

La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi.

Stefania Cicchiello¹

¹Psicologo, Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

L'articolo, prendendo spunto da ricerche scientifiche, evidenzia come la depressione perinatale paterna sia importante quanto quella materna ed esamina l'esistenza di un legame nella sintomatologia depressiva dei padri e delle madri. Nel periodo perinatale gli stati psicologici di entrambi i genitori sono correlati e si influenzano reciprocamente. L'incidenza della depressione perinatale maschile, anche se inferiore rispetto a quella femminile, è comunque elevata e troppo spesso sottostimata. L'interesse per la depressione paterna è aumentato e ha fornito dati importanti soprattutto negli ultimi 10-15 anni.

In questo articolo sono riportati gli aspetti essenziali della depressione perinatale materna e gli attuali studi sulla depressione paterna.

L'articolo, inoltre, affronta il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna, rapporto che andrebbe maggiormente approfondito da parte della ricerca scientifica.

Infine, indica delle ipotesi di trattamento della depressione perinatale materna e paterna.

Attualmente sono poco chiare le informazioni sulle modalità di conduzione dello screening sulla depressione perinatale e sulle terapie più indicate per il sostegno psicologico.

L'articolo, per quanto riguarda i trattamenti, segnala le terapie più recenti utilizzate per la prevenzione e la cura della depressione perinatale, tra cui il Programma Home Visiting e il MBCP. In particolare, il programma di MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), insegnando le abilità necessarie per affrontare il parto e la genitorialità, amplia le strategie di azione per prevenire le situazioni psicopatologiche che si possono verificare nell'uomo e nella donna durante la gravidanza, promuovendo risposte sane allo stress psicologico e fisiologico.

Summary

In the perinatal period, psychological states of both parents are linked and influence each other.

The effect of male perinatal depression, even if lower than the female's one, is, however, high and too often underestimated.

The interest in paternal depression is increased and has given important data, mainly in the last 10-15 years.

Essential aspects of maternal perinatal depression and current studies on paternal depression are reported in this article.

Stefania Cicchiello, *La depressione perinatale materna e paterna*, N. 15, 2015, pp. 3-36.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

The article analyzes the relationship between sexuality and maternal and paternal depression, relationship which should be examined more in depth by scientific research.

Finally, it points out some hypothesis of treatment of maternal and paternal perinatal depression.

Currently, information about management modalities of perinatal screening and about psychological support more recommended therapies are not clear.

As regards the treatments, the article advises about most recent therapies used to prevent and cure perinatal depression, among them Home Visiting programme and parenting program.

In particular the MBCP (Mindfulness Based Cognitive Program), teaching the necessary abilities to deal with childbirth and parenting widens the strategies of action to prevent psychopathological situations which could arise in a man and in a woman during pregnancy, encouraging healthy answers to psychological and physiological stress.

Introduzione

La conferma dello stato di gravidanza determina quasi sempre, sin dall'inizio, sentimenti di gioia, di benessere, di speranza, ma anche nuove preoccupazioni di vario tipo, cause di malessere non facilmente esprimibile da parte della donna.

Nella donna in gravidanza possono emergere ansie per le modificazioni del proprio corpo, le variazioni del tono dell'umore e i momenti di stanchezza. Tutto ciò è imputabile a fattori biologici e ormonali, ma anche ai cambiamenti che la gravidanza induce nella vita di una puerpera. Ella deve fare i conti con le continue trasformazioni del proprio stile di vita, porre attenzione nell'assunzione dei farmaci, modificare le abitudini alimentari, ridurre e/o sospendere l'utilizzo di alcune sostanze (nicotina, alcol, caffeina), mutare il ritmo di vita lavorativo, affrontare una serie di controlli medici, cambiare il proprio ruolo agli occhi di se stessa, del partner e delle persone che la circondano. Il passaggio da donna a madre e, con il proprio compagno di vita, da coppia a genitori, ha delle profonde ripercussioni sulla donna e di conseguenza sul partner e sul sistema familiare. La società odierna stimola la donna sia ad essere sempre efficiente e soddisfatta della scelta di diventare madre, soprattutto se ha deciso di avere un figlio in tarda età; sia d'essere convinta della propria scelta e quindi apparire serena e felice. In realtà, non esiste una donna incinta che non abbia conflitti così come non ci sono coppie che non si sentano sopraffatti da ansie, dubbi e pensieri angosciosi all'idea di diventare genitori. In questa particolare fase della vita sorgono una serie di preoccupazioni e angosce, sulla possibilità che il bambino non nasca sano, sul parto, sulla gestione delle aspettative da parte dell'ambiente, sulla fase post-parto (depressione post-parto, gestione delle emozioni spiacevoli).

E' impensabile, pertanto, non considerare insieme ai fattori biologici inerenti all'ambito medico, anche quelli psicologici.

L'ospedalizzazione del parto, diffusasi nella prima metà del 900', ha fornito alla donna e al bambino una maggior e più efficace assistenza medica. L'esperienza del parto, però, non più vissuta

nell'ambiente familiare, ha spinto la donna ad affrontare una situazione ignota e fortemente ansiogena senza il supporto della famiglia allargata e senza la trasmissione del sapere tramandato da madre in figlia. Sempre più coppie affrontano la prima gravidanza senza aver mai visto e accudito un neonato nell'ambito del proprio sistema familiare. Tutto questo è dovuto alla trasformazione della famiglia.

Pertanto sono proliferati i corsi di preparazione al parto che cercano di dettare le regole di comportamento rinforzando così il senso di inadeguatezza dei genitori. Spesso i medici, più direttamente coinvolti nell'evento e maggiormente a contatto con il dolore stesso, hanno cercato di migliorare le condizioni nelle quali il parto si svolgeva sia attraverso la lotta al dolore (con metodi farmacologici), sia tramite la psico-educazione delle donne, per renderle consapevoli di quanto accadeva ai loro corpi durante la gravidanza e il parto. Ma le emozioni?

Diventare buoni genitori viene sempre più vissuto come "essere competenti", cioè apprendendo conoscenze sulle varie fasi della gravidanza e tralasciando, talvolta, "le sfumature" emotive della maternità e della genitorialità. Il rischio dell'"efficientismo" è dietro l'angolo: pochi figli, ma perfetti. Si rischia quindi di vedere da una parte coppie superefficienti e dall'altra coppie che costantemente non si sentono all'altezza e temono di non essere abbastanza "brave".

L'attesa di un figlio implica sempre la ristrutturazione del rapporto di coppia e una riorganizzazione delle rappresentazioni di sé. L'uomo vive un coinvolgimento diverso rispetto alla donna e, secondo l'idea comune, nell'uomo diventa più evidente l'implicazione emotiva soltanto verso il termine della gravidanza. Inoltre, egli sperimenta emozioni differenti da quelle della sua compagna: tenerezza, paura, gioia, ma anche invidia, gelosia e senso di esclusione dalla diade madre-figlio. Se a tutto ciò si aggiunge che la coppia già durante il periodo della gravidanza può andare incontro a cambiamenti nella sfera della sessualità si comprende come essa sia maggiormente vulnerabile nel periodo del puerperio. Tutto ciò non vuol dire che la gravidanza è una "malattia", ma che rappresenta un periodo cruciale nella vita di una donna e di una coppia, in quanto il parto di per sé è un evento altamente stressante e traumatico. In esso sono presenti diversi fattori di rischio (multifattorialità) per lo sviluppo e il manifestarsi di una psicopatologia quale la depressione post parto o il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Esistono oramai strumenti validati che consentono il riconoscimento della depressione post-partum e la possibilità, quindi, di attuare una buona prevenzione, ma nella realtà italiana, spesso, non vi è la preparazione culturale per eseguire di routine la rilevazione di questo disturbo. Frequentemente la depressione nel periodo puerperale è sottovalutata e ignorata in quanto si considerano i sintomi presentati dalla donna come

tipici della condizione di maternità, (alterazione del sonno, calo del desiderio sessuale, stanchezza ecc.).

In questo elaborato cercherò di mettere in evidenza come la depressione perinatale paterna sia importante quanto quella materna e che esiste, prendendo spunto da ricerche scientifiche, un legame fra la sintomatologia depressiva dei padri e quella delle madri. Pertanto se è vero che una sindrome depressiva della madre può indurre uno stato di sofferenza nel padre è anche vero il contrario.

La depressione paterna è stata poco analizzata rispetto a quella materna anche se negli ultimi 10-15 anni l'interesse per questo argomento è aumentato e ha fornito dati importanti. I risultati e le ricerche sulla depressione materna si riferiscono a 20.000 studi contro qualche decina di quelli effettuati per esaminare la depressione paterna. Per quanto riguarda la depressione femminile si sono indagati sia gli aspetti neurobiologici che psicologici e si è stabilito che essa ha un'eziopatogenesi multifattoriale. Pertanto sono coinvolti aspetti biologici, psicologici, socio ambientali. Inoltre le ricerche hanno valutato le cause della depressione, gli effetti che essa produce sulla relazione madre-bambino, le ricadute che ha sullo sviluppo del bambino, il ruolo svolto dallo stile di attaccamento e le terapie più efficaci.

Nello studio dei problemi emotivi perinatali è importante considerare la condizione mentale di entrambi i genitori. Le ricerche hanno ravvisato fra i fattori di rischio che possono incidere sulla depressione materna i conflitti di coppia, l'insoddisfazione coniugale, la manifestazione di una sintomatologia depressiva nel padre. Alla luce di quanto detto è evidente che la questione della depressione post partum andrebbe affrontata in un'ottica diversa da come è stato spesso fatto, considerandola, quindi, un problema diadico e non solo della donna, frutto talvolta di una difficoltà nella relazione di coppia (in particolare conflitti coniugali e disagi sessuali) più che un problema prettamente individuale.

In questo scritto sintetizzerò gli aspetti essenziali della depressione perinatale materna e riporterò gli attuali studi sulla depressione paterna. Mancano, purtroppo, studi specifici, soprattutto in Italia, sulla depressione perinatale paterna e sul trattamento più efficace da seguire in tale ambito. Generalmente la sintomatologia depressiva paterna viene considerata di minore gravità clinica rispetto a quella materna senza dimenticare però che per motivi culturali, di ruolo sessuale e di immagine sociale, gli uomini sono tendenzialmente meno disposti a rivelare le proprie difficoltà psicologiche e invece di chiedere aiuto tendono a contenere il disagio attraverso strategie "esternalizzanti" come: l'abuso di alcol, fumo, droghe relazioni extraconiugali o altri comportamenti disadattivi.

Un altro aspetto a cui accennerò e che andrebbe approfondito da parte della ricerca scientifica è il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna. Le informazioni e la psico educazione sui problemi sessuali nella fase pre, intra e post gravidanza solitamente non sono considerate nella cura di routine prenatale e se ciò avviene, il partner spesso non è incluso a partecipare a queste discussioni.

