



**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 2023/2024

*Tesi di laurea*

**Le sfide della maternità: rischi, protezioni e interventi per la  
depressione perinatale**

**RELATRICE:**

Prof.ssa Laura Ferro

**STUDENTE:** 21 D03 319

Anrò Ambra

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1: LA DEPRESSIONE PERINATALE</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Definizione del disturbo e cambiamento di prospettiva</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Riflessioni sul contesto attuale .....	5
<b>1.2 Classificazione della depressione perinatale</b> .....	<b>6</b>
1.2.1 Scale di valutazione e diagnosi .....	7
1.2.2 Diagnosi differenziale e dati epidemiologici .....	8
<b>1.3 La depressione perinatale nei padri</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4 Traiettorie della relazione di attaccamento madre-bambino e dello sviluppo del bambino con madre affetta da depressione perinatale</b> .....	<b>12</b>
<b>CAPITOLO 2: I MODELLI TEORICI PER LA DESCRIZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E DEI FATTORI DI PROTEZIONE</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 I modelli di spiegazione della depressione perinatale</b> .....	<b>16</b>
2.1.1 Il modello bio-psico-sociale .....	16
2.1.2 Il modello vulnerabilità-stress e resilienza .....	18
2.1.3 Approccio evolutivo alla depressione perinatale .....	20
<b>2.2 Fattori di rischio</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 Fattori biologici.....	22
2.2.2 Fattori psicologici .....	23
2.2.3 Fattori sociali, ambientali e relazionali .....	25
2.2.4 Il rischio suicidario in gravidanza e nel post-partum .....	26
<b>2.3 Fattori protettivi</b> .....	<b>29</b>
<b>CAPITOLO 3: INTERVENTI PER LA DEPRESSIONE PERINATALE</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Panoramica generale sugli interventi per la depressione perinatale</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2 Programmi di intervento e di prevenzione nel territorio italiano</b> .....	<b>32</b>
3.2.1 “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum” .....	33
3.2.2 “Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati” .....	35
3.2.3 Analogie, differenze e riflessione sui programmi proposti .....	37

<i>3.3 Proposta di un intervento mindfulness-based per la salute mentale in gravidanza e nel post-parto</i> .....	38
<i>CONCLUSIONE</i> .....	41
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	42
<i>SITOGRAFIA</i> .....	57
<i>RINGRAZIAMENTI</i> .....	58

## INTRODUZIONE

Nell'ambito della mia carriera universitaria e della mia vita personale ho sempre considerato estremamente intrigante e complesso il quadro clinico della depressione: in particolare, mi sono sempre chiesta quale siano le cause di un malessere così pervasivo e debilitante che colpisce la quotidianità di una persona. In particolare, questo elaborato si concentra sull'analisi della depressione perinatale, periodo comunemente, e forse erroneamente, considerato come uno dei momenti più belli che la donna possa vivere nella sua vita. Infatti, la nascita di un figlio può sicuramente rappresentare un momento gioioso nella vita della donna e non solo, ma, come sarà esposto nei capitoli successivi, può rappresentare anche un periodo di estrema difficoltà per la madre, che si ritrova a dover affrontare delle sfide che agli occhi di chi la circonda possono risultare invisibili.

I motivi che mi hanno spinta ad affrontare tale tematica sono diversi. In primo luogo, nonostante sia il disturbo mentale che più colpisce le donne in tale periodo e nonostante ci siano diverse evidenze scientifiche a supporto di ciò, la depressione perinatale, come anche esposto in seguito, è una condizione sottostimata, sottodiagnosticata e sub trattata. Di questo aspetto me ne sono resa conto anche durante la stesura dell'elaborato, a partire dal fatto che uno tra i due più utilizzati manuali diagnostici per la formulazione della diagnosi dei disturbi mentali, il DSM, non permette una diagnosi indipendente, ma prevede soltanto l'aggiunta dell'apposita specificazione. Infine, il mio interesse a questo tema deriva anche da racconti di esperienze personali vissute da persone a me care, che hanno sperimentato i sintomi tipici della depressione durante la gravidanza e dopo la nascita del proprio figlio.

Il primo capitolo descrive inizialmente l'exkursus storico che ha portato all'attenzione della comunità scientifica la depressione perinatale e di come, grazie all'evidenza di alcuni studi, ad oggi si parli di "depressione perinatale" e non più di "depressione post-partum", un quadro depressivo che caratterizza solamente il periodo successivo al parto. Successivamente, verrà approfondito il quadro della depressione perinatale da un punto di vista clinico, analizzandone la sintomatologia. Verranno anche esposti alcuni, i più famosi ed utilizzati, strumenti di valutazione per la diagnosi, oltre alla presentazione di una diagnosi differenziale dagli altri quadri clinici che possono emergere in tale periodo. Si analizzerà, poi, la depressione perinatale paterna, portando alla luce tale problematica che, come si leggerà, risulta essere ulteriormente sottovalutata. Infine, il capitolo descrive come cambia la relazione di attaccamento tra madre e bambino in presenza di depressione materna, riflettendo anche sui possibili effetti che tale condizione può avere sullo sviluppo del bambino.

Il secondo capitolo volge inizialmente uno sguardo ai modelli teorici di riferimento per la comprensione eziopatogenetica della depressione perinatale, analizzando principalmente tre modelli: il modello bio-psico-sociale, il modello diatesi-stress-resilienza e il modello evolutivo. La riflessione maggiore che il capitolo porta riguarda i fattori di rischio bio-psico-sociali che possono essere predittivi di un quadro depressivo, affrontando anche la tematica del rischio suicidario. Infine, vengono portati all'attenzione i fattori di protezione, che possono risultare utili nella prevenzione da questo particolare quadro clinico.

Il terzo ed ultimo capitolo apre una breve riflessione agli interventi e alle terapie (psicologiche e farmacologiche) proposti per il trattamento della depressione perinatale, concentrandosi sull'analisi di tre progetti proposti nell'ambito delle politiche sanitarie per la salute mentale sul territorio italiano, volti al trattamento e all'intervento, anche di prevenzione, della depressione materna. Infine, viene analizzato anche un progetto a mio parere innovativo che pone le sue basi sulla pratica della Mindfulness nel periodo della gravidanza e del post-parto.

# CAPITOLO 1:

## LA DEPRESSIONE PERINATALE

### *1.1 Definizione del disturbo e cambiamento di prospettiva*

Fin dall'antichità, la gravidanza è sempre stata descritta in maniera idealizzata come un periodo favorevole nella vita delle donne, vissuto da loro con gioia in attesa dell'arrivo del proprio figlio (Aguglia, 2013). Durante questo periodo, in realtà, la donna subisce cambiamenti fisici e psichici, diventando più vulnerabile, risultando quindi essere a volte più soggetta ad episodi fragilità psichica. Basti pensare al fatto che, solo in Italia, il 7-12% delle neo-mamme sono colpite da depressione post-partum con esordio tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita del figlio (Ministero della Salute, 2023). Durante questo periodo la donna sperimenta tristezza, vive la maternità in maniera distaccata, si sente inadeguata al ruolo della genitorialità e, nei casi più gravi, presenta comportamenti autolesivi (Aguglia, 2013).

Attualmente, la quinta edizione revisionata del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2023) non classifica la depressione post-partum o perinatale come un disturbo specifico, ma ammette la possibilità di affiancare la voce “con esordio nel peripartum” alla classificazione del disturbo depressivo maggiore come specificazione del momento della comparsa di un disturbo dell'umore, affinché questo avvenga nelle prime quattro settimane dal parto. In realtà, sono numerosi gli studi che evidenziano la specificità del disturbo in quanto l'evento della nascita risulta essere un fattore di vulnerabilità nelle donne che non hanno mai manifestato un disturbo dell'umore (Murray & Cooper, 1997).

Il percorso verso la comprensione della depressione post-partum ha subito una significativa evoluzione nel corso degli anni, caratterizzata da una crescente consapevolezza dell'importanza del periodo perinatale, periodo che comprende sia la gravidanza sia il puerperio. Infatti, mentre in passato la salute mentale materna poteva essere stata in parte trascurata (IIS, 2024), oggi assistiamo a una rivoluzionaria apertura nei confronti del peri-parto grazie a diversi studi che negli ultimi decenni si sono concentrati su questo tema (Kammerer *et al.*, 2009; Banti *et al.*, 2011; Kee *et al.*, 2023). Questo cambiamento di prospettiva ha dato le basi per una comprensione più approfondita della depressione post-partum e delle sfide psicologiche associate a questo periodo delicato. Infatti, il periodo perinatale assume un ruolo cruciale, poiché le sfide legate al tono dell'umore materno e all'ansia sono connesse a conseguenze avverse in vari ambiti, quali la gravidanza, la genitorialità, la regolazione emotiva e

comportamentale, e la formazione di un attaccamento sicuro nel neonato (Coplan *et al.*, 2005). Inoltre, in alcuni studi è risultato evidente come la prevalenza dei disturbi d'ansia sia più elevata nel periodo prenatale rispetto al periodo post-parto (Fairbrother, 2015).

Prima di volgere uno sguardo agli studi che hanno contribuito a enfatizzare il periodo perinatale come una fase critica di vulnerabilità per l'insorgenza della depressione nelle donne, è opportuno ripercorrere alcune delle tappe storiche fondamentali relative alle patologie mentali correlate alla gravidanza.

Come Ramacciotti e colleghi spiegano nel loro lavoro (2008), la prima documentazione di alcuni casi clinici relativi a disturbi mentali legati alla gravidanza e al post-parto risale a Ippocrate (460-377 a.C.) che definì “febbre puerperale” i sintomi che si verificavano in seguito all'avvelenamento del cervello causato dalla secrezione del liquido lochiale dopo il parto (Thurtle, 1995). I sintomi riguardavano agitazione, delirio e “attacchi di mania”. Successivamente, Trotula da Salerno, all'interno del *Trotula major*, descrisse la depressione puerperale come conseguenza di una gravidanza complicata.

Nel diciassettesimo secolo, Esquirol descrisse per la prima volta i disturbi psichiatrici riferiti all'evento del parto, dandogli il nome di “follia puerperale”, definendo così un collegamento temporale tra l'avvento dei sintomi depressivi e l'evento del parto. Non molto dopo, anche Marcè parlò di psicosi puerperale e depressione in seguito al parto nel suo “*Tratité de la folie des femmes enceintes*” (1958), nel quale aveva osservato nelle puerpere degli stati di agitazione, di delirio, di allucinazioni e di alterazione della memoria. Suggerì, inoltre, la classificazione in due gruppi distinti dei disturbi mentali post-partum: quelli ad esordio precoce, dovuti a deficit cognitivi, e quelli ad esordio tardivo, dovuti a sintomi fisici.

Nel corso dei decenni successivi, la depressione post-partum non venne considerata come un disturbo mentale distinto rispetto ad altri disturbi che potevano manifestarsi in fasi diverse della vita. Secondo i criteri diagnostici proposti da Kraepelin (1856-1926), le variazioni dell'umore legate alla gravidanza venivano inserite nelle categorie della *dementia praecox*, della malattia maniaco-depressiva, degli stati neurotici e delle confusioni tossiche. Una svolta significativa si verificò nel 1952, quando l'American Psychiatric Association (APA) eliminò il termine "post-partum" dalla prima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e strutturò un quadro diagnostico basato esclusivamente sui sintomi del disturbo. Da quel momento in poi, le condizioni mentali correlate al periodo post-partum non vennero più considerate come disturbi mentali autonomi.

### 1.1.1 Riflessioni sul contesto attuale

Come già accennato, ad oggi il DSM-5-TR (2023) permette l'aggiunta della voce "con esordio nel peripartum", riconoscendo la natura estremamente variegata del disturbo, che non solo può insorgere nel puerperio, ma anche, e soprattutto, in gravidanza. L'aggiunta della voce "*with peripartum onset*" all'interno della quinta versione (2013) risulta già di per sé rivoluzionaria, poiché evidenzia come il disturbo depressivo possa manifestarsi già prima del parto. Di contro, la precedente edizione, il DSM-IV-TR (2000), prevedeva l'aggiunta della voce "*with post-partum onset*", sottintendendo che la depressione potesse insorgere soltanto dopo il parto.

Diversi studi (Evans *et al.*, 2001; Kammerer *et al.*, 2009; Banti *et al.*, 2011) condotti negli ultimi anni hanno concentrato la loro attenzione sul periodo perinatale, evidenziando sia il fatto che i sintomi che si riscontrano nella depressione post-natale siano riconoscibili già durante la gravidanza, sia che quest'ultima presenta un profilo sintomatologico in parte differente.

Uno dei primi studi ad interrogarsi sulla presenza dei sintomi non solo nel post-parto ma anche durante la gravidanza è stato condotto da Evans *et al.* (2001) che avevano come obiettivo monitorare a livello longitudinale le madri durante e dopo la gravidanza per segnalare e differenziare i sintomi durante i diversi stadi della depressione. Lo studio coinvolse negli anni Novanta quasi 14000 donne in gravidanza, a cui vennero somministrati i questionari *Edinburgh postnatal depression scale* (Cox, 1987) e *Crown Crisp experiential index* (Crown, Crisp, 1979) in quattro momenti diversi rispetto al periodo di osservazione, due durante la gravidanza e due dopo il parto. Sebbene i risultati preliminari della ricerca sembrassero evidenziare una distinzione tra i due periodi, i dati finali non si rivelarono innovativi, e non delinearono una distinzione così netta tra i due momenti. Nonostante ciò, la ricerca fu un primo tentativo di porre l'accento sul periodo perinatale.

Altri autori che hanno constatato la peculiarità dei sintomi depressivi in gravidanza furono Kammerer, e collaboratori, che nel 2009 condussero uno studio il cui obiettivo era individuare differenze nei profili sintomatologici della depressione peri e post-natale. Servendosi dei criteri descritti dal DSM-IV, osservarono i cambiamenti fisiologici e psicologici tipici del periodo di transizione dalla gravidanza al post-parto di 892 donne svizzere, riscontrando una sintomatologia più accentuata nelle donne in gravidanza. Queste riportavano agitazione o rallentamento psicomotorio, disturbi del sonno e difficoltà nel concentrarsi, a differenza delle puerpere che accusavano 'soltanto' cambiamenti a livello psicomotorio e fatica. Lo studio evidenzia, quindi, come e quanto la gravidanza rappresenti un momento di vulnerabilità ai sintomi depressivi in misura maggiore rispetto al puerperio, tenendo comunque in

considerazione il fatto che alcuni sintomi utilizzati per descrivere un episodio depressivo possano essere confusi da cambiamenti fisiologici e psicosociali nel periodo prenatale. In ogni caso, lo studio di Kammerer è il primo a sottolineare la differenza dei sintomi depressivi tra la gravidanza e il periodo post-parto.

Un altro studio si è concentrato sulla prevalenza della depressione in entrambi i periodi di vulnerabilità: si tratta di una ricerca italiana (Banti, S. et al., 2011) condotta su un campione di 2598 donne, tutte rientranti nel periodo compreso tra la terza settimana di gravidanza e il dodicesimo mese dopo il parto. Nello studio è stata riscontrata una prevalenza più elevata della depressione durante la gravidanza rispetto al periodo post-parto (12,4% contro 9,6%), mentre è stata rilevata un'incidenza maggiore nel periodo post-natale rispetto al periodo prenatale (6,8% contro 2,2%). Questi dati indicano la presenza di una forte interconnessione tra i due momenti, mettendo in luce anche il fatto che la depressione durante la gravidanza può diventare un fattore di previsione del disturbo depressivo dopo il parto. Inoltre, la ricerca condotta da Banti e colleghi fornisce ulteriori prove del fatto che i disturbi depressivi sono frequenti anche durante il periodo perinatale, il quale viene sempre più riconosciuto come un momento che richiede una particolare attenzione clinica.

Tra i più recenti studi si trova quello condotto da Kee *et al.* (2023) che indaga l'andamento e la stabilità dei sintomi depressivi durante il periodo perinatale in più di 11000 donne di tre continenti differenti. L'analisi è stata condotta a partire al periodo precedente al concepimento fino a due anni dopo il parto. Sono stati identificati tre gruppi di madri in base al livello di intensità dei sintomi, all'interno dei quali è stato riscontrato un andamento stabile dei sintomi fin dalla gravidanza. Inoltre, la ricerca evidenzia l'importanza del periodo prenatale in termini di intervento, sottolineando quanto sia estremamente vantaggioso intervenire prima del parto non solo per la madre, ma anche per il benessere del bambino.

