tra depressione maggiore e disturbi d'ansia. Questi dati però non indicano la qualità della sofferenza e dei vissuti delle madri che possono caratterizzare e differenziare le traiettorie di tutte queste manifestazioni, che vengono presentate unicamente nella loro incidenza epidemiologica.

Le indagini in letteratura descrivono prevalentemente manifestazioni di sintomatologie depressive durante la gestazione, non connesse a variabilità e specificità individuali (Truijens *et al.*, 2017).

Le possibili traiettorie della depressione materna sono state indagate nell'andamento del decorso della gravidanza (Giallo *et al.*, 2014). Gli studi hanno riportato più elevati livelli di sintomi depressivi nelle gestanti durante il primo e il terzo trimestre (Pesonen *et al.*, 2016). Dati continui sulla evoluzione o involuzione delle traiettorie dei sintomi della depressione dall'inizio della gravidanza fino al parto sono ancora scarsi (McCall-Hosenfeld *et al.*, 2016); i dati evidenziano che le manifestazioni in gravidanza sono eterogenee e le diversità potrebbero essere meglio spiegate attraverso la descrizione di traiettorie longitudinali sulla salute mentale della donna, del bambino e del padre (Vänskä *et al.*, 2017) intersecantesi, piuttosto che solo secondo risposte sintomatiche (Guyon-Harri *et al.*, 2016; Luoma *et al.*, 2015).

Indagini più recenti (Dekel *et al.*, 2019) hanno monitorato il decorso della sintomatologia depressiva dall'inizio della gravidanza fino nel periodo post-partum per verificare la presenza di predittori prenatali nelle traiettorie a lungo termine.

Review nella letteratura mondiale che hanno monitorato la depressione prenatale nei diversi trimestri di gravidanza hanno evidenziato tassi di incidenza prevalenti nell'ultimo e in parte nel secondo trimestre (Okagbue *et al.*, 2019).

Altri studi indicano la depressione e l'ansia materne come due delle complicanze più elevate durante il terzo trimestre di gravidanza (Thomas *et al.*, 2014): i tassi di prevalenza sono convergenti spesso con quelli riportati nelle prime settimane dopo la nascita, in prossimità con la separazione dal bambino. Lo studio delle traiettorie evolutive o involutive fornisce una base per esaminare i possibili risultati di follow up sui genitori e sulla prole in modo più dettagliato e stratificato e per valutare le previsioni a lungo termine dell'esposizione prenatale.

Sintomi depressivi o di ansia, più severi nel terzo trimestre, sono stati connessi alla nascita imminente o a preoccupazioni sulla salute del bambino, con conseguenti effetti negativi sul bambino stesso e comportamenti genitoriali più vulnerabili trasferiti dal periodo prenatale. Attraverso indagini sperimentali si sono potuti rilevare dati a conferma delle indicazioni psicoanalitiche sugli sviluppi della perinatalità psichica: le traiettorie della salute mentale presentano vulnerabilità durante il passaggio dal terzo trimestre di gravidanza al periodo post-partum (Abujilban *et al.*, 2014), dal periodo perinatale ai primi anni di vita del bambino (Vänskä *et al.*, 2017). Dopo la nascita si manifesterebbe una maggiore incidenza di sindromi depressive dal terzo mese al primo anno di vita del bambino (Banti *et al.*, 2011). Queste rilevazioni sono molto utili perché consentono di individuare periodi sensibili per la prevenzione e l'intervento con ECI (Early Childhood Intervention).

Problematiche psichiche e psichiatriche sono rilevate anche nel secondo trimestre della gravidanza (Andersson *et al.*, 2003), probabilmente in concomitanza alla percezione dei movimenti fetali e in relazione alla constatazione da parte della donna che un altro essere si sta sviluppando dentro di sé.

Nelle ricerche internazionali si discute di come la salute mentale materna possa avere una influenza sulle complicanze della gravidanza e i dati concordano che sindromi depressive avrebbero un severo impatto negativo (Yedid Sion *et al.*, 2016): la depressione prenatale aumenterebbe il rischio di complicanze ostetriche (Zhao *et al.*, 2016; Ajinkya *et al.*, 2013), con una concomitanza di cambiamenti fisici, ormonali, neurochimici e neurobiologici, della placenta (Blakeley *et al.*, 2013).

La depressione prenatale sarebbe collegata a frequenze più elevate di aborto spontaneo, stillbirth (Golbasi, 2010) con ridotta crescita intrauterina, preeclampsia, uso eccessivo di analgesici durante il travaglio, travaglio prolungato e tassi più elevati di parto cesareo (Walfisch, 2012; Grigoriadis *et al.*, 2013).

Sono state descritte numerose alterazioni biochimiche nella associazione tra depressione prenatale e esiti perinatali avversi: una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene stimola il rilascio di ormoni dello stress come la noradrenalina, causando compromissione della regolazione immunitaria, costrizione delle arterie uterine e ipo-perfusione dell'utero, portando a una ridotta crescita intrauterina, basso peso alla nascita e potenzialmente alla nascita pretermine (Grote *et al.*, 2010).

Le ricerche evidenziano un'associazione tra depressione e uso di sostanze in gravidanza (fumo, alcol e droghe), con rischi per il feto; ciò sottolinea la necessità di sostenere con un'assistenza prenatale le donne depresse che "lottano" per smettere di fumare durante la gestazione (Smedberg *et al.*, 2015). Le molte complicanze connesse alla depressione materna possono portare ad un aumento della morbilità e mortalità perinatale, disabilità e ritardi nello sviluppo della prole, tuttavia non tutti gli studi hanno rilevato gli stessi esiti avversi suggerendo che il legame tra depressione e problemi ostetrici perinatali non è del tutto semplice da individuare (Andersson *et al.*, 2004a,b; Choi *et al.*, 2014)¹.

Le indagini negli anni recenti si sono ampliate con ricerche biologiche (profili infiammatori della depressione) che stanno contribuendo allo studio delle vicende perinatali (Baumeister *et al.*, 2014) attraverso il monitoraggio di biomarcatori genetici ed epigenetici (Brunst *et al.*, 2017) per una comprensione più ampia del fenomeno, nell'ambito della salute e del benessere della filiazione.

I dati pubblicati sono difficili da sintetizzare a causa dell'eterogeneità degli interventi, degli strumenti di misurazione, dei disegni e variabili sperimentali e, come tale, per ora è difficile trarne conclusioni, tuttavia una valutazione della depressione durante la gravidanza consente di poter attivare interventi psicosociali prenatali che la ricerca segnala come preventivi per la depressione postnatale (Pearson *et al.*, 2013; Clatworthy, 2012; Dennis, 2005; Dennis, Dowswell, 2013).

Secondo una lettura psicodinamica e psicosomatica (Imbasciati, Cena, 2015a) i processi psichici che accompagnano la gravidanza possono essere costituiti, per la donna, da angosce inconsce concernenti il proprio corpo, che si trasforma internamente ed esteticamente, per le massicce modifica-

1. L'evento non meraviglia gli psicologi.

zioni ormonali a carico del sistema endocrino, fino a quelle fisiologiche più generali, che investono tutti i sistemi corporei. Il disagio interiore è accettato con fatica, talora con un rifiuto o aggressività rivolta al nascituro. In presenza di tali dinamiche negative il feto è vissuto come un elemento dannoso, che potrebbe lacerare e danneggiare e che si deve espellere. Su questa base possono svilupparsi ansie e angosce, inconsci sentimenti di colpa, che talora si trasformano nei timori, anche coscienti di fare figli mostruosi, di essere invase e consumate internamente. Tali fantasie possono concretarsi in sindromi psico nevrotiche, così come in sterilità, aborti, parti prematuri, distocie.

Le modificazioni fisiologiche della gravidanza diventano un punto focale intorno a cui si animano le dinamiche intrapsichiche e interpersonali. Verso il primo trimestre la placenta esercita un'azione di controllo e mantiene lo stato di gravidanza con la produzione di sostanze ormonali ed enzimatiche. Il feto è elemento attivo che partecipa all'attività metabolica placentare: si parla di unità feto-placentare (Pancheri, 1984), considerata come il complesso delle reazioni metaboliche indispensabili al proseguimento della gravidanza.

Sotto l'influenza ormonale, prima del corpo luteo e poi della placenta, l'organismo materno viene preparato ad accogliere l'ovocita fecondato, a mantenere lo stato di gravidanza, a favorire l'accrescimento fetale e a preparare gli organi riproduttivi al completamento delle loro funzioni (l'utero, per lo sviluppo della gravidanza prima e per il meccanismo del parto poi, la mammella per la lattazione).

Un esito sfavorevole di dinamiche intrapsichiche e relazionali della donna è costituito dall'aborto spontaneo: qui le dinamiche psichiche producono psicosomaticamente condizioni biologiche sfavorevoli al proseguimento della gestazione (Imbasciati, Cena, 2015a).

La maggior parte degli aborti spontanei che possono essere osservati nelle prime settimane di gestazione, spesso prima del quarto mese, sono sovente accompagnati dalla liberazione di specifiche prostaglandine prodotte localmente dall'utero, prima dunque che la placenta produca progesterone; ovviamente tale increzione è dovuta ad una modulazione psicosomatica. Dopo il quarto mese l'aborto spontaneo è più raro: molti autori hanno considerato questo evento "psicosomatico", correlato a conflittualità psichiche che nell'utero trovano luoghi di espressione (Dolto, 1985). Cause intermedie, oltre quelle endocrine, sono state individuate in irregolarità vasomotorie. Situazioni di stress e ansia possono causare increzione di adrenalina con conseguenti disturbi di irrorazione e possibile morte del feto. A tutti questi meccanismi sembra non sia estraneo l'intervento di prostaglandine, per mediazione diretta neurovegetativa.

I disturbi psichici connessi all'esperienza dell'evento nascita (Dekel *et al.*, 2017) possono comportare parti distocici, travagli prolungati, spesso

associati anche a disturbi da stress post traumatico; pensieri negativi e sofferenza psichica possono permanere nelle madri a seguito del trauma da parto anche per lungo tempo (Ayers, 2007) e nelle ricerche citate vengono correlati con sintomatologie depressive.

Durante la gravidanza il corpo della donna è sottoposto a profonde trasformazioni psicosomatiche (Imbasciati, Cena, 2015a) ed ella deve modificare spesso il suo schema corporeo, durante i diversi periodi della gestazione: questa rappresenta la base della coscienza unitaria di sé. Ogni volta che l'unità dello schema corporeo è messa in crisi, anche l'identità psichica stessa della donna ne subisce le conseguenze. Al momento del parto la separazione comporta che comunque lo schema corporeo sia ben organizzato, altrimenti ci può essere il rischio che si manifestino disturbi psichici anche di rilievo, come la psicosi puerperale (Imbasciati, Cena, 2015a).

Una questione aperta (Maggioni, Mimoun, 2003) riguarda l'incidenza più generalizzata di tutte le emozioni in gravidanza: è stato provato che pensare ad esperienze dolorose o rievocare ricordi penosi, come nelle sindromi depressive, possa portare a modificazioni dell'attività cardiaca, così come stati emotivi non consapevoli comportano delle variazioni dell'EEG. Una difficile elaborazione delle emozioni può comunque per molteplici vie somatiche essere all'origine delle patologie gravidiche.

Identificare i percorsi differenziali delle sindromi ansiose e depressive durante la gravidanza può fornire una base per un'indagine più dettagliata dei diversi esiti in relazione alla variazione dei tempi e alla cronicità dell'esposizione al disagio psicologico prenatale. Sindromi prenatali materne di depressione e ansia hanno effetti differenziati sullo sviluppo della prole, a seconda delle modalità di insorgenza, tempo, intensità e persistenza (Korija *et al.*, 2018).

Le indagini indicano che l'ansia prenatale e i sintomi depressivi possono anche avere differenze nelle loro correlazioni biologiche (Karlsson *et al.*, 2017) ed effetti distinti sullo sviluppo fetale (Davis *et al.*, 2004; Nolvi *et al.*, 2016): la ricerca internazionale pertanto suggerisce che ansia e depressione genitoriale dovrebbero essere studiate in modo indipendente, soprattutto nel contesto delle esposizioni fetali/prenatali.

15.3.2. *Depressione postnatale e disturbo PTSD*

Una delle complicanze più frequenti è la depressione a seguito del parto (Ayers *et al.*, 2016). Questa sofferenza può esprimersi attraverso una serie di sindromi dell'umore, con sentimenti di inadeguatezza, sensazione di basso valore, irritabilità, disturbi del sonno, mancanza di interesse e/o piacere nello svolgimento delle normali attività quotidiane, mancanza di

energia, senso di stanchezza, mancanza di fiducia e autostima, sentimenti di colpa, ridotta capacità di concentrazione e di pensiero, pensieri suicidi o di fare del male al bambino, cambiamenti nell'appetito e nell'attività motoria, riduzione della libido e frequenti risvegli al mattino presto, nonostante il sonno del bambino (Howard, 2007; Musters *et al.*, 2008; Sit, Wisner, 2009; O'Hara, McCabe, 2013). Molte normali esperienze del periodo postnatale nelle madri come i cambiamenti dei ritmi sonno-veglia, la mancanza di interesse per alcune attività e il pianto possono sovrapporsi a sindromi depressive e portare a una individuazione errata delle donne sane/depresse.

Sono stati condotti studi cross-culturali che tengono in considerazione le diversità sociali nella valutazione della prevalenza della depressione post-partum (Halbreich, Karkun, 2006). In tutto il mondo, il tasso stimato di depressione postnatale viene considerato variabile dal 16.6 al 18.8%, con una significativa eterogeneità tra le nazioni (Hahn-Holbrook *et al.*, 2018). Il 20% di madri alla prima genitura sperimenterebbero episodi depressivi maggiori o minori entro i primi 3 mesi dopo la nascita, ma non tutti gli studi concordano (Ko *et al.*, 2017) sui dati di incidenza: le indicazioni sono variabili tra e all'interno degli stessi Paesi, con percentuali che vanno dallo 0 al 15% in paesi ad alto reddito, al 10-60% nei paesi a basso reddito (Gelaye *et al.*, 2016). L'incidenza media è stata valutata del 10-15% sebbene i tassi siano probabilmente sottostimati: variano da circa il 13% nei paesi ad alto reddito (O'Hara, McCabe, 2013) a quasi il 20% nei paesi in via di sviluppo (Fisher *et al.*, 2012).

Dati Istat (2015) stimano che nel 2015, in Italia, almeno 31 mila donne abbiano sofferto di depressione nel periodo successivo al parto. Dati più recenti dal rapporto Istisan dell'Istituto Superiore di Sanità indicano un'incidenza di depressione post-partum del 7,1% (Palumbo *et al.*, 2016).

Nelle indagini psicosociali viene prestata particolare attenzione allo studio dei possibili fattori di rischio associati alla depressione postnatale (Marino *et al.*, 2012), come la storia di precedenti disturbi psichiatrici, precedenti sindromi di depressione prenatale, o ansia, fumo, giovane età, gravidanza involontaria, stress e violenza domestica.

Gli studi segnalano che la depressione postnatale ha un impatto sulla soddisfazione coniugale (Barnes, 2006) e sulla qualità delle relazioni di coppia (Malus *et al.*, 2016), che può inficiare le capacità della madre di partecipare alle normali attività quotidiane, interferire nelle relazioni con la famiglia (Burke, 2003) e con altre relazioni sociali (Lovejoy *et al.*, 2000): il sostegno della famiglia e degli amici si rivela come un supporto importante per il raggiungimento del benessere delle madri nel post-partum (Ni *et al.*, 2011).

I problemi psichiatrici prenatali sono indicati da molte ricerche (Vliegen *et al.*, 2014) come predittori della depressione post-partum. Fattori di rischio (Norhayati *et al.*, 2015) sono anche i conflitti coniugali (Banker, La Coursiere, 2014); in letteratura gli studi evidenziano come la carenza di supporto del partner sia associata al rischio di depressione (Almutairi *et al.*, 2017). Sono fattori di rischio significativi anche lo scarso sostegno familiare, un umore depresso nell'ultimo trimestre di gravidanza, una gravidanza non pianificata: i dati sono confermati in più ricerche mondiali condotte in Sud Africa (Manikkam, Burns, 2012), in Malesia (Yusuff *et al.*, 2016) e in Turchia (Bolak Boratav *et al.*, 2017). Fattori di rischio associati a sintomi depressivi durante la gravidanza e all'esordio nel post-partum (Verreault *et al.*, 2014) sono dunque la mancanza di sostegno da parte del compagno/coniuge, soprattutto se connesse a difficoltà finanziarie secondo quanto rilevato da altri studi nel Regno Unito (Prady *et al.*, 2013), Serbia (Dmitrovic *et al.*, 2014), Turchia (Yanikkerem *et al.*, 2013), Canada (Miszkurka *et al.*, 2012), Sudafrica (Hartley *et al.*, 2011), Ghana (Weobong *et al.*, 2014), Brasile (Fonseca-Machado *et al.*, 2015), India (Upadhyay *et al.*, 2017), Vietnam (Fisher *et al.*, 2010), Corea (Jeong *et al.*, 2013).

I tassi di incidenza della depressione post-partum variano ampiamente da paese a paese, a seconda delle metodologie utilizzate negli studi, differenze nel campione e metodi diagnostici. Non vi è unanime consenso sul momento ideale per eseguire lo screening, in cui possa essere diagnosticata la depressione postnatale e i periodi del monitoraggio. La prevalenza del disturbo varia ampiamente a causa della mancanza di uniformità nei parametri metodologici utilizzati nella ricerca, dei metodi di diagnosi e del periodo post-partum considerato.

Variazioni possono anche essere osservate all'interno dello stesso Paese per una comparazione dei dati: ad esempio, in India sono state osservate percentuali che vanno dal 19 al 25% (Upadhyay *et al.*, 2017) e in Brasile tassi dal 5 al 37% (Tannous *et al.*, 2008). Si rende pertanto necessaria una maggiore standardizzazione dei parametri nelle indagini.

Una review (Brasile e Argentina) raccoglie dati sulla depressione postnatale classificandoli in 6 categorie: fattori di rischio ed eziologia, prevalenza, validazione di strumenti diagnostici e di screening, prevenzione, trattamento e follow up (Moraes *et al.*, 2017). Interessante rilevare che non sono stati presi in considerazione parametri riguardanti gli effetti sul bambino.

Dati di ricerche australiane indicano che una donna su dieci presenta sintomi depressivi nel periodo postnatale (Milgrom *et al.*, 2008). Una review condotta in USA indica un'incidenza della depressione postnatale nell'anno successivo alla nascita del 9,0-21,9% (McCloskey, Reno, 2019), anche se si stima che molte donne non vengano diagnosticate e/o non seguano i riferimenti per il trattamento: i più esposti al rischio di depressione

post-partum sarebbero le minoranze etniche, le donne a basso reddito, le adolescenti e le donne che hanno subito violenza dal partner (IPV) (Groves *et al.*, 2012; Kleiber, Dimidjian, 2014; Mukherjee *et al.*, 2016; Reid, Taylor, 2015). Anche questi studi esaminati non sono considerati gli effetti sui nascituri e viene messa in primo piano la salute mentale della madre.

La depressione postnatale viene connessa alla “qualità della vita” dei genitori: in studi effettuati in Grecia (Papamarkou *et al.*, 2017), in India (Bodhare *et al.*, 2015), in Kuwait (Alhamdan *et al.*, 2017), in Iran (Moinmehr *et al.*, 2016) e in Nigeria (Tungchama *et al.*, 2017) è stato rilevato come la bassa qualità della vita possa facilitare l’espressione della sintomatologia depressiva durante il periodo post-partum e come, di contro, questa possa influire sulla percezione della qualità della vita delle donne che ne soffrono.

Nei paesi a basso reddito i dati epidemiologici provengono da campioni di madri con depressione cronica e con una relazione madre-bambino gravemente disturbata: nei paesi in via di sviluppo la salute mentale rimane uno stigma, ma non viene tenuto in conto il danno arrecato alla fragilità infantile, quanto piuttosto gli oneri economici. Per tale ragione la salute mentale non è di solito coperta dalla maggior parte dei programmi assicurativi o delle agenzie governative (Gearing *et al.*, 2015).

In Medio Oriente (Chaaya *et al.*, 2002) si è riscontrata una prevalenza di depressione postnatale del 21,3% in donne libanesi; uno studio condotto in Giordania ha riportato una prevalenza del 25% (Safadi *et al.*, 2016) mentre in Qatar la prevalenza sarebbe del 17,6% (Burgut *et al.*, 2013). Altri predittori di depressione post-partum segnalati sono: maternità in età avanzata (Kazi *et al.*, 2006), bassa istruzione materna e, ancora, problemi relativi alla coniugalità, disturbi mentali o esperienze traumatiche connesse al parto e bassa autostima. Le donne multipare sembrano avere maggiori probabilità di essere depresse rispetto alle donne primipare: gioca qui il fatto per cui in queste culture le donne sono tradizionalmente ritenute interamente responsabili della gestione e della cura della propria famiglia (Giordania), cosicché, con l’aumento del numero di bambini, aumentano le responsabilità e i carichi di lavoro (Abuidhail, Abujilba, 2014).

Una ricerca condotta in Turchia nel prenatale e nel post-partum (Sahin, Seven, 2018) indica come l’essere incinta, nascere e diventare madre in quella nazione siano generalmente considerate esperienze di vita felici per le donne e le loro famiglie, tuttavia il tasso di depressione post-partum è stato stimato al 23,8% (Özcan *et al.*, 2017): tra i fattori psicosociali predittori della depressione post-partum nelle donne turche la ricerca ha individuato lo stato economico e lo stato occupazionale del coniuge, la gravidanza non pianificata, fattori di stress/malattia durante la gravidanza, problemi di salute nel neonato, storia di malattia psichiatrica, problemi con la famiglia e con

il coniuge. I dati positivi che sarebbero presenti nel periodo prenatale non sono congruenti con l'alta incidenza della depressione che emerge successivamente nel post-partum. Ciò denota la necessità di ulteriori indagini.

Ulteriori ricerche sono auspicabili per l'identificazione e il trattamento della co-morbidità (Falah-Hassani *et al.*, 2017), tuttavia, la depressione e l'ansia sono anche condizioni parzialmente distinte, supportate dalle nozioni di traiettorie differenziali del decorso dei sintomi, fattori prognostici e clinici. I risultati indicano che debba essere effettuata una valutazione ripetuta del livello di depressione e di ansia della donna, come parte delle cure ostetriche di routine.

L'individuazione precoce dei fattori di rischio attraverso screening è un aspetto fondamentale per la prevenzione perché consente di predisporre trattamenti specifici per incrementare le risorse individuali, relazionali e sociali delle madri (Breedlove, Fryzelka, 2011). Importanti organizzazioni sanitarie internazionali come l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) raccomandano almeno uno screening durante il periodo perinatale (Committee on Obstetric Practice, 2015; Thombs *et al.*, 2015); l'American Academy of Pediatrics (AAP) ha recentemente denunciato la depressione materna come sotto diagnosticata, relativamente all'impatto significativo sulla salute del bambino, e per questo ritiene fondamentale che le donne debbano essere monitorate spesso a partire dalla gravidanza (Earls *et al.*, 2019).

Dalle diverse indagini in letteratura si può rilevare come il decorso della depressione e il grado di cronicità varino durante tutto il periodo pre e postnatale, con la presenza di diversi sintomi clinici e subclinici (Frederiksen *et al.*, 2017): ciò ne rende complicato il monitoraggio; sintomi depressivi subclinici, in particolare cronici, in entrambi i genitori, potrebbero avere associazioni negative con il benessere futuro dei bambini (van der Waerden *et al.*, 2016).

L'attenzione al decorso della depressione perinatale ci consente di mettere meglio in evidenza come si conosca ancora relativamente in modo frammentario l'andamento dei disturbi affettivi nel periodo specifico di transizione alla genitorialità (Dekel *et al.*, 2019).

