

RUOLO DI FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI DEI SINTOMI DEPRESSIVI IN GRAVIDANZA E NEL POSTPARTO

Nerina Fabbro* e Antonella Tripani°

*Ph.D, Psicologa-psicoterapeuta, ASS n°4 “Medio Friuli”, Udine; didatta SPC Verona

°Ph.D, Psicologa-psicoterapeuta, Gorizia

Corrispondenza

Dott.ssa Nerina Fabbro

E-mail: n_fabbro@yahoo.it

Riassunto

Come per altri disturbi psichiatrici, la letteratura in merito all'eziologia della DPP sostiene la presenza di più variabili co-causative, che agiscono già in gravidanza, oltre che nel post-parto, con la comparsa di sintomi depressivi. L'obiettivo è di indagare la relazione tra alcuni fattori psicosociali di rischio e l'umore della gravida, anche con attenzione allo sviluppo del legame materno-fetale.

A un campione di quarantasei donne, al terzo trimestre di gravidanza, sono stati somministrati l'*EPDS*, per verificare l'umore; la *scheda dei fattori di rischio psicosociale*; il *PBI*, per rilevare il legame precoce di attaccamento; il *PAI*, per indagare il legame materno-fetale. A una settimana dal parto e a tre mesi sono stati effettuati i follow-up telefonici e riproposto l'*EPDS*.

I risultati evidenziano sintomi depressivi già in gravidanza, più intensi nella prima settimana dopo il parto rispetto a quanto rilevato nella terza misurazione. La loro comparsa si associa a presenza di eventi di stress prima della gravidanza; ansia prima e durante la gravidanza; scarsa rete di supporto; bassa soddisfazione di coppia; bassa autostima; bassa istruzione. Un legame materno-fetale alto si associa con età inferiori a 35 anni e con l'essere primipara.

In conclusione, i risultati individuati confermano il ruolo centrale che alcuni fattori psicosociali di rischio hanno nell'abbassamento dell'umore della donna già in gravidanza e poi nel post-parto.

Parole chiave: depressione ante- post-parto, fattori di rischio, legame materno-fetale, gravidanza, puerperio

THE ROLE OF PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS OF DEPRESSION SYMPTOMS IN PREGNANCY AND IN THE POSTPARTUM

Abstract

As with other psychiatric disorders, the literature, also in relation to the etiology of the PPD, asserts the presence of multiple co-causative variables, which already operate during pregnancy, as well as in the postpartum, with the appearance of depressive symptoms. The purpose is to examine the relationship between psychosocial risk variables and the mood of the pregnant, with also the attention on the development of the maternal-fetal bond.

A sample of forty-six women, during the third trimester of pregnancy, was administered the EPDS, in order to verify the mood; *the psychosocial risk factors form*; the PBI, to reveal the early dependence bond; the PAI, to examine the maternal-fetal bond. A week after childbirth and after three months, telephone reviews were carried out and the EPDS was proposed again.

The results show that depressive symptoms are already in pregnancy, most intense in the first week after birth compared with that recorded in the third measurement. Their appearance is associated with the presence of stress events before pregnancy; anxiety before and during pregnancy; poor support network; low satisfaction of the couple; low self-esteem; low education. The higher maternal-fetus bonding is associated with an age less than 35 years and with being primiparous.

In conclusion, the results identified confirm the central role that some psychosocial risk factors have in the appearance of depressive symptoms already existing during pregnancy and then in the postpartum.

Key words: ante-postpartum depression, risk factors, maternal-fetal bond, pregnancy, puerperium

Introduzione

Come per molti altri disturbi psichiatrici, anche per l'eziologia della depressione post-parto (DPP) si è andato affermando un modello interpretativo, che considera questo disturbo a origine multifattoriale. Vasta è la letteratura sui fattori di rischio della DPP (Beck 1996; Milgrom et al. 2008; Leigh e Milgrom 2008; Lane et al. 1997; Vesga Lopez et al. 2008; Robertson 2003; Marcus 2009; Dennis 2004; Skouteris et al. 2009; O'Hara e Swain 1996; Boyce e Hickey 2005; Chee et al. 2005; Church et al. 2005; Heron et al. 2004; Hickey et al. 1997; Howell et al. 2006; Jesse et al. 2005; Surkan et al. 2006; National Institute for Health Clinical Excellence NICE 2007), che annovera aspetti psicologici e psicomodinamici, biologici, socio-culturali e tangibili, che non vanno considerati in modo isolato (McMahon et al. 2005).

Tra questi, fattori psicosociali chiave per DPP sono risultati (O'Hara e Swain 1996; Robertson et al. 2004): disordine dell'umore e depressione in gravidanza; ansia durante la gravidanza - questi due sono i fattori maggiormente predittivi di DPP; scarso sostegno sociale percepito, particolarmente nella relazione di coppia; eventi di vita stressanti recenti; storia di depressione o altri disordini psichiatrici; l'umore della madre nei primi tre giorni dopo il parto.

Come riportato da Lanza di Scalea e Wisner (2010), una metanalisi di 84 studi (Beck 2001) ha individuato tredici fattori di rischio con diversi gradi di associazione con la probabilità di insorgenza di DPP (*effect size*): il grado di associazione è moderato-forte (*effect size* > 0,4) per fattori di natura psicosociale (stima di sé, eventi di vita stressanti in gravidanza o nel puerperio, conflittualità coniugale, scarso supporto sociale) e clinico-psichiatrica (pregressi episodi di DPP, episodio depressivo maggiore o sintomi d'ansia in gravidanza), mentre è lieve (*effect size* < 0,4) per livello socio-economico, fattori ostetrici, temperamento infantile, stato coniugale, gravidanza non programmata/non voluta e maternity blues.

Nell'ambito dei fattori di rischio psicologici, il *bonding* costruito nell'infanzia nei confronti dei propri genitori, può essere considerato fattore di vulnerabilità (Bowlby 1977; Bifulco et al. 2004) e condizionare la costruzione del legame di attaccamento materno-fetale (Della Vedova 2005).