Nonostante gli studi descritti siano evidenza della presenza dei sintomi depressivi già in gravidanza e non solo dopo il parto, soprattutto negli ultimi anni l'interesse verso l'argomento è cresciuto, aprendo nuovi orizzonti per lo studio di questo complesso fenomeno.

## ***1.2 Classificazione della depressione perinatale***

Come già anticipato, né nelle precedenti edizioni né in quella attuale il DSM consente la diagnosi della depressione perinatale come un disturbo indipendente, diagnosticando quindi il disturbo all'interno dell'episodio depressivo maggiore specificando l'esordio durante la

gravidanza o nelle settimane immediatamente successive. Il disturbo depressivo maggiore è definito dalla presenza di umore depresso e perdita di interesse per un periodo di almeno due settimane. Inoltre, il soggetto deve riportare una serie di sintomi che il DSM descrive come caratterizzanti della depressione, quali perdita/aumento di peso o di appetito, insonnia o difficoltà ad addormentarsi, senso di irrequietezza o rallentamento, senso di fatica, sentimenti di autosvalutazione, capacità minima di concentrazione o ricorrente ideazione suicidaria. Tendenzialmente, quindi, i sintomi depressivi di una neo-mamma sembrerebbero essere molto simili ai sintomi di qualsiasi altro soggetto depresso. È, però, noto il fatto che la madre, in questo momento così delicato che comporta cambiamenti sia fisiologici sia psichici, si trovi a dover trovare un nuovo equilibrio per poter vivere la maternità. Deve, infatti, ristrutturare il suo assetto mentale per poter acquisire un nuovo equilibrio all'interno della sua nuova vita. Questo assetto, definito *costellazione materna* (Stern, 1995), inizia a strutturarsi già durante la gravidanza e permette alla donna di ridefinire le proprie priorità e i propri valori, oltre sviluppare tutte quelle abilità, pratiche e mentali, che riguardano il senso materno. Si tratta, dunque, di una sfida che la donna deve affrontare, ma che non sempre riesce a vincere a causa della presenza di determinati fattori di rischio che favorirebbero l'emergere di un quadro clinico patologico.

### 1.2.1 Scale di valutazione e diagnosi

Per la diagnosi di questo disturbo è innanzitutto necessario individuare in modo corretto e rapido le donne che soffrono di questo tipo di depressione cercando di scovarne le radici sintomatologiche già a partire dalla gravidanza, attraverso un'individuazione precoce. Inoltre, è fondamentale considerare da una parte tutto quello che può rientrare nei fattori di rischio che possono causarne l'insorgenza e, dall'altra parte individuare tutti quei fattori definiti di protezione che possono prevenirne l'insorgenza o favorirne il superamento. Per farlo, la letteratura scientifica (Caretto *et al.*, 2013) propone l'utilizzo di interviste semi-strutturate e questionari *self-report*. Le interviste sono per lo più basate sui sintomi descritti dal DSM e, attraverso una serie di domande, viene valutata la presenza del disturbo. Tuttavia, non tutte le donne presentano gli stessi sintomi, per cui questi potrebbero non essere abbastanza numerosi per soddisfare i criteri diagnostici; per questa ragione vengono utilizzati anche i questionari *self-report* (Caretto *et al.*, 2013) che vengono compilati direttamente dal soggetto e che mirano a rilevare quei sintomi che, pur non soddisfacendo i criteri diagnostici del manuale, sono comunque essenziali per la diagnosi. Tra i *self-report* più famosi e più utilizzati si possono

trovare, l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, Cox *et al.*, 1987), il *Postnatal Depression Screening Scale* (PDSS, Beck e Gable, 2002) e il *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck *et al.*, 1961).

L'EPDS è un questionario composto da 10 item che indaga i sintomi depressivi che si manifestano del periodo successivo al parto, approfondendo le caratteristiche tipiche della depressione postnatale, come il senso di colpa, l'ansia e la preoccupazione.

Il PDSS è un questionario mirato ad approfondire la sintomatologia depressiva ed è, infatti, costituito da 53 item articolati su 7 dimensioni: disturbi del sonno e dell'alimentazione, ansia, labilità emotiva, disturbi cognitivi, perdita dell'identità, senso di colpa e pensieri autolesionisti.

Il BDI, a differenza dei due sopracitati, è un questionario atto ad indagare i sintomi della depressione. Non è utilizzato unicamente per la diagnosi della depressione post-partum, bensì permette la diagnosi di qualsiasi disturbo depressivo presente nel DSM, poiché valuta la presenza di sintomi cognitivi, affettivi, somatici, comportamentali ed interpersonali. risulta comunque avere buone proprietà psicometriche per l'individuazione della depressione correlata al parto.

Esistono, inoltre, alcune scale di valutazione mirate a identificare i fattori predittivi della depressione post-partum, valutando i fattori di rischio presenti in gravidanza e i possibili sintomi prenatali. Tra queste, si trova il *Predictive Index* (Cooper *et al.*, 1996), focalizzato su fattori eziologici sociali e psicologici, che analizza le dimensioni considerate più critiche per lo sviluppo della patologia. Un secondo strumento utilizzato per studiare i fattori predittivi della depressione è il *Postpartum Depression Prediction Inventory* (Beck, 1998), che analizza tutti quei fattori che possono favorire lo sviluppo del disturbo, come l'ansia, il supporto sociale e gli eventi di vita stressanti.

### *1.2.2 Diagnosi differenziale e dati epidemiologici*

La depressione perinatale non è l'unico quadro clinico che rientra nei disturbi psicopatologici legati alla perinatalità. Uno dei quadri clinici che si possono riscontrare all'interno di questo periodo è il *maternity blues* (Hamilton, 1967), anche definito *baby blues*, che consiste in una forma lieve di disturbo dell'umore molto legato all'esperienza fisiologica che il corpo della donna affronta, ma che tendenzialmente non è permanente e non comporta effetti sul lungo periodo. Da un punto di vista medico, è noto che la gravidanza e, successivamente, il parto provocano dei cambiamenti a livello fisico e ormonale, e sarebbero proprio queste oscillazioni

a indurre nella donna sintomi depressivi lievi. Nello specifico, giocherebbero un ruolo fondamentale gli ormoni tiroidei, gli estrogeni e il progesterone (Baker *et al.*, 2002), che porterebbero allo sviluppo di una sintomatologia caratterizzata da pianto, stanchezza, ansia, paura, labilità emotiva, irritabilità e ridotta interazione con il bambino. Tale condizione avrebbe esordio nei giorni immediatamente successivi al parto, e tenderebbe a scomparire entro le prime due settimane dal parto, senza influenzare la capacità della madre di prendersi cura del figlio (Beck, 2006). Nonostante sia una condizione transitoria e di lieve intensità, può comunque rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo di maggiore gravità.

Un secondo quadro clinico tipico del periodo post-parto, che sembra essere abbastanza diffuso, è rappresentato dalla psicosi puerperale (Monti & Agostini, 2006). Rappresenta una condizione più grave rispetto a quella appena descritta: infatti, sia per i sintomi, sia per l'esordio e la durata, può essere necessario intervenire con l'ospedalizzazione. Tendenzialmente, ha esordio nelle prime settimane dopo il parto, ma può manifestarsi fino a 3 mesi successivi. È una condizione caratterizzata tendenzialmente da sintomi quali deliri, alterazioni dello stato di coscienza, depressione, perdita di contatto con la realtà, allucinazioni e compromissione della capacità di funzionamento. Inoltre, è possibile osservare anche sintomi maniacali caratterizzati da eccessiva energia e irrazionalità, oltre alla presenza occasionale di forme schizofreniche. È, infine, importante specificare che la psicosi puerperale può portare al suicidio e, più spesso, all'infanticidio (Spinelli, 2004).

Un terzo quadro clinico che si è recentemente associato al puerperio è il disturbo da stress post-traumatico post-partum (Czarnocka & Slade, 2000). Parallelamente al disturbo post-traumatico da stress (PTSD), questo particolare quadro clinico è caratterizzato da sintomi come la frequente ritualizzazione dell'evento traumatico attraverso pensieri intrusivi e l'evitamento di tutte le situazioni e le emozioni ad esso connesse, disturbi del sonno, di concentrazione e di memoria, iperreattività e irritabilità. Anche il PTSD in seguito al parto rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di forme patologiche più gravi come la depressione. È, comunque, importante sottolineare come il parto, di per sé, rappresenti una situazione comunemente traumatica poiché legata ad un alto livello di stress, sia fisico sia psicologico, e rappresenta, quindi, un elemento cruciale per lo sviluppo di una sintomatologia patologica.

La depressione perinatale è una condizione che accomuna più donne di quanto si pensa: infatti, nonostante gli studi al riguardo siano ancora poco numerosi, si stima che almeno una donna su 5 sviluppi un problema di salute mentale nel periodo perinatale. Come già anticipato, solo in Italia il disturbo sembra avere una prevalenza tra il 7 e il 12% delle neo-mamme, e nel mondo

occidentale si stima una prevalenza del 10-15% delle madri. Il dato sarebbe aumentato in Italia negli ultimi anni, superando il 25% della prevalenza (Camoni, 2022); l'aumento sarebbe causato dall'impatto della recente pandemia COVID-19, che avrebbe portato all'isolamento sociale e ad altre condizioni che favorirebbero l'insorgenza dei sintomi. Risulta, quindi, evidente come anche il contesto sociale sia influente nello sviluppo di un quadro psicopatologico, e l'attenzione vada posta su tutti quegli elementi che possono costituire un rischio per la sua insorgenza.

### ***1.3 La depressione perinatale nei padri***

Comunemente, siamo abituati a pensare alla depressione perinatale e post-partum come una condizione che si manifesta esclusivamente nel sesso femminile. Infatti, anche il più importante manuale diagnostico, il DSM, ritiene che tale disturbo possa svilupparsi soltanto in quelle donne che stanno per diventare madri o lo sono diventate da poco. È noto che la gravidanza e la nascita di un figlio rappresentano dei momenti di forte tensione e vulnerabilità per entrambi i sessi, ma comunemente non si pensa mai di attribuire un quadro psicopatologico come la depressione post-partum all'uomo. Negli ultimi anni, però, la ricerca scientifica (Rees & Lutkins, 1971; Cattaneo *et al.*, 2015) ha esteso l'analisi anche al contesto maschile, dando prova del fatto che la depressione perinatale è una condizione non solo che colpisce la madre, ma che in alcuni casi può colpire anche il padre. Bisogna, però, tenere conto del fatto che tale quadro clinico associato ai padri rappresenta ancora una grande incognita nella comunità scientifica, e per svariate ragioni, quali la minore incidenza e la differente manifestazione dei sintomi, gli studi legati alla transizione alla paternità risultano ancora rari e lacunosi (Baldoni & Ceccarelli, 2013). Il primo studio scientifico noto legato all'analisi dei disturbi depressivi nei padri risale al 1971, in cui gli autori, Rees e Lutkins, somministrarono a un campione formato da 77 padri e 90 madri il *Beck Depression Inventory* (Beck *et al.*, 1961) sia durante la gravidanza, sia dopo un anno dal parto. Da quel momento l'attenzione verso questo particolare quadro clinico crebbe e la ricerca si interessò. La prima effettiva diagnosi di depressione perinatale paterna venne posta all'inizio degli anni 2000 in Francia, prendendo il nome di *dépression périnatale paternelle* (Luca e Bydlowski, 2001), e indicava una sintomatologia depressiva che rientrava nel periodo compreso tra la gravidanza e il primo anno post-parto. In tempi più recenti, altri studi (Baldoni & Agostini, 2013; Fletcher, Garfield & Matthey, 2015) hanno posto l'attenzione sui disturbi affettivi perinatali paterni, valutandone le manifestazioni cliniche, l'epidemiologia e la relazione con la depressione

materna. In particolare, si riscontra che questa tipologia di disturbi affettivi ha una frequenza di tre volte superiore nel periodo perinatale rispetto alla popolazione generale (Fletcher, Garfield & Matthey, 2015). Inoltre, è stata anche riscontrata una significativa relazione di influenza tra i disturbi affettivi perinatali materni e quelli paterni (Baldoni, 2016).

Rispetto ai dati a nostra disposizione, la depressione perinatale sembra avere una prevalenza molto inferiore in confronto alla depressione materna, tant'è che si è stimata una prevalenza che oscilla tra il 5% e il 10% dei padri in tutto il mondo (Paulson & Bazemore, 2010), presentandosi con una sintomatologia che comprende umore depresso, irrequietezza, irritabilità, preoccupazione, perdita di interesse, difficoltà di concentrazione, calo del desiderio sessuale e insonnia. Di solito, il disturbo ha esordio a partire dal terzo mese di gravidanza, e si può protrarre fino ad un anno dalla nascita. In genere la sintomatologia dei padri risulta essere meno grave rispetto alle manifestazioni della madre, e anche per questo motivo il disturbo depressivo è sottostimato o non diagnosticato, nonostante a livello statistico sia la depressione perinatale materna sia quella paterna presentano una percentuale di prevalenza simile.

Rispetto a tale quadro clinico, vengono evidenziati alcuni fattori descritti come rischiosi e che possono contribuire all'insorgenza di un disturbo depressivo. Tra questi, il primo da considerare è la manifestazione di sintomi depressivi nella madre (Harvey & McGrath, 1988; Meighan *et al.*, 1999): alcuni studi hanno messo in evidenza come la depressione perinatale materna può avere un impatto sullo stato mentale del partner. In particolare, la depressione perinatale materna risulta essere il maggior fattore predittivo di un disturbo depressivo paterno (Schumacher *et al.*, 2008), poiché quasi la metà dei partner presenta sintomi depressivi. È evidente, quindi, una stretta correlazione tra i due quadri clinici.

Un secondo rischio è rappresentato dalla difficoltà nella vita di coppia (Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Pietrycka, 2006; Baldoni, 2010): infatti, si evidenzia come i disturbi affettivi, nel caso di una gravidanza, sono spesso accompagnati da una minore soddisfazione della vita sentimentale dei genitori. Questo senso di insoddisfazione può essere causato dalla difficoltà di adattamento al ruolo di genitore e da una divisione dei compiti genitoriali non equilibrata. Inoltre, la madre verrebbe meno al ruolo di figura protettiva di attaccamento dei confronti del compagno, dovendo concentrare le sue energie sul nascituro, e per questo il padre si sentirebbe abbandonato ed insicuro. In questo caso, la depressione paterna può essere considerata come conseguenza di bisogni di attaccamento insoddisfatti.

I tratti di personalità e la storia infantile del padre rappresentano un altro fattore di rischio importante per lo sviluppo di un quadro psicopatologico di depressione perinatale (Matthey *et*

*al.*, 2003). Nonostante non ci siano ancora evidenze scientifiche rispetto alla correlazione diretta con una storia psichiatrica passata, la manifestazione depressiva in gravidanza è associata in modo negativo allo sviluppo di un disturbo depressivo paterno post-parto. In effetti, in queste situazioni, alcuni studi hanno individuato la manifestazione di sintomi depressivi e ansiosi, associati a un alto livello di nevroticismo e a una scarsa estroversione (Matthey et al., 2000). Inoltre, è stata anche rivelata una correlazione tra una manifestazione depressiva nei padri e la bassa qualità della relazione affettiva con i genitori durante il periodo infantile (Matthey et al., 2000).

Anche il livello di stress giocherebbe un ruolo attivo nello sviluppo del disturbo nei padri (Perren *et al.*, 2005). Lo stress, infatti, risulta essere una condizione comune sia nelle donne sia negli uomini che persiste durante tutta la gravidanza e per il primo anno post-parto, proprio per via della situazione delicata che si sta attraversando, soprattutto in presenza di un bambino particolarmente impegnativo (Perren et al., 2005). In ogni caso, livelli elevati di stress e difficoltà di adattamento al ruolo genitoriale sono predittivi di una sintomatologia depressiva.

Infine, bisogna tener conto di altri fattori psicosociali che possono potenzialmente rappresentare un rischio, come fattori di carattere sociale, familiare o personale. Tra questi, si riscontrano ad esempio l'aver avuto una gravidanza indesiderata (Laethers & Kelley, 2000), l'età (Deater-Deckard *et al.* 1998; Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Pietrycka, 2006), lo stress legato al lavoro (Zelkowitz & Milet, 1997) e lo scarso sostegno da parte della famiglia (Letourneau *et al.*, 2011).

