

LA DEPRESSIONE PERINATALE MATERNA E PATERNA. FATTORI DI RISCHIO, ASPETTI CLINICI E POSSIBILI INTERVENTI

Stefania Cicchiello

Psicologa, Psicoterapeuta, Istruttrice di Interventi Basati sulla Mindfulness, specializzata in Psicoterapia Cognitiva APC, Roma

Corrispondenza

Stefania Cicchiello

E-mail: s.cicchiello@gmail.com

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.

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

Si affronta, inoltre, il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna e si indicano delle ipotesi di trattamento della depressione perinatale genitoriale.

Tra le terapie più recenti utilizzate per la prevenzione e la cura della depressione perinatale, vi sono il Programma Home Visiting e il MBCP (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program). Quest'ultimo, 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.

La Mindfulness può alleviare significativamente la depressione perinatale materna e paterna. Pertanto sarebbe auspicabile l'attuazione di questo approccio nei servizi di assistenza prenatale, durante la gravidanza e dopo il parto.

Parole chiave: depressione perinatale paterna, depressione e ansia nelle donne in gravidanza, modificazioni sessuali nella gestazione e nel post-partum, terapia mindfulness in gravidanza, Programma Mindfulness per il Parto e la Genitorialità

MATERNAL AND PATERNAL PERINATAL DEPRESSION. RISK FACTORS, CLINICAL PATTERNS AND CONCRETE THERAPEUTIC SOLUTIONS

Abstract

According to a scientific research the article underlines how paternal perinatal depression is as important as maternal one and it studies the existence of a link between paternal and maternal depression. In the perinatal

SOTTOMESSO LUGLIO 2016, ACCETTATO GIUGNO 2017

period /phase psychological states of both parents are linked and influence each other.

The effect of male perinatal depression, even though it is lower than the female's one, is, however, very high and too often underestimated. The study of paternal depression has increased and has given important data, mainly in the last 10 - 15 years.

This article reports about the main aspects of maternal perinatal depression and the latest surveys on paternal depression.

Furthermore, the article focuses on the relationship between sexuality and maternal depression and the possible solutions to tackle /treat perinatal parenting depression.

Among the most recent therapies to prevent and cure perinatal depression, there are the Home Visiting Programme and the MBCP (i.e. Mindfulness-Based Childbirth Parenting Programme).

This latter tries to teach the means to face childbirth and Parenting and also action strategies in order to prevent psychopathological situations that can occur during pregnancy both in men and women, promoting healthy answers to psychological and physiological stress.

Mindfulness can really improve maternal and prenatal depression.

Therefore, it should be advisable to implement this method in prenatal care services during the period of pregnancy and postpartum.

Key words: paternal perinatal depression, depression and anxiety in pregnant women, sexual modifications during pregnancy and postpartum, mindfulness intervention in prenatal, Mindfulness-Based Childbirth and Parenting

Introduzione

Nell'elaborato sono state analizzate le ultime ricerche condotte nell'ambito della depressione pre e post-natale femminile e maschile, dovuta a cause multifattoriali.

È stato messo in evidenza il ruolo ricoperto dal padre sin dall'inizio della gravidanza per la prevenzione della depressione materna e per proteggere la relazione madre-bambino.

Si è osservato che nel periodo perinatale gli stati psicologici delle madri e dei padri non solo sono correlati ma si influenzano reciprocamente. Infatti, i disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali dell'uomo possono incidere e favorire una reazione depressiva nella donna, condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del nascituro.

L'incidenza della depressione perinatale maschile, sebbene inferiore a quella femminile, è comunque elevata e troppo spesso sottostimata, anche se negli ultimi anni l'interesse sull'argomento è aumentato.

L'analisi effettuata dalla letteratura scientifica ha consentito alcune considerazioni e riflessioni sullo sviluppo della ricerca in tale ambito e sull'atteggiamento assunto dai maschi nella società odierna.

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

L'analisi delle ultime ricerche suggerisce di considerare nei programmi di screening dell'intervento sulla depressione perinatale maschile e femminile i problemi coniugali nella fase pre e post-parto. 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. La depressione è un importante predittore del calo del desiderio sessuale e lo influenza psicologicamente.

La conferma dello stato di gravidanza determina nella donna 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.