I risultati degli studi sino ad ora mostrano fluttuazioni nei livelli dei sintomi della depressione nel tempo, invece che uno schema di stabilità: una conoscenza più approfondita del decorso dinamico dei sintomi della depressione nelle cure cliniche di routine potrebbe consentire un approccio terapeutico personalizzato nel trattamento della salute mentale nel periodo perinatale.

Nel loro insieme, i risultati sull'incidenza e sulle modalità di decorso dei disturbi mentali del periodo perinatale variano ampiamente a causa delle differenze metodologiche (Goodman, Tyer-Viola, 2010): i risultati su

potenziali fattori di previsione sono eterogenei e le informazioni diagnostiche sulla vita dei genitori spesso non sono incorporate nelle analisi; tali studi non informano inoltre sul significato clinico dei sintomi. La comparabilità dei risultati è dunque inficiata dai diversi approcci metodologici riguardanti campionamento, strumenti e disegno della ricerca. Nel complesso dunque le conoscenze sugli schemi di decorso dei disturbi depressivi durante la gravidanza e nel periodo postnatale rimangono ancora alquanto imprecisi e sarebbero necessarie ulteriori indagini.

Complessità maggiori nella rilevazione dei disturbi affettivi perinatali si riscontrano quando viene evidenziata la presenza di depressione in donne con sintomi del disturbo post traumatico da stress - PTSD (Seng *et al.*, 2014), che può verificarsi a seguito di esperienze traumatiche connesse al parto, a traumi precedenti al concepimento e/o vissuti durante la gravidanza, con effetti negativi sul parenting. Disturbi post traumatici (PTSD) possono anche manifestarsi a seguito di morte del bimbo durante la gravidanza (Engelhard *et al.*, 2001).

Gli studi indicano una sovrapposizione tra disturbo depressivo neonatale e PTSD (Ledds, Hargreaves, 2008). I sintomi da PTSD successivi al parto sperimentato come traumatico hanno effetti sulle interazioni madre-bambino (Parfitt, Ayers, 2009) e sul legame di attaccamento, sulla relazione di coppia (Iles *et al.*, 2011; Ayers, 2007), spesso con manifestazioni di evitamento e di rifiuto (Ayers *et al.*, 2009). Le madri che presentano sintomi depressivi simili a quelli del PTSD sarebbero a rischio come genitori per una carente responsività emotiva ai segnali del bambino, difficoltà comunicative e interazioni non adeguate. Il PTSD eserciterebbe un impatto negativo sulla competenza delle madri nella comprensione dei bisogni dei figli, descritti come difficili (Di Blasio, Ionio, 2005) ed esigenti (Davies *et al.*, 2008): la rilevanza di questa area di ricerca tuttavia non è ancora sufficientemente indagata.

Lo stress post traumatico si manifesta spesso per il timore del parto, per il dolore, per la propria integrità e la paura di nuocere al bimbo: si creano condizioni potenzialmente traumatogene con sintomi del PTSD anche nei casi di parto normale (Rosen, Lilienfeld, 2008).

15.4. L'ansia perinatale materna: studi in letteratura

Le indagini sui predittori di ansia durante la gravidanza e i suoi fattori associati hanno ricevuto meno attenzione rispetto al periodo post-partum e alle sindromi depressive: comprendere come quando e perché si possano manifestare sindromi di ansia durante la transizione alla genitorialità, le modalità di esordio, individuare un supporto sociale, capacità di coping e

di regolazione emotiva potrebbero aiutare gli operatori a sviluppare strategie di screening sempre più focalizzate ad identificare i gruppi di madri a rischio che necessitano di intervento preventivo durante la gravidanza. Non meno delle sindromi depressive, il rilievo dell'ansia può essere utile segnale per prevenire l'evolversi di situazioni di maggiore incisività. Ansia, depressione e temperamento difficile del bambino sono predittori nel post-partum di elevati livelli di stress materno (Ostberg *et al.*, 2007).

Sindromi di ansia vengono riscontrate nel periodo postnatale, spesso associate a sintomi depressivi, con percentuali variabili dal 13% al 40% (Austin *et al.*, 2010). Viene rilevata una comorbidità tra ansia e depressione post-partum: il 35-40% delle donne che presentano sintomi depressivi post-partum manifestano anche disturbi o sintomi di ansia (Farr *et al.*, 2014) che possono anche essere associati ad altre sintomatologie, come il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e/o disturbi alimentari che possono peggiorare o ripresentarsi dopo il parto, in particolare quando il bambino è in fase di svezzamento.

Gli studi concordano che il quadro clinico relativo alla presenza di ansia nel periodo perinatale è più complesso, quando viene rilevata una comorbidità con la depressione (Couto *et al.*, 2009; Abbasi *et al.*, 2014): ciò è confermato sia da indagini qualitative perinatali su ansia e depressione nelle madri (Highet *et al.*, 2014), sia da studi sperimentali (Falah-Hassani *et al.*, 2016, 2017).

Difficoltà relazionali coniugali, eventi di vita stressanti, precedenti storie di malattia psichiatrica così come il timore di non ricevere un adeguato supporto sociale sarebbero fattori di rischio di ansia e depressione post-partum (Norhayati *et al.*, 2015). Una review americana (Field, 2018) indica una crescente prevalenza di ansia postnatale connessa a precedente storia psichiatrica, depressione, a problemi di sostegno sociale, mancanza di sostegno familiare, conflitto coniugale/familiare.

Studi in paesi sottosviluppati dal punto di vista socioeconomico hanno riportato relazioni tra sintomi di ansia e mancanza di supporto sociale. A Città del Messico (Field, 2018) ad esempio la mancanza di supporto sociale è correlata all'ansia a sei settimane dopo la nascita del bambino; la mancanza di supporto sociale e la mancanza di un partner sono anche correlate all'ansia postnatale a 4-6 mesi, come evidenziato da uno studio messicano (Navarette *et al.*, 2012). La mancanza di supporto familiare avrebbe una correlazione significativa con l'ansia postnatale (Bener *et al.*, 2012): possiamo ipotizzare che la preoccupazione economica di dover provvedere da sole al sostentamento e accudimento del bambino potrebbe far aumentare i livelli di ansia nelle donne senza sostegno del partner e dei familiari.

Questi dati sono stati confermati dai risultati di recenti studi europei sui fattori psicosociali (Liang *et al.*, 2019): la genitorialità single è stata indivi-

duata come un predittore comune per la depressione, l'ansia e lo stress, con effetti negativi per i bambini valutati nella prima infanzia; madri single nel campione reclutato hanno riportato sintomi depressivi o di ansia e di stress del 37%, il doppio rispetto alle madri con un partner. Le madri single avrebbero il doppio di probabilità di manifestare sintomi di depressione o ansia connessi ad un supporto sociale inadeguato; sono presenti anche storie di maltrattamenti da parte del partner o subiti durante l'infanzia. Le madri single con figli piccoli presentano maggiori fragilità e disturbi mentali delle madri con partner, ancorché non sposate, soprattutto di fronte alle avversità finanziarie e sociali.

Le ricerche in letteratura concordano che depressione e ansia durante la gravidanza sono predittori di depressione postnatale (Rallis *et al.*, 2014; Sockol *et al.*, 2014; Whisman *et al.*, 2011; Agius *et al.*, 2016). Vengono descritti esiti ostetrici avversi per la madre (Andersson *et al.*, 2004a; Martini *et al.*, 2002) e il neonato (Andersson *et al.*, 2004b), spesso con complicanze tra cui il parto cesareo (Olieman *et al.*, 2017). Sindromi depressive all'inizio della gravidanza sono predittori di ansia in tarda gravidanza, e questa nella tarda gravidanza è considerata un fattore di rischio di sviluppare depressione nei primi mesi dopo il parto (Ngai, Ngu, 2015).

Se si considerano le traiettorie di sviluppo di sindromi ansiose nelle donne in gravidanza (Silva, 2017) si rileva una frequenza del 26,8%: confrontando la presenza della sintomatologia in ogni trimestre gestazionale viene evidenziata una maggiore frequenza nel terzo trimestre (42,9%). Complicanze nelle gravidanze precedenti, pregressi aborti, numero di sigarette fumate quotidianamente e uso di droghe sono tra i fattori statisticamente associati alle manifestazioni di ansia durante la gravidanza.

In altri studi viene evidenziata una prevalenza di ansia e depressione durante il primo trimestre di gravidanza, connessa a variabili psicosociali (Bodecs *et al.*, 2013).

I sintomi di ansia prenatale sembrano seguire un modello a forma di U con alti livelli durante il primo e il terzo trimestre in entrambi i genitori: nel primo trimestre di gravidanza sarebbero fattori di rischio di preeclampsia e reazioni psicogene negative alla gravidanza, soprattutto se questa non è attesa; mentre nel terzo trimestre in prossimità della nascita timori di complicanze sarebbero connessi a fattori psico sociali come la mancanza di sostegno adeguato.

In altre indagini (Bayrampour, McDonald, 2015) viene invece rilevato che sintomatologie di ansia monitorate nei tre trimestri della gestazione sono risultate più elevate solo nel secondo trimestre: sono necessarie pertanto ulteriori informazioni in merito all'evoluzione delle traiettorie evolutive e involutive e ad una loro eventuale connessione con fattori biopsicosociali.

Le ricerche hanno evidenziato anche la presenza di sintomi di ansia e depressione durante il primo trimestre di gravidanza (Ali *et al.*, 2012) con una riduzione dei sintomi depressivi o di ansia durante il terzo trimestre. Questa remissione dei sintomi può essere interpretata come modalità che può riflettere un adattamento psicologico normativo alla gravidanza e alla genitorialità, poiché il primo trimestre spesso include preoccupazioni e stress dovuti all'incertezza della gravidanza, mentre il secondo trimestre sarebbe un periodo di stabilità, il terzo può essere considerato un periodo di aspettative positive relative alla nascita e genitorialità futura (Slade *et al.*, 2009).

Ancora pochi studi, ad oggi, hanno considerato il corso longitudinale pre e postnatale dei sintomi dei genitori. Ulteriori ricerche dovrebbero poter essere effettuate con l'obiettivo di esplorare i meccanismi alla base delle diverse traiettorie evolutive e involutive per identificare in che modo le variazioni di temporizzazione e cronicità influiscano sui genitori e sui figli.

In generale gli studi in letteratura in questo ultimo decennio hanno riconosciuto la prevalenza di sindromi di depressione e ansia tra i predittori nel periodo prenatale (Lee *et al.*, 2007; Biaggi *et al.*, 2016) di depressione neonatale. Quanto tale prevalenza sia legata alla facilità di rilevarli, rispetto ad altri problemi endopsichici, resta interrogativo insoluto: forse altre disregolazioni endopsichiche, non rilevate o non facilmente rilevabili, sono all'origine di altri "rischi" che non vengono presi in considerazione. È da notare che la gran parte delle ricerche si basa su questionari, i quali rilevano soltanto i disturbi coscienti, cioè lamentati, e quindi una sorta di "invito" a fare rilievi.

Connessioni sono anche state individuate tra ansia e stress psicosociale con esiti avversi ostetrici come ipercontrattilità uterina (Facchinetti *et al.*, 2004); altri studi si sono focalizzati sull'ansia in connessione con lo stress e sulla ricerca di nuove modalità per un migliore approccio di indagine (Fontein-Kuipers, 2015).

Per una diminuzione dei livelli di ansia materna è importante il supporto sociale, come quello fornito dal partner: la soglia di sensibilità allo stress e all'ansia sembra abbassarsi col progredire della gravidanza in prossimità dell'evento parto (Glyn *et al.*, 2001), per l'assistenza fornita dal sostegno sociale.

Una review (Martini *et al.*, 2015) redatta in Germania individua in importanti cambiamenti ed imprevisti nel ciclo di vita della donna alcuni dei principali predittori di ansia e di disturbi depressivi in gravidanza, correlati a fattori psicosociali, soggettivi (ad esempio bassa autostima) e interpersonali (soddisfazione del partner, supporto sociale).

Di più preciso interesse psicosomatico sono quegli studi che rilevano una correlazione tra il fatto che una donna chieda sostegno e aiuto e una

minore incidenza di difficoltà ostetriche. A nostro avviso ciò fa pensare che la donna che chiede un aiuto psicologico sia meno alessitimica di quella che non lo chiede e pertanto portata a mentalizzare anziché somatizzare i propri conflitti e le proprie ansie. Interessanti sono anche quegli studi che rilevano come l'interruzione delle relazioni col partner durante la gravidanza comporti un aumento di difficoltà e patologie ostetriche. Ciò dimostra come una buona relazione di coppia sia di aiuto all'elaborazione di ansie e conflitti (Imbasciati, Cena, 2015a).

Le review in letteratura segnalano nel periodo prenatale un'elevata incidenza di sintomatologie ansiose dal 9,5% al 29% nelle madri e dall'8% al 14% nei padri (Heron *et al.*, 2004; Korja *et al.*, 2018): le percentuali possono variare dai paesi occidentali ai paesi orientali, dove una donna su sei circa manifesterebbe sintomi di ansia perinatale (Fairbrother *et al.*, 2016).

Recenti indagini in Europa, evidenziano l'ansia prenatale associata a basso status socioeconomico ed eventi di vita negativi (Verbeek *et al.*, 2019). Nei paesi in via di sviluppo con basso status socioeconomico come l'India (Johnson *et al.*, 2018) viene indicata una incidenza del 39,4% di disturbi prenatali: ansia, irritabilità, disturbi del sonno e concentrazione. Le ricerche che prendono in considerazione soltanto sindromi ansiose perinatali rilevano tassi di incidenza che variano a seconda delle indagini: metodologie e strumenti utilizzati spesso sono molto diversi e i risultati di difficile comparazione. L'ampia variazione delle percentuali nello stesso paese e tra paesi diversi può riflettere il valore attribuito ai disturbi mentali tra le diverse culture.

Le informazioni sull'incidenza dei disturbi d'ansia durante la gravidanza si riferiscono spesso a studi retrospettivi (Schofield *et al.*, 2014; Goodman *et al.*, 2014) con campioni di piccole dimensioni, molto probabilmente raccolti secondo diversi disegni di ricerca.

Rilievi di sindromi ansiose sono significativi in caso di stillbirth, parto prematuro o perdita neonatale precoce, anche se non è del tutto chiaro se l'associazione sia concausa o possibile effetto: la sua insorgenza può compromettere il feto e comportare esiti neonatali negativi, oltre a effetti duraturi sullo sviluppo fisico e psicologico del bambino, complicanze ostetriche come sanguinamento vaginale e rischio di aborto (Silva *et al.*, 2017).

Elevati livelli di ansia prenatale vengono rilevati in donne con storie di pregressi disturbi come pre-eclampsia, parto prematuro o iperemesi gravidica (Gourounti *et al.*, 2015): in un reparto ospedaliero (Grecia-Atene) sono state monitorate donne ricoverate in ospedale, con un'età gestazionale compresa tra le 9 e le 37 settimane. Predittori di gravidanze ad alto rischio comprendevano: storia ostetrica avversa, condizioni mediche preesistenti, preeclampsia, limitazione della crescita intrauterina, rottura prematura delle membrane, placenta previa, distacco di placenta, iperemesi, anomalia

fetale, gravidanza multipla, diabete gestazionale, minacce di parto pretermine, o altri come ipertensione preesistente.

La gestosi, definita come una sindrome multifattoriale (Pancheri, 1984), si manifesta nel terzo trimestre di gravidanza. Patogenesi ed eziologia sono quanto mai varie: sembra confermata una situazione psichica particolare che sarebbe causa di una abnorme stimolazione simpatica, che a sua volta provocherebbe una vasocostrizione dei vasi uterini o altri eventi nel corpo materno, con conseguente ritardo della crescita fetale e/o morte intrauterina. Molteplici situazioni o meglio strutture psichiche diverse sono state invocate all'origine delle gestosi. È stato per esempio riscontrato che le gravide affette da gestosi presentano maggiori disturbi psichiatrici rispetto alle donne normali, con un rilievo anamnestico di un comportamento abnorme durante l'infanzia e/o talora con un rapporto di coppia insoddisfacente. Spesso le donne con gestosi sono ansiose, incapaci di rapportarsi con il loro problema e di verbalizzare le proprie ansie, presentando tratti alessitimi. In ogni caso le gestosi, nelle loro varie manifestazioni, possono essere considerate eventi paradigmatici di come la struttura neuromentale materna possa esprimersi nel corpo.

Donne che soffrono di ansia durante la gravidanza sono state valutate (Svezia) nel primo trimestre (percentuali di ansia del 15,6%): viene registrato un aumento significativo del numero di visite ostetriche (Rubertsson *et al.*, 2014) e viene indicato come l'accesso gratuito alle cure prenatali offra una buona opportunità per identificare le donne con problemi di salute. La ricerca ha mostrato che molte malattie mentali (Vesga-Lopéz *et al.*, 2008) delle donne non vengono diagnosticate e, di conseguenza, non vengono avviate le cure ostetriche necessarie (Andersson *et al.*, 2003).

L'ansia in gravidanza è stata indagata in una review condotta in Australia che ha preso in rassegna studi dal 1983 al 2013 (Brunton *et al.*, 2015) individuando i disturbi in specifiche tipologie: ansia generale, disturbi d'ansia o comunque correlata alla gravidanza (pregnancy related anxiety PrA), cioè ansia caratterizzata da paure e preoccupazioni specifiche della gestazione. La consapevolezza alla base di queste distinzioni andrebbe approfondita, se si volessero evidenziare nella sintomatologia peculiari implicazioni connesse alla genitorialità. L'ansia connessa alla gravidanza Pregnancy-related Anxiety (PrA) è associata a disturbi somatici nella madre (ad es. aumento della nausea), nonché a esiti negativi per il bambino (ad es. parto pretermine). Comunque, la PrA (Brunton *et al.*, 2018) è potenzialmente un fattore di rischio per la depressione postnatale.

L'ansia prenatale è stata studiata e operazionalizzata con diversi strumenti: Pregnancy Related Anxiety Questionnaire-Revised (PRAQ-R) (Hui-zink *et al.*, 2003), Pregnancy Specific Anxiety Scale (PSAS) (Mancuso *et al.*, 2004), e la Pregnancy-related Anxiety Scale (PrAS) (Brunton *et al.*,

2019) tuttora sottoposti a valutazioni per approfondirne le loro proprietà psicometriche: gli studi variano sulle strategie di reclutamento, sull'eterogeneità dei campioni, sui metodi di valutazione e sui tempi. Le valutazioni utilizzate nelle ricerche sono limitate a misure standard di ansia, che sono controverse perché non è ancora chiaro ad esempio se l'ansia post-partum sia una forma specifica di ansia che necessiti di una misura appropriata (Misri *et al.*, 2015).

Una ricerca americana ha messo in evidenza i limiti del sistema ostetrico, che spesso non è in grado di riconoscere e rilevare sindromi mentali prenatali, come i sintomi dell'ansia (Goodman *et al.*, 2014). Gli ostetrici mostrano moderato interesse nello screening e nel trattamento dei pazienti per l'ansia durante la gravidanza (Coleman *et al.*, 2008).

Le modificazioni corporee che la donna deve affrontare durante tutto il percorso della gravidanza possono in molti casi diventare centri di mobilitazione di sindromi ansiose. Accanto all'elaborazione del sé psichico durante la gestazione, anche il corpo e l'immagine del corpo subiscono modificazioni: la donna cambia forma, peso, il rapporto con il proprio corpo e con l'ambiente circostante; la pancia contraddistingue il proprio essere gravide ed è l'espressione socialmente evidente che si sta formando un bimbo dentro di sé. Alcune donne possono esprimere la sensazione di essere brutte a causa delle trasformazioni che il corpo subisce, altre possono avere timore di essere sformate e di rimanere così per sempre. Questi vissuti possono essere identificati (Fornari, 1981) come "ansia genetica" ricollegabile al senso di inadeguatezza verso la propria capacità generativa: la mostruosità viene attribuita a se stessa. Tali ansie comportano una elaborazione psichica e pertanto neurale, che modifica a sua volta quella umorale e ormonale (Imbasciati, Cena, 2015a).

Altre meta-analisi (Dennis *et al.*, 2016, 2017) prendono in considerazione le manifestazioni di ansia nel periodo prenatale e postnatale e considerano le sindromi ansiose come il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) che può includere ansie per la salute del bambino e quando si manifesta in gravidanza può caratterizzare timori di malformazioni fetali. Questi vissuti possono essere collegati alle rappresentazioni di un bambino "mostro", cioè al timore che il bimbo possa non essere sano. Fornari (1981) identifica questo evento come "ansia genetica" ricollegabile al senso di inadeguatezza verso la propria capacità generatrice: la mostruosità viene attribuita al bambino anziché a se stesse.

Problematiche ostetriche a seguito di disturbi affettivi materni sono confermate da più studi (Hernandez-Martinez *et al.*, 2011): nelle donne con alti livelli di ansia nel primo trimestre si è riscontrata una maggiore presenza di iperemesi gravidica e una correlazione positiva con perdita di peso e alexitimia.

L'emesi è un fenomeno fisiologico del primo periodo della gestazione, ritenuto dipendente da una ipereccitabilità del sistema vegetativo su base ormonale, interpretato come espressione di fattori psichici inconsci che innescano l'increzione ormonale e lo squilibrio neurovegetativo: questo sarebbe comprovato dai casi di gravidanza immaginaria, dove compaiono nausea e vomito dopo la mancanza di mestruazione, anch'essa in questo caso psicogena. Il vomito gravidico del primo trimestre può indicare pertanto uno stato interiore di inadeguatezza rispetto alla nuova condizione fisica, o un conflitto interno tra desiderio/rifiuto della gravidanza: il senso di disgusto si esprimerebbe con nausea e vomito. A volte il conflitto e l'ambivalenza insiti nel volere o non volere un figlio non riguardano solo l'intrapsichico della gravida, ma coinvolgono ambiente familiare e partner, percepito come ostile alla gravidanza: sono stati osservati spesso effetti benefici a seguito di un ricovero che consente di allontanare spazialmente la gravida dal suo ambiente, con l'acquietarsi delle tensioni familiari. Altre interpretazioni sono state avanzate a seconda delle osservazioni cliniche, che considerano la ragione psichica del vomito gravidico come legata a istanze emotive che si oppongono alla gravidanza e alla presenza del feto: in particolare il vomito cesserebbe quando, dopo il quarto mese, la madre sente la presenza del feto e comincia a considerarlo come una parte di sé. Questi sintomi non sono sostenuti da alterazioni organiche che possono spiegarli e quando si mantengono entro certi limiti, sono considerati normali. Se si manifestano in modo recrudescente, vengono considerati una "malattia": l'iperemesi gravidica. Ciò che caratterizzerebbe l'iperemesi gravidica sarebbe l'ambivalenza dei sentimenti: da un lato un bisogno incorporativo, che prepara gli organi alla digestione ed aumenta lo stato secretivo della mucosa, dall'altra la propensione ad espellere tramite il vomito.

Una interessante prospettiva (Consoli, 2003) delle ricerche psicobiologiche ha cercato di interfacciare il sistema immunitario e la psicosomatica, ma gli studi ad oggi devono ancora svilupparsi in prospettive più ampie, perché anche se apparentemente convergenti sono ancora molto disomogenei tra loro.

Sindromi ansiose sperimentate in più momenti nel corso della gravidanza possono essere associate a una gestazione più breve e a esiti di nascita pretermine, così come l'ansia materna persistente è connessa al basso peso del bambino alla nascita, che permane fino a 24 mesi di età (Zelkowitz *et al.*, 2009). Lo stato mentale delle madri durante la gravidanza può avere un impatto significativo sugli esiti della gestazione e sulla salute mentale del bimbo (Austin, 2004). Stati ansiosi durante l'ultimo trimestre di gravidanza, in prossimità della nascita del bambino evidenziano una preoccupazione materna per la imminente separazione.