Il tema principale della consultazione sessuale nell'ambito medico riguarda la contraccezione o questioni prettamente organiche, mentre argomenti come la modificazione e la perdita del desiderio sessuale di solito non è discussa e resta un mistero per la maggior parte delle coppie.

Il quadro clinico della depressione post partum e differenziazione con altre forme psicopatologiche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2003) ha sottolineato che la depressione si configura come la prima causa di psicopatologia per le donne di età compresa fra i 15 e i 44 anni e la terza causa per gli uomini della medesima fascia d'età.

La depressione post partum è un disturbo dell'umore, paralizzante e storicamente trascurato nell'ambito della sanità. Buona parte delle depressioni post partum non vengono diagnosticate e ciò può influenzare negativamente la relazione madre-figlio e determinare problemi emotivi a lungo termine per il bambino e la madre (Beck C. T., Indman P., 2005; Beck C. T., 2006). La depressione post partum è stata diagnosticata e riconosciuta per la prima volta solo verso il 1960 (Fossey L. et al., 1997).

La prevalenza del disturbo è difficile da stimare poiché non esistono né studi omogenei in questo campo circa le popolazioni considerate, né i metodi di rilevazioni e gli strumenti utilizzati per misurare i sintomi. Una ricerca del 2012 ha confrontato le principali banche dati di 17 paesi suddividendo i paesi a basso e medio reddito dai paesi ad alto reddito. Dallo studio è emersa una prevalenza di disturbi psicologici del 15,6% nel periodo prenatale e del 19,8% nel periodo post natale e la maggiore esposizione delle madri provenienti da popolazioni svantaggiate a livello socio economico (Fischer J. et al., 2012).

In un recente studio italiano (Banti S. et al., 2011) dei ricercatori hanno osservato le future madri nel periodo che va dal terzo mese di gravidanza al 12° mese dopo il parto e hanno riportato un'incidenza della depressione del 2,2% nel periodo della gravidanza e del 6,8% in quello post parto. Generalmente più del 50% dei casi di depressioni post parto non vengono diagnosticati (Morganti G., Castelli P., Pietropaoli E., 2015).

La maggior parte delle ricerche concorda nel considerare la donna maggiormente vulnerabile psicologicamente nel periodo che va dai primi 6 mesi fino ad un anno dopo la nascita e nel ritenere una prevalenza per la depressione maggiore e minore (fra il 5% e il 20%) durante la gravidanza e i primi mesi dopo il parto (O'Hara M. W., Wisner K. L., 2013), con punte del 41% nei paesi a basso reddito (Jesse et al., 2010).

La depressione post partum è un quadro psicopatologico ben definito inseribile all'interno di varie forme psicopatologiche della fase perinatale. Per anni si è dibattuto per stabilire se la depressione post partum fosse da considerare un disturbo specifico oppure assimilabile ad un disturbo depressivo. Generalmente la depressione perinatale indica la presenza di un disturbo dell'umore preoccupante, caratterizzato da più episodi depressivi nel periodo della gravidanza fino ai 12 mesi successivi al parto, mentre la depressione post partum, detta anche depressione post natale, rivela un episodio depressivo che inizia o comunque investe soprattutto il periodo post partum con un picco d'insorgenza fra le 8 e le 12 settimane successive al parto (O'Hara, 1994; O'Hara, 2013). I primi 6 mesi dopo il parto possono rappresentare un momento ad alto rischio per la depressione con un'oscillazione che va dal 13% al 19% di vulnerabilità ad una depressione maggiore (O'Hara M. W., McCabe J. E., 2013) e se non curata, può protrarsi fino a due anni (Affonso et al., 2000). La depressione post partum descritta come "un ladro che ruba la maternità", può talvolta indurre ad azioni tragiche come il suicidio materno o l'infanticidio (Beck C. T., 2008). Nella letteratura scientifica esistono alcuni studi che sottolineano le caratteristiche della depressione materna in entrambi i periodi (pre e post natale) ed evidenziano l'esistenza di differenze. In particolar modo una ricerca del 2011 (Kammerer et al.) ha mostrato che la presenza di spossatezza, di rallentamento psico-motorio e di difficoltà di concentrazione sono tipiche nella depressione prenatale, mentre l'affaticamento caratterizza soprattutto la depressione dopo la nascita.

Il quadro clinico della depressione in gravidanza è caratterizzato da: disturbi del sonno e dell'appetito, insicurezza, labilità emotiva, senso di colpa, vergogna, pensieri suicidiari (Beck C. T., Indman P., 2005), ma anche scarsa energia, sentimenti di autosvalutazione, fantasie di inadeguatezza, disregolazione emotiva (Ammaniti, 1995).

Il disturbo più frequentemente associato alla depressione è l'ansia che può determinare una sottovalutazione dei sintomi e provocare conseguenze sulla salute materna e sullo sviluppo del bambino. (Farr S. L. et al., 2014). Le ansie possono identificarsi con le più svariate paure quali quella del parto (tocofobia), del ruolo genitoriale, dell'incapacità di prendersi cura del figlio, di avere un figlio anormale, di essere una madre giudicata incapace (Brockington I.; 2004) fino alla

presenza di un vero e proprio disturbo ossessivo - compulsivo e disturbo d'ansia generalizzato (Ross L. E., McLean L. M., 2006). Distinguere l'ansia "pre" da quella "post parto" può essere importante ai fini del trattamento psicologico, in quanto il tema più comune nella fase della gravidanza è la paura della morte del feto soprattutto se la madre presenta un passato di aborti spontanei o problemi d'infertilità mentre dopo la nascita le preoccupazioni maggiormente presenti sono: paura sproporzionata della morte in culla e ansia inerente alle critiche sulla competenza materna (Brockington I. F. et al, 2006).

Nel DSM-IV-TR, il termine "depressione nel post-partum" è stato inserito sotto la denominazione "Mood Disorders with a Post-partum Onset Specifier". In esso ci sono cinque sottotipi di disturbo depressivo maggiore fra cui i "Disturbi della depressione post-partum o associati con il puerperio, non classificati altrove". Nel DSM-V non si riconosce ancora la depressione post-partum come una diagnosi a parte, ma è considerata ancora come un sottotipo della Depressione Maggiore in cui vengono però inseriti i criteri per identificare l'insorgenza della depressione pre-parto. La definizione è quindi di un "episodio depressivo maggiore con un esordio in gravidanza o entro 4 settimane dal parto" ma a differenza del DSM-IV è stata riconosciuta la possibilità di insorgenza pre-natale. Tuttavia, omettendo di distinguere tra esordio "pre-parto" e insorgenza "post-partum", non si sono riscontrate differenze importanti fra varie tipologie di episodi di disturbo dell'umore che potrebbero avere eziologie distinte, profili clinici e diverse risposte al trattamento. Inoltre, limitando la diagnosi al periodo di 4 settimane dopo il parto si escludono molti episodi dell'umore che sono associati al parto e che si presentano dai 6 ai 12 mesi dopo il parto (Sharma V., Mazmanian D., 2014).

La depressione post partum, in base all'intensità e alla durata dei sintomi, va distinta sia dal maternity blues e dalla psicosi puerperale, riconosciuti come aspetti di un continuum di gravità, sia dal disturbo da stress post traumatico.

Il termine maternity blues, o anche baby blues termine coniato da Winnicott, tradotto letteralmente significa "bambino triste". Esso è un disturbo dell'umore di lieve entità di tipo transitorio molto comune nelle sindromi del puerperio che si manifesta nei primi tre - quattro giorni dopo il parto ed è una risposta para-fisiologica all'esperienza stressante del parto che non ha effetti a lungo termine, in quanto si protrae per circa 15 giorni (Hara O. et al., 1990; Reck C. et al, 2009) ed è legata alle repentine variazioni ormonali che si verificano qualche giorno dopo il parto: diminuzione del progesterone, degli estrogeni, degli ormoni tiroidei, della corticotropina (CRH) e del cortisolo (Baker et al. 2002; O'Keane V., 2011).

Il *maternity blues* si caratterizza per confusione, smarrimento, ansia (Grussu P., Quatraro R. M., 2013) umore labile, tendenza al pianto, stanchezza, paura, preoccupazione eccessiva, mancanza di concentrazione, difficoltà d'interazione con il neonato, disturbi del sonno e dell'appetito (Beck C. T., 2006; Scrandis et al., 2007).

Essa pur essendo una depressione "transitoria" può essere predittiva, soprattutto se accompagnata a particolari aspetti psicologici, di un successivo sviluppo di depressione postnatale (Fossey L. et al., 1997).

La psicosi puerperale ha esordio improvviso, si manifesta entro le prime due settimane fino a tre mesi dal parto e l'incidenza è di 2-3 casi ogni 1.000 nascite. Esistono dei fattori che ne determinano l'eziopatogenesi quali: una storia familiare di malattia psichiatrica; un passato psichiatrico personale (in particolare una storia di mania); essere una donna primipara; una dipendenza da sostanze; una malattia medica; avere un figlio maschio; essere sottoposti a stress psicosociali, compreso il bisogno di cure mediche intensive per il bambino o la morte di questo (Allwood C. W. et al., 2000). La sintomatologia è tanto grave da dover intervenire con l'ospedalizzazione e si può manifestare con sintomi affettivi che coincidono per alcuni aspetti con il disturbo bipolare.

Essi possono essere: depressione, mania o stati misti, aspetti deliranti tipo allucinazioni, disorganizzazione del comportamento, confusione mentale, disturbi del pensiero e della memoria, rifiuto del cibo. Tutto ciò può portare ad episodi di infanticidio (Trautmann-Villalba P., Hornstein C., 2007).

Studi recenti hanno sottolineato come l'essere primipare rappresenta un fattore di rischio significativo per sperimentare un disturbo psichiatrico e in particolar modo un disturbo bipolare (Munk-Olsen T., 2013).

Il disturbo da stress post traumatico è un disturbo ansioso correlato al parto che ha un'incidenza compresa fra il 1,7% e il 9% e può comparire sei settimane dopo il parto (Beck C. T., 2011, Polacheck I. S., 2012).

Esso è un disturbo alla cui base ritroviamo diversi eventi che possono risultare traumatici: complicanze mediche, "crisi psichiche" durante la gravidanza, molta paura del parto e preoccupazioni anticipatorie del dolore prima del parto, disagio per l'essere spogliate durante il parto, presenza di depressione all'inizio della gravidanza, eventi di vita critici, vulnerabilità ai disturbi psichici, (Söderquist J. et al., 2009; Zaers S. et al., 2009; Banti S. et al., 2011; Polachek I. S. et al., 2012; Furuta M. et al., 2014).

Il disturbo post traumatico si presenta con pensieri intrusivi, flashback, incubi, disturbi del sonno, ipervigilanza, irritabilità, rabbia, evitamento di tutto quello che è correlato all'evento traumatico.