Nella gestante possono emergere ansie per le modificazioni del proprio corpo, per le variazioni del tono dell'umore e per i momenti di stanchezza, imputabili a fattori biologici e ormonali, ma anche ai cambiamenti che la gravidanza induce nella vita di una puerpera. La donna 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 ha delle profonde ripercussioni nel rapporto con il proprio compagno di vita e sul sistema familiare. 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.

È 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, ma l'ha spinta a gestire 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.

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, 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, accantonando la sfera emozionale.

Il rischio dell'"efficientismo" è dietro l'angolo: pochi figli, ma perfetti. Accade, 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 della rappresentazione di sé. L'uomo vive un coinvolgimento diverso rispetto alla donna. Egli sperimenta emozioni come: 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. Nel parto 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 (DSPT). 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.)

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 entrambi (Beck e Indman 2005, Beck 2006). Essa è stata diagnosticata e riconosciuta per la prima volta solo verso il 1960 (Fossey et al. 1997).

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-5 non si riconosce tuttora 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 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 di esso (Sharma e Mazmanian 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* 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 perché si protrae per circa 15 giorni (Hara et al. 1990, Reck et al. 2009) ed è legata alle repentine variazioni ormonali che si verificano qualche tempo dopo il parto: diminuzione del progesterone, degli estrogeni, degli ormoni tiroidei, della corticotropina (CRH) e del cortisolo (Baker et al. 2002, O'Keane 2011).

Il *maternity blues* si caratterizza per confusione, smarrimento, ansia (Grussu e Quattraro 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 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 post-natale (Fossey 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 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. La depressione post-partum è stata descritta come “un ladro che ruba la maternità”, che può talvolta indurre ad azioni tragiche come il suicidio materno o l'infanticidio (Beck 2008).

Studi recenti hanno sottolineato come l'essere primipare rappresenta un fattore di rischio significativo per sperimentare un disturbo psichiatrico e in particolar modo quello bipolare (Munk-Olsen 2013).

Il disturbo da stress post-traumatico ha alla base 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 et al. 2009, Zaers et al. 2009, Banti et al. 2011, Polachek et al. 2012, Furuta et al. 2014).

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

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 pre-natale, mentre l'affaticamento caratterizza soprattutto la depressione dopo la nascita.

Il disturbo d'ansia generalizzato perinatale ha un'alta prevalenza (8,5%-10,5% durante la gravidanza e il 4,4%-10,8% dopo il parto). Nonostante l'elevata incidenza, tale condizione è spesso sotto-diagnosticata, poiché nella popolazione perinatale risulta difficile distinguere l'ansia normale da quella patologica (Misri et al. 2015).

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 2004) fino alla presenza di un vero e proprio disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo d'ansia generalizzato (Ross e McLean 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.

Dopo la nascita, invece, le preoccupazioni maggiormente presenti sono: paura sproporzionata della morte in culla e ansia inerente alle critiche sulla competenza materna (Brockington et al. 2006).

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 possono essere considerati di rischio e/o di protezione.

Conoscere i suddetti fattori, già nella fase pre-natale, consente alle mamme potenzialmente esposte di attuare trattamenti preventivi e di sostegno che potrebbero, se non individuati tempestivamente, determinare effetti negativi sulla qualità di vita della donna, del bambino e della relazione di coppia.

Diverse studi 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 2011) e insonnia durante la gravidanza soprattutto se in compresenza con episodi depressivi (Dørheim et al. 2014) e complicazioni mediche (p.e. importante emorragie, gravi disturbi ipertensivi, terapia in unità intensiva ecc.) (Furuta et al. 2014).

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

Alcuni fra i più importanti sono:

- una storia passata di depressione e di ansia (O'Hara 2009, O'Hara 2014, Leung et al. 2016);
- la presenza di disturbo bipolare (O'Hara 2009, O'Hara 2014);
- l'esistenza di problemi psichici o somatici durante la gravidanza (Amaru e Le Bon 2014);
- la tendenza all'autosvalutazione e al percepirsi inadeguate a svolgere la funzione materna (Amaru e Le Bon 2014);
- la gravidanza non programmata o indesiderata (McLennan et al. 2010, Fellenzer e Cibula 2014);
- la giovane età (Kendall-Tackett et al. 2013);
- l'essere vittime di violenza domestica (Kendall-Tackett et al. 2013);
- la storia di violenza sessuale (Kendall-Tackett et al. 2013);
- l'ansia per una gravidanza tardiva (Zaers et al. 2008);
- l'aver avuto un parto pre-termine con un figlio di minor peso alla nascita (Mauri e Banti 2009);
- la circonferenza cranica più piccola e più bassi punteggi di Apgar (Mauri e Banti 2003);
- l'essere nubile (Fisher et al. 2012);
- il non allattare al seno (Beck et al. 2011);
- l'aver avuto un aborto spontaneo o indotto in passato (Fisher et al. 2012);
- il basso senso di autoefficacia (Mohammad et al. 2011).