Denominato anche "*attaccamento prenatale*" (Muller 1996; Della Vedova 2005; Della Vedova et al. 2008), il legame materno-fetale comincia verso la decima settimana di gestazione (Caccia et al. 1991), per poi aumentare progressivamente e raggiungere il massimo sviluppo verso la sedicesima settimana (Grace 1989). Il tipo di investimento affettivo che la madre prova verso il proprio bambino, legame considerato indispensabile per il buon proseguimento della

gravidanza, può costituire base del futuro rapporto della madre con il neonato, matrice del buono sviluppo psichico del bambino stesso (Della Vedova e Imbasciati 2005; Imbasciati et al. 2007; Della Vedova et al. 2011).

L'ipotesi di questo studio è che i sintomi depressivi esperiti dalla donna, in gravidanza e nel postparto, siano associati a diversi fattori psicosociali di rischio.

Obiettivo del lavoro è analizzare la relazione esistente tra fattori predisponenti, con particolare attenzione alla vulnerabilità psicologica conseguente a esperienze precoci di attaccamento non ottimali, e fattori precipitanti e di mantenimento, in gravidanza e nel postpartum, con la sintomatologia depressiva prima e dopo il parto, analizzando altresì l'andamento dell'attaccamento materno-fetale.

Metodo

1. La costruzione del campione

Per il presente studio, a donne gravide nel terzo trimestre di gravidanza, arruolate attraverso contatto diretto e presso l'ambulatorio di un'ostetrica, è stata proposta l'adesione volontaria alla ricerca. Il reclutamento è stato condotto, tra settembre 2011 e settembre 2012. Le donne sono state adeguatamente informate, attraverso l'illustrazione orale e la consegna di specifico foglio informativo, sugli scopi della ricerca e reclutate previa sottoscrizione scritta del consenso informato per il trattamento dei dati personali a fini di ricerca, nel rispetto delle leggi vigenti (articoli 12 e 23 del DL n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali").

I criteri d'inclusione sono stati: 1- conoscenza e comprensione della lingua italiana; 2- non presenza di disturbi mentali già presenti all'avvio della gravidanza.

Il campione finale è costituito da 46 gravide.

2. Strumenti

Sintomi depressivi

Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS (Cox et al. 1987). L'EPDS è un questionario di autovalutazione, costituito da 10 item, i quali indagano la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà del sonno, pensieri di farsi del male. La donna può scegliere tra quattro risposte, il cui punteggio (0-3) varia in modo crescente per la gravità del sintomo indagato. I punteggi minimo e massimo sono 0 e 30. Per l'individuazione delle donne con sintomatologia depressiva, Cox (1987) indica il cut-off di 12/13 nell'assessment clinico, mentre suggerisce una soglia di 9/10 se il questionario è indicato per indagini sociali e screening su campioni generali, specificando che con quest'ultimo valore di soglia il fallimento nell'identificazione dei casi si riduce a meno del 10%. Nel presente studio è utilizzata la validazione italiana di Carpiniello (Carpiniello et al. 1997), il quale suggerisce come cut-off un punteggio pari o superiore a 9/10, poiché permette una sensibilità massima (100% di donne depresse sono correttamente identificate) con una molto alta specificità (83% delle non depresse correttamente identificate); il valore di soglia tra 9 e 12 permette di identificare "possibile depressione", mentre il punteggio superiore a 12 depone per "probabile depressione" (come suggerito anche da Matthey et al. 2008).

Fattori di rischio

Scheda demografica: costruita appositamente, è stata introdotta per rilevare alcune caratteristiche demografiche e anamnestiche; permette di evincere: età della donna, nazionalità, livello di istruzione, stato occupazionale, livello socio-economico, stato civile, composizione della famiglia (presenza del partner, altri familiari o persone conviventi nel nucleo); numero di figli.

Questionario di rischio psicosociale: costruito appositamente, sulla base dei dati della letteratura scientifica sull'argomento e della Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) (Beck et al. 1996; Beck 2001, 2002), è stata introdotta per rilevare la presenza di fattori di rischio psicosociali, quali: numero e andamento della gravidanza; aborti pregressi; tipologia di parto (naturale o cesareo); eventi stressanti nell'anno precedente e durante la gravidanza; desiderio e pianificazione della gravidanza; aiuti concreti in gravidanza e dopo il parto; supporto pratico ed emozionale da parte del partner, dei familiari e degli amici durante la gravidanza; durata e soddisfazione della relazione matrimoniale/convivenza; storia di ansietà e depressione pregressa e durante la gravidanza; sindrome premestruale; livello di autostima. Il questionario, sotto forma di checklist, viene proposto alle madri, che rispondono per iscritto ai diversi item.

Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al. 1979; per la validazione italiana si considerano le norme di riferimento di Scinto et al. 1999): è un questionario *self-report*, che valuta le percezioni di un soggetto, di età superiore a 16 anni, relative al legame di attaccamento con i genitori durante l'infanzia. L'inventario è composto da 2 scale, riferite a ciascun genitore e formate da 25 item equivalenti: 12 item per la dimensione *Cura (Care)*, che rileva gli elementi affettivi della relazione con il genitore, che vanno da un estremo di grande calore ed empatia a un estremo di freddezza e indifferenza; 13 item per la dimensione *Iperprotezione (Overprotection)*, che rileva il grado di controllo manifestato dal genitore, che va da atteggiamenti di promozione dell'autonomia a comportamenti di controllo, repressione, intrusività, prevenzione del comportamento indipendente. I cut-off indicati dagli autori sono: 27 per la «cura» materna e 14 per l'«iperprotezione» materna, 24 per la «cura» paterna e 13 per l'«iperprotezione» paterna». Attraverso la combinazione di bassi e alti punteggi nelle due dimensioni si ricavano quattro tipi di legame parentale denominati: «*legame ottimale*» (alta «cura» e bassa «iperprotezione»), «*costrizione affettuosa*» (alta «cura» e alta «iperprotezione»), «*controllo anaffettivo*» (bassa «cura» e alta «iperprotezione») e «*legame debole*» (bassa «cura» e bassa «iperprotezione»).