#### ***1.4 Traiettorie della relazione di attaccamento madre-bambino e dello sviluppo del bambino con madre affetta da depressione perinatale***

Come già detto, la depressione materna rappresenta una condizione debilitante per la madre, sia per i sintomi che essa manifesta, sia per le implicazioni sociali e relazionali che uno stato depressivo comporta. Tra le conseguenze che la ricerca dimostra si riscontrano anche ripercussioni sulla relazione madre-bambino e sullo sviluppo di quest'ultimo (Goodman & Tully, 2006; Silk et al., 2006; Beebe *et al.*, 2008). Da questo punto di vista, ci si focalizza sull'analisi delle interazioni che avvengono tra le madri depresse e i loro figli, mettendo in luce la compromissione del comportamento materno a livello di espressione emozionale e qualità della relazione. La madre rappresenta per il bambino il suo primo significativo contatto con il mondo esterno (Winnicott, 1965) e il suo sviluppo è considerato come il prodotto di interazioni

tra lui e il contesto familiare e sociale di appartenenza. Attraverso la relazione precoce con la madre, il bambino impara la capacità di regolare i suoi stati interni e le sue emozioni, capacità che da solo non sarebbe in grado di consolidare (Beebe & Lachmann, 2002). La madre, dall'altra parte, deve essere responsiva, cioè essere in grado di interpretare in maniera corretta i segnali del figlio e rispondere con modalità appropriate (Tronick & Weinberg, 1997). L'osservazione di tali interazioni tra una madre depressa e il proprio figlio ha evidenziato 4 stili affettivi e comportamentali tipici delle madri depresse (Cohn e Tronick, 1989): stile intrusivo, stile ritirato, stile positivo e stile misto.

Una madre con stile intrusivo è caratterizzata dalla manifestazione di condotte intrusive, invadenti ed iperstimolanti nell'interazione con il figlio. Di solito, le madri sono ostili con il bambino, incoerenti e grossolane (Grussu & Quatraro, 2006). Il bambino tende ad evitare lo sguardo della madre e non esplora il mondo circostante, fino ad arrivare a respingere la madre che però tenta il riavvicinamento. Il bambino quando riesce ad allontanare la madre sperimenta maggiore irritabilità anche nelle relazioni con altri adulti.

Una madre depressa con stile ritirato presenta basse affettività e reattività, scarso contatto fisico ed evitamento del figlio, tendendo a non interagire con lui e provando disinteresse nei suoi confronti. Il bambino inizialmente prova rabbia, che però non è in grado di elaborare e, dunque, si disregola e diventa irritabile. Nel lungo termine il bambino svilupperà uno stile di regolazione distaccato per difendersi dal ritiro della madre, che poi utilizzerà anche in situazioni in cui non sono presenti emozioni negative.

Lo stile materno positivo caratterizza le madri depresse che, semplicemente, fingono di stare bene e, dunque, assume comportamenti tipici delle madri non depresse. A differenza delle madri senza un disturbo depressivo, le madri con stile positivo tendono ad avere meno contatti visivi con il figlio (Ammaniti et al., 2007).

Infine, lo stile materno misto prevede le manifestazioni di tutti gli stili precedenti, con l'alternarsi dei vari comportamenti descritti. In questi casi, il bambino avrà risposte differenti in base alle manifestazioni della madre.

Diversi sono gli studi (Beck, 1995; Monti *et al.*, 2005) che hanno dimostrato gli effetti negativi della depressione materna sulla relazione madre-bambino: in particolare, si osserva che le madri depresse tendono ad essere meno sensibili e responsive (Monti et al., 2005), risultano essere meno capaci nell'interpretazione dei segnali e non sono in grado di soddisfare i bisogni dei figli (Cox et al., 1987), non sono in grado di comunicare in maniera adeguata con il bambino

(Fernald, 1985), hanno una limitata disponibilità emotiva nei confronti del figlio. Quest'ultimo aspetto risulta essere cruciale per lo sviluppo di un modello di attaccamento sicuro nel bambino (Ammaniti et al., 2007). Il concetto di stile di attaccamento deriva da Bowlby che, all'interno dei suoi scritti (1969, 1973, 1980), teorizza che il bambino possiede una predisposizione biologica e innata nei confronti del soggetto che si prende cura di lui, il *caregiver*, per poter sviluppare un senso di sicurezza personale. La capacità della madre di comprendere le manifestazioni emotive del bambino, di recepire i suoi segnali e di rispondere in modo adeguato alle sue esigenze sono elementi determinanti nello sviluppo di un senso di fiducia nel bambino nei suoi confronti. Il tipo di attaccamento che il bambino svilupperà durante la sua infanzia definirà la modalità di esplorazione dell'ambiente, il modo di rappresentare sé stesso e gli altri, il modo di interpretare i segnali provenienti dall'esterno e la sua capacità di regolazione emotiva. Attraverso la Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) è stato possibile classificare le tipologie di attaccamento nella relazione madre-bambino, distinguendo tra stile di attaccamento sicuro e stile di attaccamento insicuro. L'attaccamento sicuro è caratterizzato dalla capacità del bambino di regolare le proprie emozioni, sapendo di poter fare affidamento alla madre. L'attaccamento insicuro, invece, è caratterizzato da una disfunzione nelle abilità regolatrici del bambino che non può contare sulla disponibilità della madre. Inoltre, l'attaccamento insicuro può assumere diverse forme: se il *caregiver* si dimostra non disponibile nei confronti del bambino che, di conseguenza, ignorerà la loro presenza, si parla di attaccamento evitante; nel caso in cui la madre non sia disponibile in modo costante e il bambino massimizza le sue emozioni, si parla di attaccamento ambivalente; infine, si parla di attaccamento disorganizzato quando sia il *caregiver* sia il bambino hanno atteggiamenti disorientati e spaventati.

Diversi studi scientifici (Radke-Yarrow *et al.*, 1985) hanno dimostrato come lo stile materno influenza lo stile di attaccamento del bambino: nello specifico, uno stile intrusivo favorisce lo sviluppo di attaccamento evitante, mentre uno stile ritirato produce un attaccamento ambivalente.

Infine, Stern (1995), partendo dal "complesso della madre morta" (Green, 1983), secondo cui la madre è fisicamente presente ma psicologicamente assente per il bambino, ha individuato 4 tipologie di esperienze che il bambino vive nella relazione con una madre depressa. Infatti, il bambino può sperimentare: microdepressione, identificandosi con lo stato affettivo della madre; rianimazione della madre morta, il cui il bambino prova ad evocare una risposta affettiva della madre attraverso il contatto visivo; ricerca altrove della stimolazione, per cui il bambino

ricercherà il altri luoghi attività per lui più stimolanti, infine, falsa stimolazione, in cui la madre tenta di stimolare il figlio che però risulta essere non autentica a causa della mancanza di sentimento.

Le conseguenze della depressione materna sul bambino possono riguardare anche l'insorgenza di un disturbo nel suo sviluppo, dovuta alla bassa qualità delle relazioni con la madre, all'assenza di fattori protettivi e alla presenza di fattori di rischio presenti nella sua vita (Murray, 1992). Infatti, diversi studi (Weissman *et al.*, 1988; Della Vedova *et al.*, 2009) riscontrano che i figli di madri depresse presentano un rischio più elevato di sviluppare disturbi psicopatologici, anche prima della nascita, poiché esposti allo stress materno. Tra le conseguenze avverse dell'esposizione a madri depresse sono compresi disregolazione comportamentale e fisiologica (Field, 1998), aumento dei livelli di stress (Murray & Cooper, 1996), disturbi dell'alimentazione e del sonno (Righetti-Veltema *et al.*, 2002), problemi cognitivi quali deficit dell'attenzione (Weissman *et al.*, 1984), problemi di lettura (Stevenson & Fredman, 1980), disturbi del linguaggio (Sohr-Preston & Scaramella, 2006) e difficoltà di *problem solving* (Hay *et al.*, 1992).

Infine, anche la depressione perinatale paterna può avere delle conseguenze sullo sviluppo del bambino. Sembrerebbe che il bambino abbia più influenze negative sul suo sviluppo quando entrambi i genitori sono depressi, rispetto alla situazione in cui solo uno dei due presenta una sintomatologia depressiva (Raskin *et al.*, 1990).

## CAPITOLO 2:

# I MODELLI TEORICI PER LA DESCRIZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO E DEI FATTORI DI PROTEZIONE

### *2.1 I modelli di spiegazione della depressione perinatale*

Aspetti fondamentali per l'individuazione e, successivamente, per il trattamento della depressione perinatale sono da una parte la valutazione dei possibili fattori di rischio che possono predirne l'insorgenza e aumentarne gli effetti, dall'altra l'individuazione di fattori protettivi, cioè tutti quegli elementi che sono in grado di ridurre il rischio di sviluppare un disturbo psichico e che contribuiscono alla resilienza e al benessere psicologico del soggetto. Per procedere all'analisi di tali fattori è utile avere una panoramica generale sui modelli teorici che risultano essere i più efficaci nella descrizione eziopatogenetica dei disturbi mentali.

#### *2.1.1 Il modello bio-psico-sociale*

Nel corso dei secoli sono state avanzate numerose ipotesi sulle diverse cause che avrebbero potuto portare allo sviluppo di un disturbo mentale (Zennaro, 2011), dalla spiegazione di Ippocrate di Kos (460-377 a.C.), secondo cui la malattia mentale si doveva ricondurre a leggi naturali, alla visione di Galeno da Pergamo (129-216 a.C.), che con la teoria del *pneuma*<sup>1</sup>, inteso come anima, ipotizza che l'alterazione di quest'ultimo sia la causa del disagio mentale, fino ad arrivare a Marco Tullio Cicerone (106-43 a.C.) che, ipotizzando la possibile volontarietà della sofferenza psichica, mette in dubbio i modelli di stampo organicista in auge fino a quel momento. In epoche più recenti, un'importante figura è rappresentata da Philippe Pinel (1745-1826), che fu il primo a non ricondurre le cause della malattia mentale ad alterazioni organiche, bensì di eventi, scelte o vicissitudini di ordine morale, come, similmente, fece Sigmund Freud (1856-1939) pochi decenni dopo, che propose il principio del determinismo psichico, secondo cui esiste un aspetto inconscio nella vita di ogni individuo e questo elemento incide significativamente sulla vita di ognuno. Questi sono solo alcuni dei passaggi che hanno permesso di arrivare oggi ad un'ipotesi esplicativa multifattoriale dell'insorgenza di un disturbo

---

<sup>1</sup> Con il termine «*pneuma*» si intende «l'anima, il principio fondamentale della vita»; secondo Galeno, il *pneuma* è costituito da *pneuma* naturale (origina del fegato, è il presidio della motivazione), *pneuma* animale (posizionato nel cervello e deputato al controllo dei movimenti, della percezione e dei sensi) e *pneuma* vitale (originato dal cuore, è alla base del coraggio, delle emozioni e del carattere dell'individuo).

mentale e, in questo caso specifico, della depressione perinatale, individuando componenti biologiche, caratteristiche psicologiche ed elementi ambientali e relazionali che ne spiegano lo sviluppo (Caretto & Crisafi, 2009).

Il modello bio-psico-sociale (BPS) fu sviluppato da Engel negli anni Ottanta in seguito all'introduzione della nuova definizione di salute<sup>2</sup> proposta nel 1946 dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS). Il modello è definito come una strategia di approccio alla persona che si occupa non soltanto di individuare problemi funzionali e organici, ma di cogliere anche gli aspetti psicologici e sociali che possono giocare un ruolo nell'evoluzione del disturbo. Infatti, tale modello si propone di integrare tutte queste componenti, al fine di rendere più completa la diagnosi, maggiormente efficace il trattamento e più partecipe il paziente (Zamagni, 2008). Tale approccio nasce dall'esigenza di superare il riduzionismo del precedente modello biomedico, che riconduceva i fenomeni clinici come derivanti da un'unica causa primaria, tendenzialmente biologica (Engel, 1977). Per sopperire alla mancanza di integrazione del modello medico con processi di natura sociale e psicologica, negli ultimi decenni una serie di studi hanno dimostrato che le sfide ambientali hanno un ruolo nel modulare la vulnerabilità individuale (McEwen, 2017), che i disturbi affettivi possono influenzare il decorso del disturbo e l'esito di un trattamento (Fava et al., 2017), e che il benessere psicologico è fondamentale per mantenere l'equilibrio tra salute e malattia (Fava, 2016).

Il modello bio-psico-sociale è usato in tutto l'ambito medico, e per questo prevede la collaborazione di più figure professionali specializzate. Tale prospettiva nasce dall'esigenza di superare un paradigma ormai consolidato nella pratica medica: infatti, la gestione del paziente malato non si limita più alla semplice identificazione e trattamento dei sintomi, come sostiene il modello biomedico, ma implica anche un profondo coinvolgimento nei suoi bisogni individuali al fine di comprendere pienamente la sua unicità. Infatti, secondo Zennaro (2011) indica una serie di elementi, che vanno oltre la prospettiva biomedica, di cui bisogna tener conto, e che risultano essere il frutto dell'applicazione alla psicopatologia di un approccio interazionista biopsicosociale:

- a) la mente emerge da processi cerebrali individuali che dipendono dall'interazione tra genotipo e ambiente circostante;
- b) l'esperienza umana è prevalentemente relazionale;
- c) la mente umana matura progressivamente durante l'intero arco di vita;

---

<sup>2</sup> La salute nel 1946 viene definita come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità». (OMS, 1946)

- d) la psicopatologia è frutto della complessa interazione tra genotipo ed esperienza relazionale;
- e) mente e corpo costituiscono la soggettività dell'individuo, ragione per cui non possono essere valutati singolarmente.

Sulla base di questi assunti, la prospettiva BPS determina la comprensione dei disturbi mentali nel rapporto tra la vulnerabilità soggettiva e i fattori stressanti.

### 2.1.2 *Il modello vulnerabilità-stress e resilienza*

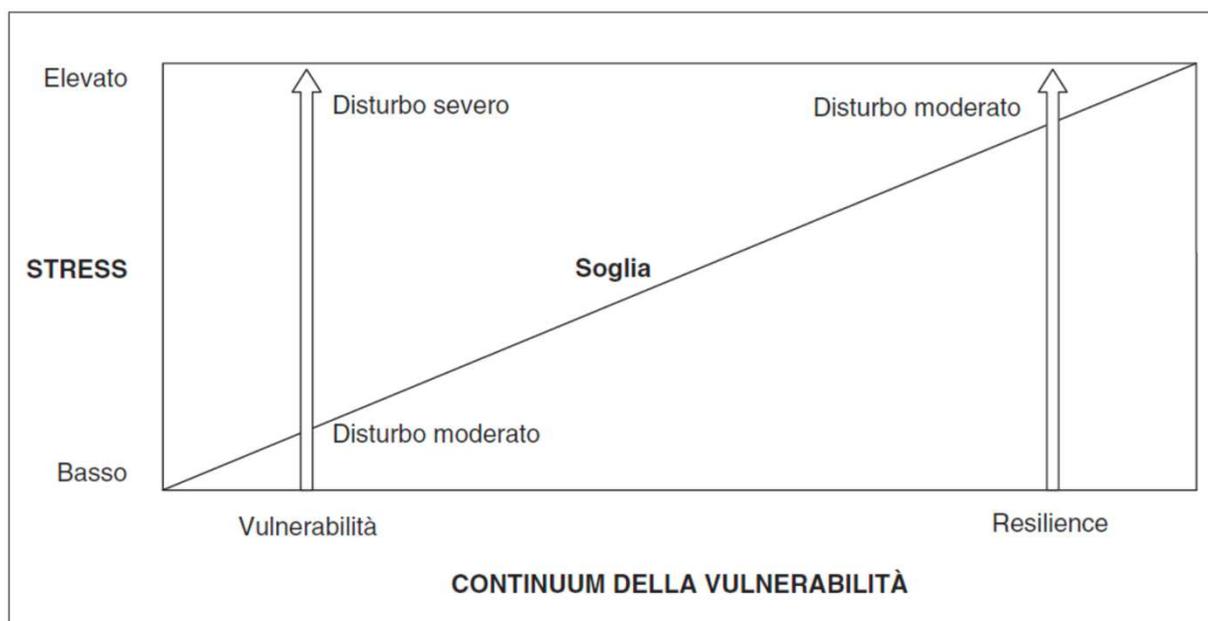
L'utilizzo di una prospettiva basata sulla vulnerabilità individuale e sullo stress ambientale risulta essere l'approccio migliore per lo studio della psicopatologia, poiché affronta la sua complessità in ogni suo aspetto, dall'eziologia, al mantenimento della sintomatologia, al trattamento, fino al mantenimento delle condizioni patologiche (Zennaro, 2011). Per vulnerabilità, anche chiamata diatesi, si intende un tratto stabile ma non permanente, considerata una caratteristica intrinseca all'individuo e che rappresenta un tratto latente, non osservabile se non viene manifestata (Ingram & Price, 2010). In senso comune, un soggetto può essere definito vulnerabile quando ha una predisposizione ad essere attaccato o ferito (Treccani, 2024), ma in un'ottica psicologica, la vulnerabilità si riferisce ad una predisposizione individuale data da elementi biologici e genetici allo sviluppo di un disturbo (Monroe & Simons, 1991). Lo stress, invece, può essere descritto come il contributo ambientale del rischio che conduce alla psicopatologia; l'ambiente, in questo caso, interagisce con le manifestazioni della vulnerabilità individuale, esponendo i soggetti più vulnerabili ad un rischio maggiore di sviluppare un disturbo psichico. Un aspetto estremamente connesso alla vulnerabilità è il concetto di resilienza, che secondo la sua definizione in psicologia è la «capacità di reagire di fronte a traumi e difficoltà» (Treccani, 2024). In un'ottica psicopatologica, Ingram e Price (2010) considerano la resilienza come l'insieme di fattori che rendono l'individuo resistente agli *stressor* ambientali e relazionali.