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

- svantaggio socioeconomico (O'Hara 2013, Leung et al. 2016);
- bassi livelli d'istruzione (O'Hara 2013, Leung et al. 2016);
- appartenenza a una minoranza etnica (O'Hara 2013);
- esistenza di eventi di vita stressanti (O'Hara 2013, Leung et al. 2016);
- percezione di scarso supporto sociale, (O'Hara 2009, Mohammad et al. 2011, O'Hara e Wisner 2014, Amaru e Le Bon 2014, Fellenzer e Cibula 2014, Leung et al. 2016).

Fra i fattori di rischio relazionali, diverse ricerche sottolineano il ruolo giocato dal rapporto madre-figlia (Verkerk et al. 2005, Mohammad et al. 2011), ma altri studi sottolineano il ruolo importantissimo svolto dall'uomo all'interno della coppia (Currid 2005, Fisher et al. 2012, Edward et al. 2014, Paulson et al. 2016).

Pochi studi hanno confrontato la salute psicologica materna e paterna nel periodo post-natale

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 et al. 2011, Paulson et al. 2016).

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 e Le Bon 2014, O'Hara e Wisner 2014, Paulson et al. 2016). In particolare, le gestanti che hanno partner depressi nel periodo prenatale, presentano un peggioramento significativo dei sintomi patologici durante i primi sei mesi dopo il parto. Uno studio del 2016 sostiene l'ipotesi che la depressione perinatale nell'uomo influenzi in modo rilevante la gravità dei sintomi nella donna, fra i 28 mesi di gestazione e 6 mesi dopo il parto, mentre la depressione perinatale materna non è altrettanto predittiva di alterazioni significative nei futuri padri (Paulson et al. 2016).

Alcune ricerche, qualche anno fa, sottolineavano come la gelosia coniugale, le violenze all'interno della coppia e lo scarso sostegno emotivo, vero o percepito, da parte del partner (Dennis e Ross L. 2006, Mao et al. 2011, Wynter et al. 2013, Pilkington et al. 2016), potessero incidere sulla salute psichica in gravidanza (Brockington et al. 2006), rendendo la futura madre maggiormente vulnerabile alla depressione post-parto (Patel et al. 2002). 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 a essere una madre serena (Morganti et al. 2015). Pertanto è necessario fornire un supporto a entrambi i genitori durante il periodo della gravidanza e dopo la nascita (Rowe et al. 2013), ma i servizi di salute mentale perinatale sono in aumento per le donne e rimangono pochi per gli uomini. (Currid 2005, Leung et al. 2016). Anche le ricerche sono accresciute negli ultimi dieci anni, soprattutto nei paesi anglosassoni. Uno studio del 2014 in Australia, ha fatto emergere come la depressione paterna, dopo la nascita del bambino, fosse una realtà sempre più rilevante, spesso associata a una storia di depressione personale e correlata alla depressione presente nella partner. La scarsità di screening sulla depressione paterna è dovuta al fatto che di solito i padri non solo vengono coinvolti poco, ma sono essi stessi a non farsi implicare nell'ambiente materno-infantile e, quindi, a non sottoporsi allo screening della depressione (Fisher et al. 2012). L'individuazione e il trattamento della depressione paterna in una fase precoce, riduce il rischio di depressione a lungo termine nei padri.

Uno studio di Fisher, Kopelman e 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. Infatti, lo studio ha evidenziato che attraverso la valutazione con la madre, è possibile ottenere una misura affidabile e valida di depressione paterna.

La depressione perinatale paterna

Le ricerche più attuali hanno suggerito che la gravidanza e il parto innescano sintomi depressivi non solo nelle donne ma anche negli uomini (Gawlik et al. 2014, Leung et al. 2016, Paulson et al. 2016).

