

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE



DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE
ANNO ACCADEMICO 2021/2022

DEPRESSIONE PERINATALE MATERNA E PATERNA

RELATRICE:

PROF.ESSA LAURA FERRO

STUDENTESSA:

TATIANA MONTONCELLO

Matr. 18D03025

INTRODUZIONE	1
1. DISTURBO DEPRESSIVO	
○ Disturbo depressivo secondo l’OMS e l’APA	3
○ Depressione nel mondo antico	4
○ Da Melancolia a Disturbo Depressivo, l’età scientifica	7
- Aaron Temkin Beck	9
○ Depressione perinatale e postparto letteratura e prospettiva evolucionistica	11
2. DEPRESSIONE PERINATALE MATERNA	
○ Depressione perinatale materna, maternity blues, psicosi puerperale e PTSD	14
○ Fattori di rischio	16
○ Sintomi e diagnosi	19
○ Trattamenti e prevenzione	22
3. DEPRESSIONE PERINATALE E POSTNATALE PATERNA	
○ L’interesse verso la Depressione Perinatale Paterna	26
- Couvade e Paternal Blues	28
○ Fattori di rischio	29
- Il momento del parto tra i fattori di rischio per la depressione perinatale paterna	31
○ Sintomi e diagnosi	32
- Strumenti diagnostici	33
○ Prevenzione e trattamenti	36
- Mindfulness e genitorialità	38
CONCLUSIONI	40
4. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	41

Introduzione

Come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2005), si stima che nel mondo occidentale il 10-15% delle donne che partoriscono siano colpite da depressione perinatale, solo in Italia ne soffrirebbe da 50.000 a 75.000 donne all'anno. Tali dati fanno riflettere poiché questo tema molto spesso viene affrontato senza sufficiente attenzione in quanto sono da sempre forti e presenti gli stereotipi che descrivono la gravidanza come un momento favorevole della vita della donna. Ancora più sottovalutata risulta essere la Depressione Perinatale nei padri, i quali, come diffusamente inteso, per motivi culturali e di ruolo sociale, tendono a nascondere le proprie emozioni, e spesso, invece di chiedere aiuto contengono il disagio attraverso strategie come il fumo, l'abuso di alcol, le relazioni extraconiugali, ...

Ad oggi maggiormente vengono presi in considerazione i vissuti di ambivalenza relativi a questo evento, ovvero alla possibilità che la notizia della gravidanza porti con sé sentimenti di gioia, benessere e speranza, ma anche nuove ansie, dubbi e pensieri angosciosi che prendono forma di preoccupazioni legate alla possibilità che il bambino non sia sano, al parto e alla vita futura.

In questo scritto approfondirò la Depressione Perinatale sia materna sia paterna, cercando di dare ad entrambe la medesima importanza e di evidenziare quanto in realtà siano collegate tra loro, perché se è vero che la depressione materna può indurre una sofferenza nel padre allora perché non può essere vero anche il contrario? A riguardo, sono di notevole interesse le ricerche di Stefania Cicchiello del 2017, psicologa e psicoterapeuta, che evidenzia come tutto il nucleo della coppia venga modificato: la donna diventa madre, l'uomo padre, insieme sono genitori con priorità e responsabilità diverse.

Numerosi sono gli studi della psicopatologia perinatale materna, mentre l'attenzione verso i disturbi depressivi paterni si è particolarmente sviluppata solo negli ultimi 15-20 anni. Franco Baldoni è uno psicologo che dal 2009 si è dedicato molto alla ricerca sui disturbi dell'umore perinatali paterni, in particolare indaga le difficoltà emotive vissute sia dalle madri che dai padri e le influenze che rispettivamente hanno per l'equilibrio interno della coppia.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (*DSM-5, American Psychiatric Association (APA), 2013*) non riconosce, ad oggi, come autonomo il disturbo mentale della depressione post o peri parto, ma lo classifica come un sottotipo della depressione maggiore, utilizzando il concetto *peripartum* per sottolineare la possibilità di insorgenza prenatale, più precisamente colloca l'esordio tra la gravidanza e le prime quattro settimane dopo il parto.

Il periodo significativo che prenderò in considerazione è, quindi, il *peripartum* e comprende il concepimento, la gravidanza, il parto e si protrae fino ad un anno da esso.

In questo elaborato partirò dalle origini della depressione e considererò la sua evoluzione nel tempo, per poi trattare in modo più specifico il disturbo depressivo perinatale nelle madri e infine nei padri. Lo scopo è proprio quello di dare il giusto valore ai sentimenti del papà, che viene escluso dalla diade madre-bambino ma il cui umore la influenza in modo notevole. Nonostante siano rilevanti le ripercussioni sul nascituro e sul suo attaccamento mi occuperò prevalentemente dei genitori in una dimensione di coppia eterosessuale, quella ad oggi ancora maggiormente considerata nella letteratura scientifica, benché potrebbe risultare anche interessante valutare l'esistenza di differenze nell'ambito del disturbo depressivo sulla base di coppie omosessuali.

Alla luce di queste riflessioni, nel primo capitolo approfondirò il disturbo depressivo maggiore e il percorso evolutivo storico-concettuale. Nel secondo mi soffermerò sull'esposizione della depressione perinatale materna, mentre nell'ultimo mi occuperò di quella paterna, concentrandomi in entrambi sulla trattazione dei fattori di rischio, dei sintomi, della diagnosi concludendo con una riflessione sui metodi di trattamento e eventuali ipotesi di programmi di prevenzione.

CAPITOLO 1

DISTURBO DEPRESSIVO

1.1 Disturbo depressivo secondo l'OMS e l'APA

La depressione viene classificata, secondo l'ICD-10 (*International Classification of Diseases, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 1993*), all'interno dei disturbi dell'umore (F30-F39), descrivendola come una modificazione protratta nel tempo del tono dell'umore accompagnata da un'alterazione globale delle attività. È poi indicata la possibilità che tale quadro clinico possa evidenziarsi con singoli episodi (F32) oppure con episodi ricorrenti che formalizzano un disturbo depressivo ricorrente (F33).

Il primo episodio può verificarsi a qualsiasi età, la durata può variare da diverse settimane a molti mesi. Il paziente presenta oltre all'abbassamento del tono dell'umore, anche una riduzione dell'energia, della concentrazione e una perdita di interesse manifestata da un'elevata stanchezza anche per le più minime attività. Sono compromessi anche il sonno e l'appetito. L'autostima è ridotta e sono, invece, presenti sentimenti di colpa e inutilità.

L'APA nel classificare il Disturbo Depressivo Maggiore all'interno del DSM-5 (APA, 2015) specifica i seguenti nove sintomi: umore depresso per la maggior parte del giorno, diminuzione del piacere o dell'interesse, perdita o aumento del peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o ritardo psicomotorio, mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione o di colpa, diminuzione della concentrazione e pensieri ricorrenti di morte o suicidio. Richiede che almeno cinque di questi siano presenti come minimo per 2 settimane, specificando come fondamentali l'umore depresso e/o la perdita d'interesse.

Pensare che la depressione sia soltanto un forte senso di tristezza è un errore piuttosto ricorrente, fatto che porta alla sottovalutazione del problema, ad una mancata diagnosi e, di conseguenza, anche una mancata presa in carico. L'ulteriore pericolo è che prenda la forma di uno stigma sociale, un ulteriore motivo di vergogna.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2012) la depressione è, ad oggi, la prima causa di disabilità a livello mondiale nei soggetti di età compresa tra 14 e

44 anni. E' un quadro clinico che sembra non mostrare particolari differenziazioni tra classi sociali, gruppi etnici, genere biologico o età. Anche se sono stati individuati alcuni fattori di rischio non è possibile rintracciare un'unica causa scatenante e, inoltre, la modalità di espressione sintomatologica risulta essere molto eterogenea.

Clinicamente, da tempo, il termine "depressione" è stato ricondotto a una serie di affetti dolorosi tramite cui l'individuo risponde ad esperienze di perdita reali ma anche simboliche (*Grinberg, 1971*). Il concetto di perdita assume un ruolo centrale in molte riflessioni psicoanalitiche dove la predisposizione alla depressione viene riferita all'incapacità del soggetto di *abbandonare oggetti*, relazionali simbolici, e superare le momenti di crisi e tappe evolutive della vita. Nella persona sembra così crearsi uno stato di vulnerabilità che può contribuire allo sviluppo di un disturbo depressivo prevalentemente in concomitanza di cambiamenti significativi della vita, che richiedono la messa in atto di investimenti energetici, cambi di ruolo e di rappresentazioni, come ad esempio accade con la nascita di un figlio (*Haynal, 1976*).

1.2 Depressione nel mondo antico

[..] Ciò che la mia anima disse:

“non sei forse un uomo?

Tu invero sei vivo,

ma qual è il tuo profitto?

Prenditi cura della vita come (se tu fossi) ricco”

Io dissi:

“Non me ne (voglio) andare,

perché (la ricchezza) è perduta!

Tu puoi correr via,

ma non ci si occuperà di te.

Ogni prigioniero dice: “Ti prenderò”.

Quando sei morto il tuo nome vive:

vi è ancora un luogo di attraente riposo del cuore.

[..]

(Papiro n. 3014, tempo del Medio Regno, XII dinastia dei faraoni, “Dialogo del disperato con la sua anima”)

Questo papiro è oggi conservato al Museo di Antichità Egizie di Berlino, viene datato circa 4000 anni fa, rappresenta una delle prime testimonianze storiche di un caso di profonda depressione. È il dialogo con la propria anima di un uomo stanco di vivere, l'uomo cerca di raggiungere la morte per porre fine alle sue sofferenze mentre l'anima gli intima di resistere. Da questo scritto risulta evidente come del quadro clinico depressivo se ne parlasse già anticamente, con descrizioni sintomatologiche simili a quelle attuali.

In Mesopotamia, inoltre, sono state rinvenute tavolette d'argilla in cui si parla di una strana tristezza provocata da spiriti ed erano i sacerdoti, non i medici, ad occuparsene proprio come accadde per i secoli successivi, poiché per molto tempo questa situazione di malessere era considerata una problematica di natura spirituale, nello specifico una possessione demoniaca. I principali trattamenti avevano, per tanto, come obiettivo rendere inospitale il corpo dell'individuo così da cacciare gli spiriti maligni, per cui erano di conseguenza frequenti esorcismi e flagellazioni (Alonso, 2021).

Nel IV secolo a.C., Ippocrate, introdusse il concetto dei “mali dell'anima”, provando a dare una lettura diversa a questi quadri comportamentali che iniziarono ad essere considerati come una vera e propria malattia. Approcciò un primitivo studio dei modelli di personalità e delle conseguenti possibili malattie mentali, ipotizzando nel cervello la sede delle emozioni e un equilibrio psico-somatico sulla base della presenza e distribuzione di quattro liquidi corporei, gli “umori”: bile gialla, bile nera, flemma e sangue. In questo caso la causa di tristezza e di apatia era ricondotta ad un eccesso di bile nera. Da qui sembra derivare il termine “melanconia” ovvero, dal greco, “melas” nero e “kholé” bile. Alla luce di questa ipotesi che individuava nel disequilibrio dei liquidi corporei la causa della malattia melanconica, Ippocrate propose come trattamenti, manovre esclusivamente corporee come salassi (sottrazione di sangue dal corpo), bagni, esercizio fisico e dieta (Cosmacini, 2014).

Successivamente, Aristotele mise in luce una interessante relazione tra melanconia e creatività, mostrando come poeti, filosofi, artisti e leader politici fossero più inclini a mostrare i sintomi di questo male (Angelino & Salvaneschi, 1995).

I Romani, invece, la chiamavano “il tempo delle lacrime” (Fanos et al., 2013), e Cicerone ipotizzò che la malinconia fosse provocata dalla rabbia, dalla paura e dalla tristezza, introducendo l’idea che alla base di questa sintomatologia vi fosse una causa mentale e non organica. Inoltre, nelle “Tuscolane” mise in luce una connessione tra malinconia e saggezza, contrapposta al pensiero di Aristotele (malinconia/creatività), mostrando un lato del complesso quadro malinconico che verrà approfondito alla luce delle scoperte clinico/scientifiche successive, relative alla più vasta area dei disturbi dell’umore.

Nel Medioevo con l’influenza della scuola di Avicenna, letture magiche e religiose tornarono a svolgere un ruolo centrale nella costruzione dell’ipotesi sulle cause di questi e altri disturbi psichici. Era, infatti, opinione comune che persone affette da problemi mentali fossero possedute dal demone o vittime di stregoneria e che la loro pazzia avesse una natura contagiosa. Le terapie ripresero, per tanto, la forma di esorcismi, di terapia dell’acqua e terapia del fuoco, rimedi che spesso portavano alla morte del paziente. Erano anche stati istituiti gli “Asili per lunatici”, luoghi di reclusione in cui i malati venivano isolati e legati (Alonso, 2021).

Solo nel periodo del Rinascimento la depressione tornò ad essere considerata come una disfunzione biologica. Nel 1621 Robert Burton pubblicò “Anatomia della Malinconia”, opera enciclopedica in cui vengono descritte le cause psicologiche e sociali della depressione secondo le sue osservazioni ed esperienze. Vennero proposte come cure diete, esercizio fisico, svago tra cui musica e viaggi, ma anche erbe, salassi e purghe. Solo qualche decennio più tardi, nel 1665, comparve per la prima volta il termine “depressione” utilizzato dallo scrittore inglese Richard Baker per indicare individui caratterizzati da una “grande depressione dello spirito”.