Sindromi di ansia in gravidanza nell'ultimo trimestre sono stati spesso connesse a quanto si intende come paura del parto e alla preferenza per un taglio cesareo (Rubertsson *et al.*, 2014; Andersson *et al.*, 2003): la paura del parto è stata indicata come uno dei predittori di ansia e delle richieste di un intervento di taglio cesareo (Kringeland *et al.*, 2009; Andersson *et al.*, 2006). La paura del parto o tocofobia sembra interessare dal 6 al 10% delle gravide e può manifestarsi attraverso frequenti incubi notturni, sintomi fisici, difficoltà a svolgere attività familiari e sociali (Billert, 2007). I timori e le paure connessi al dolore da parto fanno riferimento nella tradizione della clinica ostetrica a parametri meccanici, di difficoltà di passaggio, di contrazioni, con relative pratiche chirurgiche o farmacologiche.

Travagli che durano ore e intere giornate per una inadeguata se non assente dilatazione, sono di solito dovuti a componenti psichiche. Quello che avviene in sala parto viene preparato nei 9 mesi di gestazione: il travaglio e la nascita sono il culmine di un avvenimento che si prepara internamente alla donna, al bimbo e alla coppia. Tale importanza va valutata alla luce dell'incidenza che le vicende della nascita hanno sullo sviluppo del bambino: un parto eutocico, o precipitoso, piuttosto che distocico, o cesareo, prematuro o tardivo, nonché abortivo o molto sofferto, coinvolgono in modo pregnante il nascituro e la sua iniziale struttura psichica e somatica.

La psicosomatica del perineo (Piscicelli, 1979) ha gettato luce sul problema del dolore da parto e sulla relativa assistenza. È presente nel parto il conflitto tra l'impulso ad espellere e la tendenza a trattenere; all'azione della peristalsi del fondo dell'utero (espellere) si oppone una controperistalsi che parte dal perineo e dalla cervice e risale verso l'utero (trattenere). Gli spasmi perineali sono considerati espressioni psicosomatiche, scatenate dall'ansia della perdita e concernenti il dilemma legato alle simbolizzazioni del trattenere e dell'espellere.

In un tempo relativamente breve si verificano nella donna cambiamenti ormonali e metabolici come in nessun'altra situazione fisiologica: un circuito somato-psichico rilevante si sovrappone ai processi psicosomatici e se nella prima fase dilatante la donna può tenere un atteggiamento relativamente passivo, nella fase espulsiva è necessaria la sua partecipazione attiva. Stati d'ansia hanno una rilevante incidenza in questo processo: le contrazioni possono variare a seconda della situazione centrale che le regola e così pure la distensione e soprattutto la coordinazione tra zone che si devono contrarre (corpo dell'utero, muscolatura addominale) e zone che si devono distendere (collo dell'utero, zone pelviche). La distocia non è una patologia sopravvenuta, il più delle volte è l'espressione, anche grave, di eventi psico-somatici. Tutto questo spiega l'enorme variabilità del dolore da parto nella singola donna, ma anche la variabilità del travaglio stesso: la lunghezza del travaglio, la sua facilità o difficoltà, dipendono a parità di

altre condizioni, dalla coordinazione/distensione delle varie zone corporee così come la forza contrattile e il suo ritmo sono connessi anch'essi alla situazione globale (psico-neuro-endocrina) della donna.

Dinamiche psichiche riguardano ansie, spesso angosce di svuotamento durante il parto: questi vissuti possono assumere connotazioni drammatiche, il parto avere significato di evento persecutorio e la separazione dal bambino come una condanna per furto; sarà allora un evento temuto e il dolore esaltato. Fenomeni analoghi sono alla base delle sindromi puerperali: la struttura mentale profonda in questi casi è molto compromessa.

Per ragioni consimili si possono avere disturbi dell'allattamento: agalassia, ipogalassia, difficoltà del bimbo a succhiare (Imbasciati, Cena, 2015a).

15.5. Studi psicoanalitici e psicosomatici sull'ansia perinatale materna

Tra i vari scritti psicoanalitici sulla gravidanza e il parto, citeremo qui un particolare inquadramento psico antropologico del parto e del travaglio fornito da Franco Fornari: durante il parto si attivano nella donna fantasmi relativi alla morte e la sensazione di sentirsi sospesa tra il vivere e il morire, tra il dare la vita e dare la morte. La morte sarebbe presente nel parto secondo le modalità di due stati di ansia molto elevata, o meglio due angosce fondamentali: l'angoscia paranoide e l'angoscia depressiva. Per Fornari (1981) i dolori relativi al periodo dilatante sarebbero collegati all'angoscia persecutoria, mentre i dolori del periodo espulsivo a un'angoscia di tipo depressivo. Durante il periodo dilatante la partorientente vive in prevalenza ansie persecutorie, nel senso che si preoccupa del danno che il parto produce a se stessa; invece nel periodo espulsivo la partorientente vive ansie depressive, cioè vive il danno che il parto potrebbe produrre al bambino. L'anticipazione del parto può essere l'espressione di una difesa da un'ansia persecutoria nei riguardi della nascita di un bimbo troppo grande; oppure può corrispondere al desiderio di un bambino più piccolo per non essere traumatizzata e per non traumatizzare a sua volta il bimbo. È di estrema importanza la presenza durante il parto di una figura rassicurante, che possa cacciare i fantasmi persecutori della morte.

Nella seconda fase del parto, nel periodo espulsivo, si mobilitano le ansie relative alla possibilità di distruggere il bimbo che sta uscendo: si rinnovano sentimenti di colpa nella misura in cui alla donna spetta attivamente il compito di spingere. Ella teme di far male al proprio bimbo e ciò può addirittura bloccare le spinte necessarie alla nascita. L'ansia che caratterizza il momento espulsivo è definita angoscia depressiva. L'angoscia può cioè essere dovuta al vivere una propria aggressività come capace di distruzione. La partorientente teme, a causa dei meccanismi paranoidei precedenti alle

contrazioni che effettivamente stringono il bimbo, di avergli effettivamente fatto male: questo aumenta l'ansia e l'irrigidimento dei muscoli perineali. Il prolungarsi del dolore può così rendere la donna sfinita e disorientata, incapace di funzionare a livello di elaborazione adulta: può essere allora utile aiutare la donna ad una identificazione col bimbo, con un atteggiamento di sollecitudine che le consenta di funzionare secondo modalità più attive, aiutando il bambino a nascere.

La presenza del padre durante il parto ha una funzione molto importante secondo Fornari in relazione a una situazione di paranoia primaria: la paura della donna di nuocere al bambino e/o di esserne aggredita durante il parto può venire compensata dalla presenza anche solo psichica del padre e questo sgraverebbe la donna dalle ansie. Il padre assume la funzione di bonificatore del senso di morte insito nella separazione che avviene al momento del parto. Il padre avrebbe dunque la funzione di salvatore dei pericoli che minacciano la nascita del figlio e renderebbe possibile alla donna un vissuto di parto libero dall'aggressività: il tutto a vantaggio del formarsi di una prima buona relazione madre bambino.

A parità di struttura anatomica della donna e di dimensioni entro la norma del feto, il dolore da parto e il travaglio dipendono dalla struttura mentale profonda della donna nelle interazioni hic et nunc del parto. Questa regolazione psicosomatica e somatopsichica del travaglio e del relativo dolore sono intimamente connesse con certe constatazioni cliniche, quali ad esempio la diversità degli atteggiamenti materni, nonché le sue disposizioni organiche verso gli eventi che attraversa: in particolare il doppio circuito psicosomatico e somato psichico è in relazione con le vicende in cui la donna chiede l'analgesia, o il cesareo, o anche con le vicende in cui tali interventi – analgesia, parto pilotato o cesareo – vengono resi necessari dalle stesse vicende psicosomatiche.

Il parto è dunque l'epilogo di tutto l'andamento psichico della gravidanza: se questa è stata permeata da preoccupazioni esterne e/o se sono prevalsi vissuti ansiosi, la gravidanza sarà espletata con difficoltà, con eventuali complicazioni per il parto. In particolare è stato sottolineato quanto gravidanza e parto possano essere vissuti come processi riparativi, e dunque creativi, e quanto invece con altre fantasmaticizzazioni: il parto può essere per esempio vissuto come una restituzione obbligatoria di una refurtiva, o come l'essere scoperte nel furto perpetrato ai danni della propria madre, o come nel ritrovarsi a restituire qualcosa che non si è saputo far fruttificare e che quindi si è deteriorato. Di qui le ansie delle partorienti, che possono trasformarsi in angosce, inconsce ovviamente e il dolore più elevato nel parto, spesso mediato psicosomaticamente da una distocia per contrazioni incoordinate nel travaglio.

Il partner con la sua presenza può allontanare queste ansie alimentando una dinamica riparativa ma al contrario potrebbe anche attivare dinamismi persecutori.

15.6. Depressione e ansia perinatale paterna

Non poche ricerche in letteratura mettono in evidenza l'importanza della salute mentale di entrambi i genitori e i fattori di vulnerabilità (Parfitt, Ayers, 2014), esplorando le traiettorie evolutive e involutive e i predittori delle sindromi depressive che sono frequenti tra le giovani coppie alla primogenitura durante la transizione alla genitorialità (Sipsma *et al.*, 2016).

La sofferenza perinatale nella madre e nel padre (Korja *et al.*, 2018; Figueiredo, Conde, 2011; Teixeira *et al.*, 2009) ha manifestazioni diverse per i due sessi (Escribe-Aguir *et al.*, 2008; Baldoni, Giannotti, 2017): ansia e sindromi depressive in gravidanza comportano esperienze differenti nelle madri e nei padri sia nel periodo prenatale che nel post-partum (Condon, 2004; Don, Mickelson 2012; Fletcher *et al.*, 2015), con problemi per la salute mentale paterna durante la transizione alla paternità (Gavin *et al.*, 2011). Una recente review irlandese che esamina l'ansia dei padri nel periodo perinatale indica percentuali tra il 3,4% e il 25% nel periodo prenatale, percentuale che cambia dopo la nascita del bambino dal 2,4 % fino al 51% (Philpott *et al.*, 2019).

Nei padri i disturbi affettivi paterni come ansia e depressione possono presentarsi in forme diverse, ad esempio con un abuso di alcool e sostanze (McMahon, Rounsaville, 2002; Twomey, 2007) o gioco d'azzardo. Altri studi rilevano sindromi depressive prenatali nei padri clinicamente significative con una percentuale variabile dal 2 al 13% (Korja *et al.*, 2018; Ramchandani *et al.*, 2011); le ricerche specificano che il 10% dei padri soffre di depressione tra il primo trimestre e il primo anno dopo il parto (Paulson, Bazemore, 2010): le indagini sono prevalentemente epidemiologiche e non spiegano il significato di questi disturbi affettivi.

La nascita di un bambino è un importante evento nelle vite dei padri, come dimostra l'aumento di psicopatologie paterne: i disturbi affettivi possono avere una influenza attraverso una ridotta capacità di sostenere le madri, con esiti sullo sviluppo psicosociale del bambino (Ramchandani, Psychogiou, 2009). La paternità può anche venire compromessa dalla depressione paterna che può esacerbare gli effetti negativi dei sintomi depressivi della madre sulla prole: anche i padri che sono a rischio di psicopatologia possono influenzare la gravità dei sintomi depressivi della madre. I padri che non presentano disturbi mentali, ma hanno una storia di malattie psichiatriche sono maggiormente a rischio e possono anche rispondere alla nascita di un bambino ritirando il sostegno alla compagna.

La depressione prenatale e nel post-partum nel padre (Underwood *et al.*, 2017) è in genere associata alla depressione perinatale materna (Paulson, Bazemore, 2010; Paulson *et al.*, 2016; Cameron *et al.*, 2016). La stessa depressione materna avrebbe influenze sul padre e sulle interazioni padre-bambino (Goodman, 2008); sindromi depressive prenatali sia materne, sia paterne influenzerebbero le traiettorie dello sviluppo del bambino (Chang *et al.*, 2007; Mezulis *et al.*, 2004). Stati di ansia nel padre vengono segnalati nei trattamenti di infertilità e se una gravidanza non è stata pianificata (Bayrampour, McDonald, 2015).

Storie di precedenti aborti o nascite premature possono restare nei ricordi dei genitori per lungo tempo e portare a sintomi di disturbo post-traumatico da stress, ansia e depressione nelle neomamme: nel passato questi vissuti erano meno indagati nei padri ma ora gli studi stanno iniziando a valutare in entrambi i genitori disturbi affettivi connessi a eventi traumatici relativi a parti precedenti che possano influenzare le gravidanze successive; sono state rilevati sintomi di ansia e depressione nel terzo trimestre di gravidanza, alla nascita, a 4 mesi e nei primi due anni di vita. Le segnalazioni di esperienze negative connesse alla nascita sono comunque più comuni per le madri che per i padri e soprattutto nei casi di parto cesareo piuttosto che in quelli di parto vaginale. Se l'accordo all'interno della coppia è fragile, ricordi negativi del parto per entrambi i genitori sono associati a sintomi di depressione e ansia; i ricordi negativi del parto hanno un ruolo di mediazione nell'associazione tra parto cesareo e ridotto benessere materno postnatale: molte sono le corrispondenze tra i vissuti nei genitori e la necessità di attivare strategie di intervento di coppia (Hughes *et al.*, 2019).

Pochi studi sono stati sviluppati per comprendere la complessa interazione tra salute mentale materna e paterna nella transizione alla genitorialità (Brennan *et al.*, 2002): tuttavia in questi ultimi anni si sta andando in questa direzione per comprendere come nel periodo perinatale il ruolo dei disturbi affettivi paterni si innesti sulla traiettoria dei sintomi depressivi materni. In particolare le ricerche stanno evidenziando come gli "stati della mente" dei due genitori (Low *et al.*, 2007) nel periodo perinatale siano tra di loro correlati. Le nuove frontiere della ricerca stanno esplorando queste nuove prospettive: psicopatologie paterne e depressione materna avrebbero traiettorie evolutive convergenti nel primo anno di vita del bambino (D'Anna-Hernandez *et al.*, 2013); la comprensione di una interazione tra psicopatologie dei genitori è di rilevanza clinica per prevenire esiti familiari negativi.

I padri nel periodo perinatale possono fornire parte della rete di sostegno sociale alle madri, condividendo e aiutandole nel passaggio alla maternità (Wandersman *et al.*, 2006): nel periodo del post-partum, specialmente durante il primo anno, quando viene sperimentata la transizione alla geni-

torialità, una incapacità paterna di fornire supporto alla madre può aumentare la gravità e la durata di un episodio depressivo materno. La mancanza di un sostegno sociale adeguato tende a prolungare il disagio nella coppia causato dalla depressione nella madre, sia durante la gravidanza (Blanchard *et al.*, 2009) sia nel periodo post-partum (Seyfried, Marcus, 2003): la funzione di supporto paterno è dunque protettiva per la salute mentale di entrambi i genitori.

Depressioni materne e psicopatologie paterne potrebbero avere esiti sulle relazioni con i bambini anche a causa di atteggiamenti sociali e stereotipi che in alcuni contesti culturali possono scoraggiare il coinvolgimento paterno nelle cure primarie al neonato, con effetti negativi sui figli che si manifestano sino in adolescenza (Brennan *et al.*, 2002).

In Italia, recenti studi stanno monitorando con nuovi strumenti di assessment le manifestazioni dei disturbi affettivi perinatali paterni (Baldoni, Giannotti, 2017): si rimanda al capitolo che nella prima parte del presente volume tratta specificamente il tema.

15.7. Transizione alla genitorialità e preoccupazione materna primaria

Il periodo della vita entro cui una persona e una coppia pensa e decide di mettere al mondo un figlio è stato denominato “transition to parenthood” per sottolineare il cambiamento psichico e sociale, lento, non sempre manifesto ma sempre cospicuo, che avviene nei protagonisti di tale passaggio di vita. Durante questa transizione alla genitorialità si possono manifestare nei genitori disregolazioni affettive a seguito di difficoltà e preoccupazioni, che andrebbero meglio studiate per gli effetti più o meno severi sul bambino. Una rilevazione progressiva e continua delle traiettorie di sviluppo delle disregolazioni affettive genitoriali, eseguita con metodologie di indagine comparabili, sarebbe di grande utilità per poter comprenderne meglio il decorso clinico di questi disturbi affettivi nel periodo perinatale che, rispetto ad altri periodi della vita, è caratterizzato dalla presenza dei bambini.

Le modalità con cui, nella transizione della genitorialità, le disregolazioni neurobiologiche (Bloch *et al.*, 2003) possono esprimersi sono ancora poco studiate; più ricercati sono i fattori psicosociali (Chew-Graham *et al.*, 2013). Pochi studi valutano le manifestazioni di ansia in relazione alla “transition to parenthood” (Grant *et al.*, 2008; Keeton *et al.*, 2008; Perren *et al.*, 2005), o gli effetti della depressione sul “parenting” (Galbally, Lewis, 2017) o l’influenza della depressione post-partum sul “bonding” madre-bambino (Kurdahi *et al.*, 2018).

Il processo di “transizione alla genitorialità” è preso in considerazione in ricerche che valutano la qualità della relazione di coppia e la mancanza

di supporto sociale (Wandersman *et al.*, 2006; Blanchard *et al.*, 2009) associate ad una prevalenza di sintomatologia depressiva in gravidanza, con un impatto significativo per gli esiti susseguenti nel periodo del puerperio.

Dovrebbe venire adottato un approccio centrato sulla individualità della esperienza di ogni genitore, dal concepimento e anche prima, seguendone le traiettorie evolutive e/o involutive durante la gravidanza, il parto, il puerperio, nei primi mille giorni di vita del bambino. Un genitore è tale se è presente un bambino e la focalizzazione sul figlio negli studi perinatali dovrebbe essere la fonte principale per la comprensione dei disturbi affettivi nei genitori.

La genitorialità comporta grandi cambiamenti e un numero considerevole di donne ha difficoltà a far fronte a questa esperienza. Mentre la maggior parte delle donne è resiliente alle conseguenze negative dello stress, una minoranza significativa sviluppa psicopatologie che interferiscono notevolmente con la loro capacità funzionale; altre possono inizialmente sviluppare sintomi e guarire o sviluppare sintomi ritardati nel tempo (Southwick *et al.*, 2016): è importante identificare il livello di vulnerabilità per ogni donna in gravidanza per valutare la sua capacità di recupero e le condizioni sociali e ambientali. Un corpus di ricerche (National Science Council on the Developing Child, 2010) ha individuato come le condizioni sociali e ambientali possono supportare lo sviluppo di attributi e abilità individuali comunemente associati alla resilienza. In particolare, ci sono prove sostanziali che uno dei modi più efficaci per aumentare la resilienza in un bambino sia quello di supportare le capacità di accudimento dei suoi genitori (Cramer, 2000; Anacker *et al.*, 2014): un approfondimento della transizione alla genitorialità secondo questa diversa prospettiva di indagine meriterebbe di trovare spazi e percorsi futuri.

La ricerca psicosomatica in relazione agli studi sulle disregolazioni affettive perinatali è utile e interessante ma ancora alquanto dispersiva sulle fonti e disomogenea rispetto agli strumenti usati, alle metodologie e soprattutto ai diversi orientamenti circa il modo di definire l'oggetto. Alcuni studi infatti si focalizzano sull'aspetto endocrino, mettendo in ombra il primum movens psichico, altri lo sottintendono senza svilupparlo, talora includendolo nell'omnicomprensivo concetto di stress, ansia, depressione variamente intesi; la maggior parte degli studi in letteratura si focalizza sui sintomi psichici (con riferimento rigoroso al DSM), con rilievi e misure che dipendono dagli strumenti, talora evitando l'inferenza, dai sintomi ai dinamismi psicosomatici veri e propri. Uno studio francese, ad esempio, ha rilevato come la presenza di numerosi disturbi somatici nelle donne in gravidanza contribuisca ad un aumentato rischio di depressione durante la gestazione (Apter *et al.*, 2013). Altri studi si focalizzano quasi esclusivamente sulla psiche e sulla struttura di personalità, non facile dunque è una visione

unitaria in questo campo: si potrebbe avere solo adottando come prospettiva prevalente di indagine, la fragilità del bambino.

La conoscenza più dettagliata delle traiettorie evolutive e involutive di ansia e depressione non solo della sintomatologia ma in relazione alla qualità della sofferenza individuale di un padre e di una madre, dei due genitori, potrebbe consentire di comprendere meglio l'evoluzione del "processo di transition to parenthood": la sintomatologia è linguaggio comunicativo ed espressivo. Le sindromi di ansia e depressione nel periodo perinatale andrebbero più specificatamente studiate in relazione a questo processo, affiancando ai dati quantitativi, aspetti qualitativi descrittivi della variabile soggettiva dei cambiamenti che si osservano nei genitori e nei loro figli e questo potrebbe consentire di spiegare meglio anche gli effetti delle esperienze genitoriali, secondo le modalità e le frequenze con cui accadono nella interazione con il bambino: questo significa adottare una prospettiva di indagine *babycentered*. Secondo quanto descritto dalla letteratura psicoanalitica (Winnicott, 1956) la "preoccupazione materna primaria" – potremmo dire "genitoriale" – è una condizione necessaria del "diventare genitore". Winnicott la descriveva simile a una "malattia": la madre deve "ammalarsi" e poi "guarire" una volta che il bambino ha meno bisogno dell'adattamento materno; di questa condizione andrebbero indagati meglio gli sviluppi clinici a livello intrapsichico e interpersonale in relazione alle influenze dell'ambiente sociale.

Lo studio psicoanalitico, in quanto strumento esplorativo di sentimenti scarsamente consapevoli, permette di interpretare disturbi coscienti lamentati dai soggetti, o sindromi evidenti all'osservazione, considerando la possibilità che qualunque "disregolazione relazionale" possa essere matrice di problemi nella costruzione del cervello del bambino. La madre, ma anche il padre, devono affrontare difficoltà: questa è la "malattia" da cui devono guarire, che Winnicott ha diversamente e più profondamente descritto. La guarigione che assicurerà un buon futuro al bambino, dipenderà dalla qualità della mente, cioè dal Mindbrain, che a suo tempo fu costruito nei genitori quando erano bambini.

In una prospettiva *babycentered* una valutazione multifattoriale è fondamentale per giungere ad una corretta e tempestiva diagnosi differenziale delle diverse manifestazioni con cui può esprimersi la sofferenza genitoriale perinatale. Non è ancora chiaro come, quando e perché ansia e depressione siano esiti di un malessere, dunque di una "preoccupazione" genitoriale primaria, connessa alla transizione alla genitorialità, allo status di essere/diventare genitori, quando è presente un bambino, oppure avere altra eziologia. La ricerca attuale non ha ancora risposte esaurienti: si rivelano indispensabili, in una prospettiva *babycentered*, più indagini qualitative che consentano di riconoscere le disregolazioni affettive, espressione

della perinatalità psichica, distinguendole da altre che possono esprimersi con analoga sintomatologia, in un qualsiasi altro periodo della vita di una donna e di un uomo, al fine di indirizzare in modo più mirato prevenzione e interventi precoci.

15.8. Attaccamento sicuro e regolazione affettiva: protezione nella transizione alla genitorialità

In letteratura, tra gli studi che monitorano i fattori protettivi ai disturbi affettivi perinatali viene segnalato il contributo della teoria dell'attaccamento (Ikeda *et al.*, 2014). Pattern di attaccamento sicuro sarebbero un fattore protettivo (Oppenheim, Goldsmith, 2007) e un fattore di resilienza importante nell'impatto con eventi negativi e traumatici durante lo sviluppo dell'individuo (Sroufe *et al.*, 2005). Al contrario pattern di attaccamento insicuro sarebbero un fattore di rischio psicosociale: è stata individuata una associazione tra attaccamento insicuro, sintomi depressivi (Robakis *et al.*, 2016) e difficoltà di regolazione delle emozioni. Quanto rilevato ha importanza nelle vicissitudini avverse di ogni individuo.