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). I sintomi sono più lievi e talvolta poco definiti rispetto alla depressione perinatale materna anche se spesso correlati con la

depressione post-parto materna (Goodman 2004).

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 segnali somatici quali: nausea, gonfiore addominale e comportamenti femminili tipici della gravidanza (Baldoni e Ceccarelli 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.

La DPP è diffusa 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 sul padre e la madre con un semplice strumento (Currò et al. 2009). Durante la prima visita del nascituro sono stati intervistati anche i padri utilizzando l’EPDS. I genitori che hanno ottenuto un punteggio alto hanno completato per la seconda volta l’EPDS dopo 5 settimane e 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 punteggio alto all’EPDS mentre, alla seconda visita, il 19,0% delle madri e il 9,1% dei padri, ha ottenuto un risultato al test che segnalava il rischio della malattia depressiva.

I sintomi ricorrenti della depressione perinatale paterna 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 e Ceccarelli 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.

Utilizzando un semplice strumento standardizzato come l’EPDS, i pediatri sono in grado di individuare i genitori con più alto rischio di andare incontro alla depressione (Currò et al. 2009).

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:

- comparsa di 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 causati 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 e Bazemore 2010, Mao et al. 2011, Fisher et al. 2012, Hanington et al. 2012, Leung et al. 2016).

Nelle ricerche sui padri sono emersi anche altri elementi come: 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 et al. 2013). Una ricerca del 2016, però, ha evidenziato che la depressione paterna ha un impatto negativo sulla sintomatologia della futura madre significativamente maggiore rispetto a quello che può avere la depressione materna prenatale sul proprio partner (Paulson et al. 2016).

Le ricerche più recenti e attualmente disponibili sulla DPP hanno messo in evidenza diversi fattori di rischio; oltre a quelli psicosociali e relazionali di coppia sono da sottolineare un alto livello di percezione di stress, caratteristiche di personalità, fattori psicosociali e familiari, il fumo (Leung et al. 2016).

Elevati livelli di stress, in entrambi i sessi, possono essere presenti durante la gravidanza fino a 18 mesi dal parto, soprattutto se 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 et al. 2013).

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

I tratti ansiosi possono emergere maggiormente fra il terzo trimestre di gestazione e i primi due mesi dopo il parto e sono connotati da pensieri intrusivi e comportamenti tesi a evitare "danni irreparabili" alla compagna e al nascituro, molto simili a quelli che si manifestano nel disturbo ossessivo compulsivo. Il disturbo ossessivo compulsivo nei padri può essere significativamente associato a episodi di disturbi dell'umore o manifestazioni ossessivo compulsive nelle madri (Fabio et al. 2014).

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 et al. 2008). Percepirsi come un genitore "poco efficace" e sperimentare un senso d'inutilità e inadeguatezza rappresenta un fattore predittivo per la depressione paterna (Demontigny et al. 2013).

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

- età giovane (essere ventenni) (Bergström 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 et al. 2013);
- un basso livello d'istruzione e uno scarso reddito o comunque preoccupazioni finanziarie e disoccupazione (Nishimura e Ohashi 2010, Bergström 2013, Nilsen et al. 2013).

Gli ultimi studi stanno confermando che la gravidanza indesiderata è associata a 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 (McCrory e McNally 2013).

Lo scarso sostegno sociale e familiare rappresentano ulteriori aspetti di vulnerabilità nella donna ma anche nell'uomo (Letourneau et al. 2011, Letourneau et al. 2012, Leung et al. 2016).

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 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 (De Fátima 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 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, lasciando la coppia impreparata nel gestire i cambiamenti che avvengono dopo il parto (Leeman e Rogers 2012, O'Malley 2015). 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 2011, Rivas et al. 2016).

La modificazione della sessualità nella coppia durante e dopo il parto è influenzata dall'interazione fra fattori relazionali, coniugali, biomedici, psicologici e sociali (Bogren 1991, Morof et al. 2003). Il dolore genitale e la dispareunia sono dei fattori biomedici associati a

Tabella 1. *I fattori che incidono sulla sessualità della coppia*

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 dell'attività sessuale nel periodo pregravidanza.	Bassa soddisfazione per il rapporto, atteggiamento ambivalente verso il partner.

Liberamente tratto dalla lettura degli articoli

una compromissione della sessualità e ad alterazioni psicologiche rilevanti nella fase post-parto (ansia e depressione) (Boerner e Rosen 2015, Rosen e Pukall 2016).