Legame materno-fetale

Prenatal Attachment Instrument (PAI, Muller 1993): volto a indagare il livello di investimento emotivo delle gestanti nei confronti del bambino che stanno attendendo, è uno strumento di autovalutazione costituito da 21 item, valutato su scala tipo Likert da 1 a 4 punti, i cui punteggi totali possono andare da 21 a 84: un punteggio alto indica un alto livello di attaccamento prenatale. Della Vedova (Della Vedova et al. 2008), in uno studio su un campione italiano di gestanti, riporta come punteggio la media di 60,91 (d.s. 9,280) e il coefficiente di Cronbach di 0,869.

3. Procedura

La presente ricerca, di tipo longitudinale, prevede tre fasi:

T1. La prima fase: terzo trimestre di gravidanza

Dopo la firma dei consensi informati, sono stati proposti l'*EPDS*, la *Scheda demografica* e il *Questionario di rischio psicosociale*, i questionari *PBI* e *PAI*.

T2. La seconda fase: prima settimana dopo il parto

Nell'intervista telefonica del primo follow-up, viene verificato il tono dell'umore della madre, attraverso la somministrazione della Scala EPDS, verificato il tipo di parto effettuato e l'insorgenza di eventuali altri problemi.

T3. *La terza fase: tre mesi dal parto*

Sempre con intervista telefonica, viene effettuato il secondo follow-up, per verificare il tono dell'umore materno, con la somministrazione dell'EPDS e poste alcune domande nell'ottica di conoscere la valutazione soggettiva dell'umore nelle prime settimane postparto e nell'attuale, il temperamento del bambino, gli effettivi aiuti ricevuti.

4. Caratteristiche sociodemografiche del campione

L'età media delle madri è di 32,8 anni (d.s.=3,58, range 23-42), la maggior parte di esse (54,3%) riporta un livello di istruzione universitario (32,6% Specializzazione post-laurea o master, 21,7% Laurea, 2,2% Diploma Universitario), il 26,1% possiede un titolo di Licenza media superiore ed il 17,4% un titolo di livello inferiore (10,9% Qualifica professionale, 6,5% Licenza media inferiore). La maggior parte delle madri occupa una posizione lavorativa come impiegata o insegnante (52,17%), il 23,91% come dirigente o libera professionista, il 13,04% come operaia, artigiana o commessa, mentre il 2,17% del campione è costituito da lavoratrici occasionali e il restante 8,7% da donne in stato di disoccupazione (4,35%) e casalinghe (4,35%).

Per quanto concerne il tenore di vita la maggior parte delle donne riferisce un livello economico medio (80,43%), il 17,4% medio-alto e il restante 2,17% un livello alto. Tutte le madri al momento delle interviste riferiscono la presenza di un partner, con una durata media della relazione in 4,75 anni; la soddisfazione di coppia si distribuisce tra buona (71,7%) e abbastanza buona (28,3%). Le donne di nazionalità non italiana all'interno del campione in esame sono il 6,5%. Il 63% delle madri è alla prima gravidanza, contro una percentuale di donne pluripare costituita dal 37% (**tabelle 1, 2, 3**).

Analisi statistiche

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il pacchetto statistico per le scienze sociali versione 15. Per lo studio delle relazioni fra le variabili si è proceduto all'analisi delle correlazioni attraverso il metodo non parametrico di Spearman.

È stato utilizzato il test esatto di Fisher per esaminare le differenze nella composizione di determinate caratteristiche psicosociali tra le donne con sintomi depressivi significativi e non, e per studiare le relazioni fra le tipologie di legame di attaccamento, di cura e di protezione materna e paterna e la presenza di sintomi depressivi.

Si è inoltre proceduto all'analisi delle differenze fra i punteggi ottenuti nei test somministrati sulla base dei livelli dei fattori psicosociali, di cura e di protezione paterna e materna e della tipologia di legame attraverso confronti diretti con i metodi non parametrici per campioni indipendenti di Wilcoxon e di Mann-Whitney.

La differenza tra le medie dei punteggi ottenuti dalle madri al PAI nell'ambito dei diversi livelli delle variabili psicosociali sono stati analizzati con il metodo t di Student.

È stata utilizzata l'analisi di modelli di regressione lineare per lo studio della relazione fra i punteggi ottenuti dalle madri al PAI e le tipologie di legame di attaccamento, controllando per i fattori psicosociali.

Tabella 1. *Caratteristiche sociodemografiche del campione*

Campione di 46 donne	N°	%
Età		
< 35	35	77,8
>35	10	22,2
Nazionalità Italiana	43	93,47
Straniera	3	6,52
Scolarità		
Licenza elementare	0	0
Licenza media inferiore	3	6,5
Qualifica professionale	5	10,9
Diploma scuola superiore	12	26,1
Diploma Universitario	1	2,2
Laurea	10	21,7
Specializzazione post-laurea / Master	15	32,6
Occupazione		
Studente	0	0
Casalinga	2	4,3
Disoccupato	2	4,3
Lavoro occasionale	1	2,2
Operaio/a-artigiano/a	6	13,0
Impiegato/a - insegnante	24	52,2
Dirigente - Libero professionista	11	23,9
Livello economico		
molto basso	0	0
basso	0	0
medio	37	80,4
medio-alto	8	17,4
alto	1	2,2
Vive con partner	46	100%
Durata media relazione: anni	4,75	
Soddisfazione di coppia		
Abbastanza	13	28,3%
Buona	33	71,7%