Come evidenziato nei nostri studi (Imbasciati, Cena, 2015a,b) la *transizione alla genitorialità* rappresenta un periodo di vulnerabilità per i genitori.

L'assunzione del ruolo genitoriale rappresenta un evento nella vita di una donna e della coppia in cui si osserva una riattivazione delle rappresentazioni delle esperienze di attaccamento con i propri genitori e una notevole permeabilità all'emergere di vissuti legati all'accudimento e alla propria storia relazionale: la qualità dell'attaccamento viene pertanto considerata come un importante fattore di protezione allo sviluppo della patologia depressiva durante la transizione alla maternità e alla paternità (anche se questa è ancora poco studiata).

La teoria dell'attaccamento ci consente di comprendere la regolazione delle emozioni (Mikulincer *et al.*, 2003): in situazioni minacciose, gli individui con rappresentazioni di attaccamento sicuro utilizzano strategie adattative di regolazione emotiva, come la ricerca di prossimità (Morris *et al.*, 2007), mentre gli individui con insicurezza nelle rappresentazioni dell'attaccamento tendono a presentare maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni (Pickard *et al.*, 2016). Gli individui con rappresentazioni insicure tendono a presentare maggiori difficoltà nell'accettare le emozioni negative, a controllare il comportamento impulsivo e a non utilizzare strategie di regolazione emotiva (Marganska *et al.*, 2013). Gli studi condotti hanno identificato il ruolo di mediazione della regolazione delle emozioni nella connessione tra attaccamento insicuro e la relazione di sintomi de-

pressivi (Malik *et al.*, 2015) e rappresentazione dell'ansia (Wei *et al.*, 2005; Marganska *et al.*, 2013). In particolare è stata studiata la depressione pre e postnatale nelle sue connessioni con i modelli operativi interni (MOI) descritti dalla teoria dell'attaccamento: i MOI, organizzati sulla qualità delle esperienze di relazione della donna con la propria madre (Aceti *et al.*, 2012a), orienterebbero i suoi rapporti affettivi nel periodo perinatale. Specificatamente viene segnalata l'importanza per le madri del supporto da parte della propria madre (Bhandari *et al.*, 2012). Nelle donne che sviluppano una depressione perinatale, è stata evidenziata la presenza ricorrente di sindromi depressive anche nelle loro madri ed è stata avanzata l'ipotesi di una trasmissione transgenerazionale della patologia affettiva: questo fa pensare sia ad una influenza della madre sulla perinatalità infantile della figlia, sia ad un condizionamento interpersonale lungo tutta la vita della figlia, sia ad una mancanza di supporto adeguato quando la figlia, cresciuta, avrà una gravidanza; e di qui ad un periodo tribolato quando questa figlia starà a sua volta per avere un altro figlio e dunque a un condizionamento negativo sui figli della figlia, in una catena transgenerazionale, dalla nonna ai nipoti e forse oltre.

Il costrutto dell'attaccamento può venire in aiuto alla ricerca per comprendere gli sviluppi dei disturbi affettivi perinatali: è stato indicato come il pattern di attaccamento insicuro incrementerebbero di almeno quattro volte il rischio di sviluppare un disturbo dell'umore (Dozier *et al.*, 2008) e può essere un fattore di rischio nella depressione postnatale (Warfa *et al.*, 2014; Turmes, 2010). La ricerca segnala inoltre che nelle donne si osservano in prevalenza stili ansiosi nel periodo postnatale e stili evitanti in gravidanza; nei padri lo stile evitante è più comune e questo sarebbe causa di un aumento di ansia: quando entrambi i genitori hanno stili di attaccamento insicuro il rischio di depressione è più elevato (Johnson, Whiffen, 2003).

Lo stile di attaccamento insicuro è un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi psicopatologici nelle madri, viene inteso come una maggiore vulnerabilità genitoriale (Monk, 2008) e costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo del bambino (Paris *et al.*, 2011). Le strategie di attaccamento nel bambino con madri depresse sono predittive di disturbi a 7 anni (Lyons-Ruth *et al.*, 1997). La relazione di una madre depressa con il suo bambino è disfunzionale (Aceti *et al.*, 2012b) al suo sviluppo: la competenza materna nell'accudimento è cruciale per lo sviluppo nel bimbo di un senso del sé caratterizzato da sicurezza, coerenza, continuità. Se la madre comprende e risponde con una adeguata responsività ai bisogni fisici ed emotivi del figlio, gli consentirà di organizzare una adeguata regolazione emotiva, che influenzerà positivamente il suo sviluppo affettivo: l'interiorizzazione delle esperienze di regolazione diadiche, apprese nelle interazioni primarie, sono connesse alle esperienze di attaccamento. Sensibilità

e disponibilità materne carenti alterano la relazione madre-bambino e lo sviluppo delle capacità di regolazione affettiva del bambino stesso, con un maggiore rischio per il bimbo di sviluppare psicopatologie. La depressione può essere considerata una risposta ad un fallimento di legami caratterizzati da relazioni disfunzionali di attaccamento con le figure di accudimento.

Sindromi depressive e di ansia in comorbilità con altri disturbi (uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità) sarebbero interpretabili come espressioni nei genitori di una loro difficoltà emotiva a elaborare vissuti complessi delle proprie esperienze, che deriverebbe dalla mancanza di sentimenti di sicurezza e di fiducia non elaborati adeguatamente nella loro infanzia nei confronti delle proprie figure di attaccamento. La ricerca ha rilevato che le rappresentazioni dell'attaccamento sono importanti in condizioni stressanti, come il passaggio alla (nuova) genitorialità (Bifulco *et al.*, 2004; Feeney *et al.*, 2003; Simpson *et al.*, 2003). Durante la gravidanza e il periodo post-partum, le donne tendono a focalizzare la propria attenzione in modo specifico sui legami e sui cambiamenti interpersonali nella relazione con il partner e la famiglia di origine (Monk *et al.*, 2000): le rappresentazioni sicure delle relazioni possono avere un effetto protettivo dallo sviluppo di sintomi psicopatologici post-partum (Safford *et al.*, 2004). Al contrario, stili di attaccamento insicuro o addirittura disorganizzazione nel sistema di attaccamento sono associati a sindromi depressive e di ansia (Bifulco *et al.*, 2006): le rappresentazioni di attaccamento insicuro comportano un Sé insicuro e possono pertanto costituire uno dei principali predittori di sintomi depressivi nel periodo post-partum (Ikeda *et al.*, 2014; Robakis *et al.*, 2016; Warfa *et al.*, 2014).

I disturbi psicopatologici nella transizione alla genitorialità possono venire dunque letti secondo un modello per cui (Aceti *et al.*, 2012a) la “transizione alla genitorialità” attiva come fattore di stress il sistema dell'attaccamento con disturbi depressivi in connessione con pattern di attaccamento insicuro (Feeney *et al.*, 2003). Alcuni studi in letteratura (Sabuncuoğlu, Berkem, 2006; Akman *et al.*, 2008; Monk, 2008; Duggan *et al.*, 2009; Fonseca *et al.*, 2010) indicano che le donne con un attaccamento insicuro sono esposte a fattori di rischio più elevato nello sviluppo di disturbi affettivi dopo il parto, per l'attivazione di modelli operativi interni connessi a rappresentazioni negative del Sé e degli altri. L'attivazione di rappresentazioni interne negative, associate a insoddisfazione interpersonale, bassa autostima, paura o mancanza di sicurezza, nonché ridotta percezione del supporto interpersonale che si accompagna a vissuti di perdita o isolamento, implementerebbero l'insorgenza di sindromi depressive (Monk, 2008). La maggior parte degli studi si è concentrata prevalentemente sull'effetto delle rappresentazioni dell'attaccamento connesse alle manifestazioni di sintomi depressivi post-partum; uno studio (Nanni, Troisi, 2017) suggerisce

che le rappresentazioni dell'attaccamento insicuro sono anche associate a un maggior rischio di sintomi d'ansia post-partum, con modalità differenti: madri ansiose ed evitanti possono essere maggiormente vulnerabili a fattori di stress sociale e a esperienze problematiche (Smith *et al.*, 2012).

Uno studio più recente (Marques *et al.*, 2018) mostra il ruolo delle difficoltà di regolazione emotiva tra l'attaccamento e i sintomi di ansia e depressione nel post-partum. La difficoltà delle madri di accettazione delle emozioni negative comporta l'incapacità ad utilizzare strategie adattative di regolazione delle emozioni; l'incapacità di controllare il comportamento impulsivo quando si verificano emozioni negative spiegherebbe la relazione tra rappresentazione dell'attaccamento insicuro e sintomi clinici.

Il periodo della transizione alla genitorialità, dopo la nascita del bimbo, comporta diversi cambiamenti ormonali, biologici, psicosociali ed affettivi che dovrebbero consentire di far fronte alla fatica e alle emozioni connesse all'accudimento del figlio (Yim *et al.*, 2015): i sintomi di tristezza e ansia possono diventare frequenti per il sovraccarico emotivo e le strategie di regolazione delle emozioni diventano una risorsa importante per il benessere dei genitori e di quello del loro bambino (Haga *et al.*, 2012). Per quanto riguarda il periodo postnatale, il numero di studi sui sintomi depressivi è notevolmente più elevato rispetto al numero di studi incentrati sui sintomi dell'ansia (Ross, McLean, 2006), tuttavia le difficoltà di regolazione delle emozioni oltre ai sintomi depressivi anche quelli ansiosi nella loro frequente comorbidità in questo periodo (Austin *et al.*, 2010; Falah-Hassani *et al.*, 2016). La privazione del sonno e lo stress associati alla nascita del bambino possono essere considerati fattori importanti per spiegare questa comorbidità, che è stata trovata più frequente nel periodo postnatale rispetto ad altri periodi di vita (Hendrick *et al.*, 2000): le donne che dopo la nascita del loro bambino avvertono sintomi depressivi e di ansia in comorbidità e che manifestano rappresentazioni di attaccamento insicure, presentano più difficoltà di regolazione delle emozioni rispetto alle donne che riportano solo sintomi depressivi, clinicamente significativi, o donne senza sintomi clinicamente significativi. Questi risultati sembrano suggerire che i sintomi depressivi e di ansia dopo la nascita del bambino possono avere comuni fattori di vulnerabilità (Hankin *et al.*, 2005; Mineka *et al.*, 1998; Nanni, Troisi, 2017).

Altri studi indicano questa relazione tra rappresentazioni di attaccamento insicuro e difficoltà di regolazione delle emozioni: viene segnalato che donne con rappresentazioni di attaccamento insicuro hanno una maggiore tendenza a ruminare sulle proprie emozioni negative e difficoltà a utilizzare strategie di regolazione delle emozioni per affrontarle in modo flessibile (Shaver, Mikulincer, 2007); la maggiore tendenza di queste donne a dipendere e fare affidamento sugli altri (Mikulincer, Shaver, 2007) po-

trebbe essere un ulteriore ostacolo quando si presentano emozioni negative: aumentano i comportamenti impulsivi o di distanziamento, invece di poter fare riferimento a rappresentazioni interiori di una propria “buona madre”. Verrebbero utilizzate prevalentemente strategie di elusione per affrontare gli eventi stressanti, che rendono difficile una comprensione e un “contenimento” delle emozioni negative, traducendosi in strategie di regolazione emotiva rigide e disadattative.

Ulteriori ricerche confermano che rappresentazioni di attaccamento insicuro sono associate a più severe sindromi ansiose e depressive e difficoltà di regolazione delle emozioni (Nanni, Troisi, 2017; Robakis *et al.*, 2016): nel periodo dopo la nascita del bimbo le donne con rappresentazioni di attaccamento insicuro possono percepire se stesse come meno competenti nel ruolo genitoriale e possono valutare negativamente la loro capacità di accudire autonomamente il bambino, il che può essere associato a un bisogno maggiore di sostegno (Simpson *et al.*, 2003) e/o maggiore ipervigilanza (Mikulincer, Shaver, 2007). Una valutazione negativa della autostima come madri e l’attivazione cronica di strategie di iperattivazione, intesa come ipervigilanza cronica riguardo alla disponibilità di fonti di supporto, possono contribuire a rendere più severe le sindromi depressive e di ansia (Colonnesi *et al.*, 2011; Kashdan *et al.*, 2008; Nolte *et al.*, 2011): questi risultati sono stati rilevati anche in studi condotti su una popolazione che non manifestava evidenti sintomatologie depressive o ansiose (Hankin *et al.*, 2005; Nielsen *et al.*, 2017). La ricerca sottolinea che poiché queste donne sperimentano un’intensa sofferenza (Mikulincer *et al.*, 2003), non avendo la possibilità di accedere a rappresentazioni salvifiche della propria madre, possono trovare difficile accettare, contenere, le emozioni negative e, di conseguenza, possono percepirle con meno chiarezza: una mancanza di accettazione, contenimento, delle emozioni può aumentare la ruminazione come strategia predominante (Haga *et al.*, 2012), con la percezione di incompetenza a far fronte a situazioni minacciose nel contesto della genitorialità, contribuendo allo sviluppo e al mantenimento dell’ansia e dei sintomi depressivi. La ricerca indica che le donne spesso non riconoscono le emozioni negative connesse a problemi di attaccamento (Mikulincer *et al.*, 2003) e con la nascita di un bambino (situazione stressante) potrebbero non essere in grado di percepire realisticamente la situazione, perché hanno sempre cercato di evitare stress ed emozioni negative e potrebbero avere difficoltà a identificare strategie efficaci per la regolazione emotiva. La regolazione emotiva è risultata essere un processo attraverso il quale le rappresentazioni di attaccamento insicuro agiscono come fattori di vulnerabilità per il disadattamento emozionale dopo la nascita del bambino. Una valutazione delle difficoltà di regolazione emotiva nel periodo dopo la nascita del bambino, potrebbe consentire l’identificazione di donne e cop-

pie che potrebbero essere ad alto rischio per i disturbi affettivi e poter così attivare precoci interventi preventivi e di supporto per affrontare aspetti emozionali negativi, promuovendo nei genitori strategie adattative e interventi focalizzati sull'attaccamento (Steele H., Steele M., 2020) per favorire secondo le nuove prospettive del Early Childhood Intervention, un legame protettivo sicuro nei figli (Riva Crugnola *et al.*, 2020).

15.9. Prevenzione e fattori protettivi secondo il modello multifattoriale biopsicosociale

Nella recente letteratura la genesi dei disturbi affettivi perinatali genitoriali viene interpretata come una complessa interazione tra fattori psicologici, sociali e biologici, oltre che genetici e ambientali (Meltzer-Brody *et al.*, 2018), in un modello multifattoriale, in cui vengono evidenziati i fattori di rischio e protezione (Meltzer-Brody *et al.*, 2012; Bowen *et al.*, 2012; Goodman, Dimidjian, 2012; Maia *et al.*, 2012; Topiwala *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012; Grant *et al.*, 2012).

Come precedentemente esaminato, i fattori di rischio biopsicosociali come fonti di stress, soprattutto lo scarso supporto sociale e la carenza di sintonia nelle relazioni interpersonali che si stabiliscono tra i partner genitoriali e con il feto/bambino, andrebbero monitorati sin dal concepimento e durante tutto il periodo perinatale: questa valutazione preliminare e continua aiuterebbe gli operatori sanitari a identificare le donne/coppie ad alto rischio ma non sintomatiche, a cui dovrebbero essere rivolti tempestivi interventi preventivi.

In alcuni studi i fattori di rischio per la salute mentale dei genitori e del feto/neonato/bambino sono stati classificati in base al loro "effect size" in quattro categorie: fattori di rischio deboli, moderati, forti-moderati e forti; fattori ostetrici e socioeconomici avrebbero un basso effect size, mentre fattori psico-sociali e problemi coniugali avrebbero un effect size moderato (Robertson *et al.*, 2004; Ryan *et al.*, 2005). Vengono considerati come forti-moderati i life stressor e la mancanza di un supporto sociale, mentre sarebbero considerati fattori ad alto rischio la depressione o l'ansia in gravidanza, o una depressione pregressa.

Una correlazione tra fattori psicosociali, ansia e depressione durante la gravidanza (Waqas *et al.*, 2014) è confermata nelle ricerche mondiali. Tuttavia, poiché non tutte le donne che presentano fattori di rischio per la depressione postnatale sviluppano sintomi clinicamente rilevanti, è importante esaminare quali fattori possano modificare l'esito negativo del rischio, per poter promuovere modalità di protezione.

Le ricerche in letteratura indicano alcuni fattori protettivi per le madri, poco o nulla viene indicato invece per i padri. L'identificazione di

fattori protettivi può impedire lo sviluppo di sintomi psicopatologici: sono segnalati tra i fattori di protezione il sostegno sociale attraverso le relazioni familiari, la famiglia di origine, e nei casi in cui questa viene a mancare le relazioni con gli amici (Ni *et al.*, 2011). Il sostegno di altre figure professionali (Ammaniti *et al.*, 2007), o altre modalità di supporto sociale come la partecipazione al corso di preparazione al parto, il sostegno ricevuto durante il travaglio e l'aiuto nella gestione del bambino, sono fattori protettivi; è inoltre fondamentale un buon adattamento coniugale, e in alcuni casi la possibilità di una pianificazione della gravidanza (Bolak Boratav *et al.*, 2017).

Interventi di prevenzione per la depressione perinatale sono stati sviluppati a Baltimora in gruppi di donne afroamericane con basso status socioeconomico e mancanza di supporto sociale. L'intervento con madre e bambino "Mothers and Babies" (MB) ad orientamento cognitivo-comportamentale ha dato buoni risultati (Mendelson *et al.*, 2013).

Gli studi che ricercano fattori protettivi per i disturbi affettivi prenatali sono in progress e si stanno delineando proposte di nuovi costrutti da indagare. Uno studio portoghese (Monteiro *et al.*, 2019) conferma dati rilevati da alcune ricerche precedenti (Evans *et al.*, 2012; Felder *et al.*, 2016; Hall, Wittkowski, 2006) e propone una valutazione qualitativa individuando il ruolo protettivo svolto dai processi cognitivo-emotivi incentrati sull'accettazione di se stessi (valutazione non giudicante del contenuto del pensiero, flessibilità psicologica) e dal costrutto della "autocompassione". L'adattamento alla maternità è caratterizzato da una serie di diverse esperienze interiori tra cui pensieri ed emozioni negativi (Hall, Wittkowski, 2006) in contrasto alle ideologie sociali imperanti sulla genitorialità, che invece proclamano sentimenti prevalenti di felicità e gioia (Sutherland, 2010). Questo ideale di genitorialità felice che viene diffusa crea aspettative, che possono indurre le donne e i loro partner ad avere più difficoltà ad accettare le proprie esperienze interne, come pensieri ed emozioni quando sono avversi, e che possono anche sopraggiungere durante il processo di transizione alla genitorialità. L'idealizzazione sociale della genitorialità può ostacolare l'accettazione di pensieri ed emozioni negativi, relativi a se stessi e al proprio bambino e portare a strategie di evasione che hanno un impatto significativo sull'adeguamento psicologico delle donne dopo il parto (Gutierrez-Zotes *et al.*, 2016). I genitori si confrontano, e constatando un divario da modelli sociali diversi rispetto a ciò che stanno sperimentando, non trovandosi in conformità, cercano di proteggersi da una cattiva immagine di sé che non avevano esplorato nel prenatale. Cercando di far fronte alle esperienze avverse esercitano forme di controllo o evitamento, impegnandosi in strategie che possono in un primo momento rivelarsi protettive, ma che in realtà sono disadattative per la coppia

genitoriale e dannose per lo sviluppo del bambino, come l'evitamento, l'autocriticismo, il giudizio personale o valutazioni dispregiative delle proprie esperienze interiori: l'evitamento o il controllo avviene per ridurre l'impatto di queste esperienze negative sul proprio benessere e sulla salute del bambino (Chawla, Ostafin, 2007). Queste strategie per contrastare pensieri e sentimenti spiacevoli, in realtà aumenterebbero gradualmente le esperienze indesiderate (Hayes *et al.*, 2006).

Alcuni studi hanno individuato come lo sviluppo del costrutto della "accettazione" di se stessi e di eventi negativi sia invece associato a livelli più bassi di psicopatologia, sintomi depressivi e ansia (Fledderus *et al.*, 2013). Le strategie incentrate sull'accettazione di se stessi, pertanto, sembrano sollecitare fattori protettivi, secondo quanto proposto dagli attuali sviluppi delle terapie cognitivo-comportamentali (Hayes *et al.*, 2006; Segal *et al.*, 2002) e della Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2010): nonostante entrambe le teorie facciano riferimento a differenti approcci, condividono alcune modalità metodologiche e tecniche come il passaggio da presupposti incentrati sul contenuto di esperienze cognitive (ad esempio, il cambiamento di pensieri ed emozioni), ad un focus posto sulla "relazione". Viene promossa una maggiore "flessibilità psicologica" verso gli eventi avversi attraverso una autoregolazione emotiva incentrata sull'accettazione di se stessi, cioè sulla capacità di essere consapevoli del momento presente e di accettare di sperimentare pensieri e sentimenti che si manifestano in coerenza con i propri valori (Hayes *et al.*, 2006): alcuni studi sperimentali ne confermano il ruolo protettivo (Bond *et al.*, 2011; Fledderus *et al.*, 2013; Shallcross *et al.*, 2010). Un'altra ipotesi che viene avanzata, correlata a processi basati sull'accettazione, è la funzionalità del costrutto della "autocompassione". L'autocompassione si riferisce alla tendenza non solo ad accettare le esperienze dell'individuo, ma anche ad essere gentile e compassionevole con se stessi quando si è in difficoltà, invece di essere auto-giudicanti, isolarsi e identificarsi eccessivamente con difficoltà personali (Rothrock *et al.*, 2003). L'autocompassione sarebbe associata a esiti psicologici positivi (Akin, Akin, 2015; Barnard, Curry, 2011) per la salute mentale. In particolare nelle donne, che presentano fattori di rischio per la depressione nel post-partum, è stata trovata un'associazione positiva tra livelli più elevati di autocompassione e livelli più bassi di sintomi depressivi e di ansia (Felder *et al.*, 2016; Fonseca, Canavarró, 2018); ed è stato evidenziato (Cohen, 2010) come una maggiore autocompassione durante la gravidanza comporti un numero significativamente inferiore di sintomi depressivi nel periodo post-partum; altri dati confermano (Fonseca *et al.*, 2018) che le donne che non presentano sintomi depressivi e di ansia avrebbero valutazioni non giudicanti del contenuto del pensiero e autocompassione.

Nel costrutto dell'autocompassione l'etimologia stessa di "compassione" è paradigmatica, deriva da "cum-patior", soffro con te, e autocompassione, sta a indicare questo approccio di saper accogliere la propria sofferenza personale. Gli interventi dovrebbero (Dimidjian *et al.*, 2016; Kelman *et al.*, 2018; Perez-Blasco *et al.*, 2013), migliorare l'adattamento genitoriale nel periodo di transizione perinatale anche attraverso ciò che, secondo gli studi cognitivo comportamentali, viene indicato come auto-efficacia genitoriale (Perez-Blasco *et al.*, 2013).

Tuttavia, si sa ancora molto poco dell'influenza di tali processi cognitivo-comportamentali nell'adeguamento delle donne e delle coppie al processo di transizione alla genitorialità.