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 disagi mentali (in particolar modo umore depresso), la qualità dell'attività sessuale pre-parto, disturbi del desiderio e dell'eccitazione, una relazione negativa o comunque vissuti di ambivalenza nei confronti della gravidanza e del partner, il livello di soddisfazione del rapporto con il partner, supporto sociale (Brtnicka et al. 2009, Rivas et al. 2016, Sipsma 2016).

Alcune studi 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.

A sei mesi dopo il parto, la qualità del ruolo materno è fortemente legato alla salute sessuale (De Judicibus McCabe 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 et al. 2009). 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 (Leung et al. 2016).

Solo il 12-14% delle coppie nega problemi sessuali dopo il parto (Kendall-Tackett et al. 2013).

Tra le donne in gravidanza con una storia di aborto spontaneo, la sessualità è compromessa e diverse indagini 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 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, soprattutto se vi è una forma depressiva.

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 et al. 2011).

Terapia della depressione perinatale paterna

I disturbi depressivi perinatali paterni sono stati poco studiati rispetto a quelli materni.

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 2004, Paulson e Bazemore 2010, Baldoni e Ceccarelli 2010, Mao et al. 2011, Fisher et al. 2012, Hanington et al. 2012, Demontigny 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 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). Qualora il padre dovesse presentare una sintomatologia più marcata occorrerebbe effettuare una psicoterapia cognitivo-comportamentale finalizzata a ridurre la sintomatologia ansiosa e depressiva.

Gli interventi di sostegno dovrebbero fornire ai padri informazioni sulla depressione paterna e consigli pratici su come affrontare la depressione della partner (Letourneau 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 et al. 2013);
- basso grado di estroversione (Perren et al. 2005);
- tratti di personalità ansiosi e depressivi (Baldoni e Ceccarelli 2010, Fabio et al. 2014, Leung et al. 2016);
- scarso livello di autoefficacia (Crncec et al. 2008).

A tal proposito si potrebbe utilizzare un programma Mindfulness. Uno studio del 2010 ha applicato un percorso di Mindfulness anche per i padri (Duncan e Bardacke 2010), ottenendo dei buoni risultati.

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 (Hofmann et al. 2013).

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 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 al cognitivo comportamentale individuale o di gruppo (Milgrom 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 mesi 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 con le madri affronta 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 sole non forniscono un beneficio apprezzabile nel diminuire sintomi depressivi materni (Duggan et al. 2004), o se c'è la riduzione dei sintomi essa è di breve durata (Landsverk et al. 2002). 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 2012).

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.

È 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 (in-home cognitive behaviour therapy) combina i principi e le tecniche di CBT di base con una serie di procedure e strategie che promuovono l'impegno, rendono i contenuti adeguabili 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 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%.

Nel 2013, in uno studio successivo a quello di Ammendola et al., si prevedevano 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 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.

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.

Interventi basati sulla Mindfulness nella depressione perinatale

Negli ultimi anni, diversi studi pilota hanno fornito elementi che indicano il beneficio dei programmi basati sulla Mindfulness durante la gravidanza. Anche se non sono ancora ben chiari i meccanismi psicologici che sono alla base degli interventi clinici fondati 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 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.

Una recente indagine ha messo a confronto otto studi che mostrano gli effetti positivi degli interventi di Mindfulness sul benessere prenatale. Tutti gli studi concordano sulla riduzione dei livelli di depressione e di ansia, sull'incremento dell'autoefficacia e sul potere preventivo che la Mindfulness ha nelle donne che presentano un basso benessere generale e una maggiore vulnerabilità ai sintomi dell'ansia e della depressione (Matvienko-Sikar et al. 2016, Duncan et al. 2017, Roy et al. 2017).

Essa si potrebbe utilizzare per la prevenzione della depressione sia nel periodo di gestazione, sia subito dopo per evitare rischi di esposizione ai farmaci psicotropi (Dimidjan et al. 2016). In donne con storie pregresse di depressione è stato utilizzato un protocollo *Mindfulness Based Cognitive Therapy* adattato per la depressione perinatale (MBCT-PD). Il programma è risultato particolarmente utile per quelle gestanti con storie di depressione pregressa poiché l'acquisizione delle pratiche di meditazione affiancate alla terapia cognitivo-comportamentale, riducono il rischio di ricadere in quella problematica.