Tabella 2. *Fattori psicosociali studiati: autostima, aiuti, sostegno*

	media	d.s.	range
Autostima	3,176	0,44	1,6-4
aiuti	2,86	0,73	0,5-4
sostegno	3,08	0,38	2,1-3,8

Tabella 3. *Percentuali dei fattori psicosociali*

	N°	%
Primipara	29	63,00
Pluripara	17	37,00
Rischio gravidanza		
A basso rischio	42	91,3
A alto rischio	4	8,7
Gravidanza desiderata		
poco	2	4,3
molto	44	95,7
Gravidanza pianificata		
Poco	10	22,2
molto	35	77,8
Aborto spontaneo pregresso	5	11,1
Interruzione volontaria gravidanza	4	8,9
Sindrome premestruale		
Poco	23	50,0
molto	23	50,0
Aiuti poco	6	13,00
abbastanza-molto	40	87,00
Sostegno poco	9	19,6
abbastanza- molto	37	80,4
Depressione in precedenza	7	15,2
Soffre di depressione in gravidanza	1	2,2
Ha sofferto di ansia in precedenza	12	26,1
Soffre di ansia in gravidanza	10	21,7
Ha avuto eventi di stress nella vita	19	42,2
Eventi di stress in gravidanza	19	41,3
Lutti esistenti	13	28,3

Risultati

1. I risultati all'EPDS e i sintomi depressivi

I punteggi medi rilevati all'EPDS sono: 5,09 (d.s.=4,18, range=0-21) prima del parto, 6,07 (d.s.=4,62, range=0-23) una settimana dopo il parto e 5,21 (d.s.=3,74, range=0-14) tre mesi dopo il parto, in assenza di differenze significative fra i punteggi ottenuti nei diversi tempi di rilevazione. Per la misura della correlazione fra i punteggi osservati nelle tre rilevazioni è stato calcolato il coefficiente τ di Kendall. L'indice di correlazione tra i punteggi rilevati all'EPDS prima del parto e una settimana dopo, risulta pari a 0,213 ($p=0,059$), tra i punteggi prima del parto e 3 mesi dopo assume un valore di 0,234 ($p=0,039$), mentre tra quelli rilevati una settimana e 3 mesi dopo il parto si osserva un indice pari a 0,433 ($p=0,000$).

Globalmente ai tre diversi tempi di misurazione dell'EPDS (tabella 4), il 67,4% delle donne mostra punteggi sempre inferiori al cut-off in tutte le somministrazioni, mentre il 9,3% evidenzia punteggi critici in tutti e tre i tempi di rilevazione. In particolare non vi è nessuna madre che, ottenendo punteggi superiori al cut-off sia alla misurazione pre-parto che a quella effettuata una settimana dopo il parto, ottenga punteggi superiori a 9 tre mesi dopo il parto.

La percentuale di madri che ottiene punteggi all'EPDS al di sopra del cut-off clinico (≥ 9) sono rispettivamente: prima del parto il 17,8%, una settimana dopo il parto il 20,5%, tre mesi dopo il parto il 18,2%.

Tabella 4. Confronto tra i punteggi clinici e non clinici all' EPDS ai tre momenti di rilevazione

EPDS PRE	EPDS 1 SETT	EPDS 3 POST		
		1	2	
1	1	67.40%	4.70%	72.10%
	2	7%	2.30%	9.30%
2	1	7%	2.30%	9.30%
	2	0%	9.30%	9.30%
		81.40%	18.60%	100%

Tre mesi dopo il parto, il t-test rivela che le donne che ottengono punteggi \geq al cut off in questa fase tendono a avere in media un'età minore rispetto alle madri con punteggi al di sotto dei livelli critici, benché questa differenza non risulti significativa ($t=2,13$, $df=9,69$, $p=0,059$).

Da un'analisi non parametrica effettuata sui dati raccolti all'EPDS nell'ambito dei tre diversi tempi di somministrazione (metodo: Wilcoxon W) si rilevano alcune differenze significative tra i punteggi.

2. Relazione tra variabili psicosociali e punteggi all'EPDS

Confronto tra frequenze all'EPDS

Per conoscere la probabilità statistica (Fisher's exact test) che le variabili psicosociali studiate ottengano punteggi EPDS al di sopra del cut-off alle misurazioni effettuate (in gravidanza, alla prima settimana e tre mesi dopo il parto), si veda la **tabella 5**.

Tabella 5. Correlazioni tra le variabili psicosociali e i punteggi EPDS sopra il cut-off ai tre tempi di misurazione e la significatività statistica al Fisher's Exact Test

VARIABILI PSICOSOCIALI e Punteggi EPDS > cut-off	Significatività al Fisher's Exact Test		
	In gravidanza	Una settimana post-parto	Tre mesi post-parto
Livello medio-basso di AIUTI	p = 0,059 OR = 6,37	p = 0,09 OR = 5,06	p = 0,06 OR = 6,19,
Livello medio-basso di SOSTEGNO	p= 0,04 OR = 6,04	p = 0,36 OR = 2,36	p = 0,04 OR = 5,85
EVENTI STRESSANTI prima della gravidanza	p = 0.05 OR = 5.74	p = 0.02 OR = 6.96	p = 0.25 OR = 2.75
ANSIA prima della gravidanza			p = 0,015 OR = 0,13
ANSIA in gravidanza			p = 0,06 OR = 0,21
Livello medio-basso di SCOLARARITA'	p = 0,034 OR = 0,19	p = 0,71 OR = 0,61	p = 0,015 OR = 0,09
SINDROME PREMESTRUALE	p = 0,13 OR = 5,50	p = 0,02 OR = 15,37	p = 0,15 OR = 5,35
Livello basso di AUTOSTIMA			p = 0,015 OR = 18,62
Livello medio di SODDISFAZIONE DI COPPIA	p = 0,02 OR = 0,15	p = 0,001 OR = 0,07	p = 0,04 OR = 0,18

Confronto tra ranghi ai punteggi EPDS

Per conoscere se al confronto compaiono differenze statisticamente significative tra i punteggi medi all'EPDS alle variabili psicosociali studiate, alle misurazioni effettuate (in gravidanza, alla prima settimana e tre mesi dopo il parto), si veda la **tabella 6**.