Secondo un vertice di riferimento psicoanalitico, l'accettazione di se stessi, intesa in altri termini come la "capacità di contenere" aspetti dolorosi e spiacevoli di sé, senza proiettarli, aiuterebbe quelle donne/genitori a rischio ad accogliere, secondo il paradigma bioniano (Bion, 1972) di "reverie", a contenere e a bonificare gli eventi emozionalmente negativi, restituendoli più tollerabili a se stessi e agli altri.

La possibilità di monitorare la propria attività cognitiva, non solo consapevole ma quella manifestata nei sogni, potrebbe essere una ulteriore proposta da sviluppare, innovativa per la ricerca.

Alcuni studi suggeriscono che i sogni durante la gravidanza contengono rappresentazioni mentali materne e sono disforici: sognare durante la gestazione riflette i processi diurni di rimodellamento delle rappresentazioni mentali materne della donna come madre e del nascituro; le ricerche indicano che si avverte un "declino" della qualità delle rappresentazioni del bambino nell'ultima fase della gravidanza, in cui si riflette un tono emotivo generalmente più disforico nel contenuto dei sogni (Lara-Carrasco *et al.*, 2013).

La pianificazione di nuovi percorsi di ricerca attraverso la scoperta di aspetti della propria attività onirica, inconscia, consentirebbe di monitorare da altri vertici l'andamento della sintomatologia depressiva e ansiosa, per individuare eventuali ulteriori fattori protettivi, individuali come quelli che provengono dal mondo interiore di ognuno dei genitori e che sono una loro specifica risorsa, imprescindibile. In gravidanza il costrutto dei sogni delle madri era già stato esplorato negli anni '80 da Fornari (1981) con modalità di indagine condotte secondo l'approccio psicoanalitico: il percorso andrebbe ripreso e operazionalizzato con disegni di ricerca nuovi e con metodologie tutte da costruire. Sarebbe una ulteriore opportunità che la ricerca dovrebbe poter di nuovo esplorare nel processo di transizione alla genitorialità.

15.10. Interventi psicosociali nel periodo pre e postnatale

La crescente considerazione del periodo prenatale ha consentito di sviluppare programmi di intervento preventivo e precoce rivolti alle donne che sono ritenute a rischio di sviluppare sintomatologie depressive o che attualmente soffrono di depressione e ansia prima del parto (Austin, 2004; Heron *et al.*, 2004; Lee *et al.*, 2007). Queste donne includono quelle con una storia passata di depressione, storia familiare di malattia mentale, eventi di vita stressanti nell'anno precedente, instabilità nella relazione di coppia, gravidanza non pianificata e storia di abuso o abbandono.

Gli interventi in letteratura per il trattamento della depressione prenatale (Dennis, Dowswell, 2013) tuttavia sono ancora pochi.

Si ritrovano recenti review (Okagbue *et al.*, 2019) che evidenziano l'importanza precoce degli interventi psicoterapeutici per i disturbi depressivi prenatali e postnatali. La maggior parte delle ricerche per il trattamento dei disturbi affettivi perinatali (Nillni *et al.*, 2018) si è concentrata prevalentemente sulla depressione perinatale della donna: si fa riferimento di una Cognitive Behavioral Therapy (CBT), seguita da una Interpersonal Psychotherapy dall'IPT e altre modalità di intervento come l'esercizio fisico, lo yoga e il massaggio. Alcuni studi segnalano che le risposte allo stress possono essere ridotte durante il periodo perinatale implementando tecniche di rilassamento, psicoeducazione e interventi cognitivo comportamentali (Bittner *et al.*, 2014; Kozinszky *et al.*, 2012; Richter *et al.*, 2012; Teixeira *et al.*, 2005; Urech *et al.*, 2010; Urizar *et al.*, 2004), che possono avere un impatto positivo anche sui risultati ostetrici e neonatali (Fink *et al.*, 2012). La maggior parte degli studi in letteratura valuta l'efficacia dei programmi di prevenzione e trattamento della depressione perinatale secondo il modello cognitivo-comportamentale (Sockol, 2015; Goodman *et al.*, 2014; Lilliecreutz *et al.*, 2010; Robinson *et al.*, 1992; van Zoonen *et al.*, 2014) e secondo l'efficacia di vari trattamenti psicoterapeutici come la "Terapia Interpersonale", utilizzata anche per migliorare la relazione di coppia (O'Hara *et al.*, 2000).

La ricerca sull'Attaccamento indica l'utilità di interventi clinici ed educativi nel periodo perinatale focalizzati a implementare il senso di sicurezza della donna e la sua capacità di ricercare sostegni relazionali che possano garantirle un rifugio protettivo e una "base sicura" (Bifulco, 2013).

I programmi di intervento che promuovono lo sviluppo di interazioni precoci e sensibili tra genitori e neonato (Pearson *et al.*, 2012), attivano aspetti relativi alla responsività materna positiva ai bisogni e alle necessità del bimbo, fondamentale per la formazione di un attaccamento sicuro (Ainsworth *et al.*, 1978).

Interventi di supporto sono organizzati con tecniche di "espressive writing" a partire dalle ultime settimane di gravidanza e poi, dopo il parto, per

alleviare la sintomatologia depressiva post traumatica (PTSD): attraverso modalità di espressione scritta delle proprie emozioni viene sollecitata nella donna una elaborazione delle esperienze negative, traumatiche con una riduzione dello stress e l'attivazione di strategie di coping (Di Blasio, 2013).

Altre terapie sono focalizzate a migliorare i disturbi materni e gli effetti sulla prole (Arch *et al.*, 2012; Bonari *et al.*, 2004; Wisner *et al.*, 2009); molte coinvolgono la famiglia e alcuni interventi sono anche progettati per migliorare l'interazione madre-bambino con strategie che richiedono ancora però ulteriore attenzione da parte della ricerca (Sockol *et al.*, 2014; Stein *et al.*, 2014).

Trattamenti farmacologici sono anche previsti per i disturbi affettivi perinatali ma viene considerato il livello di rischio che l'uso dei farmaci comporta per il feto e per il nascituro durante l'allattamento (Goodmann, 2009; Wisner *et al.*, 2009), in genere vengono preferite psicoterapie individuali e/o di gruppo.

Una revisione Cochrane (Dennis, Dowswell, 2013) ha rilevato che le donne che hanno ricevuto un intervento di sostegno psicosociale prenatale hanno significativamente meno probabilità di sviluppare depressione post-partum rispetto a quelle che hanno ricevuto cure standard: tra le modalità di intervento sono considerate le visite a domicilio nel post-partum effettuate da professionisti specifici, modalità di supporto telefonico tra pari e psicoterapia interpersonale. I trattamenti per la depressione prenatale hanno esiti positivi sullo sviluppo neurologico della prole (Previti *et al.*, 2014).

Studi controllati randomizzati (RCT) di interventi prenatali di gruppo che impiegano terapie cognitivo-comportamentali (CBT), modalità di psicoeducazione e psicoterapia interpersonale (IPT) hanno dimostrato utilità clinica nel ridurre la gravità della depressione prenatale; interventi di gruppo prenatali rivolti alle donne depresse durante la gravidanza hanno mostrato benefici nel ridurre o prevenire i sintomi depressivi anche nel periodo postnatale (Clatworthy, 2012). Uno studio australiano (Thomas *et al.*, 2014) ha evidenziato Early Intervention di gruppo per ansia e depressione prenatale.

Interventi di gruppo nel periodo prenatale per le donne a rischio comportano diversi benefici, oltre che favorire un benessere emotivo materno: il confronto nel gruppo consente di affrontare con altri genitori difficoltà interpersonali e transizioni di ruoli; si configura come un aiuto per sostenere anche la relazione di coppia nell'incontro con altre coppie, e offrire l'opportunità ai genitori di confrontarsi tra loro e in relazione con il proprio bambino.

Un'altra modalità di intervento psicoeducativo (Cauli, 2018, Cauli *et al.*, 2019) ha applicato un approccio teorico della salute mentale e del benessere materno prenatale sostenuto dal National Institute for Health and Care

Excellence (2014) (Fontein-Kuipers, 2015), con un protocollo di intervento che prevede: un primo contatto per valutare la salute e il benessere mentale, una valutazione selettiva per un supporto alle donne con anamnesi personale o familiare di malattia mentale e una prevenzione. È previsto un ulteriore invio in centri dedicati per le donne con sospetto o sintomi di malattia mentale.

Altre meta-analisi in letteratura hanno esaminato trattamenti multipli in gravidanza precedentemente rivolti alla depressione materna (van Ravesteyn *et al.*, 2017): pochi sono ancora gli interventi specifici per una riduzione dell'ansia (Loughnan *et al.*, 2018).

La maggior parte degli studi in letteratura si è occupata prevalentemente e da più tempo della depressione postnatale: gli studi valutano l'efficacia del trattamento psicosociale (Dennis, Hodnett, 2008; Cuijpers *et al.*, 2008). Ci sono meta-analisi che prendono in considerazione la qualità dei trattamenti per la depressione perinatale (Sockol *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2016), ma ancora pochi studi prevedono training ai genitori, mirati ad aumentare la loro sensibilità a protezione dello sviluppo neuromentale del neonato.

Jeannette Milgrom (2003) ha fondato il Parent-Infant Research Institute (PIRI) come centro di eccellenza che conduce la ricerca di base e applicata, con particolare attenzione, alla depressione materna, alla prematurità (Milgrom *et al.*, 2010) con trattamenti psicologici (madri, padri e neonati) per sostenere le famiglie. La Milgrom ha strutturato trattamenti per la depressione prenatale (Milgrom *et al.*, 2011b, 2015b) e postnatale (Milgrom *et al.*, 2011a, 2015a) attraverso la applicazione di un modello biopsicosociale. L'idea di base è che ogni donna è più o meno caratterizzata da fattori di vulnerabilità psichica (aspetti temperamentali, storia passata di depressione personale e/o familiare, stili di coping disadattati, ecc.) che la rendono più o meno sensibile a fattori scatenanti, come eventi stressanti, alterazioni ormonali, mancanza di un adeguato sostegno sociale (Danaher *et al.*, 2012, 2013; Milgrom, Holt, 2014; Milgrom *et al.*, 2005; Milgrom, Gemmill, 2015).

Sono poche le revisioni sistematiche e meta-analisi che presentano studi sul trattamento congiunto di ansia e depressione nel post-partum (Lau *et al.*, 2017). Una revisione sistematica dei trattamenti psicologici per l'ansia clinica durante il periodo perinatale ha riportato studi con risultati positivi (Loughnan *et al.*, 2018), tuttavia, le dimensioni ridotte dei campioni reclutati, l'eterogeneità delle diagnosi e degli interventi face to face o su Internet (come l'uso di diverse misure di valutazione non comparabili) non consentono di trarre conclusioni definitive sulle migliori strategie di trattamento.

Sebbene la maggior parte della letteratura si sia concentrata sull'ansia e sulla depressione materna, si stanno attivando trattamenti anche per la depressione e l'ansia paterna: padri australiani seguono programmi di educa-

zione prenatale e dopo il parto (Tohotoa *et al.*, 2012), per aiutare le madri soprattutto ad iniziare e a prolungare la durata dell'allattamento al seno.

La nascita di un bambino prematuro e il ricovero in ospedale nel reparto di terapia intensiva neonatale (NICU) sono un evento stressante e portano a elevati livelli di ansia nei genitori: si è potuto dimostrare che in tale situazione i padri hanno un ruolo importante nel ridurre l'ansia delle madri. Uno studio condotto in Iran (Bostanabad *et al.*, 2017a,b) ha valutato l'effetto sull'ansia dei genitori dell'intervento Family Centered in terapia intensiva neonatale: i risultati hanno evidenziato come l'assistenza centrata sulla famiglia e i supporti paterni riducano l'ansia dei genitori dei neonati prematuri.

Diversi altri studi hanno valutato interventi di supporto individualizzati attivati nei reparti NICU (Giménez Cano, Sánchez-Luna, 2015): le percezioni della vulnerabilità dei bambini da parte dei genitori sono migliorate dopo tali interventi con una diminuzione significativa dei disturbi connessi all'ansia, alla depressione e al trauma (Horwitz *et al.*, 2015).

Tra i trattamenti per l'ansia vengono proposte la musicoterapia durante il travaglio e il massaggio infantile (Gnazzo *et al.*, 2015).

I sintomi di ansia e depressione sono riconosciuti anche come fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari nelle madri dei nati pretermine: è stata monitorata in Brasile l'influenza dell'intervento di musicoterapia sul controllo autonomo della frequenza cardiaca. Le sessioni di musicoterapia della durata di 30-45 minuti sono state applicate settimanalmente (Ribeiro *et al.*, 2018) e si sono registrate riduzioni nelle sindromi di ansia e depressione: la musicoterapia ha avuto un impatto significativo e positivo agendo sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Il massaggio infantile, effettuato a casa, oltre alla SSC aiuta a migliorare la depressione (Feijo *et al.*, 2006) e l'ansia nelle madri di neonati prematuri (Afand *et al.*, 2017).

Ci sono studi che hanno evidenziato i benefici del massaggio infantile per le madri di neonati a termine, con una riduzione dell'ansia nelle donne dopo il parto (Feijo *et al.*, 2006), compresa una diminuzione della depressione: l'Infant massage ha migliorato le interazioni madre-bambino nei casi di depressione postnatale (Onozawa *et al.*, 2001; Ohiggins *et al.*, 2008; Glover *et al.*, 2002). Se invece la nascita è pretermine e la madre manifesta sintomatologie depressive, l'infant massage ha effetti positivi riducendo la sofferenza materna (Field *et al.*, 2010a; Ferber *et al.*, 2005). Anche se le madri tendono naturalmente a toccare e abbracciare i loro bambini, il significato della stimolazione tattile nella ricerca è stato trascurato fino a poco tempo fa: ora si ritiene che il contatto con i bambini possa promuovere la salute fisica e mentale sia dei neonati che delle madri; in effetti, un tale comportamento ha effetti sia psicologici che fisiologici (sull'umore e

sui livelli di ossitocina), con una riduzione della sintomatologia depressiva materna (Dombrowski *et al.*, 2001).

L'ormone dell'ossitocina prodotto nei momenti finali del parto sembra avere un ruolo fondamentale nell'incoraggiare il comportamento di "bonding" madre-neonato. L'ossitocina insieme agli estrogeni e la prolattina sollecita il comportamento di accudimento materno. Il rilascio di ossitocina viene stimolato dal contatto pelle a pelle tra madre e neonato in particolare durante l'allattamento al seno: quando la madre conforta il bambino regola i suoi livelli di ossitocina, che viene rilasciata a seguito delle stimolazioni sensoriali. Nei casi di stress l'ossitocina può non essere sufficiente a promuovere un comportamento materno adeguato; la prolattina sembra invece avere un ruolo protettivo nei confronti del tono dell'umore materno durante l'allattamento, in cui i livelli di prolattina aumentano (Caroti *et al.*, 2007).

Studi successivi (Vittner *et al.*, 2018) nell'unità di terapia intensiva neonatale (NICU) con campioni di neonati pretermine stabilizzati e con i loro genitori hanno esaminato i cambiamenti che si verificano nei livelli di ossitocina (OT) e cortisolo salivare (SC) nei bambini e nei genitori durante skin-to-skin contact (SSC) per vedere se questa tecnica allevia lo stress e l'ansia dei genitori, supportando anche le relazioni madre-padre-bambino. Campioni di saliva sono stati raccolti da neonati, madri e padri per la misurazione di ossitocina e cortisolo pre-skin to skin, durante una sessione skin to skin di 60 minuti e un post-skin to skin di 45 minuti. L'ansia dei genitori è stata valutata contemporaneamente. L'interazione genitore-bambino è stata osservata attraverso video registrazioni prima della dimissione dal reparto. I livelli di ossitocina salivare sono aumentati significativamente durante SSC per madri, padri e neonati; i livelli di cortisolo salivare infantile sono diminuiti significativamente durante skin-to-skin rispetto a prima e dopo l'interazione; i punteggi di ansia dei genitori erano significativamente correlati ai livelli di ossitocina e cortisolo salivare dei genitori; i genitori con livelli ossitocina più elevati hanno mostrato più sincronia e reattività nelle loro interazioni infantili. Questo studio (Vittner *et al.*, 2018) ha valutato il contatto genitore-bambino con le risposte bio-comportamentali: skin-to-skin ha attivato il rilascio di ossitocina e ha ridotto i livelli di cortisolo salivare infantile; questa tecnica può essere un intervento efficace per ridurre lo stress dei genitori e dei neonati in terapia intensiva. I risultati promuovono l'esplorazione di ossitocina come potenziale moderatore per migliorare la reattività e la sincronia nelle interazioni genitore-bambino.

Le sindromi di ansia materna migliorano con la tecnica del contatto pelle a pelle associata anche alla musica (Norouzi *et al.*, 2013): nei reparti NICU la musica associata a Kangaroo mother care aumenta le risposte responsive nei neonati pretermine (Lai *et al.*, 2006). Revisioni sistematiche

(Athanasopoulou, Fox, 2014) hanno esaminato l'impatto della cura pelle a pelle sull'umore materno e sui modelli di interazione genitore-bambino nella popolazione infantile pretermine e LBW: nonostante l'eterogeneità delle caratteristiche di intervento e del campione (grado di prematurità o LBW), è stata valutata un'associazione tra gli interventi skin-to-skin e un miglioramento della depressione.

Le modalità di intervento con il contatto pelle-pelle sono state prese in esame anche in una recente meta-analisi (Scime *et al.*, 2019) che ha confermato che le madri di neonati pretermine o con basso peso alla nascita (LBW) sono a rischio di depressione due o tre volte maggiore rispetto alle madri di neonati sani. Sono stati utilizzati interventi con sessioni pelle a pelle della durata da 15 minuti a 1 ora con una frequenza da tre volte al giorno a tre volte alla settimana: gli interventi pelle a pelle hanno dimostrato una riduzione delle sindromi depressive. I neonati che ricevevano cure skin to skin sperimentavano una stabilizzazione fisiologica (maggiore saturazione di ossigeno, termoregolazione, diminuzione degli episodi di apnea, stabilità della glicemia), un aumento di peso, riduzione della risposta al dolore rispetto ai neonati che non avevano ricevuto questa modalità di intervento (Campbell-Yeo *et al.*, 2015). Gli interventi pelle a pelle sono stati associati a migliori risultati nell'allattamento al seno e a una migliore qualità della relazione madre-bambino (Baley, 2015), con una riduzione dell'ansia materna (Lai *et al.*, 2006), dello stress (Tessier *et al.*, 1998) e della depressione (Feldman *et al.*, 2002).

Una review mondiale (Gajaria, Ravindran, 2018) ha esaminato l'esito di interventi psicosociali per la depressione perinatale durante la gravidanza e fino a un anno dopo il parto, svolti in Africa, Asia, Nord America (Messico) e Sud America: la maggior parte degli interventi sono stati condotti in contesti di popolazioni a basso reddito. Gli interventi psicoeducativi erano per la maggior parte integrati nell'ambito di programmi di salute generale, mentre gli approcci psicoterapeutici che si sono rilevati come i più efficaci (attivati dove è stato possibile) sono stati molto apprezzati: solo tre si sono concentrati sul miglioramento delle interazioni madre-bambino (Cooper *et al.*, 2002, 2009; de Alencar *et al.*, 2009). Due di essi sono stati effettuati in un insediamento periurbano in Sudafrica (Cooper *et al.*, 2002, 2009): il primo, riguardava un programma per migliorare la sensibilità materna ai bisogni dei bambini in gravidanza ma non ha utilizzato un campione di donne con depressione (Cooper *et al.*, 2002), mentre il secondo intervento comprendeva una valutazione di base dell'umore materno. Per entrambi sono state organizzate sessioni di un'ora nelle "case della madre" (centri di accoglienza), da parte degli operatori sanitari della comunità di appartenenza, che hanno cercato di valutare sia l'effetto dell'intervento sulla depressione materna, sia l'effetto sull'attaccamento infantile e lo stile

genitoriale. Il terzo studio (de Alencar *et al.*, 2009) ha esaminato madri con neonati prematuri nel nord-est del Brasile: ha utilizzato l'intervento di "Kangaroo Mother Care" in cui le madri hanno applicato un contatto skin-to-skin ai loro neonati prematuri.

Una revisione sistematica più recente di studi clinici randomizzati (McCloskey, Reno, 2019) ha invece indagato sull'uso di prodotti e interventi non convenzionali per il trattamento della depressione postnatale: aromaterapia, terapia della luce intensa, mindfulness, yoga, agopuntura: i risultati illustrano la fattibilità di questi approcci, nonché vari gradi di efficacia; i limiti sono riferiti agli studi pilota che utilizzano campioni di piccole dimensioni e i risultati dovrebbero essere replicati per avere una conferma dell'efficacia.

Bibliografia

- Abbasi M., van den Akker O., Bewley C. (2014), "Persian couples' experiences of depressive symptoms and health-related quality of life in the pre- and perinatal period", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(1), 16-21.
- Abuidhail J., Abujilban S. (2014), "Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: a comparison study", *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*, 21, 573-579.
- Abujilban S.K., Abuidhail J., Al-Modallal H., Hamaideh S., Mosemli O. (2014), "Predictors of antenatal depression among Jordanian pregnant women in their third trimester", *Health Care Women Int*, 35, 200-215.
- Aceti F., Aveni F., Baglioni V., Carluccio G.M., Colosimo D., Gianchetti N., Marini I., Neuti V., Motta P., Zaccagni M., Biondi M. (2012a), "Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study", *J Psychopathol*, 18, 328-34.
- Aceti F., Baglioni V., Ciolli P. (2012b), "Maternal attachment patterns and personality in postpartum depression", *Riv Psichiatr*, 47, 3, 214-220.
- Aceti F., Giacchetti N., Meuti V., Carluccio GM., Zaccagni M., Marini I., Di Lorenzo F., Grillo A., Mancini G., Serio V., Rocchi G., Giancola O., Biondi M. (2015), "Depressione perinatale e relazioni affettive: l'esperienza in close relationship in gravidanza", *Rivista di Psichiatria*, 50(3), 134-142.
- Afand N., Keshavarz M., Fatemi Naiemeh S., Montazeri A. (2017), "Effects of infant massage on state anxiety in mothers of preterm infants prior to hospital discharge", *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 1887-1892.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Walls S. (1978), *Pattern of attachment: a psychological study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale.
- Agius A., Borg Xuereb R., Carrick-Sen D., Sultana R., Rankin J. (2016), "The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review", *Midwifery*, May 2016, 36, 70-79.

- Ajinkya S., Jadhav P.R., Srivastava N.N. (2013), "Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai", *Ind. Psychiatry J*, 22, 37-40.
- Akin A., Akin U. (2015), "Examining the predictive role of self-compassion on flourishing in Turkish university students", *Ann. Psychol*, 31(3), 802-807.
- Akman I., Kuscu M.K., Yurdakul Z., Özdemir N., Solakoğlu N., Orhon L., Karabekiroğlu A., Özek E. (2008), "Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles", *J Paediatr Child Health*, 44, 369-73.
- Alcorn K.L., O' Donovan A., Patrick J.C., Creedy D., Devilly G.J. (2010), "A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events", *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859.
- Allen S. (1998), "A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth, Journal of Reproductive and Infant Psychology", 16, 107-131.
- Alder J., Fink N., Bitzer J., Hösli I., Holzgreve W. (2007), "Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 20(3), 189-209.
- Alder J., Fink N., Urech C., Hösli I., Bitzer J. (2011), "Identification of antenatal depression in obstetric care", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284(6), 1403-1409.
- Alhamdan N., Ajaj A., Alali F., Badr H.E. (2017), "Postpartum depression and health related quality of life: A necessary assessment", *International Journal of Family & Community Medicine*, 1(1).
- Ali N.S., Azam I.S., Ali B.S., Tabbusum G., Moin S.S. (2012), "Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study", *Sci. World J*, 1-9.
- Almutairi A.F., Salam M., Alanazi S., Alweldawi M., Alsomali N., Alotaibi N. (2017), "Impact of help-seeking behavior and partner support on postpartum depression among Saudi women", *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1929-1936.
- Ammaniti M., Cimino S., Trentini C. (2007), *Quando le madri non sono felici. La depressione post partum*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Anacker C., O'Donnell K.J., Meaney M.J. (2014), "Early life adversity and the epigenetic programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function", *Dialogues Clin. Neurosc*, 16, 321-333.
- Andersson L., Sundström-Poromaa I., Bixo M., Wulff M., Bondestam K., Åström M. (2003), "Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study", *Am. J. Obstet. Gynecol*, 189, 148-154.
- Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., Åström M., Bixo M. (2004a), "Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome", *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 467-476.
- Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., Åström M., Bixo M. (2004b), "Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study", *American Journal of Epidemiology*, 159(9), 872-881.

- Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., Aström M., Bixo M. (2006), "Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study", *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 85(8), 937-44.
- Apter G., Devouche E., Garez V., Valente M., Genet M.C., Gratier M., Belaisch-Allart J. (2013), "Pregnancy, somatic complaints and depression: a French population-based study", *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 171, 35-39.
- Arch J.J., Dimidjian S., Chessick C. (2012), "Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy?", *Arch. Women's Ment. Health.*, 15, 445-457.
- Athanasopoulou E., Fox J.R.E. (2014), "Effects of Kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review", *Infant Ment. Health J.*, 35, 245-262.
- Austin M.P. (2004), "Antenatal screening and early intervention for 'perinatal' distress, depression and anxiety: where to from here?", *Arch Womens Ment Health.*, 7, 1-6.
- Austin M.P., Hadzi-Pavlovic D., Priest S.R., Reilly N., Wilhelm K., Saint K., Parker G. (2010), "Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection?", *Archives of Women's Mental Health.*, 13(5), 395-401.
- Ayers S. (2007), "Thoughts and emotion during traumatic birth: a qualitative study", *Birth.*, 34(3), 253-263.
- Ayers S., Harris R., Sawyer A., Parfitt Y., Ford E. (2009), "Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling", *Journal of Affective Disorders.*, 119, 200-204.
- Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K. (2016), "The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework", *Psychol. Med.*, 46(6), 1121-1134.
- Baldoni F., Baldaro B., Benassi M. (2009), "Affective disorders and illness behavior in perinatal period: correlations between fathers and mothers", *Child Development & Disabilitie*, XXXVI, Saggi, 3, 25-44.
- Baldoni F., Giannotti M. (2017), *I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento*, FrancoAngeli, Milano.
- Balestrieri M., Isola M., Bisoffi G., Calo S., Conforti A., Driul L., Marchesoni D., Petroseolo P., Rossi M., Zito A., Zorzenone S., Di Sciascio G., Leone R., Bellantuono C. (2012), "Determinants of ante-partum depression: a multicenter study", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 47, 1959-1965.
- Baley J. (2015), "Skin-to-skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU", *Pediatrics.*, 136, 596.
- Banker J.E., La Coursiere D.Y. (2014), "Postpartum depression: Risks, protective factors, and the couple's relationship", *Issues in Mental Health Nursing.*, 35(7), 503-508.
- Banti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagni M.S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G.B. (2011), "From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression - research & screening unit study", *Compr. Psychiatry.*, 4, 343-351.

- Barnard L.K., Curry J.F. (2011), "Self-compassion: Conceptualizations, correlates & Interventions", *Rev. General Psychol*, 15(4), 289-303.
- Barnes D.L. (2006), "Postpartum depression: Its impact on couples and marital satisfaction", *Journal of systemic Therapies*, 25(3), 25-42.
- Bass P.T., Bauer N.S. (2018), "Parental postpartum depression: More than 'baby blues'", *Contemporary Pediatrics*, 35(9).
- Baumeister D., Russell A., Pianta R.C., Mondelli V. (2014), "Inflammatory biomarker profiles of mental disorders and their relation to clinical, social and lifestyle factors", *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 49, 841-849.
- Bayrampour H., McDonald S. (2015), "Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy", *Midwifery*, 31, 582-589.
- Bener A., Gerber L.M., Sheikh J. (2012), "Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison", *International journal of women's health*, 4, 191-200.
- Bhandari S., Bullock L.F.C., Bair-Merritt M., Rose L., Marcantonio K., Campbell J.C., Sharp P. (2012), "Pregnant women experiencing IPV: impact of supportive and non-supportive relationships with their mothers and other supportive adults on perinatal depression: a mixed methods analysis", *Issues Ment Health Nurs*, 33(12), 827-37.
- Biaggi A., Conroy S., Pawlby A., Pianta R.C. (2016), "Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review", *J. Aff. Disord*. 191, 62-77.
- Bifulco A., Figueiredo B., Guedeney N., Gorman L.L., Hayes S., Muzik M., Glatigny-Dallay E., Valoriani V., Kammerer M., Henshaw C.A., Group T.-P. (2004), "Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study", *Brit. J. Psychiat.*, 184, 31-37.
- Bifulco A., Kwon J.H., Jacobs C., Moran P.M., Bunn A. (2006), "Adult attachment style as mediator of childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 796-805.
- Bifulco A. (2013), "La valutazione del rischio di depressione perinatale con l'Attachment Style Interview", in Caretti V., Ragonese N., Crisalfi C. (a cura di), *La depressione perinatale*, Fioriti, Roma.
- Billert H. (2007), "Tokophobia: a multidisciplinary problem", *Ginekol Pol.*, 78(10), 807-11.
- Bion W.R. (1962), "The psycho-analytic study of thinking", *International journal of psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Bion W.R. (1972), *Experiencias en grupos* (No. 04; HM131, B5 1972).
- Bittner A., Peukert J., Zimmermann C., Junge-Hoffmeister J., Parker L.S., Stöbel-Richter Y., Weidner K. (2014), "Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depressive symptoms: efficacy of a cognitive-behavioral group program", *J. Perinat. Neonatal Nurs*, 28, 185-195.
- Blakeley P.M., Capron L.E., Jensen A.B., O'Donnell K.J, Glover V. (2013), "Maternal prenatal symptoms of depression and down regulation of placental monoamine oxidase A expression", *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), 341-345.

- Blanchard A., Hodgson J., Gunn W., Jesse E., White N. (2009), "Understanding social support and the couple's relationship among women with depressive symptoms in pregnancy", *Issues Ment Health Nurs*, 30, 764-76.
- Bloch M., Daly R.C., Rubinow D.R. (2003), "Endocrine factors in the etiology of postpartum depression", *Compr Psychiat*, 44, 234-46.
- Bodecs T., Szilagyi E., Cholnoky P., Sandor J., Gonda X., Rihmer Z., Horvath B. (2013), "Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample", *Psychiatr. Danub*, 25, 352-358.
- Bodhare T.N., Sethi P., Bele S.D., Gayatri D., Vivekanand A. (2015), "Postnatal quality of life, depressive symptoms, and social support among women in southern India", *Women Health*, 55(3), 353-65.
- Bolak Boratav H., Toker Ö., Küey L. (2017), "Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey", *Women & health*, 56(5), 502-521.
- Bonari L., Pint N., Ahn E., Einarson A., Steiner M., Koren G. (2004), "Perinatal risks of untreated depression during pregnancy", *Can. J. Psychiatry*, 49, 726-735.
- Bond F.W., Hayes S.C., Baer R.A., Carpenter K.M., Guenole N., Orcutt H.K., Zettle R.D. (2011), "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance", *Behav. r Therapy*, 42(4), 676-688.
- Bostanabad M.A., Areshtanab H.N., Balila M., Jafarabadi M.A., Ravanbakhsh K. (2017a), "Effect of a Supportive-Training Intervention on Mother-Infant Attachment", *Iranian Journal of Pediatrics*, 27(6).
- Bostanabad M.A., Areshtanab H.N., Balila M., Jafarabadi M.A., Ravanbakhsh K. (2017b), "Effect of family-centered intervention in neonatal intensive care unit on anxiety of parents", *International Journal of Pediatrics*, 5(6), 5101-5111.
- Bowen A., Bowen R., Balbuena L., Muhajarine N. (2012), "Are pregnant and postpartum women moodier? Understanding perinatal mood instability", *J Obstet Gynaecol Can*, 34, 1038-42.
- Breedlove G., Fryzelka D. (2011), "Depression screening during pregnancy", *J. Midwifery Women Health*, 56(1), 18-25.
- Brennan P.A., Hammen C., Katz A.R., Le Brocque R.M. (2002), "Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes", *J Consult Clin Psychol*, 70, 1075-85.
- Brunst K.J., Sanchez Guerra M., Gennings C., Hacker M., Jara C., Bosquet Enlow M. (2017), "Maternal lifetime stress and prenatal psychological functioning and decreased placental mitochondrial DNA copy number in the PRISM study", *Am. J. Epidemiol.*, 186 (2017), 1227-1236.
- Brunton R.J., Dryer R., Saliba A., Kohlhoff J. (2015), "Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales", *Journal of Affective Disorders*, 176, 24-34.
- Brunton R.J., Dryer R., Krägeloh C., Saliba A., Kohlhoff J., Medvedev O. (2018), "The pregnancy-related anxiety scale: A validity examination using Rasch analysis", *J Affect Disord.*, 236, 127-135.
- Brunton R., Dryer R., Saliba A., Kohlhoff J. (2019), "Re-examining pregnancy-related anxiety: A replication study", *Women Birth*, 32(1), e131-e137.

- Burgut F.T., Bener A., Ghuloum S., Sheikh J. (2013), "A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar", *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 34(2), 90-7.
- Burke L. (2003), "The impact of maternal depression on familial relationships", *International review of psychiatry*, 15, 243-255.
- Cameron E.E., Sedov I.D., Tomfohr-Madsen L.M. (2016), "Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis", *Journal Affect of Disord*, 206, 189-203.
- Campbell-Yeo M., Disher T., Benoit B., Johnston C. (2015), "Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants", *Pediatr. Heal. Med. Ther.*, 6, 15.
- Caroti E., Fonzi L., Bersani G. (2007), "Modelli neurobiologici nei disturbi dell'umore post partum", *Rivista di Psichiatria*, 42(6), 366-376.
- Cauli G. (2018), *Prevenzione e Cura dei Disturbi del Peripartum*, Associazione genitori e figli educational, Milano.
- Cauli G., Iapichino E., Rucci P., Quartieri Bollani M., Marconi AM., Bassi M., Gala C. (2019), "Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period", *J Affect Disord*, 246, 148-156.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*, Springer Verlag, Milano.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer Verlag, Milano.
- Chaaya M., Campbell O.M., El Kak F., Shaar D., Harb H., Kaddour A. (2002), "Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon", *Archives of women's mental health*, 5(2), 65-72.
- Chang J.J., Halpern C.T., Kaufman J.S. (2007), "Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 697-703.
- Chawla N., Ostafin B. (2007), "Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review", *J. Clinical Psychol*, 63(9), 871-890.
- Chen Y.H., Lin H.C., Lee H.C. (2010), "Pregnancy outcomes among women with panic disorder - do panic attacks during pregnancy matter?", *J. Affect. Disord.*, 120, 258-262.
- Chew-Graham C., Sharp D., Chamberlain E., Folkes L., Turner K.M. (2013), "Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study", *BMC Fam Pract*, 2009, 10, 7.
- Choi S.K., Park Y.G., Park I.Y., Ko H.S., Shin J.C. (2014), "Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women", *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(9), 807-812.
- Clatworthy J. (2012), "The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women", *J. Affect. Disord.*, 137, 25-34.
- Cohen J.S. (2010), *Mindfulness and self-compassion in the transition to motherhood: A prospective study of postnatal mood and attachment*, Columbia University, New York.

- Cohen L.S., Wang B., Nonacs R., Viguera A.C., Lemon E.L., Freeman M.P. (2010), "Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum", *Psychiatr Clin N Am*, 33, 273-93.
- Coleman V.H., Carter M.M., Morgan M.A., Schulkin J. (2008), "Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy", *Depress Anxiety*, 25(2), 114-23.
- Colonesi C., Draijer E., Stams G., van der Bruggen C., Bogels S., Noom M. (2011), "The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review", *J. Clin. Child Adolesc. Psych*, 40, 630-645.
- Committee on Obstetric Practice (2015), "The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee opinion number 630. Screening for perinatal depression", *Obstet Gynecol*, vol. 125, 1268-1271.
- Condon J. (2004), "The First-time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64.
- Consoli S.M. (2003), "Apporti della psiconeuro-immunologia alla prospettiva psicosomatica", in Mimoun S, Maggioni C., *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Cooper P.J., Landman M., Tomlinson M., Molteno C., Swartz L., Murray L. (2002), "Impact of a mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study", *Br. J. Psychiatry*, 180(1), 76-81.
- Cooper P.J., Tomlinson M., Swartz L., Landman M., Molteno C., Stein A., McPherson K., Murray L. (2009), "Improving quality of mother-infant relationship and infant attached in a socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial", *Br. Med. J.*, 338, b974.
- Corbani I., Rucci P., Iapichino E., Quartieri Bollani M., Cauli G., Ceruti M.R., Gala C., Bassi M. (2017), "Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures", *Int. J. Soc. Psychiatry*, 63(7), 1-10.
- Couto E.R., Couto E., Vian B., Gregorio Z., Nomura M.L., Zaccaria R., Passini R.Jr. (2009), "Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes", *Sao Paulo Med J*, vol. 127(4), 185-189.
- Cramer B. (2000), "Aiutare i bambini attraverso il trattamento dei genitori: il ruolo della psicoterapia madre-bambino", *Work with parents: psychoanalytic psychoteraphy with children ana adolescents*, Karnac Books, London. Tr. it. Tiantis J., Boethious B., Hallerfors B., Horne A., Tischler L. (a cura di), *Il lavoro con i genitori. La psicoterapia psicoanalitica con i bambini e gli adolescenti*, Borla, Roma, 2002.
- Cuijpers P., Brannmark J.G. van Straten A. (2008), "Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis", *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 103-118.
- Czarnocka J., Slade P. (2000), "Prevalence and predictors of post traumatic stress symptoms following childbirth", *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-41.
- D'Anna-Hernandez K.L., Zerbe G.O., Hunter S.K., Ross R.G. (2013), "Paternal psychopathology and maternal depressive symptom trajectory during the first year postpartum", *Ment. Illn.*, 5(1).

- Danaher B.G., Milgrom J., Seeley J.R., Stuart S., Schembri C., Tyler M.S., Lewinsohn P. (2012), "Web-based intervention for postpartum depression: Formative research and design of the MumMoodBooster program", *JMIR Research Protocols*, vol. 1(2), e18.
- Danaher B.G., Milgrom J., Seeley J.R., Stuart S., Schembri C., Tyler M.S., Lewinsohn P. (2013), "MumMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results", *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e242.
- Davies J., Slade P., Wright I., Stewart P. (2008), "Post traumatic stress symptoms following Childbirth and Mother's Perceptions of their Infants", *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554.
- Davis E.P., Snidman N., Wadhwa P.D., Glynn L.M., Schetter C.D., Sandman C.A. (2004), "Prenatal Maternal Anxiety and Depression Predict Negative Behavioral Reactivity in Infancy", *Infancy*, 6(3), 319-31.
- de Alencar A.E., Arraes L.C., de Albuquerque E.C., Alves J.G.B. (2009), "Effect of kangaroo mother care on postpartum depression" *J. Trop. Pediatr.*, 55(1), 36-38.
- Dekel S., Ein-Dor T., Ruohomäki A., Lampi J., Voutilainen S., Tuomainen T.P., Pasanen M. (2019), "The dynamic course of peripartum depression across pregnancy and childbirth", *Journal of psychiatric research*, 113, 72-78.
- Dekel S., Stuebe C., Dishy G. (2017), "Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors", *Front. Psychol*, 8, 560.
- Dennis C.L. (2005), "Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review", *Br. Med. J*, 331, 1-8.
- Dennis C.L., Hodnett E. (2008), "Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression", *Evid Based Ment Health*, 11(3), 79.
- Dennis C.L., Dowswell T. (2013), "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression", *Cochrane Database Syst, Rev* (2).
- Dennis C.L., Falah-Hassani K., Brown H.K., Vigod S.N. (2016), "Identifying woman at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 485-493.
- Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017), "Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis", *Br J Psychiatry*, 210(5), 315-323.
- Dibaba Y., Fantahun M., Hindin M.J. (2013), "The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia", *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 135.
- Di Blasio P. (2013), "Effetto dell'Espressivo Writing sulla depressione post partum e sullo stress materno", in Caretti V., Ragonese N., Crisalfi C. (a cura di), *La depressione perinatale*, Fioriti, Roma.
- Di Blasio P., Ionio C. (2005), "Postpartum stress symptoms and child temperament: A Follow-up study", *Journal of Prenatal and perinatal Psychology and Health*, 19, 3, 185-198.
- Dimidjian S., Goodman S.H., Felder J.N., Gallop R., Brown A.P., Beck A. (2016), "Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized

- trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence”, *J. Consulting Clinical Psychol*, 84(2), 134-145.
- Dmitrovic B.K., Dugalic M.G., Balkoski G.N., Dmitrovic A., Soldatovic I. (2014), “Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors”, *Int. J. Soc. Psychiatry*, 60, 528-532.
- Dolto F. (1985), *La cause des enfants*, Pocket.
- Dombrowski M., Anderson G., Santori C., Burkhammer M. (2001), “Kangaroo (skin-to-skin) care with a postpartum woman who felt depressed”, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26, 214-216.
- Don B.P., Mickelson K.D. (2012), “Paternal postpartum depression: The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction”, *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 323-334.
- Dozier M., Stovall-McClough K.C., Albus K.E. (2008), “L’attaccamento e la psicopatologia in età adulta”, in Cassidy J., Shaver P. (eds.), *Il Manuale dell’attaccamento*, seconda edizione, Fioriti, Roma, 2010.
- Duggan A.K., Berlin L.J., Cassidy J., Burrell L., Tandon S.D. (2009), “Examining maternal depression and attachment insecurity as moderators of the impacts of home visiting for at-risk mothers and infants”, *J Consult Clin Psychol*, 77, 788-99.
- Dunkel Schetter C., Tanner L. (2012), “Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice”, *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148.
- Earls M.F., Yogman M.W., Mattson G., Rafferty J. (2019), “Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health”. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice”, *Pediatrics*, e20183259.
- Eastwood J., Ogbo F.A., Hendry A., Noble J., Page A. (2017), “The impact of antenatal depression on perinatal outcomes in Australian women”, *PLoS One*, 12(1), e0169907.
- Engelhard I., van de Hoout M., Arntz A. (2001), “Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss”, *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Escribe-Aguir V., Gonzalez-Galarzo M.C., Barona-Vilar C., Artazcoz L. (2008), “Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences?”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(5), 410-4.
- Evans M., Donelle L., Hume-Loveland L. (2012), “Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis”, *Patient Educ Couns*, 87, 405-10.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001), “Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth”, *Br. Med. J.*, 323, 257-260.
- Facchinetti F., Ottolini F., Fazzio M. (2004), “Evidenze di correlazione tra stress psicosociale e ipercontrattilità uterina”, in Benedetto, Massobrio (a cura di), *Psicosomatica ostetrica e ginecologica*, CIC, Roma.
- Fairbrother N., Jassen I., Anthony M.M., Tucker E., Yang A.H. (2016), “Perinatal anxiety disorders prevalence and incidence”, *J. Affect. Disord*, 200, 148-155.

- Falah-Hassani K., Shiri R., Dennis C.L. (2016), "Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety", *Journal Affect of Disord*, 198, 142-147.
- Falah-Hassani K., Shiri R., Dennis C.L. (2017), "The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis", *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053.
- Farr S., Dietz P., O'Hara M., Burley K., Ko J. (2014), "Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women", *Journal of Women's Health*, 23(2).
- Feijo L., Hernandez-Reif M., Field T., Burns W., Valley-Gray S., Simco E. (2006), "Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants", *Infant Behavior and Development*, 29, 476-480.
- Felder J.N., Lemon E., Shea K., Kripke K., Dimidjian S. (2016), "Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women", *Arch. Women's Mental Health*, 19(4), 687-690.
- Feldman R., Eidelman A.I., Sirota L., Weller A. (2002), "Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development" *Pediatrics*, 110, 16-26.
- Feeney J., Alexander R., Noller P., Hohaus L. (2003), "Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood", *Pers Relationships*, 10, 475-93.
- Ferber S.G., Feldman R., Kohelet D., Kuint J., Dollberg S., Arbel E., Weller A. (2005), "Massage therapy facilitates mother-infant interaction in preterm infants", *Infant Behavior and Development*, 28, 74.
- Ferrara Mori G. (2008), *Un tempo per la maternità interiore*, Borla, Roma.
- Field T. (2018), "Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review", *Infant Behav Dev*, May, 51, 24-32.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2010a), "Preterm infant massage therapy research: a review", *Infant Behavior and Development*, 33, 115-124.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A. (2010b), "Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome", *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29.
- Fink N.S., Urech C., Cavelti M., Alder J. (2012), "Relaxation during pregnancy: what are the benefits from mother, fetus and the new born? A systematic review of the literature", *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, 26, 296-306.
- Figueiredo B., Conde A. (2011), "Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects", *Journal of Affect Disord*, 132(1-2), 146-57.
- Fisher J., Tran T., La B.T., Kriitmaa K., Rosenthal D., Tran T. (2010), "Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use", *Bull. World Health Organ*, 88, 737-745.
- Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V., Rahman A., Tran T., Holton S., Holmes W. (2012), "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review", *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G-149G.
- Fledderus M., Bohlmeijer E.T., Fox J.P., Schreurs K.M., Spinhoven P. (2013), "The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment

- therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial”, *Behav. Res. Therapy*, 51(3), 142-151.
- Fletcher R., Garfield C.F., Matthey S. (2015), “Fathers’ perinatal mental health”, in Milgrom J., Gemmill A.W. (a cura di), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management*, Wiley, Chichester, 165-176.
- Fonseca V.R., Silva G.A., Otta E. (2010), “The relationship between postpartum depression and maternal emotional availability”, *Cad Saude Publica*, 26, 738-46.
- Fonseca A., Canavarro M.C. (2018), “Exploring the paths between dysfunctional attitudes towards motherhood and postpartum depressive symptoms: The moderating role of self-compassion”, *Clinical Psychol. Psychotherapy*, 25(1), 1-11.
- Fonseca A., Monteiro F., Canavarro M.C. (2018), “Dysfunctional beliefs toward motherhood and postpartum depressive and anxiety symptoms: Uncovering the role of experiential avoidance”, *J. Clinical Psychol*, 74(12), 2134-2144.
- Fonseca-Machado Mde O., Alves L.C., Monteiro J.C., Stefanello J., Nakano A.M., Haas V.J., Gomes-Sponholz F. (2015), “Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter?”, *J. Clin. Nurs*, 24, 1289-1299.
- Fontein-Kuipers Y. (2015), “Reducing maternal anxiety and stress in pregnancy: what is the best approach?”, *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.*, 27(2), 128-132.
- Fornari F. (1981), *I sogni delle madri in gravidanza: le strutture affettive del codice materno*, Collana: Materiali universitari. Psicologia, 1, Unicopli, Milano, p. 197.
- Fraiberg S., Adelson E., Shapiro B. (1975), “Ghost in the nursery: a psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationships”, *Journal of American Accademy of child psychiatry*, 14, 387-421. Tr. it. “I fantasmi nella stanza dei bambini”, in *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano, 1999.
- Fredriksen E., von Soest T., Smith L., Moe V. (2017), “Patterns of pregnancy and postpartum depressive symptoms: Latent class trajectories and predictors”, *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 173-183.
- Gajaria A., Ravindran A.V. (2018), “Interventions for perinatal depression in low and middle-income countries: A systematic review”, *Asian Journal of Psychiatry*, 37, 112-120.
- Galbally M., Lewis A. (2017), “Depression and parenting: The need for improved intervention models”, *Current Opinion in Psychology*, 15, 61-65.
- Gavin A.R., Melville J.L., Rue T., Guo Y., Dina K.T., Katon W.J. (2011), “Racial differences in the prevalence of antenatal depression”, *Gen. Hosp. Psychiatry*, 33, 87-93.
- Gavin N., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T. (2005), “Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence”, *Obstet. Gynecol*, 106, 1071-1083.
- Gaynes B.N., Gavin N., Meltzer-Brody S., Lohr K.N., Swinson T., Gartlehner G., Miller W.C. (2005), “Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes”, *Evid. Rep. Technol. Assess.*, 119, 1-8.