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, Davis et al. 2012).

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 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 su quella 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 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 (*Mindful Eating*), l'Allenamento al Benessere, la cura del neonato basata sulla Mindfulness (Rainone 2012).

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

Fino al 2012, nell'ambito della depressione post-partum, solo due ricerche hanno ottenuto buoni risultati ricorrendo a dei programmi basati sulla Mindfulness per l'accompagnamento al parto e la promozione della genitorialità (Duncan e Bardacke 2009, Duncan et al. 2012). Nell'ultimo anno altri due studi hanno utilizzato la Mindfulness per la coppia genitoriale (Irena et al. 2016, Psychogiou et al. 2016).

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 e Bardacke 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.

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 genitori che imparano le pratiche di Mindfulness sviluppano relazioni di qualità superiore con i loro figli, evitano comportamenti automatici, riducono i bisogni edonistici, sono meno propensi ad attivare atteggiamenti ostili e rabbiosi nelle relazioni familiari (Duncan e Bardacke 2009, Duncan et al. 2017).

Un altro studio, 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 a un evento stressante. Alcuni individui lo valutano pericoloso o dannoso, altri lo considerano come una sfida. La valutazione dello stress di un evento, come la transizione alla genitorialità, se è giudicato come una sfida anziché una minaccia dà alla coppia la possibilità di sperimentare sensazioni più positive (p.e. eccitazione) e, di conseguenza, d'impegnarsi in comportamenti adattivi. Per una donna incinta, la pratica della consapevolezza può portare a

Tabella 2. Dimensioni della pratica genitoriale consapevole (mspf) nelle interazioni genitoriali

Dimensioni "mindful"	Comportamenti genitoriali da promuovere	Comportamenti genitoriali da ridurre
Ascoltare con attenzione	<ul style="list-style-type: none"> • corretto discernimento dei comportamenti del bambino; • percezione precisa della comunicazione verbale del piccolo; • ascolto attivo e comunicazione efficace; 	<ul style="list-style-type: none"> • ridotto utilizzo e minore influenza delle proprie "costruzioni" cognitive e delle proprie attese.
Attenzione non giudicante di sé e del figlio	<ul style="list-style-type: none"> • 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; 	<ul style="list-style-type: none"> • diminuzione delle preoccupazioni auto dirette; • minori aspettative irrealistiche nei confronti del figlio.
Consapevolezza emotiva di sé e del bambino	<ul style="list-style-type: none"> • riconoscimento ed etichettamento delle proprie emozioni; • risposte alle esigenze e alle emozioni del bambino; • maggiore precisione nelle attribuzioni delle responsabilità; 	<ul style="list-style-type: none"> • minore distacco dalle emozioni del bambino; • meno educazione indotta da emozioni negative (p.e. la rabbia, la delusione, la vergogna).
Autoregolazione nella relazione genitoriale	<ul style="list-style-type: none"> • identificazione delle reazioni cognitivo-affettive automatiche; • regolazione delle emozioni nel contesto "genitorialità"; • svolgimento del ruolo genitoriale in conformità con gli obiettivi e i valori; 	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione della disciplina impartita in modalità "automatica"; • minor "dipendenza" dalle emozioni del bambino.
Compassione per sé e per il bambino	<ul style="list-style-type: none"> • maggiore compassione per le difficoltà del figlio; • più compassione per i propri sforzi genitoriali; 	<ul style="list-style-type: none"> • minima influenza dei sentimenti negativi nella relazione genitore-figlio; • minore autocritica quando gli obiettivi genitoriali non sono raggiunti.

sviluppare strategie di *coping* più proattive e adattive, alla sperimentazione di emozioni più positive, alla riduzione delle risposte allo stress, dannose per il proprio benessere e per lo sviluppo del feto.

Il programma MBCP (*Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program*), 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 e Bardacke 2012).

Esso 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 insegnano 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. Si cerca, inoltre, 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.

Risultati incoraggianti sono emersi da un'altro studio inglese del 2016 che ha cercato di comprendere quanto l'auto-compassione, incrementata dall'impiego della Mindfulness, potesse ridurre l'uso di strategie genitoriali disfunzionali nelle coppie con una storia di depressione e, quindi, scongiurare la trasmissione intergenerazionale della psicopatologia. I genitori che hanno riportato punteggi più elevati di auto-compassione, erano più propensi ad attribuire a fattori esterni la causa dei comportamenti negativi dei loro figli, hanno mostrato un atteggiamento meno critico, un incremento del livello di resilienza e un aumento di emozioni positive (Psychogiou et al. 2016).