Successivamente, durante il periodo dell’Illuminismo, si fece strada la credenza che la depressione fosse legata ad un temperamento debole ed ereditario e che le persone che ne soffrivano dovessero essere rinchiusi o tenuti nascosti dentro casa poiché non erano pensate vie di miglioramento. In questo modo si cristallizzò un circolo vizioso che portava i malati ad un isolamento sempre maggiore condannandoli ad una solitudine senza via d’uscita destinata a peggiorare sempre di più, fino a raggiungere il ricovero in istituti per malati di mente. Proprio in questi istituti vennero classificati trenta tipi

diversi di malinconia per i quali si affermarono trattamenti come: l'esercizio fisico, la dieta, odorare la terra bagnata e ascoltare musica (Alonso, 2021).

1.3 Da Melancolia a Disturbo Depressivo, l'età scientifica

A porre le basi dell'attuale inquadramento psicodiagnostico dei disturbi dell'umore fu, però, uno psichiatra tedesco alla fine dell'Ottocento: Emil Kraepelin, che nel 1896 propose una prima versione della classificazione delle malattie mentali in cui riunì sotto la diagnosi di "malattia maniaco depressiva" numerosi disturbi prima considerati a sé stanti, separando la schizofrenia, in quel tempo conosciuta come "dementia praecox" (Salomone & Arnone, 2009). L'autore tedesco fu il primo a ipotizzare l'esistenza di una disfunzione del cervello alla base di queste patologie, ma, scarsi o inesistenti erano gli strumenti dell'epoca in grado di sostenere e dimostrare le alterazioni biologiche sottostanti da lui ipotizzate per cui, ancora per lungo tempo, persistettero cure prevalentemente corporee (Tundo, 2014).

Un rivoluzionario quadro di registro, avvenne con Sigmund Freud, padre della psicoanalisi, che individuò come causa base della depressione una "*perdita dell'oggetto d'amore*" da ricercarsi nei traumi dell'infanzia. A tal proposito scrive:

“La melanconia è psichicamente caratterizzata da un profondo e doloroso scoramento, da un venir meno dell'interesse per il mondo esterno, dalla perdita della capacità di amare, dall'inibizione di fronte a qualsiasi attività e da un avvilitamento del sentimento di sé che si esprime in autorimproveri e autoingiurie e culmina nell'attesa delirante di una punizione.”

(Freud, 1917, p.1)

Freud suggerì la psicoanalisi come metodo di aiuto per risolvere i conflitti interni dei pazienti, eliminando i pensieri autolesivi col fine di migliorare la loro condotta. Con Freud inizia la spinta riformatrice che caratterizza la storia della psicopatologia fino agli anni '30. Con l'avvento della guerra e i suoi correlati politici-sociali-scientifici, la lettura psicologica perde sempre maggiore potere assumendo la psichiatria la posizione di "scienza positiva" sostenuta dall'ideologia fascista, e la depressione diventa un problema sociale da estirpare (Alonso, 2021)

Dagli anni 30 si avviarono nuove cure di natura prettamente organica per le malattie mentali partendo dalle terapie da shock fino ad arrivare agli psicofarmaci dei giorni d'oggi. Le terapie da shock produssero un forte impatto, basandosi sulla somministrazione di un forte stimolo, di diversa natura, al fine di indurre un cambiamento nella persona esposta. Tra le diverse terapie viene ricordata la malarioterapia, ad esempio, che prevedeva l'induzione della febbre tramite l'inoculazione della malaria nei malati di sifilide (Wagner-Jauregg, 1929).

Sempre nel XX sec. si sperimenta la lobotomia. La pratica nasce probabilmente nel 1880 quando Gottlieb Burckhard eseguì alcune operazioni sul lobo frontale e su altre parti del cervello di diversi pazienti. Non sono state rinvenute altre prove di sperimentazioni fino al 1935 quando in occasione del "London Frontal Lobe Symposium" vennero presentati esperimenti su due scimpanzè. Moniz (1935) spinto da questi risultati, eseguì la prima lobotomia prefrontale, ovvero recise le connessioni da e per la corteccia prefrontale. Il successo della pratica fu dovuto alla riduzione dei livelli di ansia e dei disturbi paranoici ma spesso modificava la personalità e causava la perdita della capacità decisionale, di giudizio e a volte anche la morte dei pazienti.

L'elettroshock, o terapia elettroconvulsivante, fu uno strumento di ampio utilizzo per la cura della depressione. Fu inventato da Ugo Cerletti nel 1938 rimase in uso per moltissimi decenni, nonostante l'avvento della psicofarmacologia negli anni 50 (Cerletti, 1950). Gli antidepressivi furono tra i primi psicofarmaci ad apparire. Furono frutto del caso, della sperimentazione di due farmaci per la tubercolosi, i malati descrivevano di sperimentare stati euforici e questo spinse alcuni psichiatri a sperimentarli su pazienti depressi.

Fu il primo trattamento farmacologico ad essere usato contro la depressione (Parise, 2022).

1.3.1 Aaron Temkin Beck

Anche se il tema dell'elaborato non è la depressione maggiore, vale la pena citare Aaron T. Beck (1921-2021), uno degli psichiatri e psicoterapeuti contemporanei degli Stati Uniti, sovente associato alla terapia cognitiva. Beck nacque il 18 luglio del 1921 a Providence (USA). Frequentò la Brown University e si laureò a massimi voti nel 1942. Successivamente alla seconda laurea in medicina a Yale ottenuta nel 1946, decise di frequentare neurologia ma fu portato a cambiare indirizzo dalla scarsa affluenza al corso di psichiatria, così nel 1950 divenne psichiatra presso l'ospedale privato Austen Riggs Center. Leon Saul lo affiancò nella sua prima ricerca (psicoanalista) dove ottennero come risultato lo sviluppo di questionari per quantificare i processi dell'ego nel contenuto manifesto dei sogni. Negli anni '50 sviluppò le prime teorie sulla depressione che lo condussero all'elaborazione del Beck Depression Inventory nel 1961 (Beck Institute for Cognitive Behaviour Therapy, 2022).

Numerosi sono i suoi contributi sulla depressione, tra cui è possibile citare “Cognitive therapy and the emotional disorders” (1976), che mette in luce il paradosso della depressione, lavoro in cui Beck evidenzia come in questa sindrome clinica vengano meno alcuni dei più antichi assiomi della natura umana, tra cui il principio del piacere e il principio dell'autoconservazione. Il primo principio afferma che l'uomo è alla ricerca della massima soddisfazione e tende per istinto ad allontanarsi dalle esperienze di dolore, ma, come fa notare Beck, una persona con disturbo depressivo, esperisce stati prolungati di dolore psichico e fisico al punto di arrivare al suicidio, ultimo atto estremo in cui viene meno anche il secondo postulato.

Inoltre, dalle sue osservazioni cliniche, Beck prova a spiegare come il paziente affetto da disturbo depressivo affermi l'unicità delle sensazioni ed emozioni del momento nonostante l'utilizzo di termini comuni quali tristezza, infelicità, vuoto, solitudine. Probabilmente questa dissonanza potrebbe essere dovuta all'inesistenza di parole adeguate oppure al concetto che

“the pathological is simply an exaggeration of the normal.”

(la patologia sia semplicemente un'esagerazione della norma, Beck, 1967, p. 8).

Per l'identificazione dei sintomi parte dalla classificazione proposta dai diversi manuali di psichiatria e successivamente nei suoi studi pone a confronto 50 pazienti depressi con

30 non depressi, ricercando attentamente gli indici sintomatologici significativamente più frequenti. Alla luce di queste premesse ammette la possibilità che la sintomatologia non sia quella convenzionalmente descritta dai manuali nosologici e individua 21, ai fini di una migliore comprensione clinica del fenomeno, aggettivi maggiormente utilizzati tra cui tristezza, disperazione, infelicità, solitudine, sconforto oltre alle manifestazioni cognitive, alla distorsione della percezione di sé, alla riduzione della gratificazione e delle emozioni. Secondo Beck, ad esempio, sarebbero fondamentali le differenze di intensità tra due termini apparentemente simili come tristezza e infelicità, per valutare il livello (lieve, medio o grave) della depressione (Beck, 1967). In uno studio recente, che confronta il disturbo depressivo, il disturbo di ansia e altri disturbi psichiatrici, evidenzia come la disperazione sugli esiti di specifici eventi si presenta unicamente in individui depressi e, quindi come questo comportamento possa essere individuato come maker cognitivo specifico (Beck et al., 2006).

Assumendo un vertice osservativo differente rispetto ad illustri colleghi che lo hanno preceduto e accompagnato e che hanno provato a dare letture diversificate della sintomatologia depressiva (Teoria biochimica di Schildkraut (1965), Teorie psicoanalitiche di Abraham (1911-1916), di Freud (1917), Klein (1934), Teorie Psicodinamiche e Psicologiche di Cohen (1954), Schwartz (1961), e altre), Beck cerca di interpretare i sintomi della depressione in termini di attivazione di tre modelli cognitivi che costringerebbero l'individuo a vedere se stesso, il mondo e il futuro. La depressione, a sua avviso, sarebbe caratterizzata da una paralizzante visione negativa di queste tre componenti. Nello specifico, identifica una percezione soggettiva delle esperienze in modo negativo che induce il paziente a interpretare costantemente le sue interazioni con l'ambiente in modo fallimentare. La persona ha una visione negativa di sé, un'auto-considerazione contraddistinta dall'inadeguatezza e dalla tendenza ad attribuire le esperienze spiacevoli a difetti relativi alla propria persona. A ciò consegue una visione negativa del proprio futuro, una credenza prospettica che le situazioni avverse rimarranno costanti per tutta la durata della sua vita. Beck arriva così a ipotizzare che le persone con disturbo depressivo sarebbero maggiormente inclini a questi schemi che dominano intensamente e pervasivamente il loro pensiero. Chiamò questa concettualizzazione la Triade Cognitiva della Depressione, ipotesi che divenne uno dei fondamenti principali della terapia cognitiva, di cui oggi è considerato il padre.

La psicoterapia cognitiva si pone quindi come obiettivo quello di aiutare il paziente ad acquisire obiettività verso la propria reazione disfunzionale automatica così da poterla contrastare e ricostruire (Beck, 1967).

1.4 Depressione Perinatale e Postparto letteratura e prospettiva evoluzionistica

Nella letteratura possiamo risalire ad un poema epico del V sec. che, in due canti delle “Dionisiache” di Nonno di Panopoli, narra esempi di Depressione Perinatale. Lo schema dei canti è quasi identico: due ninfe sedotte da Dionisio, si ritrovano ad affrontare una gravidanza non voluta. La prima ninfa, Nicea, tenta il suicidio tramite impiccagione ancora prima di diventare madre. La seconda ninfa Aura, invece partorisce due gemelli e cerca subito di ucciderli, viene fermata da Artemide, la quale riesce a salvare solo uno dei due bambini. Alla fine del canto, però, Aura si uccide.

Nella narrazione di questo mito sono simbolicamente riportati quattro elementi fondamentali che aprono la riflessione su tematiche reali (il rifiuto della gravidanza, il rifiuto del figlio, il figlicidio e i propositi per un suicidio) che, associate o prese singolarmente, svelano quanto la maternità possa essere un momento di grande perturbazione della salute mentale della donna, anche nel versante dell’alterazione del tono dell’umore.

Su tali annosi questioni, interessante risulta essere la lettura e interpretazione fornita dalla prospettiva evoluzionistica che ha cercato di spiegare, in un contesto ad ampio spettro, le origini della depressione perinatale nella donna. Rispetto a tale orientamento teorico l’antropologo John Tooby e la psicologa Leda Cosmides notano:

“La psicologia evoluzionistica è il tentativo scientifico lungamente prevenuto di riunire le discipline umane disgiunte, frammentarie e reciprocamente contraddittorie in un unico quadro di ricerca logicamente integrato per le scienze psicologiche, sociali e comportamentali – una struttura che non solo incorpora le scienze evolutive su una base completa e uguale, ma che elabora sistematicamente tutte le revisioni delle credenze e delle pratiche di ricerca esistenti che tale sintesi richiede”

(Tooby & Cosmides, 2005, p.5)

In questo complesso contesto teorico, per meglio comprendere il successivo sviluppo, è necessario recuperare il contributo di Trivers che nel 1972 formulò la teoria dell'investimento parentale, secondo cui il genitore si trova a decidere come distribuire le limitate risorse a sua disposizione tra l'evento riproduttivo attuale e i possibili eventi futuri. Non si tratterebbe, quindi di decisioni razionali e consapevoli, ma di meccanismi emotivi e comportamentali frutto dell'evoluzione. Vale la pena sottolineare che, parlando di investimento parentale, Trivers fa riferimento a qualunque forma di spesa energetica (allattamento, cure materne, tempo,...) che il genitore indirizza sulla prole attuale (*Trivers, 1972*).

Queste riflessioni risultano fondamentale per comprendere la successiva Ipotesi PPH (Psychological Pain Hypothesis), formulata da Edward Hagen nel 1999 (primo autore a formulare un'ipotesi evuzionistica sull'argomento), conosciuta anche come l'ipotesi del dolore psicofisico. Essa intende la depressione perinatale come un fenomeno di adattamento psicologico e comportamentale atto ad ottimizzare l'investimento parentale della madre, poichè da sempre, nella specie umana, la gravidanza e le cure per l'allevamento di un figlio mostrano ricadute prevalentemente sulla donna. Tale teoria individua in questo uno dei principali motivi per cui, nel corso dei millenni, quest'ultima è stata oggetto di pressioni selettive al fine di evitare lo spreco di energie e di tempo necessari per portare a termine ciascun evento riproduttivo.