- Gearing R.E., MacKenzie M.J., Ibrahim R.W., Brewer K.B., Batayneh J.S., Schwalbe C.S. (2015), "Stigma and mental health treatment of adolescents with depression in Jordan", *Community Ment Health J.*, 51(1), 111-7.
- Gelaye B., Rondon M.B., Araya R., Williams M.A. (2016), "Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries", *Lancet Psychiatry*, 3(10), 973-982.
- Giallo R., Cooklin A., Nicholson J.M. (2014), "Risk factors associated with trajectories of mothers' depressive symptoms across the early parenting period: an Australian population-based longitudinal study", *Arch Womens Ment Health*, 17(2), 115-125.
- Giardinelli L., Innocenti A., Benni L. (2012), "Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample", *Arch Womens Ment Health*, 15, 21-30.
- Giménez Cano E., Sánchez-Luna M. (2015), "Providing parents with individualised support in a neonatal intensive care unit reduced stress, anxiety and depression", *Acta Paediatrica*, 104(7), e300-e305.
- Gilbert P. (2010), *Compassion Focused therapy: The CBT Distinctive Features Series*, Routledge, London.
- Glasheen C., Richardson G., Fabio A. (2010), "A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children", *Arch Womens Ment Health*, 13, 61-74.
- Glover V., Onozawa K., Hodgkinson A. (2002), "Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression", *Seminars in Neonatology*, 7, 495-500.
- Glover V. (2014), "Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Glynn L.M., Wadhwa P.D., Dunkel-Schetter C., Chicz-Demet A., Sandman C.A. (2001), "When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy", *Am J Obstet Gynecol*, 184(4), 637-42.
- Gnazzo A., Guerriero V., Di Folco S., Zavattini G. C., de Campora G. (2015), "Skin to skin interactions. Does the infant massage improve the couple functioning?", *Frontiers in Psychology*, 6(1468).
- Golbasi Z., Kelleci M., Kisacik G., Cetin A. (2010), "Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women", *Maternal and Child Health Journal*, 14, 485-491.
- Goodman J.H. (2008), "Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction", *Inf Mental Hlth J*, 29, 624-42.
- Goodman J.H. (2009), "Women's Attitude, preferences, and Perceived barriers to Treatment for perinatal Depression", *Birth*, 36, 60-69.
- Goodman J.H., Tyer-Viola L. (2010), "Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers", *J Womens Health (Larchmt)*, 19(3), 477-90.
- Goodman S.H., Dimidjian S. (2012), "The developmental psychopathology of perinatal depression: implications for psychosocial treatment development and delivery in pregnancy", *Can J Psychiatry*, 57, 530-6.
- Goodman J.H., Chenausky K.L., Freeman M.P. (2014), "Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review", *J Clin Psychiatry*, 75(10), e1153-84.

- Gourounti C., Karapanou V., Karpathiotaki N., Vaslamatzis G. (2015), "Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece", *International Archives of Medicine*, 8.
- Grant K.A., Bautovich A., McMahon C., Reilly N., Leader L., Austin M.P. (2012), "Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress", *Arch Womens Ment Health*, 15: 297-305.
- Grant K.A., McMahon C., Austin M.P. (2008), "Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study", *J. Affect. Disord.*, 108, 101-111.
- Grigoriadis S., VonderPorten E.H., Mamisashvili L. (2013), "The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis", *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 321-341.
- Grote N.K., Bridge J., Gavin A.F., Melville J.L., Iyengar S., Katon W.J. (2010), "A metaanalysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction", *Arch. Gen. Psychiatry*, 67, 1012-1024.
- Groves A.K., Kagee A., Maman S., Moodley D., Rouse P. (2012), "Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa", *Journal of interpersonal violence*, 27(7), 1341-1356.
- Gutiérrez-Zotes A., Labad J., Martín-Santos R., García-Esteve L., Gelabert E., Jover M., Guillamat R., Mayoral F., Gornemann I., Canellas F., Gratacós M., Guitart M., Roca M., Costas J., Ivorra J.L., Navinés R., de Diego-Otero Y., Vilella E., Sanjuan J. (2016), "Coping strategies for postpartum depression: A multi-centric study of 1626 women", *Arch. Women Mental Health*, 19(3), 455-461.
- Guyon-Harris K., Huth-Bocks A., Lauterbach D., Janisse H. (2016), "Trajectories of maternal depressive symptoms across the birth of a child: associations with toddler emotional development", *Arch Womens Ment Health*, 19(1), 153-165.
- Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I. (2018), "Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries", *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.
- Haga S., Ulleberg P., Slinning K., Kraft P., Steen T., Staff A. (2012), "A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support", *Arch. Women Ment. Hlth*, 15, 175-184.
- Halbreich U., Karkun S. (2006), "Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms", *J Affect Disord*, 91(2-3), 97-111.
- Hall P.L., Wittkowski A. (2006), "An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth", *J. Midwifery Women Health*, 51(5), 321-330.
- Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I. (2018), "Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries", *Front Psychiatry*, 8, 248.

- Hankin B., Kassel J., Abela J. (2005), "Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms", *Pers. Soc. Psychol.*, 31, 136-151.
- Hartley M., Tomlinson M., Greco E., Comulada W.S., Stewart J., le Roux I., Mbewu N., Rotheram-Borus M.J. (2011), "Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements", *Reprod. Health*, 8, 9.
- Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. (2006), "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes", *Behav. Research Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hendrick V., Altshuler L., Strouse T., Grosser S. (2000), "Postpartum and non postpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment" *Depress. Anxiety*, 11, 66-72.
- Hermon N., Wainstock T., Sheiner E., Golan A., Walfisch A. (2019), "Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women - a prospective study", *Archives of women's mental health*, 22(1), 85-91.
- Hernandez-Martinez C., Val V.A., Murphy M., Busquets P.C., Sans J.C. (2011), "Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes", *Women Health*, 51(2), 124-135.
- Heron J., O'Connor T.G., Evans J., Golding J., Glover V. (2004), "The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample", *Journal of Affect Disord*, 80(1), 65-73.
- Hight N., Stevenson A.L., Purtell C. Coe S. (2014), "Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety", *Women Birth*, 27(3), 179-184.
- Horwitz S.M., Leibovitz A., Lilo E. Jo B., Debattista A., St. John N., Shaw R.J. (2015), "Does an intervention to reduce maternal anxiety, depression and trauma also improve mothers' perceptions of their preterm infants' vulnerability?", *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 42-52.
- Howard L. (2007), "Postnatal depression", *British Medical Journal Clinical Evidence*, 12(1407), 1-18.
- Howard L.M., Molyneaux E., Dennis L., Rochat T., Stein A., Milgrom J. (2014a), "Non-psychotic mental disorders in the perinatal period", *The Lancet*, 384, 1775-1788.
- Howard L.M., Megnin-Viggars O., Symington I., Pilling S. (2014b), "Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance", *BMJ*, 349, g7394.
- Hughes C., Devine R.T., Mesman J., Blair C., NewFAMS Team (2019), "Parental well-being, couple relationship quality, and children's behavioral problems in the first 2 years of life", *Dev Psychopathol*, 24, 1-10.
- Huizink A.C., Robles de Medina P.G., Mulder E.J., Visser G.H., Buitelaar J.K. (2003), "Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy", *J Child Psychol Psychiatry*, 44(6), 810-8.
- Ikeda M., Hayashi M., Kamibeppu K. (2014), "The relationship between attachment style and postpartum depression", *Attach. Hum. Dev.*, 16, 557-572.

- Iles J., Slade P., Spiby H. (2011), "Post traumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment", *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 520-530.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 1. Neonato e radici della salute mentale*. FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015b), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 2. Genitorialità e origini della mente del bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Vol. 3. Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2018), *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica Perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2007), *Psicologia Clinica Perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*, Piccin, Padova.
- Ishizaki Y., Nagahama T., Kaneko K. (2013), "Mental health of mothers and their premature infants for the prevention of child abuse and maltreatment", *Health*, 5, 612-616.
- ISTAT (2015), *Indicatori demografici*, www.istat.it/it/archivio/180494.
- Jeong H.G., Lim J.S., Lee M.S., Kim S.H., Jung I.K., Joe S.H. (2013), "The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support", *Gen Hosp Psychiatry*, 35(4), 354-8.
- Johnson A.R., George M., Goud B.R., Sulekha T. (2018), "Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City", *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 343-348.
- Johnson S.M., Whiffen V.E. (2003), *Attachment processes in couple and family therapy*, Guilford press, New York.
- Karlsson L., Nousiainen N., Scheinin N.M., Maksimow M., Salmi M., Lehto S.M. (2017), "Cytokine profile and maternal depression and anxiety symptoms in mid-pregnancy - the FinnBrain Birth Cohort Study", *Arch Womens Ment Health*, 20(1), 39-48.
- Kashdan T., Zvolensky M., McLeish A. (2008), "Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms", *J. Anxiety Disord.*, 22, 429-440.
- Kazi A., Fatmi Z., Hatcher J., Kadir M.M., Niaz U., Wasserman G.A. (2006), "Social environment and depression among pregnant women in urban areas of Pakistan: Importance of social relations", *Social Science and Medicine*, 63, 1466-1476.
- Keeton C., Perry-Jenkins M., Sayers A (2008), "Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood", *Journal of Family Psychology*, 22, 2, 212-221.
- Kelman A.R., Evare B.S., Barrera A.Z., Munoz R.F., Gilbert P. (2018), "A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal

- and intending to become pregnant women”, *Clin. Psychol. Psychotherapy*, 25(4), 608.
- Kessler R.C., Petukhova M., Sampson N.A., Zaslavsk, A.M., Wittchen H. (2012), “Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States”, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Kingston D., Tough S., Whitfield H. (2012), “Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review”, *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 683-714.
- Kleiber B.V., Dimidjian S. (2014), “Postpartum depression among adolescent mothers: A comprehensive review of prevalence, course, correlates, consequences, and interventions”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(1), 48-66.
- Knauer D., Palacio Espasa F. (2012), “Difficoltà evolutive e crescita psicologica”, Cortina, Milano.
- Ko J.Y., Rockhill K.M., Tong V.T., Morrow B., Farr S.L. (2017), “Trends in Postpartum Depressive Symptoms - 27 States, 2004, 2008, and 2012”, *MMWR Morb Mortal Weekly Rep*, 66(6), 153-158.
- Korja R., Nolvi S., Kataja E.L., Scheinin N., Junttila N., Lahtinen H., Saarni S., Karlsson L., Karlsson H. (2018), “The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study”, *PLoS One*.
- Kozinszky Z., Dudas R.B., Devosa I., Csator dai S., Toth E., Szabo D., Sikovanyecz J., Barabas K., Pal A. (2012), “Can a brief ante partum preventive group intervention help reduce postpartum depressive symptomatology?”, *Psychother. Psychosom*, 81, 98-107.
- Kringeland T., Daltveit A.K., Møller A. (2009), “What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section?”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4), 364-371.
- Kurdahi L.B., Ayyazian N., Lamah S., Charafeddine L. (2018), “Is the Effect of Postpartum Depression on Mother-Infant Bonding Universal?”, *Infant Behavior and Development*, 5, 15-23.
- Lai H.L., Chen C.J., Peng T.C., Chang F.M., Hsieh M.L., Huang H.Y., Chang S.C. (2006), “Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and pre-term infants’ responses”, *International Journal of Nursing Studies*, 43, 139-146.
- Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A. (2010), “Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review”, *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 202, 5-14.
- Lara-Carrasco J., Simard V., Saint-Onge K., Lamoureux-Tremblay V., Nielsen T. (2013), “Maternal representations in the dreams of pregnant women: a prospective comparative study”, *Frontiers in psychology*, 4, 551.
- Lau Y., Htun T.P., Wong S.N., Tan W.S.W. Klainin-Yobas P. (2017), “Therapist-supported internet-based cognitive behavior therapy for stress, anxiety, and depression symptoms among postpartum women: A systematic review and meta-analysis”, *Journal of medical Internet research*, 19(4).

- Ledds L., Hargreaves I. (2008), "The psychological consequences of childbirth", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 2, 108-122.
- Lee A.M., Lam S.K., Ske Mun Lau S.M., Chong C.S., Chui H.W., Fong D.Y. (2007), "Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression", *Obstet. Gynecol.*, 110, 1102-1112.
- Lee E.W., Denison F.C., Hor K., Reynolds R.M. (2016), "Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: A systematic review", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).
- Leigh B., Milgrom J. (2008), "Risk factors for antenatal depression and postnatal depression and parenting stress", *BMC Psychiatry*, 8, 24 Apr 16.
- Letourneau J.M., Ebbel E.E., Katz P.P., Katz A., Ai W.Z., Chien A.J., Melisko M.E., Cedars M.I., Rosen M.P. (2012), "Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer", *Cancer*, Mar 15, 118(6), 1710-7.
- Liang L.A., Berger U., Brand C. (2019), "Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study", *J Affect Disord*, 242, 255-264.
- Lilliecreutz C., Josefsson A., Sydsjö G. (2010), "An open trial with cognitive behavioral therapy for blood-and injection phobia in pregnant women - a group intervention program", *Arch. Women's Ment. Health*, 13, 259-265.
- Lyons-Ruth K., Easter brooks M., Cibelli C. (1997), "Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms. Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7", *Developmental Psychology* 33, 4, 681-692.
- Lovejoy M.C., Graczyk P.A., O'Hare E. (2000), "Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review", *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Lovestone S., Kumar R. (1993), "Postnatal psychiatric illness: the impact on partners", *Br J Psychiatry*, 163, 210-6.
- Loughnan S.A., Wallace M., Joubert A.E., Haskelberg H., Andrews G., Newby J.M. (2018), "A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period", *Arch. Womens Ment. Health*, 21(5), 481-490.
- Low N., Cui L., Merikangas K.R. (2007), "Spousal concordance for substance use and anxiety disorders", *J Psychiatr Res*, 41, 94-251.
- Luoma I., Korhonen M., Salmelin R.K., Helminen M., Tamminen T. (2015), "Long-term trajectories of maternal depressive symptoms and their antenatal predictors", *J. Affect. Disord*, 170, 30-38.
- Maggioni C., Mimoun S. (2003), "Ostetricia e psicosomatica", in Mimoun S., Maggioni C. (a cura di), *Trattato di ginecologia-ostetricia psicosomatica*, FrancoAngeli, Milano.
- Maia B.R., Pereira A.T., Marques M., Bos S., Soares M.J. (2012), "The role of perfectionism in postpartum de-pression and symptomatology", *Arch Womens Ment Health*, 15, 459-68.
- Malik S., Well, A., Wittkowski A. (2015), "Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: a systematic review", *J. Affect Disord.*, 172, 428-444.

- Malus A., Szyluk J., Galinska-Skok B., Konarzewska B. (2016), "Incidence of postpartum depression and couple relationship quality", *Psychiatria Polska*, 50(6), 1135-1146.
- Mancuso R.A., Schetter C.D., Rini C.M., Roesch S.C., Hobel C.J. (2004), "Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery", *Psychosom Med.*, 66, 762-769.
- Manikkam L., Burns J.K. (2012), "Antenatal depression and its risk factors: An urban prevalence study in KwaZulu-Natal", *South African Medical Journal*, 102(12), 940-944.
- Marcus S.M., Flynn H.A., Blow F.C., Barry K.L. (2003), "Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings", *J. Womens Health (Larchmt)*, 12, 373-380.
- Marganska A., Gallagher M., Miranda R. (2013), "Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder", *Am. J. Orthopsychiat*, 83, 131-141.
- Marino M., Battaglia E., Massimino M., Aguglia E. (2012), "Fattori di rischio nella depressione post partum", *Rivista di Psichiatria*, 47, 187-194.
- Marques R., Monteiro F., Canavarro M. C., Fonseca A. (2018), "The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period", *Journal of affective disorders*, 238, 39-46.
- Martini J., Knappe S., Beesdo-Baum K., Lieb R., Wittchen H.U. (2010), "Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes", *Early Hum Dev*, 86(5), 305-10.
- Martini J., Petzoldt J., Einsle F., Beesdo-Baum K., Höfler M., Wittchen H.U. (2015), "Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study", *J Affect Disord*, 175, 385-95.
- Martini J., Knappe S., Beesdo-Baum K., Lieb R., Wittchen H.U. (2002), "Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes", *Early Human Development*, 86(5), 305-310.
- McCall-Hosenfeld J.S., Phiri K., Schaefer E., Zhu J., Kjerulff K. (2016), "Trajectories of depressive symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the first baby study", *J Womens Health (Larchmt)*, 25(11), 1112-1121.
- McCloskey R.J., Reno R. (2019), "Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review", *Social Work in Mental Health*, 17(1), 106-128.
- McMahon T.J., Rounsaville B.J. (2002), "Substance abuse and fathering: adding poppa to the research agenda", *Addiction*, 97, 1109-15.
- Meltzer-Brody S., Bledsoe-Mansori S.E., Johnson N., Killian C., Hamer R.M., Jackson C., Wessel J., Thorp J. (2012), "A Prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents", *Am J Obstet Gynecol*, 206, 2231-4.

- Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink V., Vigod S., Jones I., Munk-Olsen T., Honikman S., Milgrom J. (2018), "Postpartum psychiatric disorders", *Nat Rev Dis Primers*, 4, 18022.
- Melville J.L., Gavin A., Guo Y., Fan M.Y., Katon W.J. (2010), "Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample", *Obstet. Gynecol.*, 116, 1064-1070.
- Mendelson T., Leis J.A., Perry D.F., Stuart E.A., Tandon S.D. (2013), "Impact of a preventive intervention for perinatal depression on mood regulation, social support, and coping", *Arch. Women's Ment. Health*, 16, 211-218.
- Mezulis A.H., Hyde J.S., Clark R. (2004), "Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten", *J Fam Psychol*, 18, 575-88.
- Mikulincer M., Shaver P.R., Pereg D. (2003), "Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies", *Motiv. Emot.*, 27, 77-102.
- Mikulincer M., Shaver P.R. (2007), *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*, Guilford Press, New York.
- Milgrom J., Martin P.R., Negri L.M. (2003), *Depressione postnatale: ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*, Erickson, Trento.
- Milgrom J., Negri L.M., Gemmill A.W., McNeil M., Martin P.R. (2005), "A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression", *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 529-542.
- Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Ericksen J., Ellwood D., Buist A. (2008), "Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study", *J. Affect. Disord.*, 108, 147-157.
- Milgrom J., Newnham C., Anderson P.J., Doyle L.W., Gemmill A.W., Lee K., Hunt R.W., Bear M., Inder T. (2010), "Early sensitivity training for parents of preterm infants. Effect on the developing brain", *Pediatric Research*, 67, 330-335.
- Milgrom J., Holt C., Gemmill A.W., Ericksen J., Leigh B., Buist A., Schembri C. (2011a), "Treating postnatal depressive symptoms in primary care: A randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling", *BMC Psychiatry*, 11(1), 95.
- Milgrom J., Schembri C., Ericksen J., Ross J., Gemmill A.W. (2011b), "Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties", *J. Affect. Disord.*, 130, 385-394.
- Milgrom J., Holt C. (2014), "Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial", *Trials*, 15, 385.
- Milgrom J., Gemmill A.W. (2015), *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*, Wiley-Blackwell.
- Milgrom J., Gemmill A.W., Ericksen J., Burrows G., Buist A., Reece J. (2015a), "Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 236-245.

- Milgrom J., Holt C., Holt C.J., Ross J., Ericksen J., Gemmill A.W. (2015b), "Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up", *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 717-730.
- Mineka S., Watson D., Clark L. (1998), "Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders", *Annu. Rev. Psychol.*, 49, 377-412.
- Misri S., Abizadeh J., Sanders S., Swift E. (2015), "Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment", *J Womens Health (Larchmt)*, 24(9), 762-70.
- Missonier S. (2005), *La consultazione terapeutica perinatale*, Cortina, Milano.
- Miszkurka M., Zunzunegui M.V., Goulet L. (2012), "Immigrant status, antenatal depressive symptoms, and frequency and source of violence: what's the relationship?", *Arch Womens Ment Health*, 15(5), 387-96.
- Mohammad K.I., Gamble J., Creedy D.K. (2010), "Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women", *Midwifery*, 27, e238-e24.
- Moinmehr S., Afsar M., Salehizadeh M., Kashani P., Karamad J., Foroutan M. (2016), "Relationship between women's quality of life and postpartum depression", *The Caspian Sea Journal*, 10(4), 161-116.
- Monk C., Fifer W.P., Myers M.M., Sloan R.P., Trien L., Hurtado A. (2000), "Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate", *Developmental psychobiology*, 36(1), 67-77.
- Monk C. (2008), "The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment", *Arch Wom Ment Health*, 11, 117-29.
- Monteiro F., Fonseca A., Pereira M., Alves S., Canavarro M.C. (2018), "What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused, processes and self-compassion", *J Affect Disord.*, 246, 522-529.
- Monteiro F., Fonseca A., Pereira M., Alves S., Canavarro M.C. (2019), "What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion", *J Affect Disord.*, 246, 522-529.
- Moraes G.P., Lorenzo L., Pontes G.A., Montenegro M.C., Cantilino A. (2017), "Screening and diagnosing postpartum depression: When and how?", *Trends in Psychiatry Psychotherapy*, 39(1), 54-61.
- Morris A., Silk J., Steinberg L., Myer, S., Robinson L.R. (2007), "The role of the family context in the development of emotion regulation", *Soc. Dev.*, 16, 361-388.
- Mukherjee S., Trepka M.J., Pierre-Victor D., Bahelah R., Avent T. (2016), "Racial/ Ethnic Disparities in Antenatal Depression in the United States: A Systematic Review", *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), 1780-1797.
- Musters C., McDonald E., Jones I. (2008), "Management of postnatal depression", *British Medical Journal*, 337, a736.
- Najman J.M., Anderson M.J., Bor W., O'Callaghan M.J., Williams G.M. (2000), "Postnatal depression-myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 19-27.

- Nanni R.C., Troisi A. (2017), "Maternal attachment style and psychiatric history as independent predictors of mood symptoms in the immediate postpartum period", *J. Affect Disord.*, 212, 73-77.
- Navarrete L.E., Lara-Cantú M.A., Navarro C., Gómez M.E., Morales F. (2012), "Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression", *Rev Invest Clin.*, 64(6:2), 625-33.
- Ngai F.W., Ngu S.F. (2015), "Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum", *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 156-161.
- Ni P.K., Lin S., Koh S. (2011), "The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review", *JBIC Library of Systematic Reviews*, 9(10), 313-370.
- Nielsen S., Lønfeldt N., Wolitzky-Taylor K., Hageman L., Vangkilde S., Daniel S. (2017), "Adult attachment style and anxiety: the mediating role of emotion regulation", *J. Affect Disord.*, 218, 253-259.
- Nillni Y.I., Mehralizade A., Mayer L., Milanovic S. (2018), "Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review", *Clinical psychology review*, 66, 136-148.
- Nolte T., Guiney J., Fonagy P., Mayes L., Luyten P. (2011), "Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework", *Front. Behav. Neurosci.*, 5, 55.
- Nolvi S., Karlsson L., Bridgett D.J., Korja R., Huizink A.C., Kataja E.L. (2016), "Maternal prenatal stress and infant emotional reactivity six months postpartum", *Journal of Affect Disord*, 199, 163-70.
- Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. (2015), "Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review", *J. Affect. Disord.*, 175, 34-52.
- Norouzi F., Keshavarz M., Seyed Fatemib N., Montazeri A. (2013), "The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety", *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 468-472.
- O'Hara M.W., Stuart S., Gorman L., Wenzel A. (2000), "Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression", *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1039-1045.
- O'Hara M.W., McCabe J.E. (2013), "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
- O'Hara M.W., Wisner K.L. (2014), "Perinatal mental illness: definition, description and aetiology", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 28(1), 3-12.
- Ohiggins M., Jamesroberts I., Glover V. (2008), "Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage", *Journal of Affective Disorders*, 109, 189-192.
- Okagbue H.I., Adamu P.I., Bishop S.A., Oguntunde P.E., Opanuga A.A., Akhmetshin E.M. (2019), "Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy", *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(9), 1555.
- Onozawa K., Glover V., Adams D., Modi N., Kumar C. (2001), "Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression", *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.