Conclusioni

Nell'elaborato è stato evidenziato come la depressione pre e post-natale paterna sia importante quanto quella materna e l'esistenza di un legame fra la sintomatologia depressiva dei padri con quella delle madri.

Per quanto riguarda la depressione femminile sono stati affrontati sia gli aspetti neurobiologici che psicologici e si è stabilito che essa ha un'eziopatogenesi multifattoriale. Sono state, inoltre, esaminate le cause della depressione, gli effetti che essa produce sulla relazione madre-figlio, le ricadute che ha sullo sviluppo del bambino, il ruolo svolto dallo stile di attaccamento e le terapie più efficaci. Tra i trattamenti, la prevenzione e la cura della depressione perinatale, sono stati illustrati 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 che nella donna, promuovendo risposte sane allo stress psicologico e fisiologico.

Dalle analisi effettuate nello scritto è scaturito 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 relazionale nell'interno della coppia più che un problema prettamente individuale.

Nella trattazione è stato esaminato anche il rapporto fra la sessualità e la depressione materna e paterna.

Pertanto, sarebbe auspicabile fornire alla coppia un counseling sessuale nella gravidanza e nel periodo post-parto. 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.

Notevoli progressi sono stati compiuti in termini di aumento di sensibilizzazione del mondo medico e dell'opinione pubblica, nei confronti della depressione pre e post-natale ma rimane ancora tanto da fare soprattutto se si pensa che la solidità del rapporto di coppia è alla base della sanità familiare e della società civile. Vale dunque la pena considerare i mali che l'affliggono e i possibili rimedi affinché 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, affiora ancora l'atteggiamento maschilista al di sotto della tenue scorza "progressista" e "democratica" dell'uomo nuovo, nel momento in cui devono affrontare il problema perinatale e la depressione post-parto femminile.

È 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. È 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 gestazione.

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 comunità.

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 LJ (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 AM, 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.
- Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR and Van Ginkel JB (2010). Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review. *Aggression and Violent Behaviour* 15, 3, 191-200.
- Baker J, Mancuso M, Montenegro M, Lyons BA (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 Nursing* 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, 151-156.
- Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth* 38, 3, 216-227.
- Beck CT, Indman P (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric Gynaecological and Neonatal Nursing* 34, 5, 569-576.
- 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, 170-184.
- 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, 172-180.
- 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, 756-760.
- 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, 792-799.

- Coelho FM, Silva RA, Quevedo LdA, Souza LD, Pinheiro KA, Pinheiro RT (2014). Obsessive-compulsive disorder in fathers during pregnancy and postpartum. *Rivista Brasileira de Psiquiatria* vol. 36, 03.
- Crnec 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, 442-453.
- Currid TJ (2005). Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. *Nursing Times* 101, 5, 40-2.
- Curro 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 DM, Hayes JA (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, 44-49.
- Dennis CL. (2004). Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65, 9, 1252-1265.
- Dennis CL, Ross L (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursery* 56, 6, 588-599.
- Dennis CL, Stewart DE (2004). Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 65, 9, 1242-1251.
- 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.
- Dimidjian S, Goodman SH, Gallop R, Brown AP, Beck A (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84, 2, 134-145.
- 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, 623-643.
- Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 1, 140.
- 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 KLI, 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, 120-128.
- 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 SD, 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, 283-288.
- Fossey L, 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 Obstetricia* maggio 2014 (in fase

- di stampa).
- Furuta M, 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, 277-293.
- 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.
- Grussu 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 CT (1980). Sexual needs and interests of postpartum couples. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing* 9, 313-315.
- 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, 520-529.
- 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, 2330-2341.
- 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 LG, Dimidjian S, Goodman SH (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. *British Journal of Midwifery* 17, 10, 630-635.
- Jesse DE, 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, 355-364.
- Johnson CE (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of Sexual Medicine* 8, 5, 1267-1284.
- 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, Pinard 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, 135-141.
- Kendall-Tackett K, 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.
- Khajehi M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The Journal of Sexual Medicine* 12, 6, 1415-1426.
- Kulathilaka S, Hanwella R, De Silva VA (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry* vol. 16, 100.
- Landsverk J, Carrilio T, Connelly CD, Granger WC, Slymen DJ, Newton RR, Jones C (2002). Families 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*. Springer, New York.
- Leeman LM, Rogers RG (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology* 119, 3, 647-655