Anche se riconosciuta come sintomatologia abbastanza presente, purtroppo dallo screening sulle ricerche effettuate su quest'argomento, dal 2002 al 2012, non risultano esserci dei veri e propri interventi sistematici ed estesi per affrontare il PTSD post partum (Borg Cunen N., McNeill J., Murray K., 2014).

I fattori di rischio della depressione post partum

I dati di ricerca più recenti concordano sull'ipotesi multifattoriale dell'insorgenza della depressione post partum. Diversi fattori come quelli biologici, psicologici, ambientali, relazionali sono elementi di rischio.

Tali fattori possono essere considerati sia di rischio sia di protezione.

Conoscere i fattori di rischio e di protezione della depressione post-partum consente di individuare, già nella fase pre-natale, le mamme potenzialmente a rischio e di attuare trattamenti preventivi e di sostegno che se non individuati per tempo possono determinare effetti negativi sulla qualità di vita della donna, del bambino e della relazione di coppia.

Diverse ricerche hanno sottolineato fra i fattori biologici di rischio il ruolo ricoperto dalle modificazioni dei livelli di estradiolo, testosterone, progesterone, corticosteroidi, anemia da deficit di ferro (O'Hara et al., 1991; Baker et al. 2002; Beard et al. 2005; O'Keane V., 2011) e insonnia durante la gravidanza soprattutto se in compresenza con episodi depressivi (Dørheim S. K. et al., 2014), complicazioni mediche (p.e. importante emorragie, gravi disturbi ipertensivi, terapia in unità intensiva ecc.) (Furuta M. et al., 2014).

Gli aspetti psicologici che possono rappresentare fattori di rischi sono tanti.

Alcuni fra i più importanti sono:

- una storia passata di depressione e di ansia (O'Hara, 2009; O'Hara, 2014);
- la presenza di disturbo bipolare (O'Hara, 2009; O'Hara, 2014);
- l'esistenza di problemi psichici o somatici durante la gravidanza (Amaru D., Le Bon O., 2014);
- la tendenza all'autosvalutazione e al percepirsi inadeguate a svolgere la funzione materna (Amaru D., Le Bon O., 2014);
- la gravidanza non programmata o indesiderata (McLennan et al., 2010; Fellenzer J. L., Cibula D. A., 2014);

- la giovane età (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- l'essere vittime di violenza domestica (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- la storia di violenza sessuale (Kendall-Tackett K. et al., 2013);
- l'ansia per una gravidanza tardiva (Zaers S. et al., 2008);
- l'aver avuto un parto pre-termine con un figlio di minor peso alla nascita (Mauri M. e Banti S., 2009);
- la circonferenza cardiaca più piccola e più bassi punteggi di Apgar (Mauri M. e Banti S., 2009);
- l'essere nubile (Fisher J. et al., 2012);
- il non allattare al seno (Beck C. T. et al., 2011);
- l'aver avuto un aborto spontaneo o indotto in passato (Fisher J. et al., 2012);
- il basso senso di autoefficacia (Mohammad K. I. et al., 2011).

Fra le circostanze sociali e ambientali quelle che sono maggiormente emerse dalle ricerche sono:

- svantaggio socioeconomico (O'Hara M. W., 2013);
- bassi livelli d'istruzione (O'Hara M. W., 2013);
- appartenenza ad una minoranza etnica;
- esistenza di eventi di vita stressanti (O'Hara M. W., 2013);
- percezione di scarso supporto sociale, (O'Hara M. W., 2009; Mohammad K. I. et al., 2011; O'Hara M. W. e Wisner K. L., 2014; Amaru D., Le Bon O., 2014; Fellenzer J. L., Cibula D. A., 2014).

Fra i fattori di rischio relazionali, diverse ricerche sottolineano il ruolo giocato dal rapporto madre-figlia (Verkerk et al., 2005; Mohammad K. I. et al., 2011) ma altri studi sottolineano il ruolo importantissimo svolto dall'uomo all'interno della coppia (Currid TJ. 2005; Fisher SD. et al., 2012; Edward KL. et al., 2014).

Poche indagini hanno confrontato la salute psicologica materna e paterna nel periodo postnatale pur mostrando una somiglianza della depressione fra le neomamme e i neopadri (14,9% versus 12,5%) e lo stretto rapporto fra la depressione dei padri con quella delle madri (Mao Q. et al., 2011).

Si è evidenziato nelle ricerche più recenti che vivere con una persona significativa (compagno, marito, convivente) rappresenta un fattore predittore e di rischio per sviluppare o aggravare una depressione post-partum (Amaru D., Le Bon O., 2014; O'Hara M. W., Wisner K. L., 2014).

Alcuni studi, qualche anno fa, sottolineavano tale aspetto rilevando sia come la gelosia coniugale potesse rappresentare per la donna un fattore ossessivo che incideva sulla sua salute psichica in gravidanza (Brockington I.F. et al., 2006), sia come le violenze all'interno della coppia potessero incidere sulla salute della futura madre che poteva diventare maggiormente vulnerabile alla depressione post parto (Patel V. et al., 2002). Negli ultimi anni i ricercatori studiano l'impatto che può avere la qualità della relazione di coppia per lo sviluppo dei sintomi depressivi post-natali. In particolar modo è emerso che le donne che sviluppano alcune settimane dopo il parto sintomi depressivi, hanno spesso alle spalle rapporti conflittuali e scarso sostegno emotivo, vero o percepito, da parte del partner (Dennis C. L., Ross L., 2006; Mao Q. et al., 2011; Wynter K. et al., 2013).

Pertanto il conflitto coniugale rappresenta un rischio importante per lo sviluppo della depressione postnatale sia nelle madri sia nei padri (Hanington L. et al., 2012).

Il partner esplica la sua funzione paterna in modo diretto, nei confronti del nascituro, e in modo indiretto agendo come compagno che aiuta la sua donna ad essere una madre serena (Morganti G., Castelli P., Pietropaoli E., 2015).

E' necessario fornire un supporto ad entrambi i genitori durante il periodo della gravidanza e dopo la nascita creando servizi che rispondono anche alle esigenze degli uomini che svolgono un ruolo primario per la salute mentale della donna (Rowe H. J. et al., 2013).

Tali ricerche ci fanno comprendere come sia importante considerare la figura paterna all'interno dei disturbi depressivi pre e post nascita. E' ormai ampiamente accettato che il periodo perinatale può essere un momento di elevato rischio per problemi di salute mentale nella donna. Tuttavia, vi è stata molta meno ricerca sugli uomini e, mentre i servizi di salute mentale perinatale sono in aumento per le donne, ne esistono pochi per gli uomini. (Currid T.J., 2005).

In passato son state effettuate scarse ricerche sulla depressione perinatale nei padri. Solo negli ultimi dieci anni, soprattutto nei paesi anglosassoni, si è puntata l'attenzione anche su di loro.

La revisione di tutti gli articoli sull'argomento, effettuata da alcuni ricercatori e pubblicata nei primi mesi del 2014 in Australia, ha fatto emergere come la depressione nei padri, dopo la nascita del bambino, sia una realtà sempre più rilevante e spesso associata a una storia di depressione personale e correlata alla presenza di depressione nella partner. Nello studio si è sottolineata l'importanza di effettuare uno screening della depressione negli uomini oltre che nelle donne (Edward K. L. et al., 2014). Simile alla depressione materna quella paterna può avere effetti negativi per l'ambiente familiare (p.e. sulla salute mentale della madre, sul comportamento del

bambino, sulla qualità dell'attaccamento familiare e sullo sviluppo psicologico e fisico del neonato) (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010; Fisher S. D. et al., 2012).

La scarsità di screening sulla depressione paterna è dovuta al fatto che di solito i padri non solo vengono coinvolti poco, ma anche perché essi stessi non vogliono essere implicati nell'ambiente materno - infantile e, quindi, non sono disponibili per lo screening della depressione (Fisher S. D., Kopelman R., O'Hara M. W., 2012).

A tal proposito lo studio di Fisher, Kopelman, O'Hara del 2012 ha valutato le caratteristiche psicometriche della Edinburgh Postnatal Depression Scale - Partner Version (EPDS - P) nel rilevare la depressione paterna attraverso la "relazione materna". La EPDS - P ha utilità clinica perché rende possibile lo screening per la depressione paterna senza la presenza del padre. La ricerca ha evidenziato che attraverso la valutazione con la madre, è possibile ottenere una misura affidabile e valida di depressione paterna. Consentendo l'individuazione e il trattamento della depressione paterna in una fase precoce, si riduce il rischio di depressione a lungo termine nei padri.

Un altro aspetto poco studiato o per meglio dire poco considerato nella depressione post partum della donna è il ruolo svolto dall'alterata salute sessuale durante e dopo il parto sulla salute psicologica della donna (Johnson C. E., 2011; Leeman L. M., Rogers R. G., 2012).

La Depressione Perinatale Paterna

Come detto precedentemente, la letteratura sui disturbi depressivi femminile nel periodo prenatale è molto ricca mentre le ricerche sulla depressione perinatale nei padri è stata scarsa fino agli ultimi decenni.

Le ricerche più attuali hanno suggerito che la gravidanza e il parto innescano sintomi depressivi non solo nelle donne ma anche negli uomini (Gawlik S. et al., 2014).

La Depressione Perinatale Paterna (DPP) è la traduzione dal francese di "Depression Périnatale Paternelle". Tale definizione è stata utilizzata per la prima volta nell'ambito della psichiatria e psicologia psicoanalitica (Luca e Bydlowski, 2001).

La DPP deve essere distinta dalla "Sindrome della Couvade" che può colpire l'8%-10% dei padri durante la gravidanza. Tale sindrome è caratterizzata soprattutto da sintomi somatici quali: nausea, gonfiore addominale e comportamenti femminili tipici della gravidanza (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010).

In ambito anglosassone si è utilizzato a lungo il nome "Paternal Blues o Baby Blues" per indicare tutta una serie di disturbi affettivi paterni transitori e lievi che possono investire anche la madre nei primi giorni dopo la nascita.

I sintomi della depressione paterna sono più lievi e talvolta poco definiti rispetto alla depressione perinatale materna anche se spesso correlati con la depressione post parto materna (Goodman J. H. , 2004).

L'incidenza della DPP ricade nell'intervallo fra l'8,5% e il 10,4% anche se una stima precisa non c'è ancora. La DPP è riscontrata maggiormente negli Stati Uniti (14,1%) rispetto al resto del mondo, mentre la punta più alta si è registrata in Taiwan (31%). La maggior parte degli studi è stata effettuata nel periodo che va dal terzo mese di gestazione fino al 12° mese dopo la nascita del bambino, periodo considerato di maggiore vulnerabilità anche per la donna e con un picco d'incidenza di circa il 25,6% fra i 3 e i 6 mesi dopo il parto (Paulson e Bazemore, 2010).