Sempre secondo questa teoria, uno di questi adattamenti è la capacità di valutare quanto le circostanze ambientali siano favorevoli, valutazione di carattere puramente emotivo. A tal proposito, Hagen ha individuato le condizioni socio-ecologiche che l'ambiente dovrebbe avere per predire un rischio elevato di fallimento riproduttivo e che quindi risulterebbero in grado di innescare una reazione depressiva nella madre:

- scarsa disponibilità di risorse ambientali come carestia, siccità, condizioni climatiche particolarmente avverse, ...
- scarso supporto da parte del partner e degli altri membri del gruppo sociale
- complicanze della gravidanza, del parto o salute precaria del neonato (malformazioni o peso alla nascita troppo basso).

Alla luce di quanto fin qui sostenuto dall'autore, nell'ambiente ancestrale (ambiente diverso da quello contemporaneo, in cui la donna ha sviluppato questi meccanismi) la depressione perinatale avrebbe svolto 3 funzioni:

- La funzione auto-informativa, funzione che consentiva di valutare le circostanze ma anche di apprendere e evitare che nel futuro si ripetessero le stesse circostanze avverse.
- La funzione comunicativa, funzione che serviva a promuovere reazioni di supporto e di aiuto nell'ambiente sociale.
- La funzione motivazionale, funzione che attivava delle strategie comportamentali di disinvestimento parentale. Questa funzione ci consentirebbe di mettere in relazione atti legati alla depressione perinatale come la trascuratezza materna, l'abbandono del neonato e l'infanticidio con la maternità, nonostante sembrino disfunzionali ad essa.

La prospettiva evolutivista prova così a spiegare come quelle fin qui elencate potrebbero essere intese come delle strategie adattive in circostanze che hanno un'alta probabilità di fallimento. Per tale approccio è importante anche ricordare che spiegare significa comprendere i meccanismi che regolano un fenomeno al fine di contrastarlo, e non approvare un certo comportamento.

CAPITOLO 2

DEPRESSIONE PERINATALE MATERNA

2.1 Depressione perinatale materna, maternity blues, psicosi puerperale e PTSD

Negli anni 60 del 1900 è stata diagnosticata e riconosciuta per la prima volta la depressione post partum, nonostante ciò, come precedentemente affermato, il DSM-IV non classifica la depressione peri o post parto come un disturbo specifico, ma ammette la possibilità di aggiungere l'aggettivo "post parto" specificando il momento dell'esordio, se questo avviene entro le prime quattro settimane da esso. La quinta e ultima versione del medesimo manuale continua a non prevedere un'autonomia ma anticipa la possibilità di esordio in gravidanza. La donna sperimenta tale disturbo in un momento delicato e, soprattutto, particolare della vita, in cui è coinvolta dapprima nell'evento nascita e poi nelle cure di un essere umano completamente dipendente da lei. Ci sono numerosi studi che indagano sulla specificità di questo disturbo, cercando di differenziarlo dalla depressione generale maggiore e hanno riscontrato che già il parto è un fattore di vulnerabilità anche nelle donne che non avevano mai manifestato un disturbo dell'umore.

Bisogna, però, differenziarlo dal "maternity blues" (o "baby blues") e dalla psicosi puerperale, altre due forme di disturbo psicologico legate al puerperio.

Il Maternity Blues, prima definito "sindrome del terzo giorno o depressione transitoria", è un disturbo dell'umore, come suggeriva il nome, transitorio e senza effetti a lungo termine (*O'Hara et al., 1990*). È molto frequente, tanto che la sua incidenza oscilla tra il 50% e l'80%. Viene considerato come una risposta fisiologica ad un evento stressante, spesso si manifesta per i rapidi cambiamenti fisici e ormonali successivi al parto, più raramente per la mancata elaborazione della separazione dal bambino, o per il ruolo passivo durante l'ospedalizzazione. La sintomatologia è molto simile a quella della depressione ma tende a scomparire entro le prime due settimane dal parto.

Invece, la Psicosi Puerperale è caratterizzata da una sintomatologia più grave che richiede l'ospedalizzazione. I sintomi principali sono: rifiuto del cibo, depressione, perdita di contatto con la realtà, disturbi della memoria e del pensiero, deliri e

allucinazioni, inoltre è compromessa la capacità di funzionamento e può, addirittura, condurre a suicidio o infanticidio. Assume, quindi, caratteristiche cicliche depressive, maniacali e a volte schizofreniche (Brockington et al., 1981). Alcuni studi hanno riportato che il rischio di psicosi puerperale è maggiore nelle donne con disturbo bipolare o con un pregresso episodio di psicosi. In generale nella popolazione femminile l'incidenza è 1-4 su 1.000 (Doucet et al., 2009)

Recentemente si è iniziato ad associare a questo periodo anche il “Disturbo da stress post traumatico post natale”, quindi si associa il PTSD ad un'esperienza traumatica vissuta durante il parto come la morte del bambino, il parto d'urgenza, la sofferenza fetale, una nascita pretermine, il bambino in incubatrice, oltre al fatto che il parto è già di per sé una potenziale esperienza traumatica. I sintomi sorgono dopo pochi giorni e portano a rivivere l'evento attraverso pensieri intrusivi, incubi o flashback, a evitare tutto ciò che potrebbe essere connesso all'evento traumatico. Inoltre, sono presenti anche disturbi del sonno, della concentrazione e della memoria, ipervigilanza ed estrema irritabilità. Se non riconosciuto può aggravarsi e condurre ad ulteriori problematiche (Beck & Driscoll, 2006)

Invece, gli studi riguardanti i problemi psicologici durante la gravidanza sono ancora pochi, tanto che l'impatto effettivo della depressione peri partum non è ancora chiaro. Alcune ricerche evidenziano l'aumento del rischio di parto prematuro in donne che presentano sintomi severi di depressione, e anche livelli sballati degli ormoni. Sicuramente la depressione ante parto è un forte fattore predittivo di depressione post partum, e la sua identificazione permette un intervento precoce, aiutando la futura neomamma già prima della nascita così da mettere meno a rischio la relazione madre-bambino. Una ricerca del 2009 ha evidenziato differenze tra la depressione peri e post parto, in particolare la depressione in gravidanza è caratterizzata maggiormente da spossatezza, rallentamento psico-motorio e difficoltà di concentrazione, mentre nella fase successiva troviamo maggiormente sintomi come l'affaticamento (Kammerer et al., 2009).

2.2 Fattori di rischio

La maternità è un periodo critico di profonda vulnerabilità poiché comporta trasformazioni fisiche e psicologiche, cambiamenti a livello individuale, interpersonale e sociale. Per questo motivo i risultati delle ricerche conducono ad un'ipotesi multifattoriale dell'insorgenza della depressione peri e post parto. Tra gli elementi di rischio (o di sostegno) si possono trovare fattori biologici, psicologici, ambientali e relazionali. (Caretto & Crisalfi, 2009)

Per quanto riguarda i fattori biologici, gli ormoni (progesterone, testosterone, estradiolo e prolattina) ricoprono un ruolo importante, infatti l'alterazione dei livelli di questi ormoni può, in alcune donne particolarmente vulnerabili, con la compresenza di altri fattori, condurre alla depressione (Caretto et al., 2013). Recentemente è stata presa in considerazione anche l'anemia da deficienza da ferro (deficit che già di per sé conduce ad uno stato di malessere, fatica e depressione) questa porta ad alterazioni del comportamento e delle prestazioni cognitive (Beard et al., 2005)

Tra depressione e fattori psicologici c'è una correlazione importante, per questo diventa fondamentale l'anamnesi psichiatrica o psicopatologica della donna e della famiglia di origine, in quanto potrebbe essere un fattore predittivo l'aver sofferto in passato di un disturbo depressivo, di ansia o la presenza di un disturbo bipolare (McCoy et al., 2006). Altre componenti principali possono essere l'età, l'essere nubili ma anche una gravidanza non programmata o un precedente aborto (Cicchello, 2017).

Nella fase successiva al parto, invece, possiamo trovare tra i fattori di rischio un parto pretermine e la tendenza all'autosvalutazione o a sentirsi inadeguate nel ruolo di madre (Brockington, 2004). L'allattamento può essere fondamentale: una buona riuscita o un fallimento in questo gesto possono determinare la visione che una donna ha di sé come madre. Può anche rivelarsi un'ancora di salvezza, un'opportunità per sentire che la propria presenza è essenziale (Kleiman, 2017).

L'ambiente circostante è da tenere in considerazione per diversi fattori tra cui gli eventi di vita quotidiana stressanti, lo status economico, l'isolamento e il livello di istruzione (O'Hara & McCabe, 2013), ma uno dei principali è il conflitto tra le aspettative sociali e la realtà vissuta. La futura neomamma si trova a combattere contro l'ideale materno di felicità e i suoi reali sentimenti (Beck, 2002). Nel 1989 nasce proprio da questa lotta il

“paradosso della madre depressa” di Guedeney, il quale descrive una madre che è convinta di non avere il diritto di sentirsi infelice in un momento che il senso comune considera positivo. A peggiorare la situazione si aggiunge il non riconoscimento della gravità da parte dei familiari con la tendenza a sminuire il tutto.

Entrano, così, in gioco i fattori relazionali. I rapporti che maggiormente influenzano un andamento ottimale della gravidanza sono: con la propria madre, con il partner e poi con il bambino.

Fondamentale è il legame che la neomamma aveva coi propri genitori durante l'infanzia, soprattutto con la propria madre. Le percezioni negative verso le cure ricevute possono essere la base per lo sviluppo di depressione sia ante che post parto. In particolare, secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby, alcuni elementi che caratterizzano la depressione (bassa autostima, mancanza di senso di sicurezza, livello di autoefficacia percepita carente, difficoltà nell'instaurare e mantenere rapporti con le figure più vicine) possono essere intesi come indicatori di una scarsa capacità di autoregolazione delle emozioni in modo interattivo. La relazione con la madre è la base dello sviluppo di queste capacità (*Beebe & Lachmann, 2002*). Infatti, il sistema di attaccamento opera a livello della regolazione affettiva. Nella prima infanzia si creano i Modelli Operativi Interni (MOI), questi sono rappresentazioni mentali di sé, dell'altro e della relazione nel suo insieme, si sviluppano grazie alle aspettative relative alla cura del genitore prodotte dagli scambi quotidiani che avvengono con la figura di attaccamento, quindi sono la base dell'attaccamento. I MOI permettono all'individuo di percepire e interpretare gli eventi, prevedere le situazioni future così da pianificare le proprie azioni, perciò influenzano le modalità di risposta sia immediate sia l'elaborazione cognitiva successiva (*Collins et al., 2004*). Già Bowlby nel 1980 affermava che la depressione potesse essere intesa come un senso di impotenza appreso durante le prime esperienze relazionali con le figure di attaccamento. Alla luce di ciò si può ipotizzare che a stili insicuri di attaccamento possano tendenzialmente corrispondere strategie disfunzionali di risposta agli stressor, a riguardo, le ricerche sull'attaccamento hanno frequentemente indagato la presenza di psicopatologia negli adulti con stili di attaccamento insicuro, rilevando un'elevata presenza di disturbi d'ansia o depressione (*Brown & Wright, 2003*). Fonagy e il suo gruppo di lavoro nel 1996 dimostrano che i soggetti con depressione presentano stili di attaccamento

prevalentemente di tipo insicuro, o addirittura disorganizzato (*Fonagy et al., 1996*), ricerche successive hanno ottenuto i medesimi risultati (*Bifulco et al., 2006*). Bifulco e Bernazzini nel 2003 fanno rientrare queste due tipologie di attaccamento tra i fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi depressivi soprattutto in concomitanza di alcune fasi evolutive critiche come l'esperienza della gravidanza.

Molti studi evidenziano l'importanza della presenza della figura paterna all'interno della coppia ed è emerso che le donne che sviluppano sintomi depressivi hanno alle spalle spesso rapporti conflittuali o scarso sostegno emotivo (*Dennis & Ross, 2006*). Inoltre, le reazioni dell'uomo ai cambiamenti fisici della donna possono andare dall'orgoglio e sostegno affettuoso, al rifiuto e alla critica. Questo è un fattore importante che diversifica i vissuti della gravidanza. Essa, infatti può essere vissuta in modo sereno e sicuro oppure in modo ansioso e instabile, anche basandosi sul modo in cui il compagno percepisce il periodo, poiché la donna incinta è maggiormente dipendente psicologicamente dalle figure di riferimento (*Fanos & Fanos, 2013*).

Alla luce di quanto sopra riportato si può affermare che il ruolo dell'uomo in gravidanza e dopo la nascita risulta essere fondamentale sia per aiutare la donna a stare bene e creare un giusto legame con il bambino, sia nel ruolo di padre verso il figlio, e per questi motivi è necessario fornire un supporto ad entrambi i genitori.

Infine, è stata studiata l'influenza del temperamento del neonato. Si è potuto osservare come bambini con tendenza al pianto, irascibilità e scarsa capacità di adattamento rendessero il compito di accudimento materno molto più difficile. Questa difficoltà prolungata nel tempo ha effetti negativi sulla madre, infatti contribuisce ad aumentare i pensieri di autocritica e autosvalutazione (*Beck, 1996*). Uno studio del 2010 però ha evidenziato come, in realtà, ci possa essere una bidirezionalità, ovvero non solo il comportamento del bambino influisce sulla depressione materna ma anche l'atteggiamento della madre depressa può avere come conseguenza questi atteggiamenti irritabili da parte del neonato (*Vliegen et al., 2010*).