Punteggi al PBI

I punteggi medi ottenuti dalle madri al questionario PBI per le diverse dimensioni e le rispettive deviazioni standard sono riportate in **tabella 7**. I punteggi medi rilevati ai questionari PBI per ciascuna delle dimensioni di *cura e protezione* materna e paterna non differiscono in modo significativo in base al grado di criticità del punteggio ottenuto all'EPDS, in nessuna delle tre somministrazioni (Mann-Whitney U, $p > 0,05$).

Relazione tra punteggi al PBI e all'EPDS

Non vengono rilevate correlazioni significative fra i punteggi ottenuti nelle quattro dimensioni e i punteggi rilevati all'EPDS in gravidanza o tre mesi dopo il parto (Spearman's rho, $p > 0,05$).

4. Relazioni tra i punteggi al PAI, all'EPDS e le variabili psicosociali

I punteggi al PAI ottenuti sono: media 61,65 (d.s. 8,22), range (44-77) (**tabella 7**). Si rilevano

punteggi al questionario significativamente più elevati nel gruppo di madri con età minore di 35 anni rispetto a quelle con età maggiore ($t=3,01$, $p=0,007$; rispettivamente medie=63 e 55). Le donne primipare inoltre ottengono un punteggio medio maggiore (media=63,62) rispetto a quelle pluripare (media= 58,29) ($t=2,090$, $p=0,046$). Vi è una relazione di regressione lineare con coefficiente $\beta=-7,89$

Tabella 6. Variabili psicosociali e confronto tra ranghi ai punteggi medi all'EPDS e significatività statistica

Punteggi EPDS mediamente più alti				
VARIABILI PSICOSOCIALI	Test statistici	In gravidanza	Una settimana post-parto	Tre mesi post-parto
AIUTI	Mann-Whitney U test	U=31 p-value: 0,005		
	Asymp. Sign. (2-code)			
SOSTEGNO	Wilcoxon W	W = 756,5 P= 0,041		
	P-VALUE			
EVENTI STRESS PRIMA DELLA GRAVIDANZA	Wilcoxon W	W =114,5 P=0,004		
	P-VALUE			
ANSIA IN GRAVIDANZA	Wilcoxon W	W =236 P=0,035		
	P-VALUE			
DEPRESSIONE PRIMA DELLA GRAVIDANZA	Wilcoxon W	W =193,5, p=0,057		
	P-VALUE			
ISTRUZIONE UNIVERSITARIA	Wilcoxon W	W =160,5, p=0,02		
	P-VALUE			
SINDROME PREMENSTRUALE	Mann-Whitney U test		U = 34 p-value = 0,06	
	Asymp. Sign. (2-code)			
ETA' < di 35 anni	Wilcoxon W			W =229,5, p=0,06
	P-VALUE			
AUTOSTIMA	Mann-Whitney U test			U = 11 p-value = 0,045
	Asymp. Sign. (2-code)			
GRADO DI SODDISFAZIONE DI COPPIA	Wilcoxon W	W = 310,5, p-value = 0,004	W = 288,5, p-value = 0,025	W = 308 p-value = 0,006
	P-VALUE			

significativamente diverso da 0 per $p=0,005$ fra la classe d'età e i punteggi PAI e tra il fattore "numero di figli" e tali punteggi, con coefficiente $\beta=-5,327$ significativamente diverso da 0 per $p=0,032$. Controllando per la classe di età, il coefficiente β legato alla regressione dei livelli della variabile "numero di figli" sui punteggi ottenuti al PAI non risulta significativamente diverso da 0 ($p=0,145$), mentre l'effetto di regressione lineare dei livelli di età sui punteggi PAI risulta presente anche controllando per il numero di figli, in presenza dello stesso effetto indipendentemente dal fatto che le donne siano primipare o pluripare ($\beta=-6,91$, $p=0,14$): l'effetto dell'età sui punteggi PAI non differisce sulla base del fatto che le donne abbiano più o meno di un figlio (interazione fra i due fattori: $\beta = -3,82$, $p=0,49$).

Controllando per il tipo di legame paterno si rileva una relazione di regressione significativa fra

Ruolo di fattori di rischio psicosociali dei sintomi depressivi in gravidanza e nel postparto

i punteggi ottenuti dalle madri nella dimensione *cura materna e i punteggi rilevati al PAI* ($\beta=0,348$, $t=2,017$, $p=0,05$; $R^2=0,15$): nell'ambito dello stesso tipo di legame paterno (sicuro o non sicuro), al crescere del punteggio di cura materna si rileva un incremento del punteggio al PAI. Gli effetti sopra evidenziati dei tipi di legame di attaccamento materno e paterno sui punteggi PAI si rilevano controllando anche per la *classe di età* delle madri e il modello in cui sono inseriti tutti e tre i fattori spiega il 30% della varianza totale dei punteggi ottenuti dal campione di donne al PAI ($R^2=0,30$) (**tabella 8**). Anche nell'ambito di ogni tipologia di legame paterno si rileva tale relazione ($\beta=0,347$, $t=2$, $p=0,05$; $R^2=0,15$).