In Italia rilevante è stata la ricerca svolta da Currò e colleghi nel 2009 che ha effettuato la misurazione della depressione post parto su un campione di 499 padri e 1122 madri con la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sottolineando il ruolo che il pediatra può svolgere nel riconoscere la depressione post partum all'interno della coppia effettuando lo screening non soltanto nei confronti della madre, ma anche nei confronti del padre con un semplice strumento (Currò V. et al., 2009). Sono stati intervistati anche i padri utilizzando l'EPDS durante la prima visita del figlio e i genitori che riportavano un alto punteggio, hanno completato per la seconda volta l'EPDS dopo 5 settimane. Inoltre, i genitori che riportavano alti punteggi al test sono stati esaminati da uno psichiatra per confermare la diagnosi di depressione. Dalla ricerca è emerso che alla prima visita il 26,6% delle madri e il 12,6% dei padri ha riportato un alto punteggio all'EPDS mentre, alla seconda visita, il 19,0% delle madri e il 9,1% dei padri, ha riportato un risultato al test che segnalava il rischio della malattia depressiva. Pertanto la Depressione Paterna (PD) è comune nella popolazione media. Utilizzando un semplice strumento standardizzato come l'EPDS, i pediatri sono in grado di rilevare i genitori con più alto rischio di andare incontro a PD (Currò V. et al., 2009).

I sintomi ricorrenti della DP sono: irrequietezza, tristezza, malinconia, impotenza, disperazione, sconforto, umore depresso, perdita d'interessi, preoccupazione costante, calo della libido, insonnia, ansia elevata, crisi di rabbia, ipocondria e somatizzazione.

Sono presenti anche acting out comportamentali come: fughe, relazioni extraconiugali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di dipendenza, attività fisiche o sessuali compulsive (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Le preoccupazioni ipocondriache e i disturbi di somatizzazione che sono dovuti al cambiamento del proprio funzionamento e non sono supportati da alterazioni biologiche significative, prendono il nome di "Abnormal Illness Behaviour" e talvolta, nelle forme

più lievi, può sovrapporsi alla “Sindrome della Couvade” (Baldoni et al., 2001). Tale alterazione affettiva perinatale paterna, che si può manifestare anche nella donna, non va confusa con la depressione perinatale.

I fattori di rischio della depressione perinatale paterna

Gli studi iniziali effettuati in ambito psicoanalitico, hanno sottolineato alcuni fattori di rischio che determinano il manifestarsi della depressione nella figura paterna quali:

- conflitti pre-edipici dovuti a mancata risoluzione dei legami simbiotici con la figura materna rappresentata simbolicamente dalla propria madre (Luca e Bydlowski, 2001);
- riattivazione di conflitti edipici causata dalla nascita del figlio che riguardano i problemi irrisolti con la propria figura paterna per cui si re-instaurano i bisogni infantili di dipendenza che inducono sentimenti di colpa, rabbia e ambivalenza, senso di perdita e di lutto nei confronti del Sé (Luca e Bydlowski, 2001).

La maggior parte degli studi, fin dall’inizio, ha confermato che la presenza di disturbi mentali nella madre rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della depressione perinatale paterna (Paulson J. F., Bazemore S. D., 2010; Mao Q. et al., 2011; Fisher S. D. et al., 2012; Hanington L. et al., 2012).

La depressione materna è stata identificata come il più forte predittore e fattore di rischio della depressione paterna durante il periodo post-partum (Goodman J. H., 2004).

La maggior parte delle ricerche sulla depressione materna concorda nel riconoscere che gli effetti a lungo termine della depressione perinatale materna determina conseguenze sulla salute mentale della donna, sulla relazione madre-bambino e sul partner e la relazione di coppia (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Le difficoltà nella coppia determinano, pertanto, un fattore di rischio anche per lo sviluppo della depressione paterna oltre che materna.

Nelle ricerche sui padri sono emersi a tal proposito la presenza di un basso livello di soddisfazione di coppia, di consenso e di coesione coniugale accompagnati ad alti livelli di stress perinatale. Questi aspetti rappresentano dei fattori di rischio per lo sviluppo di ansia e depressione paterna e influenzano l’attaccamento degli uomini ai loro bambini (Buist et al., 2003; Demontigny F. et al., 2013).

Gli studi più recenti e attualmente disponibili sulla DPP hanno messo in evidenza diversi fattori di rischio oltre ai fattori psicosociali e relazionali di coppia che incidono sull’insorgenza della depressione. Fra questi sono da sottolineare un alto livello di percezione di stress, caratteristiche di personalità e fattori socio familiari.

Elevati livelli di stress, in entrambi i sessi, possono essere presenti durante la gravidanza fino a 18 mesi dal parto. La percezione di stress dei padri e delle madri è tanto maggiore quanto più si trovano a contatto con un neonato con un temperamento impegnativo che chiede continuamente attenzione, piange, si alimenta e dorme con difficoltà. Questi aspetti del neonato risultano, però, più stressanti per i padri che per le madri (Perren et al., 2005; Demontigny F. et al., 2013).

Per quanto riguarda i tratti di personalità, alcune ricerche hanno evidenziato nei padri con depressione post natale la presenza di tratti depressivi ansiosi, di un elevato grado di nevroticismo e un basso livello di estroversione (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010).

Un altro aspetto importante è l' "autoefficacia". Misurare tale caratteristica potrebbe essere utile per effettuare lo screening delle difficoltà genitoriali, e attuare interventi mirati (Crncec R. et al., 2008). Percepirsi un genitore "poco efficace" e sperimentare un senso d'inutilità e inadeguatezza rappresenta un fattore predittivo per la depressione paterna (Demontigny F. et al., 2013).

I fattori psicosociali correlati a presenza di sintomatologia depressiva paterna sono:

- età giovane (essere ventenni) (Bergström M., 2013) o al contrario avere un'età avanzata o molto avanzata. Gli uomini che aspettano il loro primo bambino in età avanzata o molto avanzata costituiscono un gruppo di persone a più alto rischio nello sviluppare problemi di salute fisici e mentali (Nilsen A. B. et al., 2013);
- un basso livello d'istruzione e uno scarso reddito o comunque preoccupazioni finanziarie e disoccupazione (Nishimura e Ohashi, 2010; Bergström M., 2013; Nilsen A. B. et al., 2013).

Gli ultimi studi stanno confermando che la gravidanza indesiderata è associata ad un maggior rischio di stress e depressione di entrambi i genitori. Spesso la gravidanza non voluta è dovuta a comportamenti rischiosi o situazioni di salute psicologiche già compromesse (McCrary C., McNally S., 2013).

Ulteriori indagini dovrebbero evidenziare se la gravidanza indesiderata sia un fattore di rischio oppure una conseguenza di disagi psicologici nella figura paterna.

Lo scarso sostegno sociale e familiare rappresentano ulteriori aspetti di vulnerabilità nella donna ma anche nell'uomo (Letourneau N. et al., 2011; Letourneau N. et al., 2012).

I padri hanno bisogno di un sostegno formale (da parte di professionisti) e informale (amici e parenti). Gli interventi di sostegno ideale dovrebbero affrontare una serie di temi chiave, tra cui fornire ai padri informazioni sulla PPD e consigli pratici su come affrontare la depressione della partner (Letourneau N. et al., 2012)

Disfunzione sessuale e depressione perinatale genitoriale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rileva che la soddisfazione sessuale è un elemento importante della qualità della vita. Gli studi dimostrano che ci sono elevati tassi di disfunzione sessuale, durante la gravidanza, più tra le donne (43%) che tra gli uomini (31%). Questo disagio è associato con le caratteristiche demografiche e l'istruzione. La differenza di genere può indicare una maggiore compromissione della salute fisica ed emotiva delle donne in maternità (Maria De Fátima Rezende Francisco et al., 2014).

La gravidanza e il parto rappresentano degli eventi speciali nella vita di una donna perché implicano una serie di cambiamenti fisici, ormonali, psicologici, sociali che possono influenzare la sessualità della donna e la salute del rapporto sessuale all'interno della coppia.

La nascita di un figlio è un momento di intense modifiche, che spesso investono la vita sessuale della coppia, mettendola a dura prova. (Hames C. T., 1980).

La salute sessuale post-partum è una preoccupazione comune che spesso non è discussa con la coppia durante la fase prenatale o nelle cure post-partum e riceve poca attenzione da parte di medici o ricercatori (Leeman L. M. e Rogers R. G., 2012). La diminuzione della frequenza e la trasformazione della qualità dell'attività sessuale causate da mutamenti fisiologici sono riconosciuti da tempo: meno nota è l'influenza che possono avere gli aspetti psicologici.

Le disfunzioni sessuali possono causare gravi problemi di coppia, sino a portare alla rottura del legame affettivo o alla ricerca di una relazione sessuale extraconiugale.

La letteratura scientifica più recente che considera gli effetti della gravidanza e del periodo post-partum sulla salute sessuale della coppia ha considerato una serie di cambiamenti che possono verificarsi nel periodo pre, intra e post partum (Johnson C. E., 2011).

La modificazione della sessualità nella coppia durante e dopo il parto è influenzata dall'interazione fra fattori relazionali coniugali, biomedici, psicologici e sociali (Bogren L. Y., 1991; Morof D. et al., 2003).

Fattori Biomedici	Fattori Psicologici	Fattori Relazionali
Affaticamento, esaurimento fisico, dispareunia, disturbi dell'orgasmo, mal di schiena, scarsa attrazione fisica nei confronti della donna	Umore depresso, rapporto ambivalente nei confronti del partner, timori di danneggiare il feto, rapporto conflittuale, qualità attività sessuale nel periodo pre-gravidanza	Bassa soddisfazione per il rapporto, atteggiamento ambivalente verso il partner

Alcune ricerche suggeriscono che la percezione della soddisfazione sessuale del partner, più che

i fattori fisici comunemente considerati (p.e. trauma vaginale e allattamento), ha un impatto significativo sulla sessualità della donna.

Fra i fattori psicologici che influenzano la sessualità rientrano: i disturbi mentali (in particolar modo umore depresso), la qualità dell'attività sessuale pre-parto, una relazione negativa o comunque vissuti di ambivalenza nei confronti della gravidanza e del partner, il livello di soddisfazione del rapporto con il partner (Brtnicka H. et al., 2009).

Alcune ricerche hanno evidenziato che la depressione è un importante predittore del calo del desiderio e della soddisfazione sessuale durante la gravidanza e della riduzione della frequenza dei rapporti a 12 settimane dopo il parto. Le donne con sintomi di depressione post-partum riportano significative riduzioni della sessualità durante la gravidanza e dopo il parto. A sei mesi dopo il parto, la qualità del ruolo materno è fortemente legato alla salute sessuale (De Judicibus M. A., McCabe M. P., 2002).