Un successivo studio pilota del 2012 ha messo a confronto due gruppi di donne in gravidanza: un gruppo di controllo e uno in cui le partecipanti avevano ottenuto un punteggio maggiore di 12 all'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). I risultati riportano che il 68% delle donne con depressione periparto, ha familiarità per disturbi mentali, contro il 36% del gruppo di controllo; il 63% del gruppo clinico afferma di

possedere un'anamnesi positiva a disturbi psichiatrici, in particolare il 35% riporta nel loro passato un disturbo dell'umore o depressione, un altro 35% un disturbo d'ansia. Più del 50% ha assunto una terapia farmacologica e il 45% ha effettuato psicoterapia, mentre nel gruppo di controllo entrambe le percentuali si aggirano intorno al 10% (9% e 13%). Dai risultati della ricerca è emerso anche che il 41% delle donne con depressione ritiene di non poter far affidamento sulla propria famiglia d'origine e il 70% lo afferma anche del partner, invece l'86% del gruppo di controllo dichiara tranquillamente di avere il supporto di entrambi. A riguardo è risultato che il gruppo di controllo presenta uno stile di attaccamento sicuro per l'82% contro il 45% del gruppo clinico, quest'ultimo è anche composto da 15% distanziante, 10% ansioso e 30% evitante (Aceti et al., 2012).

Conoscere questi fattori permette di individuare precocemente le donne potenzialmente a rischio e attuare trattamenti preventivi in modo da salvaguardare la qualità di vita della mamma, del papà e del bambino.

2.3 Sintomi e diagnosi

La sintomatologia di una donna che soffre di depressione peri o post parto è assimilabile a quella di un quadro depressivo maggiore: umore depresso, agitazione, difficoltà di concentrazione, ansia, pianto, stanchezza con bassi livelli di energia, disturbi del sonno e dell'appetito, perdita di interessi, svalorizzazione del sé, senso di colpa e anche pensieri legati alla morte, a questi si aggiungono anche preoccupazioni eccessive legate al feto (e successivamente al neonato), anche se spesso sono paure immotivate e slegate dalla realtà. Per poter effettuare una diagnosi questi sintomi devono persistere i per almeno una settimana. In media un episodio di depressione lieve dura alcuni mesi ma sono possibili delle ricadute, mentre nelle forme più gravi può arrivare fino a due anni (National Mental Health Association (NMHA), 2003). Sovente esiste una comorbidità con il disturbo d'ansia o da attacchi di panico.

Nelle donne che hanno sofferto di disturbo depressivo peri o post natale aumenta la possibilità di depressione generale nei 5 anni successivi.

Inoltre, molti di questi sintomi rimandano a disturbi somatici tipici della gravidanza (anemia, diabete gestazionale, disfunzioni della tiroide,...) i quali possono spiegare alcuni segnali depressivi rendendo difficile la diagnosi.

Gli strumenti più utilizzati per la diagnosi sono le interviste semi-strutturate e i self-report. Nel passato le interviste si basavano sui criteri del DSM-IV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders e Axis II Disorders (SCID-I e SCID-II). Con l'arrivo dell' DSM-5, nel quale è stata abolita la divisione in cinque assi, c'è stata la necessità di una ristrutturazione di questi due test, portando alla nascita della SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinical Version. Questa può essere somministrata alla popolazione generale comprendendo anche pazienti psichiatrici e per gli adolescenti richiede qualche accorgimento nella formulazione delle domande. La somministrazione dura in media dai 45 ai 90 minuti. Si apre con una serie di domande aperte volte a raccogliere informazioni per una diagnosi provvisoria che verrà confermata o smentita dall'utilizzo dei dieci moduli diagnostici specifici di cui è composta. In base alle risposte che il clinico ottiene attribuirà dei punteggi che utilizzerà al termine dell'intervista per compilare il foglio riassuntivo dei punteggi diagnostici sulla base del DSM-5, ma esso contiene anche i codici diagnostici dell'ICD-10 (Terenzi, 2017).

Spesso, però, la depressione post parto non soddisfa i criteri diagnostici del DSM, quindi nella pratica clinica le interviste sono affiancate da questionari self-report. I più utilizzati sono il Beck Depression Inventory (BDI), il Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), il Postnatal Depression Screening Scale (PDSS).

Il BDI (*Beck et al., 1961*) è un questionario che richiede circa 15 minuti e il soggetto deve riportare l'intensità e la frequenza degli stati d'animo che vengono descritti nei 21 item. Questi valutano la presenza di sintomi cognitivi, affettivi, somatici, comportamentali e interpersonali legati alla depressione. Ad ogni item può essere dato un punteggio da 0 a 3, quindi per l'intero test il punteggio può variare da 0 a 63 e questo definisce la gravità della sintomatologia. Un risultato globale compreso tra 0 e 13 indica l'assenza di sintomi depressivi, tra 14 e 17 una vulnerabilità, un evidente stato disforico tra 18 e 19, mentre da 20 in su indica un grave sintomatologia depressiva.

Il CES-D (*Radloff, 1977*) è costituito da 20 item, anche in questo caso il punteggio per ognuno va da 0 a 3 con un punteggio globale massimo di 60. Indaga l'umore rispetto ad affetto depresso, sintomi somatici, affetto positivo, relazioni interpersonali. È spesso il primo strumento di screening utilizzato in ambito sia clinico sia di ricerca. L'autore ha individuato, per le donne depresse, un punteggio cut-off di 16. Il questionario ha una sensibilità moderata, per questo viene affiancato a strumenti che valutino uno spettro di sintomi più ampio.

Lo strumento costruito in modo specifico per la depressione post parto è la scala di Edinburgo (EPDS), creata da Cox nel 1987. È costituito da soli 10 item per i quali si assegna un punteggio da 0 a 3, quindi si può raggiungere un punteggio massimo di 30. Un risultato pari a 10 indica un rischio depressivo da valutare con attenzione, pari a 12-13 una probabile depressione. Fondamentale è la risposta all'ultima domanda sul pensiero di farsi del male, questa se positiva prevede un'immediata consulenza psichiatrica anche con punteggio globale inferiore a 10. Con precisione il questionario indaga l'incapacità di ridere, di rivolgersi alla vita con gioia, sentimenti di ansia, preoccupazioni e tristezza, difficoltà del sonno, sentimenti di oppressione, di colpa e pensieri autolesivi.

Infine, negli anni 2010 viene creato il PDSS con l'obiettivo di ottenere informazioni dettagliate sulla sintomatologia depressiva dopo la nascita. Composto da 35 item suddivisi in 7 sottoscale: disturbi del sonno e dell'alimentazione, ansia e insicurezza, labilità emotiva, disturbi cognitivi, perdita d'identità, senso di colpa e vergogna, pensieri di farsi del male. Prende come riferimento le ultime due settimane. Si differenzia dagli altri poiché viene chiesto alla donna di esprimere il grado di accordo su una scala Likert a 5 punti. Il punteggio globale può variare da 35 a 175 e permette di classificare i soggetti in tre range: tra 35 e 59 i soggetti sono nella norma, tra 60 e 79 rivelano, invece, sintomi significativi, mentre tra 80 e 175 evidenziano quadri di depressione post partum. Questo test permette, inoltre, di ottenere dei risultati parziali per ogni dimensione fornendo così importanti informazioni dal punto di vista clinico. In aggiunta, rispetto ai self-report precedenti, possiede buone proprietà psicometriche sia per sensibilità e specificità della depressione maggiore (94-98%) sia per la validità concorrente con gli altri strumenti (*Beck & Gable, 2000*).

Per la somministrazione dei test si consiglia l'attesa di 4 settimane dal parto per escludere l'influenza del maternity blues.

Ci sono strumenti più validi per rilevare alterazioni dell'umore in fase perinatale, un esempio è il Postpartum Depression Prediction Inventory (PDPI) creato nel 1998 e revisionato nel 2002. Il PDPI è stato pensato per individuare i fattori di rischio associati alla depressione postparto, le aree di indagine sono: depressione prenatale, ansia, precedente storia di depressione, supporto sociale, soddisfazione coniugale, eventi di vita stressanti, a questi nella nuova versione sono stati aggiunti lo status maritale e quello socioeconomico, l'autostima, la gravidanza programmata o meno e il temperamento del bambino. Queste modifiche sono dovute al progresso nella ricerca sui fattori di rischio. Beck, l'autrice, consiglia un utilizzo periodico ad ogni trimestre e fino ad un anno di vita del bambino (*Beck, 2002*)

In questa fase sono possibili anche interviste semi-strutturate come l'IRMAG, ovvero Intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza. Le rappresentazioni materne possono fornire informazioni sulle modalità di organizzazione ed elaborazione della donna di pensieri, ricordi, affetti e comportamenti, dato che corrispondono a modelli di funzionamento interni possono influenzare lo stile di accudimento. È stato osservato che le rappresentazioni materne appaiono distorte e incoerenti quando ci si trova davanti ad un quadro depressivo.

2.4 Trattamenti e prevenzione

La gravidanza, come già evidenziato, è un periodo particolare non solo dal punto di vista dei cambiamenti psicologici e fisici che la donna subisce ma anche da un punto di vista medico, infatti la maggior parte dei trattamenti farmacologici (non solo gli psicofarmaci) sono sconsigliati. Questo perché la conduzione di esperimenti clinici su donne in gravidanza o allattamento è consentita solo se sono soddisfatte alcune condizioni specifiche tra cui i rischi devono essere minimi per la donna, l'embrione o il bambino, e si deve prestare massima attenzione per evitare qualsiasi impatto negativo sul neonato o sul feto (*Art.33 "Sperimentazioni cliniche su donne in gravidanza o allattamento" del Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del*

consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE). Risulta pertanto chiaro che in gravidanza non sia possibile effettuare studi clinici controllati che ne valutino l'efficacia e la tollerabilità non solo per la madre ma anche per il futuro nascituro.

Nonostante ciò, sull'argomento ci sono due tipologie di pensiero: una parte della comunità clinica che favorirebbe comunque un trattamento con psicofarmaci e una parte avversa che favorirebbe alternativi interventi di psicoterapia, o l'interruzione dei farmaci in caso di un percorso terapeutico precedente alla gravidanza.

Bisogna tenere sempre presente che ogni donna è a sé, quindi si deve effettuare una valutazione specifica del singolo caso, senza cadere in generalizzazioni o semplificazioni. È importante tener conto della gravità dei sintomi, capire se siano più pericolosi questi o i farmaci, poiché se una donna incinta o in allattamento ha pensieri di morte o autolesivi ed è convinta che il suo bambino starebbe meglio senza di lei, allora potrebbe essere migliore un intervento tempestivo e diretto. Gli antidepressivi più utilizzati e sicuri in queste situazioni sono gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI) (*National Institute of Mental Health, 2018*). Questi inibitori agiscono a livello dei recettori nervosi presinaptici, in particolare bloccano il SERT, il trasportatore della serotonina (uno dei principali neurotrasmettitori del sistema nervoso umano) che ne controlla il reuptake, in questo modo ci sarà una maggiore concentrazione di serotonina nello spazio sinaptico e i suoi recettori saranno stimolati per un tempo maggiore. Gli SSRI presentano un indice terapeutico (rapporto tra dose letale e dose efficace) maggiore e degli effetti collaterali minori rispetto ad altri antidepressivi, come i triciclici, di conseguenza sono preferiti anche in quelle categorie di pazienti fragili. Si è osservato, però, che l'uso in gravidanza aumenta il tasso degli aborti del 70%, oltre alle possibilità di parto pretermine e al rischio di malformazioni nel feto (Loiacono, 2017).

Alla luce di queste riflessioni, risulta quindi favorito un intervento psicoterapeutico. Questo può essere individuale, di coppia o di gruppo. La psicoterapia cognitivo-comportamentale è quella che ha prodotto maggiori risultati, Chabrol ha osservato che madri sottoposte a questo tipo di terapia, per un periodo compreso tra le 5 e le 8 settimane, riducevano, in percentuale maggiore rispetto al gruppo di controllo, i sintomi depressivi (*Chabrol et al., 2002*). Essa si focalizza sull'osservazione e ridefinizione dei

problemi materni nella cura del bambino. Milgrom, nel 2003, sviluppa un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo apposito per la depressione postnatale. L'autore parte dall'idea che ogni donna possa essere vulnerabile psicologicamente e quindi maggiormente sensibile ad eventi stressanti o alterazioni ormonali. La combinazione di questi fattori di vulnerabilità e fattori scatenanti può essere favorevole allo sviluppo della depressione. Predilige la terapia di gruppo perché, oltre ad essere meno dispendiosa per la famiglia, permette un confronto di esperienze simili, un riavvicinamento sociale con persone che stanno vivendo lo stesso stato mentale così da non sentirsi soli, c'è proprio la tendenza a ricercare donne con esperienze simili. Inoltre, un setting di gruppo consente una maggior percezione delle distorsioni cognitive che vengono messe in atto così da attivare ragionamenti per raggiungere soluzioni creative alle difficoltà.