Tabella 7. Medie, deviazioni standard, range, valori normativi ai test EPDS_ in gravidanza, EPDS_1 settimana post-parto, EPDS_ tre mesi dopo il parto, al PBI, al PAI

Self-report		media	deviazione standard	range	Valori normativi
EPDS	Terzo trimestre	5,09	4,18	0-21	≥ 9
	Prima settimana	6,07	4,61	0-23	≥ 9
	Tre mesi	5,20	3,73	0-14	≥ 9
PBI M	Cura	25,72	6,82	9-36	Scinto et al. 2009 Media=27.65±7.55
	Iperprotezione	10,96	6,95	1-27	Media=16.3±8.6
PBI P	Cura	23,13	9,40	3-36	Scinto et al 2009 Media=25.1±8.13
	Iperprotezione	10,78	5,70	2-27	Media=13.55±8.61
PAI		61,65	8,223	44-77	Della Vedova et al. 2008 60.91 ±9.280

Tabella 8. Predittori Legame Materno, Legame Paterno, Età e variabile dipendente PAI

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	t	Sig.
	B	Errore stand.			
1 (Costante)	70.933	5.879		12.066	.000
LEGAME MATERNO	-5.895	2.495	-.340	-2.362	.023
LEGAME PATERNO	5.444	2.442	.328	2.229	.031
ETA'	-6.646	2.656	-.340	-2.502	.017

Discussione

L'obiettivo di questo studio è di rilevare il ruolo di fattori psicosociali di rischio nella comparsa di sintomi depressivi in gravidanza e nel post-parto (al terzo trimestre di gravidanza, una settimana dopo il parto e a tre mesi di vita del bambino).

Il campione delle quarantasei gestanti ha un'età media di 32,8 anni, l'82,6% ha un titolo di studio almeno pari alla scuola media superiore, il 100% dichiara la presenza di un partner stabile con il quale il 99,6% afferma di avere una relazione che dura in media da più di quattro anni. Infine, l'89,2% delle gestanti ha un'occupazione lavorativa duratura. Il campione esaminato può essere

considerato privilegiato, sia per le caratteristiche sociodemografiche descritte, sia poiché composto da donne in buona salute.

Le donne sono per lo più primipare, con gravidanza singola e a basso rischio; dichiarano uno status socioeconomico prevalentemente medio e livello di istruzione medio-alto, con occupazione lavorativa stabile. Le gravidanze sono state intenzionalmente cercate nei tre quarti dei casi, ma il grado di accettazione del futuro figlio appare elevato anche nelle gravidanze non programmate, visto che la quasi totalità delle donne afferma che questo era un buon momento per avere un bambino. Aborti spontanei sono riportati dall' 11,1% delle gestanti, percentuale leggermente inferiore con la prevalenza dell'evento stimata intorno al 15-20%, mentre l'8,9% ha storia di interruzione volontaria di gravidanza. Un quarto delle gestanti ha sofferto di disturbi ansiosi in precedenza e un sesto di depressione e tra queste più della metà ha svolto in quell'occasione terapia per disturbi di ansia o depressione. Il risultato è sovrapponibile a quanto riportato in letteratura per cui una donna su cinque va incontro a un episodio di depressione maggiore nel corso della vita, con prevalenza più alta in età fertile e in occasione delle gravidanze (Weissman et al. 1987; Weissman e Olfson 1995; Orr et al. 2007). La presenza di eventi percepiti come stressanti o dolorosi sia nell'ultimo anno che durante la gravidanza in più di un terzo delle gestanti richiama l'idea che la gravidanza costituisca una fase di aumentata sensibilità della donna agli eventi, i cui effetti possono interferire con il benessere della madre e del bambino.

1. I sintomi depressivi all'EPDS

I punteggi medi all'EPDS nei tre diversi tempi rilevati non presentano differenze significative (T1, prima del parto: 5,09; T2, una settimana dopo il parto: 6,07; T3, tre mesi dopo il parto: 5,21), a indicare che mediamente il campione percepisce variazioni dell'umore non cliniche e non particolarmente accentuate in fase postparto. Le percentuali di prevalenza di donne che hanno evidenziato alla scala EPDS punteggi uguali o superiori a cut-off rispecchiano i dati riportati in letteratura, con punteggi più elevati nell'immediato post-parto. Complessivamente tuttavia, il 9,3% delle donne risulta soffrire di stati di ansia o depressione clinicamente rilevanti a tutte tre le fasi indagate, contro un 67,4% che presenta sempre punteggi inferiori al cut-off. Interessante l'andamento alle tre rilevazioni della sintomatologia depressiva: la metà delle donne che già in gravidanza presenta un umore deflesso, mantiene tale umore sia dopo il parto che a tre mesi; dell'altra metà, che presenta sintomi depressivi durante la gestazione, una parte diminuisce e rientra in valori non clinici una settimana dopo il parto, per ri-aumentare a un terzo dopo tre mesi. In sintesi, a tre mesi risultano depresse tre quarti delle donne rilevate già tali in gravidanza.

2. Le variabili socio-demografiche e i sintomi depressivi all'EPDS

Relativamente alla relazione tra variabili demografiche e punteggi all'EPDS, un primo dato da tenere in considerazione è il fattore *età*, poiché più le età delle donne sono inferiori (< 35), più si riduce mediamente il benessere psicologico a tre mesi; questo indica una maggiore vulnerabilità emotiva delle donne nelle settimane post-parto, rispetto a donne di età maggiore, presumibilmente dotate di maggiori risorse emozionali.

3. I fattori psicosociali e i sintomi depressivi all'EPDS

Per quanto concerne le variabili psicosociali, il fattore "occupazione" può essere ritenuto di rischio

nella dimensione di “*casalinga*”: le donne del presente campione, che dichiarano come occupazione lavorativa principale il dedicarsi alla cura della casa, manifestano un livello di sintomatologia depressiva più alta rispetto alle occupate fuori casa, a tutti i tre tempi di rilevazione. Mentre questo dato è in accordo con la letteratura italiana (Piacentini et al. 2009), emerge un risultato contrario, nel presente campione, relativamente al fattore “*nazionalità*”, nella direzione che le donne straniere ottengono punteggi inferiori a quelli delle donne italiane sia in gravidanza che a tre mesi, con differenza non significativa nella settimana post-parto. Un’ipotesi di spiegazione potrebbe avere a che vedere con un approccio diverso alla maternità che le donne straniere paiono avere se confrontate con le italiane, come pure alla sensibilità dello strumento EPDS costruito per popolazioni occidentali (Gibson et al. 2009). Ruolo importante nella sperimentazione di sintomi depressivi è la variabile “*soddisfazione di coppia*”: più è alta la soddisfazione nella relazione con il partner, maggiore è la percezione da parte della donna di una condizione di benessere psicologico a tutti tre i tempi, in gravidanza e nel post-parto.