La depressione è un fattore di rischio per la disfunzione sessuale perché provoca disinteresse, apatia, senso di affaticamento e altri sintomi che finiscono per compromettere il desiderio sessuale.

Dall'altro lato lo scarso rendimento sessuale può portare alla depressione e causare conflitti relazionali attivando un circolo vizioso tra disfunzioni sessuali e depressione, che possono diventare causa o conseguenza l'uno dell'altro (Brtnicka H. et al., 2009). La modificazione della sessualità nella fase post-partum è un fenomeno multidimensionale e occorrono altre ricerche più specifiche tendenti ad affrontare i diversi aspetti della sessualità.

I problemi e le disfunzioni sessuali durante la gravidanza sono spesso originati dall'ansia di far male al feto. In particolare, i maschi hanno paura di ferire la donna e quest'ultima ha paura della scarsa soddisfazione del partner. Solo il 12-14% delle coppie nega problemi sessuali dopo il parto (Kendall-Tackett K. et al., 2013).

Ricerche più recenti rilevano nelle madri depresse la relazione esistente fra la depressione perinatale con precedenti storie di aborti spontanei. Queste situazioni sono spesso accompagnate da una compromissione della funzione sessuale. Tra le donne in gravidanza con una storia di aborto spontaneo, la sessualità è compromessa e diversi studi hanno dimostrato che ci può essere una separazione nella coppia, sia interpersonale che sessuale, nel primo anno dopo l'aborto. Si rileva inoltre un'associazione inversa fra depressione e funzionalità sessuale (Francisco M. D. et al., 2014).

Sintetizzando, un po' tutte le ricerche riguardanti la sessualità nel periodo perinatale concordano nel riportare che le madri sperimentano problemi sessuali nel periodo post partum. In particolare,

queste difficoltà sono presenti fra le donne che evidenziano depressione post partum. Sono necessarie, però, ulteriori ricerche longitudinali per comprendere meglio il rapporto fra disfunzioni sessuali e depressione nelle puerpere e per individuare implicazioni per la prevenzione e il trattamento di entrambe le condizioni (Chivers M. L. et al., 2011).

Terapia della depressione perinatale paterna

I disturbi depressivi perinatali dei padri sono stati poco studiati rispetto a quelli materni. Anche se negli ultimi anni l'interesse è stato crescente, infatti, soltanto ora le ricerche incominciano a fornire dei dati rilevanti.

Gli aspetti terapeutici e ancor di più, quelli preventivi, sono stati purtroppo completamente tralasciati dalla ricerca.

Dagli studi finora attuati è possibile trarre delle considerazioni circa la prevenzione e la terapia.

I disturbi depressivi paterni solitamente si inseriscono all'interno di una crisi nella relazione di coppia, basso consenso e scarsa coesione coniugale, accompagnati da disturbi mentali nella partner (Buist et al., 2003; Goodman J. H., 2004; Paulson J. F., Bazemore S. D., 2010; Baldoni F., Ceccarelli L., 2010; Mao Q. et al., 2011; Fisher S. D. et al., 2012; Hanington L. et al., 2012; Demontigny F. et al., 2013).

I professionisti del settore (ginecologi, ostetriche, infermieri e pediatri) che sono maggiormente a contatto con la coppia dovrebbero essere più preparati a riconoscere ed effettuare uno screening della depressione nel periodo pre e post natale non soltanto nei confronti della madre, ma anche del padre.

Essi dovrebbero individuare i segnali di disturbi affettivi riferendosi a quanto sperimentato in Italia da una ricerca del 2009 (Currò V. et al., 2009) che ha utilizzato la somministrazione dell'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

I sintomi della depressione paterna sono tendenzialmente più lievi rispetto a quelli sperimentati nella depressione post partum materna e con aspetti maggiormente esternalizzanti (dipendenze, relazioni extraconiugali o altri comportamenti disadattivi), pertanto possono indurre a una sottovalutazione della problematica. Essi possono mascherarsi come una forma di sofferenza affettiva tipica di questa fase di cambiamento.

Qualora il padre dovesse presentare una sintomatologia più marcata occorrerebbe effettuare una psicoterapia cognitivo-comportamentale finalizzata a ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva.

Le indagini svolte finora nell'ambito della depressione perinatale tendono a condividere l'idea che i disturbi depressivi paterni peggiorino in caso di scarso sostegno sociale e familiare e incidono

sullo stato di salute psicofisico della donna (Letourneau N. et al., 2011; Letourneau N. et al., 2012).

E' importante, perciò, riconoscere la figura del padre, sin dall'inizio gravidanza, coinvolgendolo nell'attività materna favorendo il suo ruolo di supporto nei confronti della donna e ascoltando le sue difficoltà (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010). Gli interventi di sostegno dovrebbero fornire ai padri informazioni sulla depressione paterna e consigli pratici su come affrontare la depressione della partner (Letourneau N. et al., 2012).

Altri aspetti emersi dagli studi sulla DPP sono:

- la presenza di elevati livelli di stress, soprattutto quando il neonato presenta un temperamento difficile (Perren et al., 2005; Demontigny F. et al., 2013);
- basso grado di estroversione;
- tratti di personalità ansiosi e depressivi (Baldoni F., Ceccarelli L., 2010);
- scarso livello di autoefficacia (Crncec R. et al., 2008).

A tal proposito si potrebbe utilizzare un programma Mindfulness. Uno studio del 2010 ha applicato un percorso di Mindfulness anche per il padre (Larissa G., Duncan and Nancy Bardacke, 2010).

Terapia della depressione perinatale materna

La terapia cognitivo-comportamentale risulta efficace per la depressione e, rispetto agli approcci farmacologici, ha riportato effetti simili sui sintomi dei depressi cronici (Stefan G., Hofmann et al., 2013).

Per affrontare la depressione perinatale sono stati sviluppati diversi approcci, ma quelli specifici e sistematizzati sono limitati o assenti, né si avverte l'esigenza di migliorare le metodologie (Robert T. et al., 2011).

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e in particolar modo la CBT modificata, rappresenta un trattamento possibile e accettabile per le donne con depressione perinatale. Le donne che soffrono di tale problematica manifestano scarso impegno e adesione nei confronti della terapia specifica per la depressione. Buoni esiti si sono misurati soprattutto con programmi di CBT modificati per coinvolgere il target di riferimento e affrontare le specifiche sfide del periodo perinatale (O'Mahen H. et al., 2013). Tuttavia, tali adattamenti devono essere fatti in modo sistematico e sottoposti a studio empirico per evitare di minare elementi d'intervento che sono fondamentali per l'efficacia.

Fra i programmi di intervento utilizzati per la depressione post partum, oltre all'intervento cognitivo comportamentale individuale o di gruppo (Milgrom J. et al., 2003) esiste l'"Home

Cognitive Behavioral Therapy (IH-CBT)” : un programma d’intervento elettivo per i bambini e le loro madri.

Originariamente utilizzato negli Stati Uniti (circa 500.000 madri e bambini) per le famiglie problematiche o a rischio di abuso o di abbandono dei bambini, si è ampliato fino a comprendere molteplici approcci (Boller e Strong, 2010). Anche se cambiano i formati e le tecniche utilizzate, di solito, i programmi di Home Visiting hanno in comune i seguenti elementi:

- l’iscrizione al programma nei primi anni di vita del bambino o nel periodo prenatale;

- l’impegno precoce delle madri nel ruolo genitoriale;

- il rafforzamento dei fattori protettivi individuali e familiari;

- la mitigazione dei fattori di rischio per promuovere lo sviluppo normativo;

- i frequenti contatti tra gli operatori domiciliari e le famiglie;

- la durata del programma esteso fino a 3 anni per garantire agli operatori di essere presenti durante le transizioni di sviluppo in cui emergono i nuovi bisogni dei bambini e della famiglia;

- il team di lavoro affronta con le madri questioni come lo stress, il coping, la salute, il funzionamento sociale ed educativo. Rafforzando il funzionamento in questi settori, le madri sono più disponibili per i loro bambini, e maggiormente in grado di soddisfarne le esigenze.

Studi clinici suggeriscono che le visite domiciliari da solo non forniscono un beneficio apprezzabile nel diminuire sintomi depressivi materni (Duggan, Fuddy, Burrell et al., 2004), o se c’è la riduzione dei sintomi essa è di breve durata (Landsverk et al., 2002).

Ammendola et al. (2007) hanno sistematizzato la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) adattandola all’Home Visiting al fine di ottimizzare la sua efficacia per madri depresse che ricevono visite domiciliari.

- E’ stata utilizzata la terapia cognitiva comportamentale perché è un approccio che:

- è compatibile con i diversi programmi di Home Visiting;

- ha una solida base di evidenza di efficacia;

- è flessibile e perciò una versione adattata potrebbe essere utilizzata e facilmente diffusa nei programmi di “Home Visiting”.

IH-CBT combina i principi e le tecniche di CBT di base con una serie di procedure e strategie che promuovono l’impegno, rendono i contenuti adattabili alle esigenze delle madri nelle visite domiciliari, promuovono in modo esplicito il rapporto di collaborazione tra il terapeuta e gli operatori domiciliari al fine di coordinare e integrare i servizi (Robert T. et al., 2013).

Uno dei primi studi empirici sull’efficacia della IH-CBT è stato compiuto da Ammendola et al.

(2011) e ha mostrato, alla fine del trattamento, l'attenuazione della depressione nel 46,9% delle madri e la remissione totale dei sintomi nel 32,8%.

Un esempio di trattamento riportato da uno studio del 2013, successivo a quello di Ammendola et al., prevedeva quindici sessioni a cadenza settimanale della durata di sessanta minuti più una sessione di richiamo un mese dopo la terapia.

L'obiettivo primario della cura era la riduzione della depressione, ma in essa nel trattamento erano inclusi: attivazione comportamentale, individuazione dei pensieri e degli schemi automatici, ristrutturazione del pensiero e prevenzione delle ricadute.

Sono stati compiuti adeguamenti importanti per la IH-CBT nel gestire il setting, per il contesto di lavoro, per la popolazione di riferimento, per massimizzare i risultati in situazioni in cui la privacy può essere inesistente e gli ambienti domestici non sono dei migliori.

Fornire un trattamento in casa comporta anche dei vantaggi quali:

- osservare l'ambiente domestico;
- andare incontro a mamme socialmente isolate;
- aiutare le genitrici a gestire lo stress nel proprio ambiente reale;
- supportare le donne nella sfida genitoriale.

Anche in Italia esistono programmi di Home Visiting incentrati sulla genitorialità e tendenti a dare sostegno alle famiglie a rischio (Ammaniti et al., 2006; Riva-Crugnola, 2012).