Un'altra terapia di successo è la "In-Home Cognitive Behavioral Therapy" poi trasformata semplicemente in "Home Visiting", letteralmente visite domiciliari. Sono degli interventi a domicilio che consentono di osservare la relazione madre-bambino in un contesto naturale (le loro case), in questo modo possono valutare in modo più accurato i fattori di rischio e protezione, e individuare i bisogni specifici della nuova famiglia. Gli operatori sono prevalentemente donne, e possono essere sia professionisti come infermieri, psicologi, assistenti sociali, sia paraprofessionisti, cioè senza laurea ma con un'esperienza pratica nel settore oppure volontari. Il compito dell'operatrice è quello di stimolare la madre negli scambi interattivi con il figlio, di promuovere il benessere della diade incoraggiando modalità di cure appropriate e cercando di ridurre lo stress associato al ruolo genitoriale. L'inserimento di una figura esterna in un contesto familiare alla donna permette di creare nel tempo un clima di fiducia reciproca, e la riuscita della terapia dipende proprio dal grado fiducia che si instaura. Sono state distinte tre fasi: una prima fase cruciale di "orientamento" in cui la figura di supporto si mostra come una persona su cui è possibile fare affidamento senza però essere troppo invasivi, e nel contempo cerca di comprendere i bisogni della madre.

La seconda è la fase dell'operatività, è caratterizzata da una grande vicinanza, fiducia e intimità. Lo scopo è aiutare la mamma a risolvere i problemi, quindi è fondamentale il concetto della "mutualità che prevede proprio il ruolo attivo della donna e non dell'operatrice, la quale è solo di supporto.

L'ultima è quella della risoluzione, fase che prepara al processo di separazione. È fondamentale far prendere consapevolezza delle abilità acquisite dalla neomamma durante l'intero percorso.

Questa tipologia di intervento è possibile anche durante la gravidanza, e porta risultati positivi di prevenzione e riduzione dei rischi.

Invece, se si mantiene un ambiente neutrale come lo studio del terapeuta questo deve essere percepito come un contesto protettivo, in cui la neomamma può sentirsi contenuta, si crea una sorta di rifugio dove avviene l'alleanza terapeutica. Il suo desiderio più grande è sentirsi sollevata dai sintomi, tornando al suo funzionamento mentale precedente alla nascita del bambino. Sorgono domande tipo "Mi sentirò mai più normale?" o "Tornerò ad essere me stessa?". Nel corso del percorso ci sarà un'evoluzione, fondamentale sarà lo sviluppo del suo attaccamento al bambino che permetterà al suo "vecchio sé" di essere assorbito dal "sé emergente". Quindi non sarà mai più come prima, ma talvolta sarà meglio, e si creerà una nuova normalità.

Non è possibile prevedere in modo preciso l'insorgenza di depressione, quindi anche la sua prevenzione è alquanto complicata. Bisognerebbe concentrarsi su ciò che è attuabile già durante la gravidanza, in modo da intervenire tempestivamente. Non è una vera e propria prevenzione quanto più un contenimento dei fattori di rischio e dei sintomi. Zlotnick, nel 2001, tramite un suo studio mette in evidenza come le donne che hanno usufruito di un'assistenza pubblica, un corso sul sostegno e sulle abilità genitoriali, in seguito hanno avuto meno probabilità di soffrire di depressione post parto.

Alice Miller ricorda che a lungo andare resta un solo strumento per combattere la malattia mentale ovvero la scoperta e l'accettazione emotiva della verità della storia individuale e irripetibile della propria infanzia (Miller, 1981). Ognuno nella sua vita possiede qualcosa che lo aiuta a superare le difficoltà. Queste risorse possono essere esterne come un partner o interne. Queste ultime sono innate e appartengono a tutti, ma non sempre in modo consapevole. È possibile lavorare su ciò e far acquisire nuove competenze, così da integrare nuove strategie e rendere la strada verso la guarigione più chiara.

CAPITOLO 3

DEPRESSIONE PERINATALE PATERNA

3.1 L'interesse verso la Depressione Perinatale Paterna

Il primo studio sui disturbi depressivi legati alla paternità viene ricondotto a Rees e Lutkins che nel 1971 hanno condotto uno screening somministrando il BDI a 90 madri e 77 padri durante la gravidanza e nel primo anno successivo al parto. Proprio in questi anni ha avuto avvio l'interesse scientifico verso i disturbi dell'umore della figura paterna. La prima diagnosi specifica arriva, però solo negli anni 2000 nella letteratura francese: *Dépression périnatale paternelle* (Luca & Bydlowski, 2001) e indica una sintomatologia depressiva nel padre che va dall'inizio della gravidanza al primo anno dopo il parto (Baldoni & Ceccarelli, 2010). La terminologia "perinatale" viene preferita a quella "postnatale" o "postparto" poiché l'insorgenza tende ad essere molto precedente ad esso.

Baldoni e Gianotti, nel 2017, individuano 4 cause principali per la nascita in epoca tardiva dell'interesse sulla depressione paterna:

- *il Maternal gatekeeping*, ovvero la considerazione del parto e della gravidanza come problematiche prevalentemente femminili da parte degli operatori sanitari, escludendo, così, i padri;
- il fatto che gli uomini manifestino in maniera più lieve i propri disagi, le proprie emozioni e difficoltà. Di conseguenza si tendono a considerare meno gravi e importanti dal punto di vista clinico i loro disturbi affettivi;
- l'utilizzo di strumenti di rilevazione per i disturbi affettivi che non tengono conto delle differenze di genere;
- la minor disponibilità dei padri a partecipare alle ricerche.

La comunità scientifica concorda nell'affermare che la frequenza media dei disturbi depressivi paterni sia di poco inferiore rispetto a quella materna, tanto che una ricerca del 2010 ha riscontrato una frequenza media mondiale del 10,4% (Paulson & Bazemore, 2010).

Come per la donna, anche per l'uomo la gravidanza porta cambiamenti e preparazioni. Questa fase definita "Transizione alla genitorialità" indica un periodo in cui i futuri genitori sono chiamati entrambi a sviluppare una rappresentazione e un attaccamento al figlio, ma risulta evidente come per i padri questo processo di costruzione della rappresentazione del bambino come reale risulti essere non solo più rallentato ma anche più complesso forse a partire anche dal fatto che non subiscono lo stesso cambiamento fisico delle loro partner (*Bellantuono et al, 2021*).

Essendo comunemente intesa la gravidanza voluta come l'inizio di un percorso di impegno di coppia, l'intesa coniugale appare essere una variabile che influenza positivamente il coinvolgimento della figura del padre nel periodo della gestazione e nell'assunzione del ruolo e della funzione genitoriale nella futura relazione con il nascituro (*Zeanah, 2009*). A sostegno di tale ipotesi, Gerner in uno studio del 2005 dimostra l'importanza del numero di ecografie a cui il papà ha assistito per predire l'attaccamento padre-bambino. Nonostante la poca letteratura disponibile sulla depressione paterna rispetto a quella materna, ricerche dimostrano l'aumento delle conseguenze avverse a lungo termine nei figli di padri depressi, dovuto proprio a compromissioni delle funzioni non solo genitoriali ma anche di coppia. Questi presentavano un bisogno maggiore di cure mediche, livelli di stress più elevati, disturbi comportamentali ed emotivi che persistevano per tutta l'infanzia (*Bellantuono et al., 2021*)

Uno studio effettuato sui compagni di madri ricoverate in una Mather-Baby unit ha riscontrato che il 42% di essi manifestavano a loro volta disturbi dell'umore tra cui ansia, depressione maggiore o un basso funzionamento psicosociale (*Harvey & McGrath, 1988*). Successivamente, tali risultati sono stati integrati da studi che mostravano come 50% dei padri depressi è risultato essere affiancato da una partner con sintomatologia depressiva (*Ballard & Davies, 1996*). Tali situazioni cliniche mostrano però il rischio di creare quadri molto generici che si caratterizzano per traiettorie di sviluppo e sottostanti linee di funzionamento diverse.

È importante, quindi, distinguere la depressione perinatale paterna dalla Sindrome della Couvade (*Trethwan & Conlon, 1965*) e dal Paternal Blues.

3.1.1 Couvade e Paternal Blues

Il termine “Couvade” deriva dal francese “Couver” e significa “incubare, covare, far nascere” simboleggiava l’attrazione del padre verso il nascituro. Originariamente era uno degli usi più antichi e comune a diverse popolazioni dell’Asia, Africa e Sud-America. Nel 1910, Frazer distingue due forme di couvade: la prima pseudomaterna in cui il neopapà simula il parto con lo scopo di alleviare i dolori della propria partner; la seconda, invece, è la couvade dietetica in cui l’uomo osserva una stretta dieta per un certo periodo con lo scopo di preservare la salute del bambino. Dietro questi comportamenti, Frazer individua l’ideologia di un legame profondo tra padre e figlio, così intimo che ogni sua azione si ripercuoterebbe sullo stato di salute del bambino.

Invece, le prime notizie sulla sindrome della couvade risalgono agli studi condotti da Reick nel 1914. Questa sindrome è classificata come un disturbo psicosomatico, ovvero una problematica dove la mente causa cambiamenti reali nel corpo, e si caratterizza per la presenza nel padre di sintomi somatici, non giustificati biologicamente, e comportamenti femminili tipici della gravidanza come nausea mattutina, voglie, sensazioni di fastidi all’addome, disturbi del sonno e dell’appetito, oscillazioni del tono dell’umore, mal di testa e manifestazioni dermatologiche (*Salucci & Della Sabina, 2007*). Questa sintomatologia è intensa nel primo trimestre e verso l’ottavo-nono mese. Inizialmente era interpretata come una manifestazione del desiderio di maternità e, quindi, gelosia verso le capacità generative della partner, oggi raramente gli si attribuisce un significato psicologico, quanto più biologico, infatti ci sono evidenze che uomini e donne subiscano cambiamenti ormonali simili nei vari periodi perinatali (aumentano i livelli di prolattina ed estradiolo e diminuiscono quelli del testosterone).

Il Paternal blues, invece, corrisponde al Maternity blues e proprio come quello materno indica una serie di disturbi affettivi lievi e transitori che caratterizzano i primi 15 giorni dopo il parto. È possibile che un neopapà si senta frustrato e inadeguato, incapace di fronteggiare le nuove difficoltà e di aiutare la partner, oppure che si senta di essere di troppo, come se fosse il terzo elemento di una coppia (madre-bambino). Questi pensieri possono emergere anche se la nascita era fortemente attesa e desiderata, di solito sono dovuti alla rottura nell’equilibrio psicologico e quindi necessitano una modifica dell’identità personale. (*Brindisino, 2021*)

3.2 Fattori di rischio

Per quanto riguarda i fattori di rischio del disturbo depressivo perinatale paterno, recenti studi hanno messo in evidenza fattori psicosociali e relazionali, socio-familiari, di stress e di personalità.

Il fattore di rischio maggiore è la presenza di disturbi mentali nella madre, soprattutto una depressione. Oltre il 40% dei compagni di donne depresse presenta a loro volta il disturbo (*Harvey & McGrath, 1988*). La depressione materna infatti, come già riportato precedentemente, determina conseguenze sulla salute mentale del partner, oltre che sulla propria, sulla relazione madre-bambino, su quella di coppia e quindi anche sulla relazione padre-figlio. La percezione del disagio psicologico nella propria donna, in aggiunta alla transizione alla paternità, tende ad essere vissuta come perdita della donna stessa e della vita di coppia (*Meighan et al., 1999*). Alla luce di ciò si può affermare che rapporti conflittuali all'interno della coppia siano fattori di rischio comuni ad entrambi i sessi. In particolare, per l'uomo sono decisivi i bassi livelli di soddisfazione, di consenso e coesione coniugale accompagnati da alti livelli di stress perinatale e aumento delle responsabilità. Le caratteristiche che potrebbero maggiormente determinare la soddisfazione relazionale nella coppia sono la durata e la qualità della relazione, la frequenza con cui si cambia partner e l'essere o no sposati.

Si può concludere sottolineando che le manifestazioni depressive nei genitori risultino significativamente correlate in una bidirezionalità (*Paulson & Bazemore, 2010*), una sindrome depressiva materna può comportare uno stato di sofferenza nel padre, ma anche l'opposto. Molte donne che presentano un disturbo dell'umore dopo il parto erano affiancate da un compagno con sintomi di ansia, elevata irritabilità e disturbi comportamentali già al quinto mese di gravidanza (*Baldoni et al., 2009*). Sembra pertanto che il modo migliore per affrontare il problema sarebbe una prospettiva causale circolare interna alla dimensione triadica, così da considerare entrambi i genitori e il figlio (*Caretti et al, 2013*).

La depressione paterna perinatale può anche essere spiegata come la conseguenza di bisogni di attaccamento di coppia non soddisfatti. Infatti, soprattutto negli ultimi mesi di gravidanza la donna tende a venir meno alla sua funzione protettiva come figura di

attaccamento verso il marito, il quale può sperimentare un sentimento di abbandono e insicurezza (Caretti et al., 2013).

Un altro fattore da tenere in considerazione è lo stile di attaccamento. È stata riscontrata una correlazione con la qualità delle relazioni coi propri genitori durante l'infanzia. Secondo Luca e Bydlowski, la nascita di un figlio può riattivare dei conflitti edipici riguardanti la propria figura paterna così da far riaffiorare il bisogno infantile di dipendenza e condurre a sentimenti di colpa, rabbia, ambivalenza, senso di perdita e lutto nei confronti del sé, oppure conflitti dovuti alla mancata risoluzione dei legami simbiotici con la propria figura materna (Luca & Bydlowski, 2001). Mentre per quanto riguarda la personalità alcune ricerche hanno individuato come comune denominatore i tratti ansiosi, un elevato grado di nevroticismo e un basso livello di estroversione (Baldoni & Ceccarelli, 2010). Anche il costrutto dell'autoefficacia è stato preso in considerazione risultando essere una variabile importante, poiché è stato dimostrato che la percezione di essere un genitore poco efficace, accompagnato da un senso di inutilità e inadeguatezza è un fattore predittivo per questo tipo di disturbo (Demontigny et al., 2013).