Sulla base dell'interazione e dell'influenza reciproca di questi due elementi, il modello diatesi-stress presuppone che gli individui, di fronte a stimoli stressanti provenienti dall'esterno, sono tanto più predisposti allo sviluppo di una condizione psicopatologica quanto più sono vulnerabili; al contrario, coloro che presentano un basso livello di vulnerabilità, e che quindi risultano essere sufficientemente resilienti, avranno una minore probabilità di sviluppare una condizione psicopatologica in seguito all'esposizione ad un evento di vita stressante.

Rispetto a tale approccio, esistono diversi modelli di lettura del rapporto diatesi-stress (Ingram & Luxton, 2005):

- a) *modelli additivi*: ipotizzano che né la vulnerabilità né la resilienza siano sufficienti per determinare un fenomeno psicopatologico, ma, al contempo, sono entrambi necessari attraverso la loro combinazione;
- b) *modelli ipsativi*: presuppongono che, nella relazione tra i due elementi del modello, al crescere di uno è sufficiente una quantità minore dell'altro per determinare un disturbo;
- c) *mega diatesi-stress*: non prevedono un'interazione tra i due fattori, poiché, secondo tale approccio, è sufficiente la presenza di soltanto un elemento per definire una condizione psicopatologica.

Sebbene questi approcci siano in grado di spiegare lo sviluppo di una condizione psicopatologica, non tengono conto del modo in cui il rapporto tra diatesi e stress possa evolvere nel tempo, e, soprattutto, di come cambi l'intensità del disturbo in base a tale relazione. Un contributo al modello diatesi-stress con una prospettiva evolutiva è il *continuum stress-vulnerabilità-resilienza* (Ingram & Price, 2010), che pone in una prospettiva più dimensionale la relazione tra questi fattori. Il modello pone ai due estremi la vulnerabilità e la resilienza, postulando quindi che al primo estremo basterà una piccola quantità di stress per l'insorgenza di una condizione psicopatologica, mentre sull'altro estremo sarà necessaria un livello di stress più elevato perché si sviluppi un disturbo.



**Figura 1:** grafico relativo al continuum vulnerabilità-stress-resilienza (Zennaro, 2011, p. 78).

### 2.1.3 *Approccio evolutivo alla depressione perinatale*

Negli ultimi decenni la ricerca si è concentrata sullo studio dei fattori eziologici e patogenetici della depressione perinatale, alcuni dei quali hanno adottato una prospettiva evoluzionistica, una prospettiva che integra, come il modello bio-psico-sociale, gli aspetti biologici ed evolutivi alle variabili ambientali e sociali (Troisi, 2020). Per rendere più comprensibile la teoria evolutiva, è necessario soffermarsi sul significato evolutivo delle emozioni, sul concetto di causalità dei fenomeni biologici e sull'investimento parentale.

In primo luogo, la teoria darwiniana presuppone che gli animali dotati di un cervello molto sviluppato utilizzano le funzioni psichiche della mente per conseguire scopi biologici legati alla sopravvivenza, integrando tra loro meccanismi neurobiologici, processi mentali e schemi comportamentali (McGuire & Troisi, 1998). Secondo questo modello della mente, le emozioni svolgono tre funzioni adattative (Nesse & Ellsworth, 2009):

- a) funzione motivazionale, che provvede all'attivazione di risposte comportamentali idonee per fronteggiare una determinata situazione;
- b) funzione comunicativa, che permette uno scambio di informazioni tra gli individui;
- c) funzione auto-informativa, con cui il soggetto valuta, in base all'emozione che prova, il grado di adattamento della situazione.

Inoltre, la teoria dell'evoluzione ha modificato il concetto di causalità dei fenomeni biologici (Bellantuono *et al.*, 2021). Infatti, ad oggi si riconoscono due tipologie di cause per ogni fenomeno: le cause prossime, che spiegano una struttura o una capacità in un individuo, e le cause remote, che tentano di spiegare il perché nella specie è presente un determinato meccanismo (Sirgiovanni, 2019). Infatti, l'aspetto interessante della psicologia evoluzionistica è il fatto che si interroga sul motivo per cui un determinato meccanismo si è evoluto in quel modo specifico (Bellantuono *et al.*, 2021).

Infine, una doverosa premessa utile a comprendere al meglio l'ipotesi evoluzionista della depressione perinatale è il concetto di investimento parentale (Trivers, 1972). In tale teoria, il genitore ha il compito di decidere come distribuire le proprie risorse tra la prole attuale e l'eventuale prole futura. I fattori che condizionano tale decisione, che tendenzialmente è frutto di meccanismi emotivi e comportamentali, sono le condizioni socio-ecologiche che la madre si trova ad affrontare.

Fu Edward Hangen (1999) a formulare la prima ipotesi evoluzionista per spiegare l'origine della depressione perinatale, dandole il nome di *psychological pain hypothesis* (PPH). L'ipotesi

dell'autore mira a spiegare depressione materna come un adattamento, sia psicologico sia comportamentale, che si è evoluto nell'ambiente ancestrale per ottimizzare l'investimento materno (Hagen & Thornhill, 2017). Come sottolinea l'autore, gravidanza ed allattamento rappresentano un impegno che ricade quasi esclusivamente sulla donna; di conseguenza, la madre è tenuta ad ottimizzare il suo investimento parentale al fine di portare a termine ogni evento riproduttivo. Tra le abilità necessarie a raggiungere tale obiettivo rientra la capacità di saper valutare se le circostanze ambientali siano favorevoli o meno, per lo più da un punto di vista emotivo. L'autore sottolinea una serie di condizioni socio-ecologiche che porterebbero ad un fallimento e, di conseguenza, allo sviluppo di un disturbo depressivo nella madre:

- a) scarsa disponibilità delle risorse offerte dall'ambiente;
- b) basso supporto del partner e dei membri del suo gruppo sociale;
- c) complicanze durante la gravidanza o il parto.

Secondo tale ipotesi, dunque, le cause ambientali della depressione materna sarebbero cause biologiche poiché attivano un meccanismo di adattamento tipico della selezione naturale e dell'evoluzione biologica. Questo concetto è ben spiegato dai tre assunti precedentemente spiegati: in primo luogo, la depressione materna svolge tutte e tre le funzioni adattive delle emozioni, poiché le emozioni provate dalla madre le consentirebbero di percepire tale condizione come negativa (funzione auto-informativa), di attivare reazioni di supporto da parte dei membri del suo ambiente sociale (funzione comunicativa), e di attivare delle strategie di disinvestimento parentale (funzione motivazionale). Secondariamente, in tale approccio i correlati neurobiologici e psicosociali vengono considerati come cause prossime, mentre sono ritenute cause remote le spiegazioni evoluzionistiche. Infine, rispetto all'investimento parentale, una donna che manifesta sintomi depressivi tende a diminuire le cure materne, aspetto che è favorito soprattutto dalla precarietà dell'attaccamento della madre nei confronti del neonato (Bellantuono *et al.*, 2021).

## ***2.2 Fattori di rischio***

In base ai modelli proposti, risulta chiara la complessa natura eziologica e patogenetica dei disturbi psicologici; nello specifico della depressione perinatale, è fondamentale ricostruire le possibili cause in un'ottica bio-psico-sociale che hanno portato alla sua insorgenza, al fine di intervenire sul caso specifico, ma anche, e soprattutto, di prevenirne l'insorgenza in coloro che presentano fattori di rischio particolarmente allarmanti, andando, infine, ad individuare ed

enfaticamente gli elementi che possono proteggere l'individuo dalla possibile condizione psicopatologica.

Prima di analizzare i vari fattori che concorrono allo sviluppo di un disturbo depressivo in gravidanza o nel post-partum, è opportuno chiarire che due importanti meta-analisi (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 1996) hanno permesso di individuare i fattori di rischio più significativi, distinguendoli in tre categorie: fattori di rischio da forti a moderati, fattori di rischio moderati e fattori di rischio deboli.

Inoltre, è di assoluta importanza accennare ad un tema che raramente si manifesta ma rappresenta un evento tragico nella vita di ognuno: il suicidio.

### 2.2.1 Fattori biologici

Gli studi che si sono concentrati sull'analisi dei fattori di rischio biologici della depressione perinatale individuano nelle variazioni biologiche delle correlazioni significative che possono predire o rappresentare un rischio per lo sviluppo del disturbo (Serati *et al.*, 2016). Infatti, alcuni studi rilevano una relazione tra il livello di zinco e i sintomi depressivi perinatali; questi ultimi sembrerebbero più gravi di fronte ad una carenza di zinco (Wójcik *et al.*, 2006).

Anche la vitamina D, coinvolta nel processo di assorbimento del calcio nel corpo, ha dimostrato di essere correlata ai sintomi depressivi perinatali: nel 2010, Murphy e colleghi hanno ipotizzato tale relazione osservando che le donne con livelli più bassi di vitamina D presentavano un maggiore rischio di sviluppare depressione. Tale ipotesi è stata confermata dallo studio di Brandenburg e colleghi (2012), che hanno riscontrato una correlazione negativa tra i livelli della vitamina nei primi tre mesi di gravidanza e la sintomatologia depressiva rilevata nel secondo trimestre.

La gravidanza e il post-partum sono caratterizzati anche da diversi cambiamenti ormonali (Caretta *et al.*, 2013). In particolare, l'immediata diminuzione degli estrogeni e del progesterone in seguito al distacco della placenta subito dopo il parto andrebbe a ripercuotersi sui meccanismi di neurotrasmissione implicati nella depressione, portando a gravi conseguenze negative sullo stato mentale. La diminuzione di serotonina determinerebbe una maggiore vulnerabilità nello sviluppo della depressione post-partum, e contribuirebbe all'insorgenza dei sintomi tipici di un quadro depressivo, come le alterazioni del tono dell'umore, dell'appetito, del sonno e cognitive. Gli estrogeni causerebbero anche modificazioni nelle funzioni della dopamina, ormone alla base del sistema che controlla l'emotività e il meccanismo della ricompensa.

Anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) subisce dei cambiamenti durante la gravidanza, diventando meno reattivo alle situazioni di stress a causa della sovrapproduzione di cortisolo (Mastorakos e Ilias, 2003). Infatti, la depressione, soprattutto durante la gravidanza, è strettamente associata all'aumento di questo ormone (Parcells, 2010). Anche durante l'allattamento si verificano variazioni ormonali significative: la lattazione è associata a una riduzione delle risposte allo stress, in particolare del cortisolo, e gli ormoni responsabili della lattazione, ossitocina e prolattina, sono correlati ad effetti antidepressivi e ansiolitici (Sibolboro Mezzacappa & Endicott, 2007). Uno studio condotto da Whitley e colleghi (2020) ha esaminato approfonditamente la relazione tra ossitocina e allattamento, rilevando livelli più elevati in madri che allattano al seno rispetto a quelle che utilizzano l'alimentazione artificiale, dimostrando così di essere un fattore protettivo contro la depressione post partum.

Infine, nonostante siano molto frequenti in tale periodo, anche le alterazioni del sonno sono stati ritenuti come concorrenti allo sviluppo di un disturbo depressivo in gravidanza (Lawson *et al.*, 2015).

### 2.2.2 Fattori psicologici

Un ruolo fondamentale nell'insorgenza della depressione perinatale è svolto dai fattori psicologici (Cicchello, 2015).

Un primo fattore di rischio, che rientra tra i fattori di rischio di debole impatto, è rappresentato dai fattori ostetrici e ginecologici (Caretto *et al.*, 2013), di cui alcune esempi sono la pre-eclampsia, il travaglio precoce, il cesareo d'urgenza e il tipo di parto. Sebbene tali elementi siano risultati come predittori di una sintomatologia depressiva, anche se di debole entità, gli studi risultano essere discordanti, poiché alcuni non hanno rilevato nessuna correlazione significativa (O'Hara *et al.*, 1984; Whiffen, 1988).

Altro elemento considerato come fattore di rischio è rappresentato dalla non coincidenza tra le aspettative sociali della maternità e le esperienze reali (Beck, 2002). Infatti, come già accennato inizialmente, la maternità è comunemente considerata come un periodo gioioso, e ogni madre si aspetta di vivere tale momento con serenità e felicità; nella realtà, invece, la donna si trova a dover contrastare tale credenza, trovandosi a nascondere le proprie sofferenze e ad allontanarsi a coloro che vorrebbero aiutarla per la paura di essere giudicata una "cattiva madre".

Anche una precedente storia personale o familiare di depressione o ansia concorre allo sviluppo della depressione perinatale (O'Hara *et al.*, 2014), così come una storia pregressa psichiatrica (Lancaster *et al.*, 2010), che rappresentano un elevato fattore di rischio.

Anche le caratteristiche di personalità, connesse al tipo di attaccamento della madre, rappresentano un fattore di rischio (Aceti *et al.*, 2012): lo studio ha evidenziato come le donne con depressione perinatale riportano la presenza di disturbi nelle aree dell'integrazione dell'identità e nella modulazione dell'affettività, e che queste derivano da stili di attaccamento insicuri. In ogni caso, lo stile di attaccamento, di per sé, giocherebbe un ruolo cruciale nello sviluppo di una psicopatologia in gravidanza: Muetti e collaboratori (2015) evidenziano, nel loro studio, che più della metà del campione formato da madri con depressione perinatale presenta pattern relazionali caratterizzati da ansia ed evitamento.

Un'ulteriore variabile che va considerata è l'allattamento al seno (Lancaster *et al.*, 2010; Whitley *et al.*, 2020): secondo gli studi, un fallimento in tale fase risulterebbe essere strettamente connesso allo sviluppo di una sintomatologia depressiva. Dall'analisi di tali studi emerge come l'allattamento al seno favorisca il benessere psicologico della madre e che, quindi risulti essere un fattore di protezione. Uno studio (Hahn-Holdbrook, 2013) ha confermato questo aspetto, associando anche lo svezzamento precoce dal seno materno allo sviluppo di sintomi depressivi.

Ancora, un aspetto importante tipico delle manifestazioni depressive materne è l'auto-attribuzione di credenze negative (Fox & Gelfand, 1994): a tal proposito, è stato anche rilevato come la tendenza all'autosvalutazione e il percepirsi inadeguate ad essere madri siano predittivi di una condizione depressiva (Amaru & Le Bon, 2014). Connesso a questo c'è anche il concetto di autostima: tendenzialmente, le madri con una maggiore autostima sono più organizzate nella gestione delle pressioni che potrebbero compromettere l'immagine di sé stesse e portare alla depressione, a differenza delle donne che, già in precedenza, si sottostimavano (Agrawal *et al.*, 2022).