La letteratura sull'efficacia della CBT prodotta dal 1991 al 2011 suggerisce la validità della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento della depressione post partum, ma rivela che solo pochi studi si sono concentrati sulla sua efficacia nella prevenzione della depressione post partum (PPD) in donne a rischio. Le indagini sono poche e presentano difetti metodologici (Nardi B. et al., 2012).

Interventi basati sulla Mindfulness nella depressione perinatale materna e paterna

Negli ultimi anni, diversi studi pilota hanno fornito elementi che indicano il beneficio degli interventi basati sulla Mindfulness durante la gravidanza. Anche se non sono ancora ben chiari i meccanismi psicologici che sono alla base degli interventi clinici basati sulla Mindfulness, maggiormente evidenti sono i vantaggi clinici fra cui la riduzione dei livelli di stress, di depressione e il potenziamento delle emozioni positive (Chiesa A., et al., 2014).

Da qualche tempo esistono ricerche che indicano come la terapia cognitiva basata sulla Mindfulness può ridurre sia l'ansia, sia i sintomi di comorbidità nelle madri in attesa. E' statisticamente e clinicamente dimostrato che avvengono miglioramenti dell'ansia, della

preoccupazione, della depressione, dell'auto-compassione e della consapevolezza (Goodman J. H. et al., 2014).

La Mindfulness si potrebbe utilizzare per la prevenzione della depressione post partum sia nel periodo di gestazione, sia subito dopo perché a causa dei possibili rischi di esposizione ai farmaci psicotropi, è necessario avvalersi di approcci non farmacologici.

Il termine Mindfulness deriva dalla parola Sati e si riferisce a uno stato caratterizzato da "presenza mentale" e al verbo Serati che significa "ricordare". Jon Kabat Zinn definisce la Mindfulness come il "processo del prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante allo scorrere dell'esperienza nel presente, momento dopo momento" (Kabat Zinn, 2003). Si può definire Mindfulness "la consapevolezza momento per momento, della propria esperienza senza alcun giudizio" (Daphne M., Davis et al., 2012).

Il termine "Mindfulness" è stato usato per riferirsi allo stato psicologico di consapevolezza e alle pratiche che la promuovono, ai modi di elaborazione delle informazioni e ad un tratto caratteriale.

L'allenamento alla Mindfulness consente l'incremento della coscienza delle proprie intenzioni, emozioni, pensieri, parole e azioni e delle conseguenze che esse possono avere su di sé e sugli altri (Rainone, A., 2012). La consapevolezza trae origine da un'antica pratica buddista e la Mindfulness è composta da cinque tipologie di consapevolezza: "agire con consapevolezza", "osservare", "descrivere", "non-reagire all'esperienza interiore" e "non giudicare l'esperienza interiore" (Baer et al., 2006).

Diverse discipline e pratiche possono coltivare la consapevolezza, come lo Yoga, il Tai chi e Qigong, ma la maggior parte della letteratura si è concentrata sulla consapevolezza che si sviluppa attraverso la meditazione Mindfulness. Ciò è dovuto molto probabilmente all'incontro con la Terapia Cognitivo Comportamentale, avvenuto dal 1990 in poi, che ha consentito di mettere a punto dei veri e propri programmi d'intervento.

Da alcuni anni sono stati sviluppati diversi interventi "Basati sulla Mindfulness" come la "Spiritual Self Focus Schema Therapy" basata sulla Schema Therapy e le pratiche di consapevolezza, la Terapia Comportamentale costruita sull'Accettazione, impiegata per i disturbi d'ansia generalizzata (Acceptance and Commitment Therapy), la Dialectical Behavior Therapy della Linehan, l'Allenamento alla Consapevolezza del mangiare, l'Allenamento al Benessere, la Cura del neonato basata sulla Mindfulness (Rainone A., 2012).

La Mindfulness potrebbe essere utilizzata anche nella prevenzione della depressione perinatale paterna consentendo di fare un intervento con entrambi i genitori.

Nell'ambito della depressione post partum esistono due ricerche che hanno ottenuto buoni risultati ricorrendo a dei programmi basati sulla Mindfulness per l'accompagnamento al parto e la promozione della genitorialità (Duncan L., Bardacke N., 2009; Duncan L., Bardacke N. et al., 2012).

L'acquisizione della coscienza del proprio ruolo è stata descritta come una competenza chiave della genitorialità. Promuovere la consapevolezza nel contesto della genitorialità quotidiana e formare il padre e la madre sono le strade migliori per incrementare l'efficacia degli interventi della coppia sul figlio.

Tuttavia, l'evidenza scientifica sul ruolo della consapevolezza nella genitorialità è ancora scarsa e un programma vero e proprio a tal proposito non è stato ancora sviluppato. Proporre un modello di "genitorialità consapevole" può avere nuove implicazioni per la comprensione delle relazioni genitori-figli sani e per migliorare gli interventi preventivi focalizzati sulla famiglia (Duncan L., Bardacke N., 2009).

Pratiche di Mindfulness sono state impiegate con successo:

- negli interventi con le coppie sposate o conviventi in difficoltà per migliorare il funzionamento del rapporto;
- nel trattamento di genitori sostenuti dal metadone per ridurre il rischio di abusi sui minori;
- nei programmi per caregiver di persone con disabilità multiple;
- negli aiuti a genitori con bambini autistici.

I risultati conseguiti hanno suggerito che interventi basati sulla Mindfulness possono essere rivolti anche alle donne in gravidanza e ai loro partner per migliorare la capacità di affrontare lo stress derivante dalla transizione evolutiva alla genitorialità.

In un primo studio, Larissa G. Duncan et al. hanno ipotizzato che la coppia, sviluppando la "consapevolezza", impara a comprendere e ad accettare le esigenze del proprio bambino creando un ambiente più soddisfacente nel rapporto genitori-figlio. I genitori che imparano le pratiche di mindfulness sviluppano relazioni di qualità superiore con i loro figli, evitano comportamenti automatici, bisogni edonistici, sono meno propensi ad attivare atteggiamenti ostili e rabbiosi nelle relazioni familiari (Duncan L., Bardacke N., 2009).

Il modello di genitorialità consapevole basata sulla Mindfulness mira a cinque dimensioni che riguardano il rapporto genitori figli sintetizzati nella tabella sottostante:

- ascolto attento;
- accettazione non giudicante di sé e del bambino;

- consapevolezza emotiva di sé e del bambino;
- auto-regolazione del rapporto genitoriale;
- compassione per sé e per il bambino.

Sotto si possono vedere le dimensioni della pratica genitoriale consapevole (MSFP) nelle interazioni genitoriali

Dimensioni “mindful”	Comportamenti genitoriali da promuovere	Comportamenti genitoriali da ridurre
Ascoltare con attenzione	corretto discernimento dei comportamenti del bambino; percezione precisa della comunicazione verbale del piccolo; ascolto attivo e comunicazione efficace;	ridotto utilizzo e minore influenza delle proprie “costruzioni” cognitive e delle proprie attese.
Attenzione non giudicante di sé e del figlio	distinzione e sano equilibrio fra obiettivi centrati su di sé, sul figlio e sulla relazione; senso di auto-efficacia genitoriale; apprezzamento per i tratti del bambino;	diminuzione delle preoccupazioni auto dirette; minori aspettative irrealistiche nei confronti del figlio.
Consapevolezza emotiva di sé e del bambino	riconoscimento ed etichettamento delle proprie emozioni; risposte alle esigenze e alle emozioni del bambino; maggiore precisione nelle attribuzioni delle responsabilità;	minore distacco dalle emozioni del bambino; meno educazione indotta da emozioni negative (p.e. la rabbia, la delusione, la vergogna).
Autoregolazione nella relazione genitoriale	identificazione delle reazioni cognitivo-affettive automatiche; regolazione delle emozioni nel contesto “genitorialità”; svolgimento del ruolo genitoriale in conformità con gli obiettivi e i valori;	riduzione della disciplina impartita in modalità “automatica”; minor “dipendenza” dalle emozioni del bambino.
Compassione per sé e per il bambino	maggiore compassione per le difficoltà del figlio; più compassione per i propri sforzi genitoriali;	minima influenza dei sentimenti negativi nella relazione genitore-figlio; minore autocritica quando gli obiettivi genitoriali non sono raggiunti.

Tratto e adattato da Larissa G., Duncan J., Douglas Coatsworth e Mark T. Greenberg, 2009.

Un secondo studio sempre condotto da Larissa G. Duncan et al. nel 2011 ha applicato un programma basato sulla Mindfulness per il Parto e la Genitorialità: il “Mindfulness-Based Childbirth and Parenting” (MBCP).

Secondo la Stress e Coping Theory (Lazarus e Folkman, 1984), non tutti hanno la stessa esperienza di fronte ad un evento stressante. Alcuni individui lo valutano pericoloso o dannoso, altri possono considerare lo stesso evento come una sfida. La valutazione dello stress di un evento, come

la transizione alla genitorialità, se è giudicato come una sfida anziché una minaccia la coppia può sperimentare sensazioni più positive (p.e. eccitazione) e, di conseguenza, impegnarsi in comportamenti adattivi. Per una donna incinta, la pratica della consapevolezza può portare a strategie di coping più proattive e adattive, alla sperimentazione di emozioni più positive, alla riduzione delle risposte allo stress che possono essere dannose per il proprio benessere e per lo sviluppo del feto.

Il programma MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), come il programma di MBSR, suggerisce tecniche di meditazione di consapevolezza quale approccio di autoregolazione per la salute e il benessere fisico ed emotivo.

Il programma MBCP è un adattamento del programma di riduzione dello stress (MBSR) fondato da Jon Kabat-Zinn, destinato sia ad aiutare i partecipanti a “essere nel momento presente” sia a consentire ai genitori di vivere la cura del figlio con consapevolezza, gentilezza e connessione (Duncan L., Bardacke N., 2012).

Lo studio pilota di Duncan L. e Bardacke N. del 2012 ha proposto un programma di MBCP che necessita di ulteriori approfondimenti futuri. Esso ha consentito, però, di ampliare le strategie d'intervento nell'ambito della depressione perinatale non solo nei confronti della madre ma anche dei padri.

Il programma MBCP è costituito da un incontro alla settimana di tre ore per nove settimane. Prevede un ritiro nel weekend fra il sesto e il settimo incontro e una riunione alla quarta e alla dodicesima settimana con le donne che hanno partorito. I partecipanti, durante il periodo del corso, sono invitati a impegnarsi a casa nella pratica della meditazione utilizzando registrazioni guidate per trenta minuti al giorno, sei giorni a settimana. L'insegnamento della Mindfulness è integrato con informazioni circa i processi psicologici della gravidanza, del travaglio, del parto, dell'allattamento al seno, del post-parto e delle esigenze del neonato. Inoltre, nel percorso si presentano una serie di pratiche per gestire il dolore e accettare le sensazioni corporee particolarmente intense. I partecipanti sono incoraggiati a capire come la “non reattività”, la concentrazione e la calma praticate con la meditazione possono essere utilizzate per permettere alle sensazioni spiacevoli di emergere per poi sparire naturalmente. Al partner vengono insegnate le pratiche di gestione del dolore insieme alla propria donna cosicché sviluppa una comprensione empatica nei confronti di essa durante il dolore del parto.