- Olieman R.M., Siemonsma F., Bartens M.A., Garthus-Niegel S., Scheele F., Honig A. (2017), "The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review", *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 195.
- Oppenheim D., Goldsmith D.F. (2007), *Attachment Theory in Clinical Work with children. Bridging the gap between research and practice*, Guilford Press, New York. Tr. it. *La teoria dell'attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*, Borla, Roma, 2010.
- Ostenberg M., Hagekull B., Hagelin E. (2007), "Stability and prediction of parenting stress", *Infant and Child Development*, 16, 207-223.
- Özcan N.K., Boyacıoğlu N.E., Dinç H. (2017), "Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Palumbo G., Mirabella F., Cascavilla I., Del Re D., Romano G., Gigantesco A. (2016), *Rapporto Istisan 16/31, Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*.
- Pancheri P. (1984), *Trattato di medicina psicosomatica*, USES, Edizioni Scientifiche, Firenze.
- Papamarkou M., Sarafis P., Kaite C.P., Malliarou M., Tsounis A., Niakas D. (2017), "Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study", *BMC women's health*, 17(1), 115.
- Parfitt Y., Ayers S. (2009), "The effect of postnatal symptoms of post traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 2, 127-142.
- Parfitt Y., Ayers S. (2014), "Transition to parenthood and mental health in first-time parents", *Infant Ment Health Journal*, 35(3), 263-273.
- Paris R., Bolton R.E., Spielman E. (2011), "Evaluating a Home-based dyadic intervention: changes in postpartum depression, maternal perceptions, and mother-infant interactions", *Infant Mental Health Journal*, 32, 3, 319-338.
- Paulson J.F., Bazemore S.D. (2010), "Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression", *JAMA*, 303(19), 1961.
- Paulson J.F., Bazemore S.D., Goodman J.H., Leiferman J.A. (2016), "The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression", *Archives of Women's Mental Health*, 19(04), 655-663.
- Pearson R.M., Melotti R., Heron J., Joinson C., Stein A., Ramchandani P.G., Evans J. (2012), "Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions", *Infant Behav Dev.*, 35(4), 613-26.
- Pearson R.M., Evans J., Kounali D., Lewis G., Heron J., Ramchandani P.G., Strein 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.
- Perez-Blasco J., Viguer P., Rodrigo M.F. (2013), "Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breastfeeding mothers: Results of a pilot study", *Arch. Women Mental Health*, 16(3), 227-236.

- Perren S., von Wyl A., Burgin D., Simoni H., von Klitzing K. (2005), “Depressive symptoms and psychological stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26, 3, 173-183.
- Pesonen A.K., Lahti M., Kuusinen T., Tuovinen S., Villa P., Hämäläinen E. (2016), “Maternal prenatal positive affect, depressive and anxiety symptoms and birth outcomes: The PREDO study”, *PLoS One*, 11(2), 1-14.
- Petzoldt J., Wittchen H.U., Wittich J., Einsle F., Höfler M., Martini J. (2014), “Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study”, *Arch Dis Child*, 99(9), 800-6.
- Philpott L.F., Savage E., FitzGerald S., Leahy-Warren P. (2019), “Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review”, *Midwifery*, 76, 54-101.
- Pickard J., Caputi P., Grenyer B. (2016), “Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression”, *Pers. Individ. Differ.*, 99, 179-183.
- Piscicelli U. (1979), *Psicosomatica ginecologica*, Piccin, Padova.
- Prady S.L., Pickett K.E., Croudace T., Fairley L., Bloor K., Gilbody S., Kiernan K.E., Wright J. (2013), “Psychological distress during pregnancy in a multi-ethnic community: findings from the born in Bradford cohort study”, *PLoS One*, 8(4), e60693.
- Previti G., Pawlby S., Chowdhury S., Aguglia E., Pariante C.M. (2014), “Neurodevelopmental outcome for offspring of women treated for antenatal depression: a systematic review”, *Archives of women’s mental health*, 17(6), 471-483.
- Putnam K.T., Wilcox M., Robertson-Blackmore E., Sharkey K., Bergink V., Munk-Olsen T., Deligiannidis K.M., Payne J., Altemus M., Newport J., Apter G., Devouche E., Viktorin A., Magnusson P., Penninx B., Buist A., Bilszta J., O’Hara M., Stuart S., Brock R., Roza S., Tiemeier H., Guille C., Epperson C.N., Kim D., Schmidt P., Martinez P., Di Florio A., Wisner K.L., Stowe Z., Jones I., Sullivan P.F., Rubinow D., Wildenhaus K., Meltzer-Brody S. (2017), “Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT), Consortium. 2017 Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium”, *Lancet Psychiatry*, 4(6), 477-485.
- Rallis S., Skouteris H., McCabe M.P., Milgrom J. (2014), “A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy”, *Women & Birth*, 27(1), 68-71.
- Ramchandani P., Psychogiou L. (2009), “Paternal psychiatric disorders and children’s psychosocial development”, *Lancet*, 374, 646-53.
- Ramchandani P.G., Psychogiou L., Vlachos H., Iles J., Sethna V., Netsi E., Lodder A. (2011), “Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period”, *Depress Anxiety*, 28, 471-7.
- Reck C., Stehle E., Reinig K., Mundt C. (2009), “Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum”, *J Affect Disord*, 113, 77-87.

- Reid K.M., Taylor M.G. (2015), "Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships", *Soc Sci Res*, 54, 246-62.
- Ribeiro M.K.A., Alcântara-Silva T.R.M., Oliveira J.C.M., Sousa R.B., Rebelo A.C.S. (2018), "Music therapy intervention in cardiac autonomic modulation, anxiety, and depression in mothers of preterms: Randomized controlled trial", *BMC Psychology*, 6(1), 57.
- Rich-Edwards J.W., James-Todd T., Mohllajee A., Kleinman K., Burke A., Gillman M.W., Wright R.J. (2011), "Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston", *Int J Epidemiol*, 40(2), 375-84.
- Richter J., Bittner A., Petrowski K., Junge-Hoffmeister J., Bergmann S., Joraschky P., Weidner K. (2012), "Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisolin pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology", *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 33, 162-170.
- Riva Crugnola C. (2020), "Introduzione all'edizione italiana", in Steele H., Steele M., *Interventi focalizzati sull'attaccamento*, Cortina, Milano.
- Robakis T., Williams K.E., Crowe S., Lin K.W., Gannon J., Rasgon N. (2016), "Maternal attachment insecurity is a potent predictor of depressive symptoms in the early postnatal period", *J. Affect Disord.*, 190, 623-631.
- Robakis T., Jernick E., Williams K. (2017), "Recent advances in understanding maternal perinatal mood disorders", *F1000Research*, 15(6).
- Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart D.E. (2004), "Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature", *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robinson L., Walker J.R., Anderson D. (1992), "Cognitive behavioral treatment of panic disorder during pregnancy and lactation", *Can. J. Psychiatry*, 37, 623-626.
- Rosen G.M., Lilienfeld S.O. (2008), "Post traumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions", *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Ross L.E., McLean L.M. (2006), "Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review", *J Clin Psychiatry*, 67, 1285-1298.
- Rothrock N.E., Lutgendorf S.K., Kreder K.J. (2003), "Coping strategies in patients with interstitial cystitis: relationships with quality of life and depression", *The Journal of urology*, 169(1), 233-236.
- Rubertsson C., Hellström J., Cross M., Sydsjö G. (2014), "Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors", *Arch Womens Ment Health*, 17(3), 221-8.
- Ryan D., Milis L., Misri N. (2005), "Depression during pregnancy", *Can Fam Physician*, 51, 1087-93.
- Sabuncuoğlu O., Berkem M. (2006), "Relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey", *Turk Psikiyatri Derg*, 17, 252-8.
- Safadi R.R., Abushaikha L.A., Ahmad M.M. (2016), "Demographic, maternal, and infant health correlates of postpartum depression in Jordan", *Nursing and Health Sciences*, 18, 306-313.

- Safford K.M., Safford S.D., Gimble J.M., Shetty A.K., Rice H.E. (2004), "Characterization of neuronal/glial differentiation of murine adipose-derived adult stromal cells", *Experimental neurology*, 187(2), 319-328.
- Sahin E., Seven M. (2018), "Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study", *Perspect Psychiatr Care*, 1-8.
- Scabini E. (1985), *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, FrancoAngeli, Milano.
- Schofield C.A., Battle C.L., Howard M., Ortiz-Hernandez S. (2014), "Symptoms of the anxiety disorders in a perinatal psychiatric sample: a chart review", *J Nerv Ment Dis*, 202(2), 154-60.
- Scime N.V., Gavarkovs A.G., Chaputa K.H. (2019), "The effect of skin-to-skin care on postpartum depression among mothers of preterm or low birthweight infants: A systematic review and meta-analysis", *Journal of affective disorders*, 253, 376-384.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002), *Mindfulness-based Cognitive Therapy For depression: A new Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
- Seng J.S., D'Andrea W., Ford J.D. (2014), "Complex mental health sequelae of psychological trauma among women in prenatal care. Psychological Trauma: Theory, Research", *Practice, and Policy*, 6(1), 41-49.
- Seyfried L., Marcus S. (2003), "Postpartum mood disorders", *Int Rev Psychiatr*, 15, 231-42.
- Shallcross A.J., Troy A.S., Boland M., Mauss I.B. (2010), "Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms", *Behav. Res. Therapy*, 48(9), 921-929.
- Shaver P.R., Mikulincer M. (2007), "Adult attachment strategies and the regulation of emotion", in Gross J.J. (ed.), *Handbook of Emotional Regulation*. The Guilford Press, New York, 446-465.
- Silva R., Jansen K., Souza L., Quevedo L., Barbosa L., Moraes I., Horta B., Pinheiro R. (2012), "Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system", *Rev Bras Psiquiatr*, 34, 143-8.
- Silva M.M.J. Nogueira D.A. Clapis M.J. Leite E.P.R.C. (2017), "Anxiety in pregnancy: Prevalence and associated factors", *Revista da Escola de Enfermagem*, 51, e03253.
- Simpson J.A., Rholes W.S., Campbell L., Tran S., Wilson C.L. (2003), "Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms", *J Pers Soc Psychol*, 84, 1172-87.
- Smith P.N., Gamble S.A., Cort N.A., Ward E.A., Conwell Y., Talbot N.L. (2012), "The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse", *J Clin Psychol*, 68, 78-87.
- Sipsma H.L., Callands T., Descrosiers A., Magriples U., Jones K., Albritton T., Kershaw T. (2016), "Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood", *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2372-2381.

- Sit D.K., Wisner K.L. (2009), "The identification of Postpartum Depression", *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 53, 456-468.
- Slade A., Cohen L., Sadler L., Miller M. (2009), "The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation", in *Handbook of infant mental health*, Guilford Press, New York, 22-39.
- Smedberg J., Lupattelli A., Mårdby A.C., Øverland S., Nordeng H. (2015), "The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy - a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries", *Arch Womens Ment Health*, 18(1), 73-84.
- Sockol L.E. (2015), "A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression", *Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21.
- Sockol L.E., Epperson C.N., Barber J.P. (2011), "A meta-analysis of treatments for perinatal depression", *Clin. Psychol. Rev.*, 31, 839-849.
- Sockol L.E., Epperson C.N., Barber J.P. (2014), "The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mother", *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199-212.
- Soderquist J., Wijma B., Wijma K. (2006), "The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth", *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol*, 27, 2, 113-119.
- Soifer R. (1971), *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*, Borla, Roma, 1975.
- Southwick S.M., Sippel L., Krystal J., Charney D., Mayes L., Pietrzak R. (2016), "Why are some individuals more resilient than others: the role of social support", *World Psychiatry*, 15(1), 77-79.
- Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E.A., Collins W.A. (2005), "The development of the person", *The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*, Guilford Press, New York.
- Steele H., Steele M. (2020), *Interventi focalizzati sull'attaccamento*, Cortina, Milano.
- Stein A., Pearson R.M., Goodman S.H. (2014), "Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child", *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819.
- Stewart D.E. (2005), "Depression during pregnancy", *Can Fam Physician*, 51(8), 1061-1063.
- Stewart D.E., Robertson E., Dennis C.L., Grace S.L., Wallington TA. (2005), *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*, Ont: University Health Network Women's Health Program and Toronto Public Health, Toronto, 2003.
- Stewart D.E., Vigod S. (2016), "Postpartum depression", *N Engl J Med*, 375(22), 2177-2186.
- Stuart-Parrigon K., Stuart S. (2014), "Perinatal depression: an update and overview", *Curr. Psychiatr. Rep.*, 16(9), 468.
- Sutherland J. (2010), "Mothering, guilt and shame", *Sociol. Compass*, 4(5), 310-321.
- Tannous L., Gigante L.P., Fuchs S.C., Busnello E.D. (2008), "Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants", *BMC Psychiatry*, 8, 1.

- Tambelli R., Odorisio F., Volpi B. (2013), “Il sostegno della genitorialità a rischio: riflessioni teoriche e linee guida per i programmi di intervento sulla depressione post-partum”, in Caretti V., Ragonese N., Crisalfi C., *La depressione perinatale*, Fioriti, Roma.
- Taubman-Ben-Ari O., Skvirsky V., Strauss T., Morag I. (2018), “Preterm Delivery, Optimism and Initial Personal Growth as Predictors of Mothers’ Long-Term Personal Growth”, *J. Reproductive and Infant Psychology*, 1-13.
- Teixeira J., Martin D., Prendiville O., Glover V. (2005), “The effects of acute relaxation on indices of anxiety during pregnancy”, *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 26, 271-276.
- Teixeira C., Figueiredo B., Conde A., Pacheco A., Costa R. (2009), “Anxiety and depression during pregnancy in women and men”, *Journal of Affect Disorders*, vol. 119(1-3), 142-148.
- Tessier R., Cristo M., Velez S., Giron M., de Calume Z.F., Ruiz-Palaez J.G., Charpak Y., Charpak N. (1998), “Kangaroo mother care and the bonding hypothesis”, *Pediatrics*, 102, e17.
- Thomas N., Komiti A., Judd F.M. (2014), “Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression”, *Archives of Women’s Mental Health*, 17, 503-509.
- Thombs B.D., Benedetti A., Kloda L.A., Levis B., Riehm K.E., Azar M., Cuijpers R.J., Gilbody S., Ioannidis J.P.A., McMillan D., Patten S.B., Shrier I., Steele R.J., Ziegelstein R.C., Tonelli M., Mitchell N., Comeau L., Schinazi J., Vigod S. (2015), “Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses”, *BMJ Journal Open*, 5, e009742.
- Tohotoa J., Maycock B., Hauck Y.L., Dhaliwal S., Howat P., Burns S., Binns C.W. (2012), “Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale”, *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 75.
- Topiwala A., Hothi G., Ebmeier K.P. (2012), “Identifying patients at risk of perinatal mood disorders”, *Practitioner*, 256, 15-8.
- Truijens S.E.M., Spek V., van Son M.J.M., Guid Oei S., Pop V.J.M. (2017), “Different patterns of depressive symptoms during pregnancy”, *Arch Womens Ment Health*, 20(4), 539-546.
- Tungchama F.P., Piwuna C.G., Armiya’u A.Y., Maigari Y.T., Davou F.J., Umar M.U., Sadiq S.A., Obindo T.Y., Uwakwe R. (2017), “Relationship between quality of life and postpartum depression among women in North-Central, Nigeria”, *Highland Medical Research Journal*, 17(1).
- Turmes L. (2010), “Attachment disorders in the postpartum period”, *Psychiatr Prax*, 37(6), 310-11.
- Twomey J.E. (2007), “Partners of perinatal substance users: forgotten, failing or fit to father?”, *Am J Orthopsychiat*, 77, 563-729.
- Underwood L., Waldie K.E., Peterson E., D’Souza S., Vebiest M., McDaid F., Morton S. (2017), “Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants in the growing up in new zealand study”, *JAMA Psychiatry*, 74(4), 1-10.

- Upadhyay R.P., Chowdhury R., Aslyeh Salehi, Sarkar K., Singh S.K., Sinha B., Pawar A., Rajalakshmi A.K., Kumar A. (2017), "Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis", *Bull World Health Organ*, 95(10), 706-717.
- Urech C., Fink N.S., Hoesli I., Wilhelm F.H., Bitzer J., Alder J. (2010), "Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: a randomized controlled trial", *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1348-1355.
- Urizar Jr. G.G., Milazzo M., Le H.N., Delucchi K., Sotelo R., Muñoz R.F. (2004), "Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy", *Biol. Psychol.*, 67, 275-282.
- van Batenburg-Eddes T., Brion M.J., Henrichs J., Jaddoe V.W.V., Hofman A., Verhulst F.C., Tiemeier H. (2013), "Perinatal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problem in children: A cross-cohort consistency study", *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(5), 591-600.
- van der Waerden J., Bernard J.Y., De Agostini M., Saurel-Cubizolles M.J., Peyre H., Heude B. (2016), "Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort", *Depress Anxiety*, 105-17.
- van Ravesteyn L.M., Lambregtse-van den Berg M.P., Hoogendijk W.J., Kamperman A.M. (2017), "Interventions to treat mental disorders during pregnancy: a systematic review and multiple treatment meta-analysis", *PLoS One*, 12(3), e0173397.
- van Zoonen K., Buntrock C., Ebert D.D., Smit F., Reynolds III C.F., Beekman A.T., Cuijpers P. (2014), "Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions", *International journal of epidemiology*, 43(2), 318-329.
- VanderKruik R., Barreix M., Chou D., Allen T., Say L., Cohan L.S. (2017), "The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review", *BMC Psychiatry*, 17, 272.
- Vänskä M., Punamäki R-L., Lindblom J., Flykt M., Tolvanen A., Unkila-Kallio L., Tulppala M., Tiitinen A. (2017), "Parental Pre- and Postpartum Mental Health Predicts Child Mental Health and Development", *Family Relations*, 66(3).
- Vänskä M., Punamäki R-L., Tolvanen A., Lindblom J., Flykt M., Unkila-Kallio L., Tiitinen A., Repokari L., Sinkkonen J., Tulppala M. (2011), "Maternal Pre-and Postnatal Mental Health Trajectories and Child Mental Health and Development: Prospective Study in a Normative and Formerly Infertile Sample", *Int. J. of Behavioral Development*, 35(6), 517-531.
- Venkatesh K.K., Blewett D., Freeman M.P., Kaimal A.J., Riley L.E. (2016), "Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(4), 517-518.
- Verbeek T., Bockting C.L., Beijers C., Meijer J.L., Pampus M.G., Burger H. (2019), "Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression", *Women and birth*, 32(1), e138-e143.

- Verreault N., Da Costa D., Marchand A., Ireland K., Dritsa M, Khalifé S. (2014), “Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset”, *Journal Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(3), 84-91.
- Vesga-López OI, Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B.F., Hasin D.S. (2008), “Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States”, *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 805-15.
- Vittner D., McGrath J., Robinson J., Young E., Cong X. (2018), “Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship”, *Biological Research for Nursing*, 20(1), 54-62.
- Vliegen N., Casalin S., Luyten P. (2014), “The Course of Postpartum Depression”, *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1-22.
- Waqas A., Raza N., Lodhi H.W., Muhammad Z., Jamal M., Rehman A. (2015), “Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator?”, *PLoS One*, 10(1), e0116510.
- Walfisch A. (2012), “Maternal depression and perception of teratogenicity”, *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 19(3), e376-9.
- Wan M.W., Green J. (2009), “The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment”, *Arch Womens Ment Health*, 12(3), 123-34.
- Wandersman L., Wandersman A., Kahn S. (2006), “Social support in the transition to parenthood”, *J Community Psychol*, 8, 332-42.
- Warfa N., Harper M., Nicolais G., Bhui K. (2014), “Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: a systematic review”, *BMC Psychol.*, 2, 56.
- Wei M., Vogel D.L., Ku T., Zakalik R. (2005), “Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: the mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff”, *J. Couns. Psychol.*, 52, 14-24.
- Weobong B., Soremekun S., Ten Asbroek A.H., Amenga-Etego S., Danso S., Owusu-Agyei S., Prince M., Kirkwood B.R. (2014), “Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: the DON population-based study”, *J Affect Disord*, 165, 1-7.
- Wesseloo R., Burgerhout K.M., Koorengel K.M., Bergink V. (2015), “Postpartum psychosis in clinical practice: diagnostic considerations, treatment and prevention”, *Tijdschr Psychiatr*, 57, 25-33.
- Whisman M.A., Davila J., Goodman S.H. (2011), “Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period”, *J. Fam. Psychol.*, 25(3), 375-383.
- White T., Matthey S., Boyd K., Barnett B. (2006), “Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence course and co-occurrence”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 107-120.
- Winnicott D.W. (1956), “La preoccupazione materna primaria”, in *Through pediatrics to psychoanalysis*, Tavistock Publ., London. Tr. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*, Martinelli, Firenze, 1975.

- Wisner K.L., Sit D.K.Y., Hanusa B.H., Moses-Kolko E.L., Bogen D.L., Hunker D.F., Perel J.M., Jones-Ivy S., Bodnar L.M., Singer L.T. (2009), "Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes", *Am. J. Psychiatry*, 166, 557-566.
- Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. (2011), "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010", *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655-79.
- Woolhouse H., Gartland D., Perlen S., Donath S., Brown S. (2014), "Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months postpartum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study", *Midwifery*, 30, 378-384.
- Yanikkerem E., Ay S., Mutlu S., Goker A. (2013), "Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample", *J Pak Med Assoc*, 63(4), 472-7.
- Yeaton-Massey A, Herrero T. (2019), "Recognizing maternal mental health disorders: beyond postpartum depression", *Obstetrics and Gynecology*, 31(2), 1.
- Yedid Sion M., Harlev A., Weintraub A.I, Sergienko R, Sheiner E. (2016), "Is antenatal depression associated with adverse obstetric and perinatal outcomes?", *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(6), 863-867.
- Yim I.S., Tanner-Stapleton L., Guardino C., Halm-Holbrook J., Dunkel-Schetter C. (2015), "Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration", *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 11, 99-137.
- Yusuff A.S., Tang L., Binns C.W., Lee A.H. (2016), "Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia", *J Matern Fetal Neonatal Med.*, 29(7), 1170-4.
- Zelkowitz P., Papageorgiou A., Bardin C., Wang T. (2009), "Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birth weight children at 24 months", *Early Human Development*, 85, 51.
- Zhao Y., Kane, I., Mao L., Shi S., Wang J., Lin Q., Luo J. (2016), "The prevalence of antenatal depression and its related factors in Chinese pregnant women who present with obstetrical complications", *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 316-321.
- Zivoder I., Martic-Biocina S., Veronek J., Ursulin-Trstenjak N., Sajko M., Paukovic M. (2019), "Mental disorders/difficulties in the postpartum period", *Psychiatr Danub*, 31(3), 338-344.