Esistono anche evidenze riguardanti la relazione tra l'età della madre e la depressione perinatale, che però sono soggette a variazioni (Agrawal *et al.*, 2022): infatti, mentre alcuni studi (Oztore *et al.*, 2019) hanno indicato un rischio più elevato di depressione perinatale tra le madri giovani, una serie di altre indagini ha concluso che non esisteva una correlazione significativa tra questi due fattori (Dubey *et al.*, 2021).

Ancora, sembra che un basso senso di autoefficacia porti allo sviluppo di una sintomatologia depressiva in gravidanza e nel puerperio (Mohammad *et al.*, 2011).

Infine, è interessante notare come anche sintomi depressivi e di ansia durante la gravidanza risultano predittivi della depressione nel periodo post-natale (Milgrom *et al.*, 1999, Agrawal *et al.*, 2022).

### 2.2.3 Fattori sociali, ambientali e relazionali

Negli ultimi decenni l'attenzione è sempre più stata posta sulle variabili sociali, ambientali e relazionali legate alla depressione perinatale (Caretto *et al.*, 2013).

Tra le variabili più deboli rientra lo stato socioeconomico, quali la disoccupazione, il basso reddito, il basso livello di istruzione e il basso livello culturale (Robertson *et al.*, 2004). Uno studio svedese (Hamark *et al.*, 1995) evidenzia che il rischio di sviluppare sintomi depressivi aumenta più lo stato sociale era sfavorevole. Inoltre, la mancanza di istruzione potrebbe essere collegata alla mancanza di informazioni e di comprensione di metodi efficaci per l'assistenza postpartum e l'educazione dei figli. Allo stesso tempo, le limitazioni finanziarie possono comportare una diminuzione delle spese per la salute e il benessere della madre (Agrawal *et al.*, 2022).

Altro elemento da tenere in considerazione è la relazione coniugale, di cui diversi studi si sono occupati (Beck, 2001; Robertson *et al.*, 2004) e di cui se ne evidenzia l'importanza. Infatti, nella relazione con il coniuge giocano elementi come la separazione, il divorzio, la differenza di età tra i partner e l'appartenenza religiosa. Inoltre, gli studi (Agrawal *et al.*, 2022) hanno indicato che le donne che hanno avuto problemi coniugali durante la gravidanza avevano una maggiore probabilità di vivere episodi depressivi, manifestando emozioni di solitudine e tristezza a causa della mancanza di sostegno. Le relazioni coniugali e il sostegno coniugale sono tra i fattori più essenziali che influenzano lo sviluppo di una condizione depressiva, sia in gravidanza, sia dopo il parto.

Più importante a livello di gravità è l'aver vissuto eventi stressanti: è, infatti, un elemento centrale, che aumenta il rischio di sviluppare sintomi depressivi (Lancaster *et al.*, 2010). Eventi come lutti, separazioni, perdita del lavoro, conflitti relazionali si possono ritenere fattori significativi di stress, che aumentano la vulnerabilità individuale. Inoltre, è possibile che un evento stressante, come un abuso o una violenza possa essere vissuto dalla donna come un evento traumatico (Agrawal *et al.*, 2022), riportando i sintomi di un disturbo da stress post-

traumatico a causa dei quali saranno più vulnerabili e sensibili allo sviluppo di sintomi depressivi che spesso sono una risposta ai sentimenti di vergogna che la donna prova per non aver chiesto aiuto in modo tempestivo e per aver trascurato la propria condizione.

Di centrale importanza è anche il supporto sociale, che se è presente a livelli adeguati risulta essere un elemento protettivo. La ricerca (Beck, 2001) ha riportato una stretta relazione tra i sintomi depressivi in gravidanza e l'insufficiente supporto sociale del partner, della famiglia e degli amici.

Altri studi si sono concentrati sull'analisi di specifici fattori psicodinamici alla base della depressione materna., come lo studio di Blum (2007) ha rilevato che coloro che sviluppano depressione perinatale sperimenta tre tipi di conflitto emozionale: dipendenza, rabbia e ambivalenza.

Altro elemento da considerare è il temperamento del bambino, di cui Beck (1996) si è occupato in una meta-analisi. Tipicamente, i bambini dal temperamento difficile sono caratterizzati da tendenza al pianto, irritabilità elevata e scarsa capacità di adattamento; tutto ciò rende ancora più arduo il ruolo di accudimento materno. Quando la madre sperimenta numerose difficoltà e fallimenti nell'accudimento del figlio, può andare incontro a sentimenti negativi sul suo ruolo e mancanza di autostima, favorendo atteggiamenti autocritici che possono successivamente condurre alla depressione. Sebbene sia stata evidenziata una relazione tra questi due elementi, il rapporto risulta moderato.

Infine, è importante considerare il tipo di attaccamento della madre. Diverse ricerche si sono concentrate su questo aspetto (Brown & Wright, 2003; Bifulco *et al.*, 2006), individuando che la probabilità di sviluppare disturbi psicologici quali ansia e depressione è più elevata nei soggetti che hanno sviluppato un attaccamento di tipo insicuro o disorganizzato. Di conseguenza, tali studi hanno evidenziato che tali tipologie di attaccamento, e la disregolazione emotiva che ne consegue, rappresentano un fattore di rischio elevato per lo sviluppo di depressione perinatale, soprattutto nel caso in cui la donna ha vissuto esperienze traumatiche.

#### *2.2.4 Il rischio suicidario in gravidanza e nel post-partum*

Quando si parla di depressione in gravidanza e nel post-partum è di fondamentale importanza trattare anche l'argomento del suicidio in questo delicato periodo di vita. Come già detto più volte, la gravidanza e il puerperio rappresentano un momento di profonda vulnerabilità e fragilità, in cui avvengono cambiamenti importanti dal punto di vista fisico, psicologico e

relazionale, cambiamenti che espongono maggiormente la donna al rischio di sviluppare una condizione psicopatologica (Bellantuono *et al.*, 2021). L'acquisizione della nuova identità di madre dipende fortemente dal modo di vivere le proprie esperienze infantili (Soifer, 1971), e ciò implica un ri-adattamento delle proprie relazioni interpersonali. È in tale fase che, tipicamente, insorgono la maggior parte dei disturbi di natura psicopatologica, a cui, a volte, si consegue un comportamento suicidario. Stando alle statistiche più recenti, nel Regno Unito la percentuale dei decessi che avvengono nell'arco del primo anno di vita del bambino supera il 25% (Oates, 2008); si può chiaramente evincere come il suicidio rappresenta, nel peripartum, una delle maggiori cause di mortalità materna (Kim *et al.*, 2015).

La morte per suicidio in gravidanza o nel post-partum può avvenire per cause direttamente legate a tale condizione o per cause non immediatamente riconducibili allo stesso (Oates, 2010). Sono stati individuati negli anni una serie di fattori di rischio che aumenterebbero il rischio suicidario in questo periodo (Palladio *et al.*, 2011):

- a) sperimentazione di una gravidanza indesiderata;
- b) aver vissuto un'esperienza traumatica come abbandono o violenza;
- c) aver vissuto un aborto spontaneo da una precedente gravidanza;
- d) assenza di supporto;
- e) storia pregressa di un disturbo psichiatrico;
- f) abuso o dipendenza di sostanze o alcol.

Il rischio di suicidio nel periodo perinatale o nel puerperio sembrerebbe aumentare se la donna è adolescente (Pompili *et al.*, 2005), per via delle difficoltà legate al portare a termine la gravidanza, per l'impossibilità di reperire metodi abortivi adeguati, per la presenza di disturbi psichiatrici mai identificati o trattati e, soprattutto, per la presenza di gravidanze indesiderate. Pare, infatti, che il suicidio in ragazze in gravidanza in età adolescenziale sia superiore di ben sette volte al tasso di suicidio di donne adulte in gravidanza (Appleby, 1991).

Inoltre, uno studio italiano (Corbani *et al.*, 2017) ha evidenziato che i fattori di rischio legati a problemi coniugali e relazionali, gravidanze a rischio, storia di disturbi psichiatrici, trattamento farmacologico, problemi di tipo finanziario, cambio di abitazione e numero di figli rappresentano elementi significativamente correlati ai sintomi depressivi prenatali, a prescindere dalle variazioni culturali e geografiche. Risulta, quindi, fondamentale analizzare tutti i possibili elementi che possono concorrere nella manifestazione di un comportamento suicidario, tenendo soprattutto conto della storia psichiatrica pregressa: tale elemento, infatti,

aumenta esponenzialmente il rischio suicidario sia durante la gravidanza sia nel puerperio (Paris *et al.*, 2009).

Dal punto di vista del suicidio, il periodo dell'immediato post-partum è quello da considerarsi più a rischio di tutto il periodo perinatale (Bellantuono *et al.*, 2021). Anche in questo caso, ci troviamo davanti ad alcune situazioni a cui bisogna prestare una particolare attenzione clinica:

- a) presenza di una gravidanza indesiderata;
- b) resistenza alla cura;
- c) uso di alcol o sostanze stupefacenti;
- d) storia clinica pregressa;
- e) vissuti di esperienze traumatiche in ambito domestico;
- f) presenza di elementi stressanti nella vita della donna.

A prescindere dalla presenza o meno dei fattori di rischio sopracitati, è fondamentale valutare accuratamente e sistematicamente il rischio di sviluppare un'ideazione suicidaria, proprio perché, si per sé, il periodo perinatale funge da fattore scatenante di episodi psicopatologici gravi e, dunque, può esporre maggiormente alla manifestazione di un comportamento suicidario (Bellantuono *et al.*, 2021). Innanzitutto, bisogna valutare la possibile presenza di un disturbo dello spettro bipolare, indagando la manifestazione di episodi maniacali o ipomaniacali. È, poi, importante valutare la presenza o l'assenza di pensieri e propositi di morte, valutandone anche l'intensità, la frequenza e la pervasività, nonché la possibile pianificazione dell'atto e i relativi metodi che la donna vorrebbe utilizzare per porre fine alla propria vita. Inoltre, come già ampiamente spiegato, bisogna considerare i fattori che possono rappresentare un rischio per tale comportamento, come la presenza di ansia, vergogna, sentimenti di colpa e rabbia. Tra i fattori di rischio non bisogna tralasciare il possibile accesso a mezzi con cui mettere in atto il gesto, il livello di aggressività, l'isolamento sociale, i pensieri, se presenti, di fare del male al figlio. Da questa attenta analisi si possono individuare tre livelli di gravità del rischio di suicidio:

1. rischio basso, caratterizzato da idee transitorie di morte, assenza di disperazione e di pianificazione;
2. rischio medio, caratterizzato da pensieri di morte strutturati, assenza di disperazione, intenzionalità in assenza di pianificazione;
3. rischio elevato, caratterizzato da pensieri ricorrenti di suicidio, intenzionalità e pianificazione.

Alla luce di quanto emerso, risulta fondamentale prendere in considerazione tale elemento, al fine di prevenire, ove possibile, le manifestazioni del comportamento suicidario.

### ***2.3 Fattori protettivi***

Analizzati i fattori che concorrono nello sviluppo di una condizione depressiva e/o di un comportamento suicidario, è opportuno anche volgere uno sguardo a quelli che sono gli elementi in grado di proteggere la donna dalle manifestazioni psicopatologiche, anche denominati fattori di protezione. I fattori protettivi sono tutti quegli elementi in grado di prevenire l'insorgenza di un quadro psicopatologico, cioè che aumentano la resilienza di un individuo di fronte ad eventi potenzialmente rischiosi per la sua salute mentale.

Di per sé, i fattori protettivi sono molto correlati ai fattori di rischio, che invece rappresentano delle condizioni o degli eventi sfavorevoli per il benessere psichico della donna, questo perché la conoscenza dei fattori concorrenti allo sviluppo di un quadro clinico è fondamentale per poter pianificare interventi di trattamento e di prevenzione efficaci (Bellantuono *et al.*, 2021). In particolare, conoscere i fattori di rischio permette di aumentare l'efficacia di un intervento preventivo volto ad individuare tali componenti e a modificarli per il benessere psichico.

In primo luogo, è stato osservato che il sostegno sociale gioca un ruolo fondamentale nella promozione e nel mantenimento del benessere psicologico della madre. La donna, infatti, può ricevere sostegno di tipo emotivo (empatia, conforto), strumentale (assistenza pratica) o informativo (consulenza, guida) dal partner, dalla famiglia, dalla rete di amicizie o da figure professionali (Ammaniti *et al.*, 2007). A tal proposito, sono risultati di particolare importanza la partecipazione ai corsi preparto, il sostegno emotivo durante il travaglio e l'aiuto pratico nella gestione del figlio.

Anche alcune caratteristiche psicologiche sono risultate essere elementi che favorirebbero l'adattamento alla maternità, come un buon livello di autostima e l'utilizzo di buone strategie di coping (Monti & Agostini, 2006).

Un'evidenza interessante riguarda l'importanza del sonno dopo la nascita del figlio, soprattutto in relazione all'allattamento (Bellantuono *et al.*, 2021). È risaputo che il neonato richiede cure in ogni momento della giornata, e per questo spesso le madri si sentono esauste, specialmente coloro che hanno alle spalle una storia di disturbi dell'umore. È, dunque, necessario riuscire a mantenere un sonno regolare, sia nelle donne che hanno già sviluppato un disturbo depressivo,

sia per prevenirne l'insorgenza (Gallaher *et al.*, 2018), e, tal proposito, è fondamentale la presenza di una figura che possa alternarsi con la madre nella cura del bambino.

Rispetto all'allattamento al seno, si è dimostrato quanto questo abbia un forte valore protettivo nell'insorgenza di ansia o depressione nel periodo post-partum (Ahn, 2015), a differenza delle credenze di pochi decenni fa, secondo cui l'allattamento al seno era ritenuto una possibile causa della follia puerperale poiché comportava vertigini, emicranie, depressione fino alla perdita di autocontrollo (Rohe, 1993). Oltre ai benefici fisici che ne trarrebbero sia la madre sia il bambino, l'allattamento al seno promuove la salute mentale di entrambi, soprattutto se questo viene attuato in maniera costante e prolungata.

Riprendendo, invece, il discorso sul tipo di attaccamento della madre, le ricerche che hanno dimostrato il ruolo dell'attaccamento insicuro e disorganizzato (Brown & Wright, 2003; Bifulco *et al.*, 2006) hanno anche dimostrato, al contrario, che un attaccamento sicuro e, di conseguenza, buone capacità di autoregolazione emotiva, sfavoriscono lo sviluppo di sintomi di depressione, andando a giovare anche sulla relazione di attaccamento con il figlio.

## **CAPITOLO 3:**

### **INTERVENTI PER LA DEPRESSIONE PERINATALE**

#### ***3.1 Panoramica generale sugli interventi per la depressione perinatale***

Sulla base di quanto finora esposto, è fondamentale porre l'attenzione su un aspetto critico tanto quanto lo è la diagnosi: l'intervento per la depressione perinatale. Sebbene la letteratura scientifica, come già detto, abbia posto l'attenzione sulla diagnosi di tale disturbo, si riscontra che soltanto una minoranza delle donne che hanno ricevuto una diagnosi riceve un trattamento (Horowitz & Cousin, 2006). Tra i trattamenti proposti si possono distinguere tra i trattamenti farmacologici e quelli senza l'utilizzo di farmaci, la cui scelta sembra dipendere prevalentemente da preferenze soggettive, accettazione sociale e considerazioni sulle conseguenze delle terapie farmacologiche sul feto o sull'allattamento del figlio (Goodman, 2009). Da quest'ultimo aspetto deriverebbe la preferenza per le terapie psicologiche, nonostante l'uso dei farmaci sarebbe indicato solo per i casi in cui i sintomi si manifestano in maniera estremamente grave (Monti & Agostini, 2006).

Tra le terapie psicologiche proposte in letteratura si trova la psicoterapia ad indirizzo psicodinamico, che si focalizza sulle specifiche dinamiche all'origine del quadro depressivo per agire sui conflitti interni dell'individuo (Busch *et al.*, 2004). Inoltre, si può trovare anche la psicoterapia cognitivo-comportamentale (Chabrol *et al.*, 2002) che, invece, mira a trattare la sintomatologia depressiva ridefinendo i problemi della madre nella gestione e nella cura del figlio.