Nel corso, oltre ad insegnare la pratica della consapevolezza, si cerca di incoraggiare il senso di condivisione tra genitori “in attesa” per ridurre il potenziale impatto dell'isolamento sociale sulla

salute mentale dell'unigenito, nel periodo post parto. Il lavoro in gruppo permette alle coppie di sentire che gli elementi di stress possono essere condivisi con gli altri.

I risultati di questo studio pilota sembrano essere promettenti. Si sono avuti effetti nella riduzione dell'ansia rispetto la gravidanza, nell'aumento della consapevolezza e nella manifestazione di emozioni positive. I risultati quantitativi e qualitativi indicano che le donne incinte, partecipanti al programma, utilizzano la consapevolezza più frequentemente per affrontare gli aspetti stressanti della gravidanza e della vita familiare nella fase post parto, riportando strategie di coping più adatte a gestire lo stress (Duncan L., Bardacke N., 2012).

Conclusioni

Nell'elaborato ho analizzato le ultime ricerche condotte nell'ambito della depressione perinatale e sono giunta alla conclusione che la sintomatologia depressiva del periodo perinatale è dovuta a cause multifattoriali.

Nello studio dei disturbi del periodo perinatale occorre tener conto della condizione psicologica di entrambi i genitori. E' importante, per la prevenzione della depressione materna e per proteggere la relazione madre- bambino, riconoscere il ruolo ricoperto dal padre sin dall'inizio della gravidanza e cercare di coinvolgerlo sia durante il periodo di gestazione della donna, sia in quello successivo al parto. La depressione perinatale paterna è stata poco studiata rispetto a quella materna anche se negli ultimi anni l'interesse sull'argomento è aumentato.

L'analisi effettuata della letteratura scientifica mi consente di fare alcune considerazioni e riflessioni sullo sviluppo della ricerca in tale ambito e sull'atteggiamento assunto dai maschi nella società attuale.

La transizione alla paternità rappresenta per l'uomo, così come per la donna, un periodo di vulnerabilità psicologica da non sottovalutare. L'incidenza della depressione perinatale maschile anche se inferiore rispetto a quella femminile è comunque elevata e troppo spesso sottostimata.

Un altro aspetto importante emerso è che nel periodo perinatale gli stati psicologici delle madri e dei padri non solo sono correlati, ma si influenzano reciprocamente. I disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali del padre possono incidere e favorire una reazione depressiva nella donna, condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del nascituro.

La maggior parte delle ricerche condotte sul trattamento della depressione perinatale paterna non ha ancora indagato l'efficacia delle psicoterapie e dei trattamenti antidepressivi. Pertanto, attualmente, non sono ancora chiare le informazioni sulle modalità di conduzione dello screening sulla depressione perinatale e sulle terapie più indicate per il sostegno psicologico.

L'analisi delle ultime ricerche suggerisce di considerare i problemi coniugali nella fase pre e post parto, nei programmi di screening dell'intervento sulla depressione perinatale maschile e femminile. Nella realtà, spesso, tale indagine non avviene, ignorando così, che una buona sessualità all'interno della coppia, durante la gravidanza e il periodo post partum, può promuovere più benessere e intimità.

Sarebbe auspicabile fornire alla coppia un counseling sessuale nella gravidanza e nel periodo post parto. Alcune ricerche hanno mostrato che la depressione è un importante predittore del calo del desiderio sessuale e lo influenza psicologicamente.

I medici dovrebbero cercare di impegnarsi in una discussione aperta con la coppia e fornire informazioni preventive sulle modificazioni previste nell'ambito della salute sessuale. Occorrerebbe promuovere, durante la gravidanza e nel periodo post partum, la realizzazione di studi per chiarire ulteriormente la comprensione della funzione sessuale nell'ambito della depressione perinatale.

Negli ultimi anni si stanno diffondendo, per quanto riguarda i trattamenti, terapie sulla prevenzione e sulla cura della depressione perinatale, tra cui il Programma Home Visiting e il MBCP.

Il programma di MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program), insegnando le abilità necessarie per affrontare il parto e la genitorialità, amplia le strategie di azione per prevenire le situazioni psicopatologiche che si possono verificare durante la gravidanza sia nell'uomo sia nella donna, promuovendo risposte sane allo stress psicologico e fisiologico.

Anche se sono stati compiuti notevoli progressi in termini di aumento di sensibilizzazione del mondo medico e dell'opinione pubblica, rimangono ancora lacune di fondamentale importanza nella comprensione della depressione perinatale. Ad esempio, c'è ancora molto da imparare circa la patogenesi di fondo, l'impatto a lungo termine della depressione perinatale, il modo migliore per trattare la depressione post partum sia nel padre che nella madre e la sessualità nel periodo pre e post parto.

Alla luce di quanto detto sinora vorrei evidenziare, partendo da alcune considerazioni personali, la necessità di ampliare e approfondire al più presto le suddette problematiche.

Tutti sappiamo che il rapporto di coppia è alla base della sanità familiare e della società civile. Vale dunque la pena di considerare i mali che l'affliggono e i possibili rimedi perché essa possa essere più unita e serena e soprattutto perché dia alle generazioni future uno sviluppo di vita migliore e più consono alle loro aspettative. Molto spesso la società induce a bisogni fittizi, trovando terreno fertile in molti genitori che non riescono a distinguere le necessità reali e

conducono i figli nella trappola in cui sono caduti essi stessi. Da questo pericolo non è esente nessuna famiglia a qualunque ceto sociale essa appartenga.

Il rapporto tra genitori e figli è diventato, nel tempo, più complesso perché sono profondamente mutate le esigenze, i ritmi di vita, il lavoro e la stessa procreazione.

Il crescente senso di incertezza, di ansiosa inquietudine, di paura latente determinata dalla amara e dolorosa constatazione che la vita è tormentata dalla violenza, dalla malattia, dalla criminalità, dal terrore, dalla corruzione, dall'odio, dalla povertà, dalla disoccupazione ecc. spinge la coppia a riflettere su una probabile gravidanza. In alcuni padri, inoltre, nel momento in cui devono affrontare il problema perinatale e la depressione post parto femminile, affiora ancora l'atteggiamento maschilista al di sotto della tenue scorza "progressista" e "democratica" dell'uomo nuovo.

E' grave quando atteggiamenti conservatori, rivelanti la sopravvivenza di pregiudizi, di profondi e ancestrali convincimenti, sono presenti anche negli uomini che svolgono la professione medica o seguono le coppie a vario titolo. Ebbene, il maschio non può sottrarsi al suo ruolo, come uomo, compagno di vita, padre e cittadino. E' necessario che si assuma le proprie responsabilità in tema di gravidanza e di nascita senza caricare la donna di tutto il fardello delle questioni e delle preoccupazioni che una tale fase della vita inevitabilmente comporta.

La ricerca scientifica, da parte sua, può offrire gli strumenti indispensabili, non solo per allargare la conoscenza ma anche per migliorare e gestire il rapporto all'interno della coppia e di essa con i figli, se viene applicata e consigliata dalle persone che assistono la donna e l'uomo durante l'esperienza della gravidanza.

Le indagini scientifiche effettuate, se utilizzate, diventano una forza reale, dando origine a un processo che incide positivamente e profondamente sulle condizioni di vita, sul destino dell'essere umano, della sua famiglia e di conseguenza sulla società.

Infatti, gli studi scientifici del nostro tempo sono rivolti non soltanto a elaborare una conoscenza fine a se stessa della realtà, ma sono impiegati direttamente sia nella soluzione dei problemi che da sempre affliggono l'uomo, sia nello sviluppo costante della società civile.

Bibliografia

- Affonso DD., De AK., Horowitz JA., Mayberry L. J.(2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*. 49(3):207-16.
- Allwood CW., Berk M., Bodemer W. (2000). An investigation into puerperal psychoses in black women admitted to Baragwaneth Hospital. *South Africa Medical Journal*. 90(5):518-20.
- Altshuler LL., Cohen LS., Moline ML., Kahn DA., Carpenter D., Docherty JP. (2001) The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. *Postgraduate Medicine*. (Spec No):1-107.

- Amaru D., Le Bon O. (2014). Postpartum depression: correlations and predictive factors. *Revue Médicale de Bruxelles*. 35(1):10-6.
- Ammaniti M, Candelori C., Pola M., Tambelli R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Raffaello Cortina, Milano.
- Ammaniti M., Sergi G., Speranza A. M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F., Cimino S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*. (27):70-90.
- Ammerman RT., Putnam FW., Altaye M., Stevens J., Teeters AR., Van Ginkel JB. (2013). A clinical trial of in-home CBT for depressed mothers in home visitation. *Behaviour Therapy*. 44(3): 359–372.
- Baker J., Mancuso M., Montenegro M., Lyons, B.A. (2002). Treating postpartum depression. *Physician Assistant*. 26(10):37-44.
- Baldoni F., Ceccarelli L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca empirica e clinica. *Infanzia e adolescenza*. 9(2):79-92.
- Baunti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani Ms., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano GB., (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.
- Beard JL., Hendricks MK., Perez EM., Murray-Kolb LE., Berg A., Vernon-Feagans L., Irlam J., Isaacs W., Sive A., Tomlinson M. (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *The Journal of Nutrition*. 135(2):267-72.
- Beck CT. (2006). Postpartum depression: it isn't Just the blues. *The American Journal of Nursery*. 106(5):40-50.
- Beck CT. (2008). State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed -part 2. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*. 33(3): 151-6.
- Beck CT., Gable RK., Sakala C., Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*. 38(3):216-27.
- Beck CT., Indman P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric Gynaecological and Neonatal Nursing*. 34(5):569-76.
- Bergström M. (2014). Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth*. 40(1):32-8.
- Bogren LY. (2001) Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archive of Sexual Behaviour*. 20 (1): 35-45.
- Boller K, Strong DA. (2010). Home visiting: Looking back and moving forward. *Sito Zero to Three*. (<http://main.zerotothree.org>). 30(6):4–9.
- Borg Cunen N., McNeill J., Murray K1. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*. 30(2):170-84.
- Brockington IF., Macdonald E., Wainscott G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*. 9(5):253-63.
- Brtnicka H., Weiss P., Zverina J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislavské Lekárske Listy*. 110(7):427-31.
- Buist A., Morse CA., Durkin S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric Gynaecological and Neonatal Nursing*. 32(2):172-80.
- Chiesa A., Anselmi R, Serretti A. (2014). Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: what do we know? *Holistic Nursing Practice*. 28(2):124-48.
- Chiesa A., Mandelli L, Serretti A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: a preliminary analysis. *Journal of the Alternative and Complementary Medicine*. 18(8):756-60.