Se si considera la fase di gravidanza, si vede che le variabili “*presenza di aiuti*” e “*presenza di sostegno*” correlano negativamente con il tono dell’umore: più le madri dichiarano di ricevere poco aiuto e poco sostegno da parte del partner, dei familiari e degli amici, più vanno incontro a una riduzione del benessere emozionale; i due fattori risultano correlati uno con l’altro, per cui le donne che evidenziano di poter contare su una buona rete di aiuti concreti, dichiarano contemporaneamente di godere di un valido supporto pratico ed emozionale.

Emerge altresì una correlazione, per cui a seconda di come varia il fattore “*soddisfazione di coppia*” possono variare le variabili “*aiuto*” e “*sostegno*” e valori EPDS. Durante la gravidanza, la percezione di poter contare su rete di aiuti e di supporto permette il mantenimento di un valido tono dell’umore se anche la soddisfazione di coppia è alta.

Tra le condizioni personali sfavorevoli che precedono la gravidanza, emerge che l’aver vissuto *eventi di stress* come pure aver esperito *periodi di sintomi depressivi prima* di attendere un figlio, predispongono le gravide a sperimentare un maggior distress psicologico; lo stesso se la donna si sente ansiosa in gravidanza.

Tra i fattori protettivi, troviamo invece *l’alta scolarità* (istruzione universitaria), che aiuta a mantenere un miglior benessere psicologico durante la gestazione; emerge infatti che aver ricevuto una istruzione medio-inferiore può predisporre al sentirsi più tristi durante la gravidanza, a tre mesi dal parto, e, anche se non statisticamente significativa, subito dopo il parto. Le donne straniere dichiarano sintomi depressivi in quantità maggiori rispetto alle italiane durante la gravidanza.

Analizzando la fase una settimana dopo il parto, emerge che il soffrire dell’irritabilità e della tristezza tipiche della *sindrome premestruale* può costituire fattore di rischio nel predisporre a percepire sintomi depressivi più intensi nel *maternity blues*.

A tre mesi dal parto, si riconferma che l’età più elevata (> 35) protegge quelle puerpere dal sentirsi più tristi e infelici, come anche *l’istruzione elevata*. *L’autostima* più bassa gioca un ruolo di rischio nell’abbassamento dell’umore delle donne nelle settimane post-parto. Se la donna ha sperimentato *disordini d’ansia precedentemente alla gravidanza*, presenta una maggiore sintomatologia depressiva, presumibilmente legata alla complessità delle richieste che la gestione di un neonato comporta.

4. Il legame precoce di attaccamento al PBI e i sintomi depressivi all’EPDS

I punteggi medi ottenuti dai soggetti del campione risultano più bassi di quelli riportati in letteratura (Scinto et al. 1999: PBIM cura: Media 27,65±7,55, PBIP iperprotezione Media 16,3±8,6; PBIP cura: Media 25,1±8,13; PBIP iperprotezione: PBIP: Media 13,55±8,61). Nel presente

campione non emergono aspetti di significatività tra le dimensioni *cura e iperprotezione* materna e paterna e punteggi critici all'EPDS; presumibilmente l'assenza di significatività può essere imputata alle caratteristiche del campione (ridotto numero di soggetti).

5. *Le variabili psicosociali, il legame precoce al PBI e i sintomi depressivi all'EPDS*

Le donne che dichiarano un *desiderio della gravidanza in corso* più elevato mostrano punteggi più alti nella dimensione "cura" ricevuta precocemente dalla propria madre. Emerge altresì che donne con una più alta *autostima* dichiarano che la relazione precoce con il padre è stata caratterizzata da minore controllo.

6. *L'attaccamento materno-fetale al PAI e variabili demografiche e psicosociali*

I punteggi relativi alla scala di valutazione dell'attaccamento prenatale PAI si sono distribuiti in un intervallo compreso tra 44-77, media 61,65 (d.s. 8,22) e non risultano significativamente diversi da quelli forniti dal campione normativo (Della Vedova et al. 2009). Se si confrontano i punteggi medi con le variabili demografiche e psicosociali, emerge che l'età e la condizione di primipara sono fattori che differenziano il gruppo, pur con ruolo dominante della condizione età a prescindere dal numero dei figli; emerge infatti che le donne con età più bassa (<35), sia primipare che con più figli, presentano punteggi più alti al PAI; questi dati possono indicare un maggiore investimento emozionale che la gravida giovane ha sul feto, rispetto alla gestante di età maggiore, ancora di più se la più giovane è al primo figlio. Interessante la relazione emersa tra la qualità dell'accudimento precoce ricevuto dalla propria madre, secondo la prospettiva della gravida, e il maggior investimento sul feto, nell'ambito della medesima qualità del legame precoce con il padre (sicuro vs insicuro): se il legame precoce con il padre è risultato sicuro, secondo l'ottica della donna incinta, l'aver ricevuto un accudimento di tipo sicuro dalla madre aumenta l'investimento della futura madre sul feto.