In entrambi i sessi si può associare la manifestazione di un disturbo depressivo ad alti livelli di stress che possono mantenersi dall'inizio della gravidanza fino a 18 mesi dal parto, e sono in relazione diretta col temperamento del neonato. Un bambino "impegnativo" che richiede continue attenzioni, piange, si alimenta e dorme con difficoltà porterà nella vita dei suoi genitori maggior stress rispetto ad un bambino tranquillo. Questi aspetti del figlio risultano più tollerabili dalle madri e provocano maggior stress nei padri (Perren et al., 2005), tenendo, però, conto che il comportamento del bambino può essere una conseguenza dell'atteggiamento ansioso, preoccupato e riluttante dei genitori e un tentativo di adattamento alla loro difficoltà (Bradley & Slade, 2011).

I fattori psicosociali della depressione perinatale maschile sono sovrapponibili a quelli della sfera femminile come ad esempio l'età, la gravidanza desiderata o meno, il livello di istruzione, uno scarso sostegno familiare e un reddito basso o la disoccupazione, a questi si aggiungono l'essere parte di una famiglia ricomposta (provenienza da un precedente matrimonio) e la percezione di un'abitazione inadeguata (Caretti et al., 2013).

3.2.1 Il momento del parto tra i fattori di rischio per la depressione perinatale paterna

Pochi studi tengono conto della partecipazione del papà al momento del parto. Sull'argomento le opinioni degli studiosi erano discordanti. L'uomo ha "conquistato" la sala parto negli anni '70, fino a quel momento era sempre stata di esclusivo dominio femminile, con rare eccezioni caratterizzate dalla possibilità di morte durante il parto, di complicanze durante il travaglio che richiedessero la presenza di un medico, oppure dai parti nobili che potevano svolgersi in pubblico per dissolvere qualsiasi dubbio sulla legittimità. Alcuni esperti evidenziavano i benefici della presenza dell'uomo in sala parto relativi alla gestione dello stress, alla relazione familiare e al legame padre-figlio (Bertsch et al., 1990), ma questi effetti sarebbero realmente positivi solo nel caso in cui fosse istruito in modo adeguato e fosse lui stesso a desiderare di essere presente. Si rivelano, quindi, fondamentali i vari momenti della gravidanza come le ecografie, già citate in precedenza, e i corsi di preparazione. In questi casi, allora, l'esperienza verrà descritta come "straordinaria", "affascinante" o "sorprendente" e rafforzerà sia il legame con la mamma che con il figlio. Altri ricercatori, invece, mettevano alla luce gli effetti negativi che avrebbe potuto avere su un padre insicuro, impreparato e forzato. Forzato non solo ad essere presente in sala, ma a svolgere un ruolo sociale che ancora non sente proprio, al quale si sottopone solo perché non riesce a sottrarsi. Il parto diventa un evento traumatico, descritto come "brutto momento", "spaventoso", "orribile" o addirittura "catastrofico". L'uomo avverte una discrepanza tra l'atteso e il reale (Vasconcellos, 2003). Il dolore della compagna lo invade, facendolo sentire impotente. Il trauma del parto influenza non solo la salute mentale del padre ma anche il suo attaccamento con il figlio, e tanto più l'evento appare o è realmente complicato (parto cesareo, particolarmente lungo o doloroso) tanto maggiori saranno i sintomi e la difficoltà futura a creare un legame.

Alla luce di ciò oggi si preferisce lasciare libertà di scelta ai padri, ascoltando e rispettando il loro desiderio (Graziottin, 2007), senza cadere nel dualismo "giusto-sbagliato".

3.3 Sintomi e diagnosi

Nonostante l'esordio e la durata della depressione perinatale paterna possano essere gli stessi di quelli materni, i sintomi risultano essere differenti. In particolare, la depressione paterna viene riportata con una manifestazione più insidiosa e la sintomatologia appare meno definita, ciò rende la diagnosi ancora più difficoltosa. Solo nei casi più gravi troviamo stati di impotenza, disperazione e malinconia, di norma è caratterizzata da vaghi vissuti di tensione, tristezza e sconforto, quindi presenta caratteristiche molto più sfumate.

Frequentemente viene indicato un umore depresso, irritabilità e irrequietezza, oltre ad una perdita di interesse, difficoltà nella concentrazione e nel rendimento lavorativo, un calo del desiderio sessuale e insonnia. Persistente è la preoccupazione costante per l'andamento della gravidanza e la salute del bambino. Inoltre, i padri con questo quadro depressivo tendono ad evitare le situazioni sociali presentando indecisione e autocriticismo. Possono essere presenti anche acting out comportamentali come: fughe, relazioni extraconiugali, crisi di rabbia e agiti violenti (*Baldoni & Ceccarelli, 2010*). Spesso, tendono a ricercare regolatori emotivi esterni rischiosi per la salute e l'incolumità come fumare, bere alcolici, assumere droghe o farmaci. Questa modalità di controllo della tensione può essere pericolosa considerando anche che il rischio suicidario nei disturbi depressivi maschili è maggiore rispetto a quello femminile. Nel periodo successivo alla nascita possono, invece, mostrare rigidità affettiva e comportamenti genitoriali negativi oppure sentire di non avere abbastanza tempo per stare con il figlio e convincersi di non essere in grado di provvedere alle cure necessarie. Altre sensazioni che possono presentarsi sono la mancata libertà e la frustrazione. Fatta eccezione per l'umore depresso, tutte queste manifestazioni, se in forma lieve, possono rientrare nella normale esperienza di transizione alla paternità, senza assumere un significato patologico (*Ballard et al., 1994*). Spesso è possibile trovare la depressione perinatale paterna in comorbilità con altre sindromi anche gravi come i disturbi d'ansia (generalizzato, attacchi di panico o fobie), il disturbo ossessivo compulsivo, i disturbi del comportamento alimentare o di dipendenza verso certe sostanze come fumo, alcool, psicofarmaci ma anche il gioco d'azzardo o internet. Le

due sintomatologie si sovrappongono o si mascherano a vicenda creando quadri clinici complessi (*Bradley & Slade, 2011*).

Particolarmente frequenti sono i disturbi d'ansia soprattutto nei giovani padri, tanto che una ricerca ha evidenziato come la frequenza dei sintomi ansiosi sia di 3-6 volte maggiore rispetto a quelli depressivi (*Matthey et al., 2003*). Il gruppo di ricerca, per tenere in considerazione non solo la complessità della sintomatologia depressiva ma anche quella ansiosa, propone come diagnosi la Perinatal Mood Disorder.

3.3.1 Strumenti diagnostici

Per la sfera maschile, l'autore Matthey insiste nell'evidenziare gli scarsi o inadeguati strumenti di diagnosi. Infatti, questi dovrebbero tener conto della complessità della depressione perinatale paterna, della possibilità di comorbidità con altri disturbi e delle diversità di genere. Alla luce di ciò, ancora non è stato realizzato uno strumento che riesca a considerare tutti questi fattori.

Gli strumenti maggiormente utilizzati, in campo clinico e di ricerca, sono l'EPDS (l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Cox et al., 1987*), il CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, *Radloff, 1977*), il BDI (Beck Depression Inventory, *Beck et al., 1961*) e il PDSS (Postnatal Depression Screening Scale, *Beck & Gable, 2010*), ovvero gli stessi strumenti costruiti appositamente e utilizzati per la rilevazione della sintomatologia nelle madri. Bisogna tenere conto, però, che gli uomini nel compilare un questionario sulla loro salute mentale, tendono a minimizzare le difficoltà, soprattutto quelle relative alla depressione, come la tristezza, il pianto e l'impotenza. Per la maggior parte di essi risulta più plausibile riconoscere sentimenti come l'ansia, lo stress o i disturbi fisici. Questo avviene per l'accettabilità sociale infatti socialmente, sono più ammissibili sentimenti che evidenziano quanto la vita sia dura piuttosto che una propria fragilità (*Baldoni & Gianotti, 2017*).

Esistono strumenti per la misurazione delle differenze di genere che però non vengono utilizzati quasi mai, come il Postnatal Health Instrument (PHI, *Jones et al., 2011*). Del PHI esiste una versione per le madri (M-PHI) e una per i padri (F-PHI). L' M-PHI consiste in 29 item, mentre quello per la valutazione paterna in 27 item, entrambi suddivisi in sei scale principali: la relazione con il proprio bambino, la relazione col

partner, il supporto dal partner, il supporto dagli amici, l'umore e le regole come partner. Queste scale misurano gli aspetti positivi e negativi del benessere. Nella versione dedicata alla madre sono possibili altre 5 scale extra: il controllo sulla sua vita, i problemi fisici della salute, i problemi nella sfera sessuale, del sonno e relativi alla colazione. Dagli studi svolti per la creazione di questo test risulta che l'area con un punteggio migliore per entrambi i sessi è la relazione con il figlio, mentre quelle che rilevano punteggi inferiori e che quindi riportano a maggiori difficoltà sono per gli uomini la relazione con la partner e il supporto sociale, per le donne il sonno (*Jones et al., 2011*).

L'EPDS, nato per la popolazione femminile, è stato adattato successivamente in Australia anche per il genere maschile (*Matthey et al., 2001*). La differenza principale è il cut off che risulta decisamente inferiore: 5/6 per gli uomini e 10 per le donne. Lo studio italiano di Loscalzo del 2015 dimostra la validità dello strumento nel rilevare stress, sintomi ansiosi e depressivi. In questo caso il valore soglia individuato è 12/13. L'EPDS è stato valutato consono allo screening dei disturbi affettivi paterni in transizione alla genitorialità. Solo alcuni studi, però, tengono conto dei differenti valori di cut off indicati per i padri, ciò genera dati discordanti sulla distribuzione dei disturbi. Un'ulteriore versione è l'EPDS-P, dove P sta per Partner version. La ricerca ha evidenziato che attraverso la madre è possibile ottenere una misura affidabile della depressione paterna, senza, quindi, la presenza effettiva del padre (*Fisher et al., 2012*). Nel 2016 è stato creato un nuovo strumento, ancora in fase di validazione in Europa e in Australia: il Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA) (*Baldoni et al., 2016*). Tale strumento consiste in un questionario self-report con valutazione su scala Likert. Esso indaga otto dimensioni: ansia, depressione, stress, irritabilità, problemi relazionali, alterazioni del comportamento di malattia, disturbi fisiologici, disturbi di dipendenza e agiti comportamentali, in aggiunta ci sono domande sull'esperienza della paternità e sulla possibile influenza di fattori socioculturali. Non ha uno scopo diagnostico, ma può essere utilizzato per individuare gli uomini che presentano il rischio di manifestare dei disturbi affettivi, quindi è utile per lo screening. È stata sviluppata anche la sua versione materna: il PAMA, ovvero Perinatal Assessment of Maternal Affectivity (*Baldoni et al., 2016*).

Raramente le valutazioni sono integrate da colloqui o interviste cliniche individuali o di coppia, anche se ciò sarebbe utile per una diagnosi più approfondita e una valutazione della gravità dei sintomi (*Baldoni e Gianotti, 2017*). Come ulteriore alternativa viene proposto il CARE-Index (*Crittenden, 1979-2007*) che permette la valutazione diretta tramite registrazione audiovisiva della relazione tra il genitore e il neonato. Si registrano circa dai 3 ai 5 minuti della relazione spontanea tra bambino e genitore che può essere sia la madre che il padre. Esistono due versioni: quella infantile in cui le videoregistrazioni partono dai primi giorni fino ai 15 mesi, e quella che va dai 16 mesi ai 6 anni. La codifica viene effettuata da operatori esperti che valutano i precursori dell'attaccamento e la capacità dell'adulto di percepire i bisogni del bambino e di rispondere in modo adeguato, ovvero la sensibilità come caratteristica della relazione (*Crittenden, 2008*). Grazie all'utilizzo del CARE-Index è stata evidenziata l'associazione tra sensibilità paterna, livelli di depressione, e lo sviluppo psicomotorio del neonato tra 6 e 12 mesi (*Baldoni et al., 2009*).

Un altro approccio basato sulla videoregistrazione è il Gioco Triadico di Losanna (Lausanne Trilogue Play, LTP, *Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999*), importante perché prende in considerazione la relazione triadica composta da madre-padre-bambino. È una sorta di gioco familiare composto da 4 fasi: nella prima la madre e il bambino giocano mentre il padre sta in disparte, nella seconda si invertono i ruoli è il papà ad interagire con il figlio. La terza fase richiede che tutti e tre giochino assieme, mentre nell'ultima il bambino osserva i genitori. L'intera seduta viene analizzata nei dettagli. LTP evidenzia le capacità del bambino di considerare la madre, il padre ma anche le interazioni che questi hanno tra di loro.