- Chivers ML., Pittini R., Grigoriadis S., Villegas L., Ross LE. (2011). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *Journal of sex research*. 8(3):792-9.
- Crncec R., Barnett B., Matthey S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing & Health*. 31(5):442-53.
- Currid TJ. (2005). Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. *Nursing Times*. 101(5):40-2.
- Currò V., De Rosa E., Maulucci S., Maulucci ML., Silvestri MT., Zambrano A., Regine V. (2009). The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. *Italian Journal of Pediatrics*. 28;35(1):32.
- Davis D.M, Hayes J.A. (2012). What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Journal Psychotherapy*. (Vol. 48, No. 2).
- De Judicibus MA., Mc Cabe MP. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of sex research*. 39(2):94-103.
- Demontigny F., Girard ME., Lacharité C., Dubeau D., Devault A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 150(1):44-9.
- Dennis CL. (2004). Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 65(9):1252-65.
- Dennis CL., Ross L.. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*. 56(6):588-99.
- Dennis CL., Stewart DE. (2004). Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 65(9):1242-51.
- Dørheim SK., Bjorvatn B., Eberhard-Gran M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One Journal*. 14;9(4):e94674.
- Duggan A., Fuddy L., Burrell L., Higman SM., McFarlane E., Windham A., Sia C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: impact in reducing parental risk factors. *Child Abuse and Neglect*. 28(6):623-43.
- Duncan LG, Bardacke N., 2010. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of Child and Family Studies*. 19(2):190-202.
- Duncan LG., Coatsworth JD., Greenberg MT. (2009). A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent-Child Relationships and Prevention Research. *Clinical Child and Family Psychological Review*. 12(3): 255-270.
- Edward KL1, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J.(2014). An Integrative Review of Paternal Depression. *American Journal of Men's Health*. Maggio 2014 (in fase di stampa).
- Farr SL., Dietz PM., O'Hara MW., Burley K., Ko JY. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*. 23(2):120-8.
- Fellenzer JL., Cibula DA. (2014). Intendedness of Pregnancy and Other Predictive Factors for Symptoms of Prenatal Depression in a Population-Based Study. *Maternal and Child Health Journal*. Maggio 2014 (in fase di stampa).
- Fisher J., Cabral de Mello M., Patel V., Rahman a., Tran T., Holton S., Holmes W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation*. 90(2): 139G-149G.
- Fisher SD1, Kopelman R, O'Hara MW. (2012). Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Archives of Women's Mental Health*. 15(4):283-8.
- Fossey L1, Papiernik E, Bydlowski M. (1997). Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 18(1):17-21.

- Francisco MD., Mattar R., Bortoletti FF., Nakamura MU. (2014). Sexuality and depression among pregnant women with recurrent spontaneous abortion. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Maggio 2014 (in fase di stampa).
- Furuta M1, Sandall J, Cooper D, Bick D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 (14):133.
- Gawlik S., Muller M., Hoffmann L., Dienes A., Wallwiener M., Sohn C., Schlehe B., Reck C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*. 17(1):49-56.
- Goodman JH., Guarino A., Chenausky K., Klein L., Prager J., Petersen R., Forget A., Freeman M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health*. Maggio 2014 (in fase di stampa).
- Goodman JH., Santangelo G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. 14(4):277-93.
- Goodman JK. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursery*. 45(1):26-35.
- Grusso P, Quatraro RM. (2013). Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. *Health Care for Women International*. 34(7):556-76.
- Hames C. T., (1980). Sexual needs and interests of postpartum couples. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursery*.
- Hanington L., Heron J., Stein A., Ramchandani P. (2012). Parental depression and child outcomes--is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*. 38(4):520-9.
- Hipp LE., Kane Low L., van Anders SM. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *Journal of sex research*. 9(9):2330-41
- Hofmann SG., Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 36(5):427-440.
- Hou Y., Hu P., Zhang Y., Lu Q., Wang D., Yin L., Chen Y., Zou X. (2014). Cognitive behavioural therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 36(1):47-52.
- Hughes A., Williams M., Bardacke N., Duncan L.G., Dimidjian S., Goodman S.H. (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. *British Journal of Midwifery*. 17(10): 630–635.
- Jesse DE1, Blanchard A, Bunch S, Dolbier C, Hodgson J, Swanson MS (2010). A pilot study to reduce risk for ante partum depression among women in a public health prenatal clinic. *Issues Mental Health Nursery*. 31(5):355-64.
- Johnson CE. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of Sexual Medicine*. 8(5):1267-84.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. (10):144–156.
- Kammerer M., Marks MN., Pinar C., Taylor A., von Castelberg B., Künzli H., Glover V.(2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health*. 12(3):135-41.
- Kendall-Tackett K1, Cong Z, Hale TW. (2013). Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeeding Medicine*. 8(1):16-22.
- Landsverk J., Carrilio T., Connelly CD., Granger WC., Slymen DJ., Newton RR., Jones C. (2002). *Familias San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego Children's Hospital and Health Center; San Diego: Healthy.
- Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leeman LM1, Rogers RG. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*. 119(3):647-55
- Letourneau N., Duffett-Leger L, Dennis CL, Stewart M, Tryphonopoulos PD. (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *Journal of Psychiatric of Mental Health Nursing*. 18(1):41-7.
- Letourneau N., Tryphonopoulos PD., Duffett-Leger L., Stewart M., Benzies K., Dennis CL., Joschko J.(2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 26(1):69-80.
- Luca D. Bydlowski M., (2001). Dépression paternelle et périnatalité. *Le CarnetPsy*. (67):28-33.
- Mao Q., Zhu LX., Su XY. (2011) A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*. 20(5-6):645-52.
- Mauri M. , Banti S . (2003). Post-partum depression. *Journal of Psychopatology*. Vol. 9, June, Issue 2.
- Mc Lennan A., Wilson D., Taylor A., (1996). The self reported prevalence of postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstretic and Gynecology*. 36 (13):313-320.
- McCrory C., McNally S. (2011). The effect of pregnancy intention on maternal prenatal behaviours and parent and child health: results of an irish cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 27(2):208-15.
- 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):e238-45.
- Morganti G., Castelli P., Pietrapaoli E. (2015). *Depressione Post-Partum: diagnosi e trattamento*. Giornata di studio organizzata dal Centro Clinico De Sanctis e dalla SIPSi e patrocinato dalla APC di Roma il 17/01/2015.
- Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics and Gynecology*. 102 (6): 1318-1325.
- Munk-Olsen T., Jones I., Laursen TM. (2014). Birth order and postpartum psychiatric disorders. *Bipolar Disorder*. 16(3):300-7.
- Nardi B1, Laurenzi S, Di Nicolò M, Bellantuono C. (2012). Is the cognitive-behavioural therapy an effective strategy also in the prevention of post partum depression? a critical review. *Rivista di Psichiatria*. 47(3):205-13.
- Nemeroff CB. (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neuron*. 59(2):185-6.
- Nilsen AB., Waldenström U., Rasmussen S., Hjelmstedt A., Schytt E. (2013). Characteristics of first-time fathers of advanced age: a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 30;13:29.
- Nishimura A. e Ohashi K, (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Science*. 12(2):170-176.
- O'Hara M. W., McCabe J. E., 2013. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9:379-407.
- O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice e Resea Clinical Obstetrics e Gynaecology*. 28(1):3-12.
- O'Hara MW. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*. 65(12):1258-69.
- O'Hara MW., Schlechte JA., Lewis DA., Varner MW. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(1):63-73.
- O'Hara MW., Zekoski EM., Philipps LH., Wright EJ. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*. 99(1):3-15.

- O'Keane V., Lightman S., Patrick K., Marsh M., Papadopoulos AS., Pawlby S., Seneviratne G., Taylor A., Moore R. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *Journal of Neuroendocrinology*. 23(11):1149-55.
- O'Mahen HI, Himle JA, Fedock G, Henshaw E, Flynn H. (2013). A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. *Depress Anxiety*. 30(7):679-87.
- O'Malley DI, Smith V. (2013). Altered sexual health after childbirth: part 1. *Practicing Midwife*. 16(1):30-2.
- O'Malley DI, Smith V. (2013). Altered sexual health after childbirth: Part 2. *Practicing Midwife*. 16(2):27-9.
- Patel V., Rodrigues M., DeSouza N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*. 159(1):43-7.
- Paulson JF., Bazemore SD. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 303(19):1961-9.
- Perez-Blasco JI, Viguer P, Rodrigo MF. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*. 16(3):227-36.
- Perren S., von Wyl A., Bürgin D., Simoni H., von Klitzing K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic of Obstetric Gynaecology*. 26(3):173-83.
- Polachek IS., Harari LH, Baum M, Strous RD. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *The Israel of Medical Association Journal*. 14(6):347-53.
- Rainone, A., (2012). La Mindfulness. Il non fare, l'accettare e il fare consapevole. *Cognitivismo Clinico*. 9 (2):135-150.
- Reck C., Stehle E., Reinig K., Mundt C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*. 113(1-2):77-87.
- Riva-Crugnola C. (2012). La relazione genitore- bambino. Tra adeguatezza erischio. Il Mulino, Milano.
- Robert T. Ammerman, Frank W. Putnam, Nicole R. Bosse, Angelique R. Teeters, and Judith B. Van Ginkel. (2010). Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review. *Aggression and Violent Behaviour*. 15(3): 191–200.
- Ross LE., McLean LM. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(8):1285-98.
- Rowe HJ., Holton S., Fisher JR. (2013). Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian Journal of Primary Health*. 19(1):46-52.
- Scrandis DA., Sheikh TM., Niazi R., Tonelli LH., Postolache TT. (2007). Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *The Scientific World Journal*. 22 (7):1670-82.
- Sharma V, Mazmanian D. (2014). The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Archives of Women's Mental Health*. 17(2):171-3.
- Söderquist J., Wijma B., Thorbert G., Wijma K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: international journal of obstetric and gynaecology*. 116(5):672-80.
- Trautmann-Villalba P., Hornstein C. (2007). Children murdered by their mothers in the postpartum period. *Nervenarzt*. 78(11):1290-5.
- Verkerk GJ., Denollet J., Van Heck GL., Van Son MJ., Pop VJ. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. 67(4):632-7.
- Wynter K., Rowe H., Fisher J. (2013). Interaction between perceptions of relationship quality and postnatal depressive symptoms in Australian, primiparous women and their partners. *Australian Journal of Primary Health*. Maggio 2014 (in fase di stampa).

Zaers S., Waschke M., Ehlert U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 29(1):61-71.

Stefania Cicchiello

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva

Sede: Roma, training R. Lorenzini , G. Gardner e

e-mail: s.cicchiello@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it