Un'altra terapia che evidenzia una remissione dei sintomi è la terapia interpersonale (Stuart & O'Hara, 1995), che tenta di modificare le relazioni che la madre ha con coloro che la circondano, modificando le sue aspettative.

Anche gli interventi di gruppo sono risultati efficaci nel trattamento dei sintomi depressivi (Beck & Discoll, 2006), in quanto il gruppo rappresenta per la madre un'opportunità di potersi confrontare con altre donne che hanno vissuto esperienze simili; in questo modo, la madre si sente compresa e sente di non essere l'unica ad essere in difficoltà.

Queste terapie, soprattutto quella di stampo psicodinamico, possono essere applicate anche rispetto alla diade madre-bambino (Paris *et al.*, 2011); questa terapia ha l'obiettivo di promuovere dei cambiamenti significativi sull'umore della madre, sulla percezione dell'esperienza genitoriale e sull'interazione con il proprio figlio.

Infine, soprattutto negli ultimi decenni, è stata evidenziata l'efficacia degli interventi domiciliari, anche detti *home visiting*, nel periodo successivo al parto (Ammaniti *et al.*, 2007), che però vengono tendenzialmente effettuati in situazioni di rischio. Questi interventi non sono definiti in modo chiaro, seppur offrano servizi eterogenei che possono variare per tipologia di attività, per durata, per frequenza delle visite e per il grado di flessibilità, oltre che per l'approccio teorico di riferimento. Inoltre, è stata dimostrata l'efficacia di questa tipologia di intervento anche rispetto al livello di abuso del bambino, che viene ridotto drasticamente (Olds *et al.*, 1999). Gli interventi di *home visiting* hanno riscosso molto successo negli ultimi decenni, poiché permettono di osservare la relazione che si sviluppa tra la madre e il proprio figlio nel contesto naturale, in cui vivono la loro quotidianità (Olds *et al.*, 1999). Nel contesto italiano, gli interventi a domicilio non sono comuni come in altri paesi occidentali (Ammaniti *et al.*, 2007); nonostante questo, è stata effettuata una ricerca-intervento (Ammaniti *et al.*, 2007) per valutare l'efficacia di questo intervento rivolto alle madri che presentavano un rischio depressivo, ponendo quindi l'attenzione sui fattori di rischio psicosociali precedentemente illustrati.

Alla luce di quanto esposto, si può affermare la necessità di intervenire in maniera corretta ed efficace, non solo sulle donne che già hanno sviluppato un quadro depressivo, ma soprattutto su coloro che presentano il rischio di svilupparlo, agendo attraverso programmi di prevenzione volti ad individuare gli elementi predittivi e ad esaltare i fattori preventivi per ridurre il rischio di sviluppare un quadro psicopatologico (Caretto *et al.*, 2013).

### ***3.2 Programmi di intervento e di prevenzione nel territorio italiano***

Come già anticipato nei precedenti capitoli, la depressione perinatale rappresenta un problema a livello nazionale, poiché si stima che almeno una donna su 5 sviluppi tale problematica durante la gravidanza (ISS, 2024).

Negli anni, i maggiori enti pubblici, che operano a livello sia nazionale sia internazionale in ambito sanitario, hanno messo a punto una serie di programmi di intervento e di prevenzione per la depressione perinatale, evidenziando l'importanza che tale periodo ha sulla salute mentale della donna. Tra i più recenti, verranno analizzati più nel dettaglio i seguenti programmi proposti:

- “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum” (ISS, 2016)

- “Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati” (IIS, 2019)

### 3.2.1 “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum”

Tale progetto, proposto dall’Istituto Superiore di Sanità con il supporto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), è stato avviato nel 2012 e indica come obiettivi principali i seguenti:

1. valutare la fattibilità e l’efficacia nella pratica dell’intervento psicologico di intervento precoce e prevenzione delle complicanze della depressione post-partum;
2. sistematizzare modalità sensibilizzazione e informazione sull’importanza del disturbo e sulla possibilità di intervenire per coloro che presentano il rischio di sviluppare un quadro depressivo;
3. definire modalità di screening utilizzabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di depressione.

La ricerca, conclusa nel 2014, ha coinvolto tre Unità Operative (Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 9 di Oderzo, Treviso; Azienda Sanitaria Regionale Molise di Campobasso; Azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo) e si è avvalsa della collaborazione di tre presidi ospedalieri di Roma.

Il progetto prevede l’applicazione del trattamento proposto da Milgrom e collaboratori (2003), attivo da più di trent’anni sul territorio australiano. Tale programma nasce come adattamento della psicoterapia cognitivo-comportamentale con aspetti psicoeducativi al trattamento specifico della depressione post-partum, utilizzando un modello eziopatologico a più fattori. L’ISS, con l’utilizzo di tale strumento di intervento sulla popolazione italiana, vuole dimostrarne l’efficacia in diversi contesti clinici del territorio italiano, completamente differente da quello australiano.

Il progetto prevede una fase iniziale di *screening*, effettuato sulle donne che si trovano tra la sesta e la dodicesima settimana post-parto. Dopo uno *screening* iniziale, in cui si effettuano un colloquio individuale e la somministrazione della EPDS (Cox *et al.*, 1987), si passa ad un approfondimento diagnostico di coloro che sono risultate positive allo *screening* iniziale; in tale fase vengono somministrati altri test per valutare la presenza di episodi depressivi, la gravità dei sintomi, la presenza di ansia, lo stato di salute generale fisica e psicologica.

In seguito, viene effettuato il trattamento a coloro che risultano positive anche alla seconda fase dello screening. L'intervento prevede 10 incontri dedicati esclusivamente alla madre, in cui si propongono sia incontri individuali, per poter personalizzare al massimo l'intervento, sia incontri di gruppo, per promuovere la condivisione delle esperienze e il confronto; l'utilizzo di terapie individuali o di gruppo dipende principalmente dall'ampiezza del bacino di utenza di ogni Unità Operativa. Durante i primi 10 incontri previsti dal trattamento si propongono inizialmente interventi comportamentali, volti in primo luogo alla riduzione dei sintomi che le madri sperimentano durante la quotidianità, insegnando loro alcune tecniche di rilassamento. Si ragiona anche sull'assertività (Baggio, 2013), un insieme di tecniche di comunicazione che aiutano i soggetti ad esprimere meglio i loro bisogni, al fine di migliorare la comunicazione con il partner e con la famiglia riducendo gli atteggiamenti aggressivi e passivi. Successivamente, si invita la donna a riflettere sull'immagine di "madre" che vorrebbe avere, lavorando su pensieri, emozioni e comportamenti che hanno un impatto negativo sulla loro quotidianità e riflettendo sulla possibilità di ridurre i pensieri negativi, a favore di quelli positivi e funzionali. Durante l'ultimo incontro vengono somministrati nuovamente gli stessi strumenti di valutazione utilizzati in fase di *screening* e approfondimento diagnostico per valutare la presenza di miglioramenti nella vita quotidiana della madre.

Successivamente, il metodo proposto da Milgrom prevede l'aggiunta di altri 6 incontri divisi in due moduli: un primo modulo dedicato all'interazione con il figlio e un secondo dedicato alla coppia. Il primo modulo, composto da 3 incontri, ha come obiettivo quello di fornire alla madre un training sulle sue abilità di comunicazione con il figlio, lavorando sulla gestione di tali competenze e cercando di mostrare loro il lato piacevole dell'essere madre attraverso il gioco e il contatto fisico con il bambino. Inoltre, la madre impara anche a percepire in maniera adeguata i segnali del figlio, implementando così la loro consapevolezza non solo sui bisogni del bambino, ma anche sulle loro risposte emotive alle richieste del neonato.

Il secondo modulo, composto sempre da 3 incontri, è dedicato ai padri, che vengono informati sul quadro clinico della depressione post-partum e resi consapevoli delle loro emozioni al riguardo, per poter massimizzare una comunicazione efficace nella coppia. Si affrontano i cambiamenti avvenuti nella relazione dopo la gravidanza e la nascita del figlio, affrontando tematiche spesso difficili come l'intimità e la sessualità.

L'ISS si è posto come obiettivo la valutazione dell'efficacia di tale trattamento precoce per la depressione post-partum, proponendo inizialmente lo screening ad un campione composto da 2668 donne, selezionate nell'ambito di più di 150 corsi preparto attivi nelle 3 Unità Operative.

A partire da questo campione, soltanto 63 donne hanno accettato di partecipare al trattamento in seguito allo *screening* e all'accertamento diagnostico.

L'ISS ha riportato che l'intervento proposto da Milgrom può essere efficace anche nell'ambito dei servizi italiani, soprattutto per coloro che aderiscono completamente al progetto, frequentando tutti gli incontri. Il miglioramento, da un punto di vista clinico, ha riguardato principalmente la presenza e la gravità dei sintomi, che risultano diminuiti alla fine del trattamento, e la salute mentale. A distanza di 6 mesi dal trattamento, tali miglioramenti sono rimasti stabili nella maggior parte del campione.

In conclusione, risulta chiaro come questi risultati, ampiamente analizzati anche da Mirabella e colleghi (2016), possano essere considerati incoraggianti, soprattutto se si considera il fatto che si tratta di un intervento di breve-media durata su un campione ristretto di neo-mamme.

### *3.2.2 “Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati”*

Questo altro progetto è stato proposto, come il precedente, dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2019, con la collaborazione e il supporto del CCM, ed è stato attivato dal 2020 al 2023, coinvolgendo ben 9 regioni italiane. I direttori del progetto si sono posti come obiettivo quello di promuovere un adeguato sviluppo del bambino, dal concepimento fino al secondo anno di vita, favorendo il suo benessere fisico e psicologico. Per favorire ciò, la ricerca si propone di diminuire i fattori di rischio che possono compromettere tale sviluppo, rafforzando le opportunità di sviluppo soprattutto per i bambini più a rischio, potenziando i fattori protettivi e promuovendo la resilienza. Tra i fattori di rischio sono stati individuati la povertà, le carenze nutrizionali, il maltrattamento infantile e la depressione materna. L'analisi del progetto verterà sull'ambito della depressione, ma risulta chiaro come tale intervento ruoti attorno non solo alla madre e al suo benessere psicologico, ma riguarda la genitorialità in senso più ampio, coinvolgendo la coppia in tutto il percorso. Infatti, sono state individuate tre aree prioritarie di azione per la promozione dei primi 1000 giorni di vita: la qualità percepita del percorso nascita, la tutela della salute mentale perinatale e la promozione delle competenze genitoriali.

Rispetto al primo punto, l'analisi sulla qualità percepita del percorso nascita si propone di rilevare i percorsi preventivi e assistenziali alla donna, da quelli proposti in età fertile ai servizi offerti dopo il parto. Tale fase ha permesso alle partecipanti di descrivere la qualità dei servizi

offerti durante la gravidanza, il parto e i primi tre mesi dalla nascita. A questa prima rilevazione hanno partecipato 3642 donne, che hanno risposto a due questionari messi a punto per l'indagine. È emerso che la maggior parte del campione ha trovato una buona assistenza al percorso nascita, dichiarando di essersi sentite trattate con rispetto e dignità. La maggiore criticità è stata riscontrata nel fatto che per circa un terzo del campione non è stato possibile decidere quale tipo di assistenza sanitaria scegliere; infine, le partecipanti, dichiarano anche di aver avuto un'esperienza meno positiva dell'assistenza post-parto.

Durante la seconda fase è stata valutata la tutela della salute mentale delle donne durante tutto il periodo perinatale, individuando i servizi assistenziali volti alla promozione di tale aspetto, con particolare riferimento alla valutazione del rischio. L'obiettivo di questa fase è stato quello di poter rendere disponibili le informazioni sul percorso di presa in carico dei disturbi mentali perinatali. Dall'indagine è emerso che nella maggior parte dei consultori familiari presi in considerazione, in totale 144, le informazioni raccolte durante l'anamnesi della paziente vengono ricondotte ad una valutazione specifica del rischio di sviluppare una sintomatologia depressiva, a cui segue l'offerta di interventi di supporto. È anche stata condotta un'indagine che ha coinvolto 127 Dipartimenti di salute mentale nazionali, da cui emerge che poco più della metà di queste strutture offre un servizio di counselling preconcezionale a coloro che hanno già ricevuto una diagnosi di depressione. Inoltre, nella maggior parte delle strutture è stata rilevata la carenza sia di piani di cura specifici per la depressione perinatale, sia di percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali specifici.

Infine, durante la fase di promozione delle competenze genitoriali si è cercato di individuare i servizi offerti alla coppia volti a supportare le pratiche quotidiane di cura e di gestione del bambino. L'indagine ha previsto la realizzazione di workshop e ha coinvolto sia i professionisti socio-sanitari che si occupano delle cure primarie e dell'area educativa del bambino, sia alcuni pediatri, interrogandoli sulla loro conoscenza e pratica delle politiche di prevenzione e promozione della salute psicofisica del bambino, facendo riferimento, ad esempio, agli stili di vita, ai fattori ambientali, alla salute mentale e agli aspetti relazionali. I risultati emersi dall'indagine sui professionisti socio-sanitari evidenzia l'importanza di realizzare interventi e programmi in una cornice di riferimento comune, in modo da orientare tutte le azioni. È stata inoltre sottolineata l'importanza di dare priorità a programmi duraturi, di incentivare la formazione professionale per migliorare le competenze e creare un linguaggio comune, di identificare punti di riferimento locali e di sfruttare le risorse digitali per raggiungere i destinatari delle iniziative. Emerge, inoltre, la priorità di avere una disponibilità maggiore di

mediatori culturali e di creare di materiali multilingue per poter coinvolgere anche i genitori di origine straniera. Dalla ricerca effettuata sui pediatri emerge che, sebbene la maggior parte dei soggetti abbia una buona conoscenza delle tematiche proposte, alcuni professionisti non ritengono dannosi alcuni comportamenti assunti in determinati stili di vita della madre (ad esempio, l'assunzione di piccole quantità di alcol durante la gravidanza). Inoltre, emerge un dato abbastanza preoccupante: circa l'11% dei professionisti ritiene che la depressione materna regredisca in autonomia, senza l'ausilio di un trattamento. Infine, i risultati evidenziano che quasi la metà dei pediatri non informi i genitori dei rischi legati a determinati stili di vita, e che la maggior parte di loro non fornisce loro informazioni relative ai servizi disponibili sul territorio per il trattamento della depressione perinatale.

### *3.2.3 Analogie, differenze e riflessione sui programmi proposti*

Nelle righe precedenti sono stati descritti due dei programmi di intervento e di prevenzione proposti nel territorio italiano dall'Istituto Superiore di Sanità. Entrambi i programmi sono risultati essere efficaci rispetto agli obiettivi proposti, ma tra loro differiscono per alcuni aspetti.

Il primo aspetto su cui porre l'attenzione è la differenza legata al momento di vita della donna in cui i programmi vengono attuati: il primo, che vuole riprodurre in Italia il trattamento ideato ed applicato da Milgrom sul territorio australiano, è rivolto alle donne che già hanno sviluppato una sintomatologia depressiva nel periodo post-parto; il secondo, il cui obiettivo è promuovere l'adeguato sviluppo psicofisico del bambino, si concentra sulla salute mentale della donna, e non solo, di tutto il periodo perinatale, dal concepimento a due anni dopo la nascita del bambino. Questo aspetto non necessariamente rappresenta un elemento negativo: infatti, il fatto di avere due proposte per due momenti di vita differenti potrebbe risultare sicuramente più inclusivo per tutte le donne che si trovano in questa situazione, vista la grande variabilità che si può presentare tra soggetti con la stessa diagnosi.

Un secondo aspetto su cui i due programmi differiscono è legato alla tipologia dell'intervento: il primo prevede un vero e proprio trattamento, indicando la psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale come pratica elettiva della terapia, associando elementi psicoeducativi; il secondo, invece, focalizza l'attenzione su politiche per lo più preventive e di sensibilizzazione, analizzando la qualità dei servizi offerti sul territorio per la salute mentale della donna.