Successivamente, nel 2006, sempre Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warney insieme a Cameiro hanno sviluppato la versione prenatale (LTPprenatale) per la valutazione del sistema co-genitoriale. Viene utilizzato coi futuri genitori a partire dal quinto mese di gravidanza. In questo caso il "gioco" è preceduto da due incontri preliminari in cui si ottengono informazioni riguardo le loro famiglie d'origine e le rappresentazioni mentali del bambino e della famiglia dopo la sua nascita. In seguito, i genitori sono invitati ad immaginare che il parto sia andato bene e di trovarsi per la prima volta da soli con il neonato. È fondamentale la tecnica del role playing, l'operatore lascia la stanza e dopo un attimo torna cullando una bambola senza volto avvolta in una coperta, questo per

aiutare i genitori ad immedesimarsi davanti ad un neonato vero. Sempre sulla base delle quattro fasi originali del LTP, viene chiesto ai genitori di simulare il loro primo incontro. La bambola viene presentata alternativamente alla madre e al padre, e poi in contemporanea. I genitori sono incoraggiati a rivolgersi al bambino con un linguaggio infantile, e viene valutato il grado di collaborazione, il calore affettivo e i comportamenti intuitivi verso il figlio. Infine, è stato notato nell'80% delle famiglie un'associazione tra le interazioni della coppia in attesa e quelle manifestate successivamente alla nascita rilevate dall'LTP postnatale.

Uno studio del 2017 ha messo a confronto i punteggi ottenuti dai padri depressi all'EPDS e la loro sensibilità paterna valutata attraverso l'osservazione videoregistrata dell'interazione padre-figlio, quest'ultima procedura utilizzata in un precedente studio di Sethna e colleghi del 2015. I risultati hanno evidenziato la limitata validità degli strumenti self-report (Baldoni e Gianotti, 2017).

3.4 Prevenzione e trattamenti

Come sostenuto da Stefania Cicchiello sia la prevenzione che la terapia dei disturbi depressivi perinatali paterni ad oggi non sembrano aver ricevuto e ricevere la giusta attenzione clinica. La maggior parte degli studi si limitano a fornire informazioni generiche sulle modalità di screening. Per quanto riguarda la prevenzione, gli autori sottolineano che i disturbi affettivi paterni avrebbero bisogno di programmi specifici (Fletcher et al., 2015).

Ad oggi questo sembra ancora non avvenire nonostante, a tal proposito, già precedentemente Atkinson sottolineava l'importanza del papà fin dagli inizi della gravidanza, così da poterlo sostenere nel suo ruolo e promuovere il suo coinvolgimento. (Atkinson & Rickel, 1984).

È fondamentale in tutto il processo (prevenzione, diagnosi e terapia) tenere in considerazione la condizione mentale di entrambi i genitori, analizzando la situazione da una prospettiva familiare. Infatti, quando anche solo uno dei due genitori ha sintomi

depressivi, l'intero sistema familiare è compromesso e, quindi, bisogna valutare attentamente la possibilità che anche l'altro soffra di un disturbo dell'umore.

Negli interventi è necessario favorire lo sviluppo di una buona alleanza, fornendo ad entrambi la possibilità di discutere dei loro problemi affettivi, così da aiutarli a migliorare la relazione di coppia (*Schumacher et al., 2008*).

In un'ottica di politica preventiva, alla luce dei pensieri clinici e non fin qui riportati, risulterebbe particolarmente opportuno preparare adeguatamente ostetrici, ginecologi, pediatri e tutti i sanitari dell'unità di neonatologia a tener conto di ambedue i genitori per tutto il periodo perinatale in modo da poter riconoscere precocemente i segni di un disturbo dell'umore. Per questo scopo si dovrebbero organizzare seminari e corsi di formazione specifici (*Schumaker et al., 2008*). A supporto di ciò, il gruppo di ricerca condotto da Currò nel 2009 ha rilevato come la somministrazione dell'EPDS da parte dei pediatri risulti essere un metodo valido per lo screening precoce (*Currò et al., 2009*). Tutto ciò sarebbe realizzabile con gli operatori aperti a considerare anche la figura paterna.

Baldoni e Gianotti (2017) insistendo sull'importanza dei programmi di formazione, affermano che sarebbe necessario avviarne anche per portare sostegno e informazione sulle difficoltà che si possono incontrare nella transizione alla genitorialità e sui possibili disturbi che potrebbero colpirli. In questi incontri si dovrebbero fornire indicazioni sui servizi e sugli specialisti a cui si possono rivolgere (*Baldoni & Gianotti, 2017*).

Inoltre, alla luce di quanto esposto precedentemente nell'elaborato, non va dimenticato che i disturbi affettivi paterni spesso si presentano in comorbilità con altri disturbi e quindi i sintomi corrono un grande rischio di rimanere nascosti in una fase precoce di valutazione. L'aiuto terapeutico, che può essere individuale, di coppia, familiare o eventualmente farmacologico, deve agire a ridurre la sintomatologia ansiosa, depressiva, ma anche le preoccupazioni, le difficoltà relazionali e genitoriali (*Goodman, 2004*).

In un primo momento sono stati proposti programmi di prevenzione e cura, come gli interventi domiciliari (Home visiting), per situazioni di famiglie ad alto rischio come bambini con patologie fisiche o nati prematuri, genitori adolescenti, tossicodipendenti o con disturbi psichiatrici pregressi (*Prezza et al., 2006*). In un secondo momento tali

programmi sono stati estesi ad una fetta più ampia di genitori in difficoltà. Questi progetti considerano, in una prospettiva biopsicosociale, l'intero gruppo familiare, comprendendo anche eventuali fratelli maggiori e prevedono la possibilità di interventi domiciliari da parte di ostetriche, educatori, assistenti sociali o figure volontarie (Baldoni et al., 2009). Successivamente all'implementazione di questi programmi, uno studio ha evidenziato che i padri preferiscono un sostegno individuale o domiciliare piuttosto che una terapia di gruppo (Letoumeau et al., 2011).

L'utilizzo di strumenti quali il CARE-Idex e LTP risulta utile non solo ai fini della valutazione diagnostica ma anche in ambito preventivo e terapeutico. Infatti, la visione dei filmati assieme ai commenti e suggerimenti del terapeuta risulta riuscire a promuovere le capacità riflessive, e la sensibilità di genitori aiutandoli ad assumere atteggiamenti più adeguati non solo nei confronti del neonato ma anche verso il partner.

Alcuni studi sull'efficacia delle tecniche di video-feedback confermano che non solo rafforzano la sensibilità e le capacità di mentalizzazione ma migliorano anche la qualità della relazione di coppia (Baldoni et al., 2016).

Studi più recenti evidenziano come negli ultimi anni hanno avuto particolare successo anche pratiche di coppia basate sulla mindfulness che permettono di regolare le emozioni e portare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1994).

3.4.1 Mindfulness e genitorialità

Il termine Mindfulness fa riferimento ad uno stato caratterizzato da "presenza mentale", si può, quindi, definire come "la consapevolezza momento per momento". Ha origini buddiste ma dobbiamo la sua attuale forma all'incontro con la terapia Cognitivo Comportamentale avvenuto negli anni. Grazie a questa unione sono nati diversi programmi d'intervento come la "Spiritual Self Focus Schema Therapy" impiegata per i disturbi d'ansia e di personalità (Jeffrey et al., 2007). La mindfulness può essere utilizzata sia in un contesto di prevenzione sia in un contesto di presa in carico dei disturbi depressivi perinatali paterni e materni, in quanto queste tecniche sono possibili anche durante la gravidanza, e portano vantaggi clinici come la riduzione dei livelli di stress, di depressione e il potenziamento delle emozioni positive oltre ad evitare

l'esposizione a psicofarmaci. Spesso per la depressione perinatale viene utilizzato il protocollo Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT-PD). Esso si è rivelato utile soprattutto in persone con storie di depressione pregressa, poiché tecniche di meditazione supportate dalla terapia cognitivo-comportamentale riducono il rischio di ricadute. (Cicchiello, 2017).

In questo ambito nel 2009 è stato proposto un nuovo modello di "genitorialità consapevole" (Duncan *et al.*, 2009). Questo nuovo protocollo si basa su cinque dimensioni quali l'accettazione non giudicante, la consapevolezza emotiva, la compassione di sé e del bambino, l'auto-regolazione del rapporto genitoriale e l'ascolto attento.

Nel 2011 un altro studio condotto da Duncan ha portato allo sviluppo di un programma apposito per il parto e la genitorialità, il "Mindfulness-based Childbirth and parenting" (MBCP). Secondo la "Stress and Coping Theory" (Lazarus e Folkman, 1984) di fronte ad un evento stressante non tutti hanno la stessa esperienza, ma alcuni possono valutarlo come una minaccia altri come una sfida. Giudicare una situazione come una prova e non pericolosa comporta sensazioni migliori, quindi un atteggiamento propenso all'adattamento. Valutare il momento del parto non come dannoso riduce le emozioni negative e permette di affrontarlo in un modo propositivo (Lazarus, Folkman, 1984).

Il programma MBCP è costituito da un incontro a settimana della durata di tre ore per nove mesi, inoltre, prevede tra il sesto e il settimo incontro un ritiro di due giorni. È, anche richiesto ai partecipanti di impegnarsi per trenta minuti nella pratica della meditazione a casa con l'utilizzo di registrazioni guidate. Nel percorso vengono insegnate pratiche per gestire il dolore e accettare le sensazioni corporee intense, e vengono anche trattati temi come i cambiamenti psicologici durante la gravidanza, il travaglio e il parto, il post parto, l'allattamento e le possibili esigenze del neonato.

Al padre vengono insegnate pratiche di gestione del dolore insieme alla propria donna, così che possa sviluppare una connessione empatica. Grazie al lavoro in gruppo viene incoraggiata la condivisione tra genitori, soprattutto degli elementi di stress, in modo da ridurre il rischio di isolamento sociale (Cicchiello, 2017).

Conclusioni

Alla luce di quanto elaborato risulta evidente come la depressione, che inizialmente era chiamata “Melancolia” sia un disturbo clinico psicopatologico che non deve essere sottovalutato. Nel particolare dell’oggetto di questa tesi, è emerso come non debba tantomeno essere trascurata la depressione perinatale, con nessuna differenza tra i due genitori, poiché può comportare malfunzionamenti all’interno del nucleo familiare e può avere ripercussioni sia interne alla coppia sia sui figli. Negli ultimi decenni è aumentato l’interesse per questo disturbo, prima nel mondo femminile, poi negli anni ’70 si è aperto anche a quello maschile, ma solo negli ultimi tempi sta raggiungendo una discreta attenzione al fenomeno, ricerca scientifica e divulgazione. Anche se spesso è ancora incompresa, la sua diffusione ha permesso alle donne di provare meno vergogna e aprirsi alla disponibilità di parlarne così da cercare anche un aiuto. È sorta quindi la necessità di formulare diagnosi sempre più accurate già in fasi precoci della gravidanza. Per fare ciò bisogna che siano ben definiti e chiari i fattori di rischio in modo da informare i futuri genitori e attuare un piano preventivo o di trattamento più precoce possibile. La maggior parte degli studi hanno indicato come fattore di rischio principale la presenza dei disturbi dell’umore nell’altro partner della coppia. Infatti, non solo uno stato mentale depresso nella madre conduce il padre a una sintomatologia classica dei disturbi affettivi, ma è vero anche il contrario.

Fondamentali sono, però, le modalità differenti con cui lo stesso disturbo si manifesta in entrambi i genitori. Troviamo una sintomatologia abbastanza evidente nella donna caratterizzata da crisi di pianto e ansia, tristezza e bassi livelli di energia, mentre nell’uomo prevalgono gli agiti comportamentali oltre all’ansia. È più facile che l’uomo cerchi conforto nel fumo, nell’alcool o altre azioni che lo distraggono dai suoi problemi reali, rispetto ad una donna. Questo probabilmente per una questione di accettabilità sociale e culturale che prevede che l’uomo non manifesti apertamente emozioni come tristezza, dolore e frustrazione.

Molti ambiti della depressione perinatale (soprattutto della sfera maschile) sono ancora da affinare come gli strumenti di prevenzione, diagnosi e trattamento ma le svolte raggiunte fino ad ora lasciano ampio margine di ottimismo.

BIBLIOGRAFIA

- Papiro n. 3014, *tempo del Medio Regno, XII dinastia dei faraoni*, “Dialogo del disperato con la sua anima. From <https://deprestop.it/depressione-nellantico-egitto-papiro-n-3024/>
- Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G.M., Colosimo, D., Giacchetti, N. et al. (2012). Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality, a pilot study. *Journal of psychopathology*, 18, 328-334. (Trad. it.) *Depressione perinatale e nel postpartum: tra attaccamento e personalità, studio pilota.*
- Alonso, J.R. (2021). Depressione. Come comprenderla e superarla. *Scoprire la psicologia* 7, 144.
- Angelino, C., Salvaneschi, E. (Eds) (1995). *La melanconia dell'uomo di genio*. Genova: Il Nuovo Melangolo.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). (Trad. It.) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Atkinson, A.K. & Rickel, A.U. (1984). Postpartum depression in primiparous parente. *Journal of abnormal psychology* 93, 115-119.
- Baldoni, F., Baldaro, B. & Benassi, M.G. (2009). Affective disorders and illness behaviour in perinatal period: correlations between fathers and mothers. *Child development & Disabilities*, vol. XXXVI, Saggi, 3, 25-44.
- Baldoni, F. & Ceccarelli, L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e adolescenza* 9, 79-92.

- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A. & Caretti, V. (2016). Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA). Bologna, Dipartimento di psicologia Università di Bologna.
- Baldoni, F. & Gianotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. *ResearchGate*, from <https://www.researchgate.net/publication/321361968>
- Ballard, C., Davies, R., Cullen, P., Mohan, R. & Dean, C. (1994). Postnatal depression in mothers and fathers. *British journal of psychiatric* 164, 782-788
- Ballard, C. & Davies, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry* 8, 65-71.
- Beard, J.L., Hendricks, M.K., Perez, E.M. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognitions. *Nutritional Epidemiology* 135, 267-272.
- Beck, A.T., Ward, C.H, Mendelson, M., Moch, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives general psychiatric* 4, 561-571.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect. University of Pennsylvania (Ed. 1970). *Depression: causes and treatment*.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian book.
- Beck, A.T., Wenzel, A., Riskind, J.H., Gary, B., Steer, R.A. (2006). Specificity of hopelessness about resolving life problems: another test of Cognitive Model Depression. *Springer Science* from <https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=23444465&S=R&D=pbh&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep7I4yOvqOLCmsEqep7ZSsq24Sa6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGutkqwprNOuePfgex44Dt6fIA>
- Beck, C.T, (1996). A meta-analysis of the relationships between postpartum depression and infant temperament. *Nursing research* 45, 225-233.
- Beck, C.T. & Gable, R.K. (2010). PDSS, Postpartum Depression Screening Scale. C. Caretti, F. Monti, F. Agostini & N. Ragonese (Eds.) Firenze: Giunti-Organizzazioni Speciali.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: a metasynthesis. *Qualitative health research* 12, 275-285.

- Beck, C.T. (2002). Revision of the Postpartum depression predictors Inventory. *Journal of obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 31, 394-402.
- Beck, C.T. & Driscoll, J.W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. Sudbury (MA): Jones and Bertlett Publishers.
- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2022). Dr. Aaron T. Beck. From <https://beckinstitute.org/about/dr-aaron-t-beck/>
- Beebe, B. & Lachmann, F.M., (2002). *Infant research and adult treatment: co-constructing: the analytic process*. Hillsdale (NJ). (Trad. It.) *Infant research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina, 2003.
- Bellantuomo, C., De Bererdis, D., Valchera, A. & Vecchiotti, R. (2021). *Manuale di psichiatria perinatale*. Frascati (RM): Giovanni Fioriti.
- Bernardi, L. (2015). Diventare genitori: le emozioni nei neopadri. From <https://www.stateofmind.it/2015/07/neopadri-emozioni/>
- Bernazzini, O. & Bifulco, A. (2003). Motherhood as vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social science and medicine* 56, 1249-1260.
- 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, 796-805.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss Vol.3: Sadness and depression*. (Trad. It.) *Attaccamento e Perdita Vol.3: La Perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983.
- Bradley, R & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of reproductive and infant psychology* 29, 19-42.
- Brindisino, F. (2021). *Neo papà: gioie e dolori maschili nel post parto*. From <https://www.genitoriepoi.it/2021/03/21/neo-papa-padre-genitore-post-parto-emozioni-breadwinner-paternal-blues/>
- Brockington, I. (2004). Postpartum Psychiatric disorders. *The Lancet* 363, 303-310.

- Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F. & Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry* 38, 829-833.
- Brown, L.S. & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice* 76, 351-367.
- Caretti, V. & Crisalfi, C. (2009). Fattori di rischio della depressione postpartum. *Psichiatria e psicoterapia* 1, 12-23.
- Caretti, V., Ragonese, N. & Crisafi, C. (2013). *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio*. Frascati (RM): Giovanni Fioriti.
- Cerletti, U. (1950). Old and new information about electroshock, *American journal of psychiatry* 107, 87-94.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B. & Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine* 32, 1039-1047.
- Cicchiello, S. (2017). La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio aspetti clinici e possibili interventi. *Cognitivismo clinico* 14, 22-45.
- Collins, N.L., Guichard, A.C., Ford, M.B. & Feeney, B.C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. W.S Rholes, & J.A. Simpson, (Eds.) *Adult attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 196-239). New York: Guilford Press.
- Cosmacini, G. (Ed.) (2014). *Male sacro*. Senago (MI): AlboVersorio
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of psychiatry* 150, 782-786.
- Crittenden, P.M. (1979-2007). *CARE-index: Coding Manual*. Family Relations Institute, Miami FL.
- Crittenden, P.M. (2008). *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Milano: Cortina.
- Currò, V., De Rosa, E., Maulucci, S., Maulucci, M.L., Silvestri, M.T., Zambrano, A. & Regine, V. (2009). The use of Edinburgh Postnatal Depression

- Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. *Italian Journal of Pediatrics* 35-32.
- Demontigny, F., Girard, M.E., Lacharité, C., Dubeau, D. & Devault A, (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of affective disorders* 150, 44-49.
 - Dennis, C.L. & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursery* 56, 588-599.
 - Doucet, S., Dennis, C.L., Letourneau, N., Blackmore, E.R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *Journal obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38, 269-279.
 - Duncan, L.G., Coastworth, J.D. & Greenberg, M.T. (2009). A model of Mindfulness parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychological Review* 12, 255-270.
 - Fanos, V. & Fanos, T., (2013). *La depressione postpartum. Cause, sintomi e diagnosi*. Quartu S.Elena (CA): Hygeia Press.
 - Fisher, S.D., Kopelman, R. & O'Hara M.W. (2012). Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Archives of Women's Mental Health* 15, 283-288.
 - Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle: a developmental system view of fathers, mothers and infants*. New York: Basic Books (Trad. It.) *Il triangolo primario: le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Milano: Cortina (2000).
 - Fletcher, R.J., Garfield, C.F. & Matthey, S. (2015) *Father's perinatal mental health*. J. Milgrom & A.W. Gemmil (Eds.) *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening Psychosocial Assessment, and Management*. Oxford: Wiley & Sons.
 - Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 64, 22-31.

- Freud, S. (1917). *Metapsicologia: Vol.8 Lutto e melanconia., p.1.* Torino: Boringhieri.
- Gerner, L. (2005). *Exploring prenatal attachment: factors that facilitate paternal attachment during pregnancy.* Fresno: Alliant International University.
- Goodman, J.H. (2004). Paternal Postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing* 45, 26-35.
- Graziottin, A. (2014). Papà in sala parto: si o no? From https://www.alessandragraziottin.it/it/div_audio.php/Papa-in-sala-parto-si-o-no-Esperti-a-confronto?ID=14345
- Grinberg, L. (1971). Colpa e depressione. M.G. Minetti (Ed.) Italiana del 1990.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents deprimes. *Psychiatrie de l'Enfant* 32, 269-309.
- Hagen, E.H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evol Hum Behav* 20, 325-359.
- Harvey, I. & McGrath, G. (1988). Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry* 152, 506-510.
- Haynal, A. (1976). *Il senso della disperazione: La problematica della depressione nella teoria psicoanalitica.* Milano: Feltrinelli, 1983.
- Jeffrey, E.Y., Janet, S.K. & Marjorie, E.W. (2007). *Schema Therapy: la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità.* Trento: Erickson
- Jones, G., Morrell, C.J., Cooke, J.M., Speier, D., Anumba, D. & Steward-Brown, S. (2011). The development of two postnatal health instruments: one for mother (M-PHI) and one for fathers (F-PHI) to measure health during the first year of parenting. *Quality of Life Research* 20, 1011-1022.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Dovunque tu vada ci sei già. Una guida alla meditazione.* Milano: Tea libri.
- Kammerer, M., Marks, M., Pinard, C., Taylor, A., Castelberg, B., Kunzli, H. & Glover V. (2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health* 12, 135-141.

- Kleiman, K., a cura di Quartaro, R.M. & Grussu, P. (2017). *Guarire dalla depressione postpartum. Indicazioni cliniche e psicoterapia, Psicologia della Maternità*. Trento: Erickson.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Letoumeau, N., Duffett-leger, L., Dennis, C.L., Steward, M., Tryphonopoulos, P.D. (2011). Identifying the support needs of father affected by post-psrtum depressio: a pilot study. *Journal of Psychiatric of Mental Health Nursing* 18, 41-47.
- Letourmeau, N., Tryphonopoulos, P.D., Duffett-Leger, L., Steward, M., Benzies, K., Dennies, C.L. et al. (2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 26, 69-80.
- Loiacono, E.A. (2017). *SSRI: uso di antidepressivi in gravidanza ed allattamento*. From <https://medicinaonline.co/2017/03/17/ssri-uso-di-antidepressivi-in-gravidanza-ed-allattamento/>
- Loscalzo, Y., Giannini, M., Contena, B., Gori, A. & Benvenuti, P. (2015). *General Hospital Psychiatry*: Vol. 37 The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: a contribution to the validation for an Italian sample, pp. 251-256.
- Luca, D. & Bydlowski, M. (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le Carnet Psy* 67, 28-33.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J. & Howie, P. (2001). Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders* 64, 2-3, 175-184.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders* 74, 139-147.
- McCoy, S.J., Beal, J.M., Shipman, S.B., Payton, M.E., Watson, G.H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The journal of the American Osteopathic Association* 106, 193-198.

- Meighan, M., Davis, M.W., Thomas, S.P. & Droppleman, P.G. (1999). Living with postpartum depression: the father's experience. *American Journal of Maternal and Child Nursing* 24, 202-208.
- Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child*. New York: Basic Books.
- National Institute of Mental Health, 2018, The perinatal mental health care pathways. Londra: National Collaborating Centre for Mental Health.
- National Mental Health Association (2003). Recognizing postpartum depression. From <http://www.nmha.org/children/ppd.pdf>
- O'Hara, M.W., Zekoski, E., Philipps, L. & Wright, E. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing woman. *Journal of Abnormal Psychology* 99, 3-15.
- O'Hara, M.W. & McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology* 9, 379-407.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1993). International Classification of Diseases. From https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=82
- Parise, P. (2022). *La scoperta degli antidepressivi: una storia di Serendipity*. From <https://www.pasqualeparise.it/la-scoperta-degli-antidepressivi-una-storia-di-serendipity/>
- Patore, A. (2021). Depressione post-partum. From <https://istitutosantachiara.it/depressione-post-partum/>
- Paulson, J.F. & Bazemore, S.D. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. *JAMA* 303, 1961-1969.
- Perren, S., von Wyl, A., Burgin, D., Simoni, H. & von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology* 26, 173-183.
- Prezza, M., Speranza, A.M. & Todini, G. (2006). *Gli interventi domiciliari nei primi anni di vita*. M. Prezza (Ed.) *Aiutare i neogenitori in difficoltà: L'intervento di sostegno domiciliare*. Milano: Franco Angeli.

- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements 1*, 385-401.
- Rees, W.D. & Lutkins, S.G. (1971). Parental depression before and after childbirth: An assesment with the beck Depression Inventory. *Journal of the Royal College of General practitioners 21-26*.
- Salomone, G. & Arnone, R. (2009). Italian psychiatric nosography before Kraepelin. *Giorn Ital Psicopat 15*, 75-88
- Salucci, F. & Della Sabina, V. (2007). Paternità e gravidanza: la sindrome della couvade. From <https://iissweb.it/sexlog/informazione-ed-educazione/paternita-e-gravidanza-la-sindrome-della-couvade/>
- Schumacher, M., Zubarán, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth 21*, 65-70.
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiu, L. & Rachmandani, P. (2015). *Parenting: Science and Practice: Vol. 15* Paternal depression in the postnatal period and early father-infant interactions, Pp. 1-8.
- Terenzi, S. (2017). La SCID-5-cv: l'intervista semistrutturata per formulare diagnosi secondo i criteri del DSM-5. From <https://www.stateofmind.it/2017/02/scid-5-cv-psicodiagnostica/>
- Tooby, J. & Cosmides, L. (2005). Conceptual foundations of evolutionary psychology. Buss, D.M. (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology*, pp. 5-67. Hoboken (NJ): Wiley.
- Trethwan, W.H. & Conlon, M.F. (1965). The couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry 111*, 57-66.
- Trivers, R.L. (1972). *Parental investment and sexual selection*. B. Campbell (Ed.) *Sexual Selection and the descent of man*. Chicago: Aldine.
- Tundo, A. (2014). *Breve storia della depressione*. Istituto di psicopatologia. From www.istitutodipsicopatologia.it/storia-della-depressione/
- Vasconcellos, D. (2003). Devenir pere: crise identitaire. *Devenir 15*, 191-209.
- Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kempke, S. & Tang, E. (2010). Stability and change in levels of depression and personality: a follow up study of

postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother-infant unit. *Journal of Nervous and Mental Disease* 198, 45-51.

- Zeanah, C.H. (Ed.) (2009). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Zlotnick, C., Johnson, S., Miller, I., Pearlstein, T. & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an inter-personal-therapy oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry* 158, 638-640.

SITOGRAFIA

- http://www.dicoseunpo.it/Scritti_dellAntico_Egitto_files/TESTI%20LIRICI%20ED%20INNI%201%20Dialogo%20de1%20disperato%20con%20la%20sua%20anima.pdf
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0536&from=FR>
- <https://www.jstor.org/stable/41488820?seq=5>

Ringrazio prima di tutto la Professoressa Ferro, mia relatrice, per aver supportato e guidato me e il mio lavoro.

Mamma e papà, che negli ultimi 3 anni e non solo hanno tollerato l'invasione dei miei libri, oltre alle mie preoccupazioni. Tutto questo prima o poi doveva essere ripagato, spero basti la mia tesi perché soldi non ne ho.

A mia sorella Vanessa che nonostante i suoi esami e le gite al mare è riuscita a leggere il mio elaborato.

Ringrazio il mio fidanzato Luca, che ha saputo affiancarmi in tutto il percorso, e ha sopportato con pazienza tutti i miei "Non ce la farò mai!"

Infine, voglio ringraziare la mia compagna di sventure in questo percorso, Marti, a te devo la maggior parte delle risate accompagnate dai nostri famosi "Salti tu, salto io".

Grazie a tutti voi.