Conclusioni

In conclusione, da questo studio emerge che:

fattori protettivi per il tono dell'umore materno sono:

- *in gravidanza*: l'età più avanzata (>35), la scolarità avanzata (universitaria), la nazionalità italiana, la presenza di aiuti e di sostegno pratico ed emozionale, una buona soddisfazione di coppia, l'essere occupata fuori casa;
- *sia a una settimana che a tre mesi del postparto*: una scolarità avanzata, l'essere occupata fuori casa; una buona soddisfazione di coppia;

fattori di rischio che di contro predispongono verso un minor benessere psicologico risultano:

- *in gravidanza*: l'aver sperimentato eventi di vita stressanti ed episodi depressivi precedentemente alla gravidanza; lo sperimentare ansia in gravidanza; l'essere straniera; la condizione di casalinga; lo scarso sostegno pratico ed emozionale;
- *nella prima settimana postparto*: l'aver sperimentato eventi di vita stressanti; il soffrire della sindrome premestruale (predisporre a una *maternity blues* più intenso subito dopo il parto); l'essere casalinga;
- *a tre mesi dopo parto*: il possedere una più bassa autostima; l'essere straniera; lo scarso sostegno pratico ed emozionale; lo scarso aiuto; l'aver sofferto di disordini d'ansia precedentemente e in gravidanza.

Questi dati risultano in linea con quanto riportato da Robertson (Robertson et al. 2004), relativamente ai fattori di rischio forte (il basso sostegno pratico ed emozionale; il basso aiuto; l'aver sofferto di disordini d'ansia precedentemente e in gravidanza), moderato (bassa autostima); non troviamo però nel suo studio alcun effetto riconosciuto sulla DPP della condizione di donna che lavora solo in casa (casalinga), che invece ritroviamo come fattore di rischio nello studio italiano di Piacentini (Piacentini et al. 2009).

Relativamente all'attaccamento materno-fetale emerge che le donne più giovani e quelle che attendono il primo figlio presentano un più intenso legame col piccolino in attesa. Emerge altresì una relazione tra bonding paterno-cura materna e investimento sul feto: nell'ambito di uno stesso tipo di bonding paterno (sicuro/insicuro), migliore è la cura che le donne dichiarano di aver avuto nell'infanzia da parte della propria madre, migliore è il legame di attaccamento prenatale.

Bibliografia

- Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Beck CT (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50, 275-285.
- Beck CT (2002). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 31, 394-402.
- Bifulco A, Figueiredo B, Guedeny N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M, Glatigny-Dallay E, Valoriani V, Kammerer MH, Henshaw CA (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry* supplement 46, s,31-7.
- Bowlby J (1977). The making and breaking of affectional bonds. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry* 130, 201-10.
- Boyce P, Hickey A (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 605-612.
- Caccia N, Johnson JM, Robinson GE, Barna T (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 165, 1122-1125.
- Carpiniello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Costa MG (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 18, 280-285.
- Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *Journal of Affective Disorders* 89, 157-166.
- Church NF, Brechman-Toussaint ML, Hine DW (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders* 78, 65-72.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). Detection of Postnatal Depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 782-6.
- Della Vedova AM (2005). The construct of "parental-fetal attachment": a review on the current knowledge. *Imago* 12, 4, 341-359.
- Della Vedova AM, Dabrassi F, Imbasciati A (2008). Assessing prenatal attachment in an Italian women sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26, 2, 86-98.
- Della Vedova A, Ducceschi B, Cesana B, Imbasciati A (2011). Complessità psicologica della gravidanza e rischio depressivo: la rilevanza del legame precoce madre-figlio. In Della Vedova A, Cristini C (a cura di), *La promozione della salute psichica perinatale*. Carocci, Roma, 124-146.
- Della Vedova AM, Imbasciati A (2005). Le origini della mente. In Imbasciati A, Margiotta M (a cura di) *Compendio di psicologia per operatori socio-sanitari*. Piccin, Padova.
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119, 350-364.
- Grace JT (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research* 38, 228-232.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 80, 65-73.
- Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD (1997). Early discharge and risk for postnatal depression.

- The Medical Journal of Australia* 167, 244-247.
- Howell EA, Mora P, Leventhal H (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal* 10, 149-157.
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L (2007). *Psicologia clinica perinatale. Vademecum per tutti gli addetti alla nascita (genitori inclusi)*. Piccin, Padova.
- Jesse DE, Walcott-McQuigg J, Mariella A, Swanson S (2005). Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health* 50, 405-410.
- Lane A, Morris KM, Turner KM, Barry S (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171, 550-555.
- Lanza di Scalea T, Wisner KL (2010). Antidepressivi e terapie ormonali nel trattamento della depressione postpartum. *NOO* 2, 45-57.
- Leigh B, Milgrom JW (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 8, 24.
- Marcus SM (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-Motherisk Update 2008. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 16, 1, 15-22.
- McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders* 84, 15-24.
- Milgrom J, Gemmil AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108, 147-157.
- Muller ME (1993). The development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research* 15, 199-215.
- Muller ME (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing* 25, 161-166.
- O'Hara MW e Swain AM (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8, 37-54.
- Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal Womens Health* 16, 535-542.
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52, 1-10.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Volpi L, Biffi G, Mirabella F (2009). Prevalenza e fattori di rischio della depressione postparto tra le donne che partecipano ai corsi pre parto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 18, 3, 214-220.
- Robertson E, Celasun N, Stewart DE (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart DE (2001). Women and selective serotonin receptor inhibitor antidepressants in the real world. *Medscape Womens Health* 6, 3, 1.
- Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions, University Health Network Women's Health Program October 2003, Toronto
- Robertson E, Grace S, Wallington T (2004). Antenatal risk factors for post partum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 26, 289-295.
- Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, Daneluzzo E, Rossi A (1999). Utilizzazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI) in un campione clinico ed in un campione di studenti: uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermatrice. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8, 4, 276-283.
- Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders* 113, 303-308.
- Surkan PJ, Peterson KE, Hughes MD, Gottlieb BR (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal* 10, 375-383.
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2007). Antenatal and postnatal mental health. The NICE Guideline on clinical management and service guidance. London. www.nice.org.uk/nicemedia/live
- Vesga Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry* 65, 805-815.
- Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, Sholomskas D (1987). Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry* 44, 847-853.
- Weissman MM, Olfson M (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science* 269, 799-801.