Anche l'ampiezza campione differisce: nel primo caso, solo 63 donne accettano di partecipare al trattamento dopo lo *screening* iniziale; nel secondo caso, sono molti di più i soggetti e le

strutture territoriali che hanno aderito all'iniziativa. Questo potrebbe essere dovuto alla limitatezza delle risorse disponibili per l'attuazione degli interventi, ma anche dalla tipologia di intervento proposto, ma anche dalla diffidenza delle persone rispetto all'applicazione di un metodo nuovo, mai proposto, come nel caso dell'intervento di Milgrom. Un altro motivo relativo alla differenza dei campioni potrebbe riguardare il territorio in cui l'intervento è stato proposto: infatti, il primo progetto è stato attivato in solo tre Unità Operative, mentre il secondo prevedeva l'attivazione in ben 9 regioni; questo comprometterebbe la possibilità di raggiungere una coorte più ampia di persone. Ancora, si potrebbe pensare al fatto che non tutti potrebbero decidere di sottoporsi ad un trattamento di psicoterapia, soprattutto, come nel primo caso, se i soggetti hanno già ottenuto una diagnosi del disturbo e potrebbero, quindi, avere una visione distorta della realtà.

Visti comunque i buoni risultati ottenuti dalle ricerche, si potrebbe pensare che entrambe rappresentino dei buoni interventi da proporre sul territorio, e, come già anticipato, se proposti insieme potrebbero aumentare l'inclusività. Sarebbe, dunque, l'ideale che entrambi i progetti siano attivi nello stesso momento per permettere alle donne l'opportunità di scegliere a quale aderire, o se aderire ad entrambi. Un altro modo per rendere entrambi più accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno potrebbe essere l'ampliamento del bacino territoriale, espandendo i progetti su tutto il territorio italiano, in modo che tutti possano usufruirne.

In conclusione, questi sono soltanto due dei progetti fino ad ora; l'auspicio per il futuro è che vengano proposte altre iniziative che basino il loro intervento soprattutto sulla promozione dei fattori protettivi e sul contrasto dei fattori di rischio, al fine di ridurre il più possibile il disagio psichico della donna.

### ***3.3 Proposta di un intervento mindfulness-based per la salute mentale in gravidanza e nel post-parto***

Negli ultimi anni l'attenzione della ricerca scientifica è stata sempre di più posta sulla valutazione dell'efficacia di trattamenti che si potrebbero definire "non convenzionali", cioè interventi che non utilizzano né terapie farmacologiche, né terapie psicologiche (Sari *et al.*, 2023). Infatti, come già anticipato, la terapia farmacologica solitamente non è indicata per il trattamento della depressione perinatale a causa dei possibili effetti collaterali che i farmaci potrebbero avere sulla salute della madre e del bambino (Galbally *et al.*, 2020). Per questa ragione, negli ultimi anni si sono sviluppati interventi che non utilizzano una terapia

farmacologica (Trinh et al., 2022), tra i più popolari gli interventi *mindfulness-based* (MBI). Gli MBI sono nati intorno agli anni '70 e hanno lo scopo di aumentare la consapevolezza di corpo, mente e sentimenti al fine creare un senso di calma. Questa terapia è stata ampiamente utilizzato per ridurre lo stress, l'ansia e la depressione (Gomutbutra et al., 2022), anche nelle donne in gravidanza (Shi & MacBeth, 2017).

Sebbene negli anni siano state condotte molteplici ricerche e meta-analisi (Lever Taylor et al., 2016; Shi & MacBeth, 2017), nessuna di queste è stata in grado di ricondurre in modo scientifico la diminuzione di stress e ansia alla MBI. Infatti, recentemente sono state condotte due meta-analisi con l'obiettivo di stabilire se una terapia basata sulla mindfulness sia efficace nella riduzione dei sintomi depressivi durante la gravidanza (Sari *et al.*, 2023) e dopo il parto (Yang *et al.*, 2023). Rispetto alla depressione perinatale, la revisione evidenzia degli effetti significativi, seppur piccoli, degli MBI sulla salute mentale della madre, confermando il fatto che questo tipo di terapia riduce significativamente lo stress e, al contrario, migliora aspetti come la capacità di autogestione, l'autonomia e la consapevolezza del proprio corpo (Macaulay et al., 2022). Nonostante ciò, gli MBI sembrerebbero avere un effetto positivo solo sui sintomi di ansia e di stress, ma non di depressione: questo, come riportano gli autori, potrebbe essere dovuto dal periodo temporale in cui la valutazione della depressione è stata effettuata, in quanto sembra che la valutazione cambi in base al trimestre di gravidanza in cui la donna si trova (Dadi et al., 2020). Un altro motivo potrebbe essere legato all'utilizzo di diversi strumenti di valutazione per la diagnosi della depressione perinatale. Questi dati sarebbero in contrasto con i risultati di uno studio condotto da Williams e collaboratori (2020), secondo cui gli MBI avrebbero invece un beneficio sui sintomi depressivi; tuttavia, lo studio comprendeva un numero di partecipanti limitato e non prevedeva l'ausilio di un gruppo di controllo.

La terapia basata sulla mindfulness, come già anticipato, sembrerebbe avere effetti positivi sulla depressione post-partum (Yang *et al.*, 2023). La meta-analisi ha evidenziato come la MBI, e in particolare la MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; Eustis *et al.*, 2019) possa avere effetti positivi sui sintomi depressivi, riducendo i pensieri negativi e lo stress e diminuendo significativamente il tasso di ricadute e la gravità dei sintomi. È interessante notare che gli autori parlano di cambiamenti nello stile di vita dei soggetti, questo per sottolineare come la MBI sia finalizzata a modificare il comportamento della persona di fronte agli eventi di vita stressanti, come possono essere, ad esempio, il parto o la cura del proprio figlio; gli eventi stressanti non sono considerati come difficoltà, bensì come opportunità modificabili per ottenere sollievo emotivo attraverso la mindfulness (Vieten & Astin, 2008). Infatti, la

mindfulness può modificare l'elaborazione delle informazioni emotive nelle pazienti con depressione postpartum, sostituendo i ricordi negativi con emozioni positive come amore e compassione.

Sebbene l'efficacia degli interventi basati sulla mindfulness sia stata valutata come positiva e, dunque, si possa affermare che la mindfulness aiuti a ridurre i sintomi depressivi, l'ansia e lo stress, è utile ricordare che l'uso esclusivo di questo tipo di terapia non è indicata, ma, come vale per tutte le altre tipologie di trattamenti esistenti, dovrebbe essere utilizzata in combinazione con altri interventi, al fine di garantire una migliore efficacia.

Per concludere, è bene ricordare che la ricerca scientifica è in continua evoluzione, e l'auspicio è quello di trovare dei metodi efficaci per garantire il benessere individuale.

## CONCLUSIONE

L'obiettivo di questo elaborato è stato quello di approfondire il più possibile un quadro clinico complesso come quello della depressione perinatale. In particolare, l'analisi dell'evoluzione storica della concettualizzazione di tale disturbo ha favorito una più approfondita comprensione di questa condizione che, a differenza di come si pensa comunemente, intacca profondamente la quotidianità di ogni donna che la sperimenta.

Al contrario di quanto riportato nel DSM-5 e TR, ritengo che la depressione perinatale debba essere considerata come un quadro clinico indipendente, poiché, nonostante di fatto presenti la sintomatologia dell'episodio depressivo maggiore, le sensazioni e le emozioni che la donna prova sono estremamente variegata. Inoltre, è fondamentale che ogni professionista in ambito psicologico e medico sia a conoscenza di questo disturbo e che sia informato rispetto alle sue possibili manifestazioni, al fine di fornire al paziente un'adeguata diagnosi e un trattamento idoneo alla sua condizione.

L'analisi dei fattori predittivi e dei fattori di protezione della depressione perinatale risulta fondamentale, poiché la conoscenza di entrambi questi elementi serve per valutare l'andamento della sintomatologia depressiva, ove possibile prevenirla e, in ogni caso, intervenire in maniera efficace attraverso programmi mirati a garantire il benessere fisico e psicosociale della madre e del figlio. Inoltre, la conoscenza di tali fattori permette l'individuazione precoce delle donne a rischio di sviluppo di una psicopatologia legata alla gravidanza, aspetto che, però, ad oggi risulta ancora deficitario, in quanto molto spesso la depressione perinatale non viene individuata in maniera adeguata poiché ritenuta sottovalutata (Bellantuono *et al.*, 2021).

Rispetto ai programmi di intervento proposti nell'elaborato e presenti in letteratura, il mio auspicio è che nei prossimi anni aumenti la consapevolezza della comunità scientifica e, in generale, del mondo intero affinché tutti possano conoscere e saper riconoscere la depressione perinatale per poter agire tempestivamente su di essa. Resto, comunque, convinta del fatto che, anche grazie alle tecnologie che ad oggi abbia a disposizione la ricerca si impegnerà a rendere migliore la diagnosi, più efficaci i trattamenti e, di conseguenza, più serena la vita di ogni madre.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G.M., Colosimo, D., Giacchetti, N., et al. (2012). Depressione perinatale e nel postpartum: tra attaccamento e personalità. Uno studio pilota. *Journal of Psychopathology*, 18, 328-334.
- Aceti, F., Baglioni, V., Ciolli, P. (2012). Maternal attachment patterns and personality in postpartum depression. *Rivista di Psichiatria*, 47(3): 214-220.
- Agrawal, I.; Mehendale, AM., Malhotra, R. (2022). Risk factor for postpartum depression. *Cureus*, 14(10): e30898. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- Ahn, S. & Corwin, E.J. 2015, "The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study", *International journal of nursing studies*, 52(10): 1582-1590.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale (NJ).
- Alhaj Ahmad, M., Al Awar, S., Sayed Sallam, G., Alkaabi, M., Smetanina, D., Statsenko, Y. et al. (2024). Biopsychosocial Predictors of Postpartum Depression: Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 12(6): 650. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12060650>
- Amaru D., Le Bon O. (2014). Postpartum depression: correlations and predictive factors. *Revue Médicale de Bruxelles*. 35(1):10-16.
- Amer, S.A.; Zaitoun, N.A., Abdelsalam, H.A.; Abbas, A.; Ramadan, MS., Ayal H.M., et al. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, 24(1): 1308. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition Text Revision, DSM-5-TR*. Arlington, VA. (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5-TR. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023).
- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Il Pensiero Scientifico, Roma.

- Ammaniti, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Odorisio, F., Vismara, L. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e Adolescenza*, 6(2): 67-83.
- Appleby L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 302(6769): 137-40.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano, Franco Angeli.
- Baker, J., Mancuso, M., Montenegro, M., Lyons, B. A. (2002). Treating postpartum depression. *Physician Assistant*. 26(10): 37-44.
- Baldoni F. (2010). Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective. In *atti 2nd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA)* (St. John's College, Cambridge, UK, August 29-31, 2010), 1-15.
- Baldoni F. e Agostini F. (a cura di) (2013), *Atti del Congresso Internazionale Fathers and Perinatality. Attachment, Adaptation and Psychopathology*, Bologna, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna (edizione in CD-ROM).
- Baldoni F. (2016). I disturbi affettivi nei padri. In P. Grussu e A. Bramante (Eds.), *Manuale di Psicopatologia Perinatale*, Trento, Erickson, pp. 443-486.
- Banti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., et al. (2011). From Third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, Incidence, recurrence and new onset of depression. Results from the perinatal depression- research e screening unit study. *Comprehensive Psychiatry*. 52(4):343-51.
- Becchi, M.A., Carulli, N. (2009). Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate. [Insero *Medicina Italia*] *Internal and Emergency Medicine*, 4(3).
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, C.T. (1995). The effects of postpartum depression on mother-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*. 44, 298-304.

- Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5): 297-303.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing Research*, 50(5): 275-285.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4): 275-285.
- Beck, C.T. (2002) Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetrics, Gynecology Neonatal Nursing*. 3, 394-402.
- Beck, C.T. (2006). Post partum depression: it isn't just the blues. *American Journal of Nursing*, 106(5): 40-50.
- Beck, C.T, Driscoll, J.W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA.
- Beck, C.T., Gable, R.K. (2000) Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research*. 49, 272–282.
- Beck, C.T., Gable, R.K. (2002). *PDSS. Postpartum Depression Sreening Scale (PDSS) Manual*. Western Psychological Services. Adattamento Italiano (a cura di) V. Caretti, F. Monti, F. Agostini, N. Ragonese. Giunti Organizzazioni Speciali, Firenze (2010).
- Beck, C.T., Reynolds, M.A. & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21, 287-293.
- Beebe, B., Lachmann, F. M. (2002). *Infant research e adult treatment: co-costructing*. The Analitic Press, Hillsdale, NJ. (Tr. it.) *Infant research e trattamento degli adulti*. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., *et al.* (2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother-infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*. 29(5): 442-471.
- Bellantuono, C., De Barardis, D., Valchera, A. Vecchiotti, R. (2021) (a cura di) *Manuale di psichiatria perinatale*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Bielawska-Batorowicz, E., Kossakowska-Pietrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, father's

personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 24, 21-29.

Bifulco, A., Kwon, J.H., Jacobs, C., Moran, P. M., Bunn, A. (2006). Adult attachment style as mediator of childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10): 796-805.

Blum, L.D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1): 45-62.

Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol I. Attachment*. Basic Books, New York. (Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol.I: L'attaccamento alla madre*. Boringhieri, Torino, 1976).

Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss. Vol 2: Separation: Anxiety and Anger*. Hogart Press, London. (Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol.2: La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975).

Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol.3: Sadness and Depression*. Hogart Press, London. (Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol.3: La perdita della madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1983).

Brandenburg, J., Vrijkotte, T., Goedhart, G., Van Eijsden, M. (2012). Maternal early- pregnancy vitamin D status is associated with maternal depressive symptoms in the Amsterdam Born Children and Their Development Cohort. *Psychosomatic Medicine*, 74, 751– 757.

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.

Busch, F.N., Rudden, M., Shapiro, T. (2007). *Psicoterapia psicodinamica della depressione*. Raffaello Cortina, Milano.

Camoni, L.; Mirabella, F.; Gigantesco, A.; Brescianini, S.; Ferri, M. *et al.* (2022) The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Perinatal Mental Health: Preliminary Data on the Risk of Perinatal Depression/Anxiety from a National Survey in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(22): 14822. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214822>

Caretti V., Crisafi 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*. Giovanni Fioriti Editore.

Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Chiorino, V., Roveraro, S., Barretta, *et al.* (2015). Prevalence of paternal perinatal depressive mood and its relationship with maternal depression symptomatology: An Italian study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 103-109.

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039-1047.

Cohn, J.F., Tronick, E.Z. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242-248.

Coplan, R.J., O'Neil, K., Arbeau, K.A. (2005). Maternal anxiety during and after pregnancy and infant temperament at three months of age. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*.19, 199-215.

Cooper, P.J., Murray, L., Hooper, R., West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*. 26, 627–634.

Corbani, I.E., Rucci, P., Iapichino, E., Quartieri Bollani, M., Cauli, G., Ceruti, M. R., *et al.* (2017). Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7): 622-631.

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.

Czarnocka, J., Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 39, 35-41.

Dadi, A. F., Miller, E. R., Woodman, R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Antenatal depression and its potential causal mechanisms among pregnant mothers in Gondar town: Application of structural equation model. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(168). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02859-2>

- Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J.E., Golding, J. (1998). Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry*. 155, 6, 818-823.
- Della Vedova, A.M., Ducceschi, B., Cesana, B., Pelizzari, N., Imbascaiti, A. (2009). Maternal emotional well-being during pregnancy and the temperament of the infant in the early months of life. *Child Development and Disabilities - SAGGI*, 3(2009): 45-71.
- Dubey A, Chatterjee K, Chauhan VS, Sharma R, Dangi A, Adhvaryu A (2021): Risk Factors of postpartum depression. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(1): 127-131.
- Engel G.L. (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286):129-136.
- Esquirol, J.E.D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports medical, hygiénique et medico-legal*, Vol.1. Paris, Baillière Editions.
- Eustis, E.H., Ernst, S., Sutton, K., Battle, C.L. (2019). Innovations in the Treatment of Perinatal Depression: The Role of Yoga and Physical Activity Interventions during Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Report*, 21(12): 133. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1121-1>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Fairbrother, N., Young, A.H., Janssen, P., Antony, M.M., Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(206). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Fava, G.A. (2016). *Well-Being Therapy: Treatment Manual and Clinical Applications*. Basel, Karger.
- Fava, G.A., Cosci, F., Sonino, N. (2017). Current psycho-somatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 86: 13–30.
- Fava, G.A., Sonino, N. (2017). From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86:257–259.
- Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior*, 8, 181-195.

- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early intervention. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.
- Fletcher, R.J., Garfield, C.F. e Matthey, S. (2015), Fathers' perinatal mental health. In Milgrom, J. & Gemmil, A.W. (a cura di), *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Oxford, Wiley & Sons, pp.165-176.
- Fox, C.R., Gelfand, D.M. (1994). Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy, and mother-child interactions. *Early Development and Parenting*, 3, 233-243.
- Galbally, M., Watson, S. J., Boyce, P., Nguyen, T., & Lewis, A. J. (2020). The mother, the infant and the mother–infant relation- ship: What is the impact of antidepressant medication in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 272, 363–370.
- Gallaher, K.G.H., Slyepchenko, A., Frey B.N., Urstad, K., Dorheim, S.K. (2018). The Role of Circadian Rhythms in Postpartum Sleep and Mood. *Sleep Medicine Clinics*, 13(3): 359-374.
- Gomutbutra, P., Srikamjak, T., Sapinun, L., Kunaphanh, S., Yingchankul, N., Apaijai, N. *et al.* (2022). Effect of intensive weekend mindfulness-based intervention on BDNF, mitochondria function, and anxiety. A randomized, crossover clinical trial. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 11(100137). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpniec.2022.100137>
- Goodman, S.H., Tully, E. (2006). Depression in Women who are Mothers: An Integrative Model of Risk for the Development of Psychopathology in their Sons and Daughters. In C.L.M. Keyes & S. H. Goodman (a cura di) *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences*. University Press, Cambridge.
- Goodman, J.H. (2009). Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth*, 36, 60-69.
- Grussu, P., Quatraro, R. M. (2006). Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2, 187-208.
- Hagen, E.H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20(5): 325-359.

- Hagen, E.H., Thornhill, R. (2017). Testing the psychological pain hypothesis for postnatal depression: Reproductive success versus evidence of design. *Evolution, Medicine and Public Health*, 1, 17-23.
- Hahn-Holbrook, J., Haselton, M.G., Dunkel Schetter, C. & Glynn, L.M. (2013), "Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth". *Archives of women's mental health*, 16(5), 411-422.
- Hamark B, Uddenberg N, Forssman L. (1995) The influence of social class on parity and psychological reactions in women coming for induced abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 74(4): 302-306.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 6, 278-296.
- 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.
- Hay, D.F., Zahn-Walxer, C., Cummings, E.M., Iannotti, R.J. (1992). Young children's view about conflicts with peers: A comparison of the daughter and sons of depressed and well women. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 669-683.
- Horowitz, A.J., Cousins, A. (2006). Postpartum depression treatment rates for at-risk women. *Nursing Research*, 50(5): 267-274.
- Ingram, R. E., Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). Sage Publications, Inc.
- Ingram, R.E., Price, J.M. (2010). (a cura di), *Vulnerability to Psychopathology: Risk across the Lifespan*, II Ed., NewYork, Guilford Press.
- Kammerer, M., Marks, M.N., Pinard, C., Taylor, A., CastelBergh, B., Künzli, H., *et al.* (2009). *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 135-141.
- Kee, M.Z.L., Cremaschi, A., De Iorio, M., Chen, H., Montreuil, T., Nguyen, T.V. *et al.* (2023). Perinatal Trajectories of Maternal Depressive Symptoms in Prospective, Community-Based Cohorts Across 3 Continents. *JAMA Network Open*, 6(10): e2339942. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.39942>

- Kim, J.J., La Porte, L.M., Saleh, M.P., Allweiss, S., Adams, M.G., Zhou, Y., et al. (2015). Suicide Risk Among Perinatal Women Who Report Thoughts of Self-Harm on Depression Screens. *Obstetrics Gynecology* 125(4): 885-893.
- Lancaster C.A, Gold K.J, Flynn H.A, Yoo H, Marcus S.M, Davis M.M. (2010) Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(3): 5-14.
- Lawson, A., Murphy, K.E., Sloan, E., Uleryk, E., Dalfen, A. (2015). The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 176, 65-77.
- Leathers, S. J., Kelley, M.A. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-31.
- Letourneau, N., Duffet-leger, L., Dennis, C. L., Stewart, M., Triphonopoulos, P.D. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 18, 41-47.
- Lever Taylor, B., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 11(5): e0155720. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720>
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (a cura di) (2020). *Manuale diagnostico psicodinamico, seconda edizione*, PDM-2. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Luca, D., Bydlowski, M. (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le Carnet Psy*. 67, 28-33.
- Macaulay, R., Lee, K., Johnson, K., & Williams, K. (2022). Mindful engagement, psychological restoration, and connection with nature in constrained nature experiences. *Landscape and Urban Planning*, 217(104263). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2021.104263>
- Marcè, L.V. (1958). *Tratité de la folie des femmes enceintes, des nouvelle accouchées et de nourrices*. Paris, JB Baillière et Fils.
- Mastorakos, G; Ilias, I. (2003). Maternal and Fetal Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axes During Pregnancy and Postpartum. *Women's healt and disease: gynecologic and reproductive issues*, 997(1): 136-149.

- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- Matthey S., Barnett B., Howie P., Kavanagh D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorder*. 74(2): 139-147.
- McEwen, B.S. (2017). Epigenetic interactions and the brain-body communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 86: 1–4.
- McGuire, M. T., Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. Oxford University Press, New York. (Tr. It.: *Psichiatria Darwiniana*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003).
- 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(4): 202-208.
- Meuti, V., Aceti, F., Giacchetti, N., Carluccio, G. M., Zaccagni, M., Marini, I., *et al.* (2015). Perinatal depression and patterns of attachment: a critical risk factor?. *Depression Research and Treatment*, 2015(105012). DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/105012>
- Milgrom, J., Martin, P.R, Negri, L.M. (1999). *Treating postnatal depression: A Psychosocial Approach for Health and Care Practitioners*. Wiley, Chichester. (Tr. It.: *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento, Edizioni Erickson, 2003).
- Mirabella, F., Michielin, P., Piacentini, D., Veltro, F., Barbano, G., Cattaneo, M., *et al.* (2014). Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparato. *Rivista di psichiatria*, 49 (6): 253-264.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, *et al.* (2016). Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Rivista di Psichiatria*, 51(6): 260-269.
- Mohammad K.I, Gamble J., Creedy DK. (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*. 27(6): 238-245.
- Molgora, S.; Saita, E.; Barbieri Carones, M.; Ferrazzi, E.; Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International Journal of*

*Environmental Research and Public Health*, 19(3): 1553. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>

Monroe, S. M. & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406–425.

Monti, F., Agostini, F. (2006). *La depressione postnatale*. Carocci, Roma.

Monti F., Agostini F., Martini A. (2005). Le relazioni precoci: dalla gravidanza alla nascita. Clinica e ricerca. In B. Davalli & F. Monti (a cura di) *Ripensare alla nascita. Reti di sostegno dalla gravidanza alla genitorialità*. Pendragon, Bologna, 47-82.

Murphy, P.K., Mueller, M., Hulsey, T.C., Ebeling, M.D., Wagner, C.L., (2010). An exploratory study of postpartum depression and vitamin D. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 16, 170–177.

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.

Murray, L., Cooper, P.J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*. 27, 253-260.

Nesse, R. M., Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychological Association*, 64(2): 129-39.

Oates M. (2008). The confidential enquiry into maternal death 1997-2005: implications for practice. *Psychiatry* 8, 13-6.

Oates M. (2010) Maternal deaths enquires 1997-2008. Lessons for practice. In *Perinatal Mental Health 2010: treatments and services*. Winchester 10/11 June.

O' Hara, M.W., Neunaber, D.J., Zekoski, E.M. (1984). A prospective study of post-partum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.

O'Hara MW, Swain AM. (1996) Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*; 8(1), 37-54.

O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics e Gynaecology*. 28(1): 3-12.

- Olds, D., Henderson, C.R., Kitzman, H., Eckenrode, J., Cole, R., Tatenbaum, R. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9, 44-65.
- Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN (2019). Postpartum depression and affecting factors in primary case. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22:85-91.
- Palladio, C.L., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., Gold, K.J. (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstetrics & Gynecology*, 118, 5, 1056-63.
- Parcells, D.A. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17(9): 813-820.
- Paris, P., Bolton, R.E, Spielman, E. (2011). Evaluating a Home-based dyadic intervention: changes in postpartum depression, maternal perceptions, and mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 32(3): 319-338.
- Paris, P., Bolton, R.E., Weinberg, M.K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interaction. *Archives of Womens Mental Health*, 12(5): 309-21.
- Paulson, J.E., Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*. 303(19): 1961-1969.
- Perren, S., Von Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H., Von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychological stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 26(3): 173-183.
- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P., Tatarelli, R. (2005). Suicide risk during pregnancy. Comment on "The obstetrician and depression during pregnancy" by Campagne D.M. [*Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 116(2) (2004), 125-30]. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Réproductive Biology*, 120(1), 121-123.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, M., Kuczynski, L., Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and in families with parental depression. *Child development*, 56, 884-893.

- Ramacciotti, D., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Montagnani, M.S., Rambelli, C., *et al.* (2009). Depressione in gravidanza e nel post partum. *Quaderni italiani di psichiatria*, 28, 15-26.
- Raskin, V., Richman, J.A., Gaines, C. (1990). Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 658-660.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréaud, E., Bousquet, A., Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at three months old. *Journal of affective disorders*, 70, 291-306.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*; 26 (4): 289-95.
- Rohe, G.H. (1996). "Lactational insanity. 1893". *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 12(22): 147-148.
- Sari, Y. P., Hsu, Y.-Y., & Nguyen, T. T. B. (2023). The effects of a mindfulness-based intervention on mental health outcomes in pregnant woman: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nursing Research*, 31(6): e306. DOI: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000586>
- Schumacher, M., Zubaran, C., White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21, 65-70.
- Serati M., Redaelli, M., Buoli, M, Altamura A.C. (2016). Perinatal major depression biomarkers: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 15(193): 391-404.
- Shi, Z., MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health out- comes: A systematic review. *Mindfulness*, 8, 823–847.
- Sibolboro Mezzacappa, E., Endicott, J. (2007). Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 10(6): 259–266.
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A., Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47(1): 69-78.

- Sirgiovanni, E. (2019). *Il paradosso dell'evoluzione: disturbi mentali e selezione naturale*. In *Psicopatologia e scienze della mente: Dalla psichiatria organicistica alla neuroscienza cognitiva clinica* (Guerrini R, Maraffa M, a cura di). 83-98, Carocci editore, Bologna.
- Sohr-Preston, S.L., Scarramella, L.V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 65-83.
- Soifer, R. (1971). *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*. Kargieman. (Tr. it. *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Borla, Roma, 2012).
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*. 161(9): 1548-1557.
- Stern, D.N. (1995). *Motherhood Constellation: A Unified view of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic Book, New York. (Tr. It. *La costellazione materna*. Boringhieri, Torino.)
- Stevenson, J., Fredman, G. (1980). The social environmental correlates of reading abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 681-698.
- Stuart, S., O'Hara, M.W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A Treatment program. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 18-29.
- Szadejco, K. (2020). Il modello “biopsicosociale”: verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi*, 1(1): 21-27.
- Thurtle, V. (1995). Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 416-424.
- Trinh, N. T. H., Nordeng, H. M. E., Bandoli, G., Eberhard-Gran, M., Lupattelli, A. (2022). Antidepressant and mental health care utilization in pregnant women with depression and/or anxiety: An interrupted time-series analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 458–465.
- Trivers R. L. (1972). Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (ed) *Sexual selection and the descent of man: The Darwinian Pivot*. Aldine, Chicago, IL, 136-179.
- Tronick, E. Z., Weinberg, K. M. (1997). *Le madri depresse ed i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadica*. In L. Murray e P. Cooper (a cura di) *Postpartum Depression and Child Development*. Guilford Press, New York. (Tr. It. *Depressione post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999).

- Vieten C, Astin J (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Womens Mental Health*, 11: 67-74.
- Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Gammon, G.D., Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of general Psychiatry*, 41, 845-851.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risk, comorbidity, and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Whiffen, V. (1988). Vulnerability to post-partum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.
- Whitley, J., Wouk, K., Bauer, A. E., Grewen, K., Gottfredson, N. C., Meltzer-Brody, S., Propper, C., Mills-Koonce, R., Pearson, B., & Stuebe, A. (2020). Oxytocin during breastfeeding and maternal mood symptoms. *Psychoneuroendocrinology*, 113(104581). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104581>
- Williams, K., Elliott, R., McKie, S., Zahn, R., Barnhofer, T., Anderson, I. M. (2020). Changes in the neural correlates of self-blame following mindfulness-based cognitive therapy in remitted depressed participants. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 304(111152). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2020.111152>
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, London, Hogarth Press. (Tr. It. *Sviluppo affettivo e ambientale*. Armando, Roma, 1970).
- Yang M, Song B, Jiang Y, Lin Y, Liu J. (2023). Mindfulness-Based Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*; 52(12): 2496-2505.
- Zamagni, M.P. (2008). Contributo al rapporto medico-paziente. *Psychofenia*, 18, 43-61.
- Zelkowitz, P., Milet, T. H. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health*. 18(4): 424-435.
- Zennaro, A. (2011) *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Il Mulino, Bologna.

## ***SITOGRAFIA***

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>

<https://www.epicentro.iss.it/materno/linee-guida-depressione-peripartum#:~:text=Si%20stima%20che%201%20donna,poi%2C%20e%20sulle%20relazioni%20familiari>

[https://www.epicentro.iss.it/ben/2014/marzo/1#:~:text=La%20depressione%20post%20partum%20\(DPP,donne%20che%20partoriscono%20\(2\).](https://www.epicentro.iss.it/ben/2014/marzo/1#:~:text=La%20depressione%20post%20partum%20(DPP,donne%20che%20partoriscono%20(2).)

<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>

<https://www.treccani.it/vocabolario/resilienza/>

<https://www.epicentro.iss.it/materno/linee-guida-depressione-peripartum#:~:text=Si%20stima%20che%201%20donna,poi%2C%20e%20sulle%20relazioni%20familiari.>

[https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset\\_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2](https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2)

<https://www.epicentro.iss.it/materno/progetto-per-la-promozione-della-salute-nei-primi-1000-giorni-risultati>

## ***RINGRAZIAMENTI***

A conclusione di questo elaborato ci tengo a ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini e che mi hanno supportato durante questo percorso.

I primi ringraziamenti li vorrei dedicare alla Prof.ssa Laura Ferro, la relattrice di questa tesi, che con pazienza e attenzione ha dedicato il suo tempo a me in quest'ultimo anno, rendendomi consapevole di tanti aspetti di me che prima non conoscevo.

Ringrazio Alessia, collega e, ormai, compagna di vita, che mi ha supportato e sopportato durante questi ultimi anni e non solo. Anche se non ce lo dimostriamo mai, ci vogliamo un bene infinito,

Un immenso grazie va a Katherine e Mariel, che mai mi hanno lasciata da sola nei momenti di difficoltà e che, soprattutto negli ultimi mesi, mi hanno spronata a non mollare. Non vi ringrazierò mai abbastanza di avervi nella mia vita.

Ancora, ci tengo a porgere un enorme grazie ad Alessandro, Ginevra e tutto il team di Eporadio, che in questi anni hanno creduto in me, dandomi grande fiducia e responsabilità, oltre ad avermi regalato tanti momenti di gioia.

Grazie anche a tutto il team dei FedElini, dal primo all'ultimo: negli ultimi mesi mi avete fatto ritrovare l'amore per la vita, mi avete insegnato a non abbattermi mai, anche nei momenti più bui, credendo sempre e comunque in me e nelle mie potenzialità.

Un ringraziamento speciale va a mio papà e a sua moglie Monica, che non mi hanno mai abbandonata in questi anni, nonostante ci vediamo poco. Vi voglio bene.

Il grazie più importante va alle due persone che, sono sicura, mai mi abbandoneranno: la mia mamma e Fabio. Senza di voi nulla sarebbe stato possibile, senza di voi non sarei la persona che sono adesso. Voi sapete.

Vorrei poter ringraziare ogni singola persona che ha fatto parte di questo mio percorso di crescita, ma mi limiterò a dedicare questa tesi a tutti voi, grazie per esserci stati e per continuare ad esserci. La dedica più importante, però, va a te che sei lassù, che mi guardi e mi proteggi da ogni avversità. A te, nonna, che non ci sei più, ma che ci sei sempre.