- 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, 41-47.
- Letourneau N, Tryphonopoulos PD, Duffett-Leger L, Stewart M, Benzie 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.
- Leung BM, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M, AprON Team (2016). Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Mental Health*. In attesa di pubblicazione.
- 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, 645-652.
- Matvienko-Sikar K, Lee L, Murphy G, Murphy L (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well being: a systematic review. *Psychological Health* 31, 12, 1415-1434.
- Mauri M, Banti S (2003). Post-partum depression. *Journal of Psychopatology* 9, 2.
- Mc Lennan A, Wilson D, Taylor A (1996). The self reported prevalence of postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric 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, 208-215.
- Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: assessment and treatment. *Journal of Womens Health* 24, 9, 762-770.
- Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery* 27, 6, 238-245.
- 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, 300-307.
- Nardi B, 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, 205-213.
- Nemeroff CB (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neuron* 59, 2, 185-186.
- 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' Leary K, Dockray S, Hammond S (2016). Positive prenatal well being: conceptualising and measuring mindfulness and gratitude in pregnancy. *Archives Womens Mental Health* 19, 4, 665-673.
- O'Hara MW, McCabe JE (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 & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 28, 1, 3-12.
- O'Hara MW (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*. 65, 12, 1258-1269.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Vamer 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, 1149-1155.
- O'Mahen H, 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, 679-687.
- O'Malley D, Higgins A, Smith V (2015). Postpartum sexual health: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 71, 10, 2247-2257.
- O'Malley D, Smith V (2013). Altered sexual health after childbirth: part 1. *Practicing Midwife* 16, 1, 30-32.
- O'Malley D, Smith V (2013). Altered sexual health after childbirth: Part 2. *Practicing Midwife* 16, 2, 27-29.
- 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, 43-47.
- Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Womens's Mental Health* 19, 4, 655-663.
- Paulson JF, Bazemore SD (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 303, 19, 1961-1969.
- Perez-Blasco J, 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, 227-236.
- 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, 173-183.
- 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, 347-353.
- Psychogiou L, Legge K, Parry E, Mann J, Nath S, Ford T, Kuyken W (2016). Self-Compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness* 7, 896-908.
- 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.
- Reza Y, Abdollah O*, Zohreh S, Hossein A (2016). The effect of Mindfulness-integrated Cognitive behaviour Therapy on depression and anxiety among pregnant women: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences* 5, 3, 195-204.
- Riva-Crugnola C (2012). *La relazione genitore-bambino tra adeguatezza e rischio*. Il Mulino, Milano.
- Rivas RE, Navío JF, Martínez MC, Miranda León MT, Castillo RF, Hernández OO (2016). Modifications in sexual behaviour during pregnancy and postpartum: related factors. *The West Indian Medical Journal*. In attesa di pubblicazione.
- Ross LE, McLean LM (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 8, 1285-1298.
- Rosen NO, Pukall C (2016). Comparing the prevalence, risk factors, and repercussions of postpartum genito-pelvic pain and dyspareunia. *Sexual Medicine Reviews* 4, 2, 126-135.
- Roy M, Meyer T, Gross MM (2017). Effects of an antenatal mindfulness-based childbirth and parenting programme on the postpartum experiences of mothers: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17, 1, 57.
- 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, 1670-1682.
- Sharma V, Mazmanian D (2014). The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Archives of Women's Mental Health* 17, 2, 171-173.
- 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, 672-680.

- Tomfohr-Madsen LM, Campbell TS, Giesbrecht GF, Letourneau NL, Carlson LE, Madsen JW and Dimidjian S (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central* vol. 17, 498.
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C (2007). Children murdered by their mothers in the postpartum period. *Nervenarzt* 78, 11, 1290-1295.
- Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJA, Dirksen CD and Bögels SM (2016). I've Changed My Mind", Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* vol. 16, 377.
- 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, 632-637.
- 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.
- Zilcha-Mano S, Langer E (2016). Mindful attention to variability and successful pregnancy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 9, 897-907. *Therapy* 5, 2, 15-26.