RICERCA E FORMAZIONE

Una visitatrice inaspettata.
La depressione perinatale materna in ottica sistemico-relazionale.

Gabriella Gandino, Anna Rudino**, Annalisa Sensi****

Abstract
Generalmente la maternità è descritta come un periodo gioioso e, in assenza di complicazioni, è vissuta come un momento sereno e senza ombre. Ma la transizione verso la genitorialità non è per la donna esente da criticità; infatti, nel periodo perinatale possono occorrere alcune manifestazioni sintomatologiche, di più o meno gravità patologica che possono interferire profondamente con la possibilità di vivere in modo sereno questa delicata fase del ciclo di vita. Nell'identificare le cause e i fattori di rischio della depressione perinatale, la letteratura psicologica sul tema ha spesso dato maggior rilievo allo studio dei conflitti psicologici materni e della relazione madre-bambino; tuttavia, con il passare degli anni, si è iniziato ad approfondire anche il legame di coppia e le altre relazioni della madre nella famiglia nucleare ed allargata. Sebbene siano ancora pochi gli studi che attestano l'efficacia della terapia familiare non solo nell'ambito della psicologia perinatale, ma ancora più della depressione peripartum, è possibile osservare un graduale aumento dei contributi che adottano una prospettiva allargata ai problemi psicoemotivi e relazionali collegati alla transizione della nascita. L'obiettivo di questo contributo è quello di proporre un aggiornamento sulle definizioni della depressione perinatale e fornire una panoramica del come i suoi criteri nosografici siano mutati nel tempo fino ad arrivare a quelli attuali. Inoltre, si intende offrire un quadro dei fattori di rischio predisponenti la depressione perinatale e delle possibili diagnosi differenziali. E, ancora, verranno trattate alcune possibilità di trattamento della depressione perinatale e forniti degli strumenti da utilizzare, nel setting familiare perinatale, nell'inquadramento e nel trattamento della donna con patologia depressiva.

*Gabriella Gandino, Professoressa Associata in Psicologia Clinica, presso il Dipartimento di Psicologia, dell'Università degli Studi di Torino.
**Anna Rudino, Dottoressa in Psicologia Clinica e della Comunità presso l'Università degli Studi di Torino, Psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di Torino.
***Annalisa Sensi, Psicologa Clinica ed Esperta in Psicologia e Fisiologia Perinatale; Docente a Contratto presso il Dipartimento di Psicologia e il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università degli Studi di Torino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Abstract
In general, motherhood is described as a joyful time, and if there are no complications, it is experienced as a serene and shadowless time. However, this does not mean that the transition to parenthood is free of critical problems for women. In fact, some more or less serious symptomatic phenomena can occur during the perinatal period, which can greatly affect the possibility of experiencing this delicate phase of the life cycle serenely. In identifying the causes and risk factors for perinatal depression, the psychological literature on this topic has often placed greater emphasis on examining the mother's psychological conflicts and the relationship between mother and child. Although there are still few studies demonstrating the effectiveness of family therapy not only in the field of perinatal psychology, but especially in peripartum depression, one can observe a gradual increase in contributions that take a 'broader" perspective on the psycho-emotional and relationship problems related to the transition of childbirth. The aim of this article is to propose an update of the definitions of perinatal depression and to provide an overview of how the nosography criteria have changed over time to the current ones. It also provides an overview of the risk factors that predispose to perinatal depression and possible differential diagnoses. Finally, it discusses some options for the treatment of perinatal depression and presents some tools that can be used in the perinatal family setting for the relational reframing and the treatment of women with depressive disorders.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'immagine più condivisa della maternità è collegata ad emozioni positive e ad un'idea di donna in armonia e in equilibrio con la scelta di diventare madre. La scoperta dello stato di gravidanza può far scaturire sentimenti di gioia e di benessere; tuttavia, diventare madre è una sfida evolutiva per la donna e tale momento di passaggio – definito da alcuni autori come un vero e proprio *turning point* (Fenaroli, Molgora, Malgaroli & Saita, 2017) – non è esente da criticità e vissuti negativi. Infatti, una gravidanza comporta una ridefinizione del proprio ruolo in diversi contesti di vita e tali trasformazioni possono essere accompagnate da emozioni contrastanti che, in compresenza di altre condizioni psicosociali, possono portare alla comparsa di un disturbo depressivo (Gandino, 2014).

In questo scenario si collocano anche fattori di tipo contestuale che riguardano: l'ospedalizzazione del parto e la modalità di presa in carico della donna partoriente (Leboyer, 1993; Odent, 2006), un minore supporto della famiglia estesa, il fenomeno della doppia carriera nella coppia coniugale (Stern & Bruschweiler-Stern, 1999) e la sua trasformazione da complementare in simmetrica (Oliverio Ferraris, 2016). Da un punto di vista psicologico, può incidere la presenza di una storia pregressa di disturbo mentale, l'esistenza di problematiche psichiche e somatiche in epoca perinatale (Grussu & Bramante, 2016); il riattivarsi di vissuti dolorosi legati a precedenti perdite in utero (Gandino, Vanni & Bernaudo, 2018); alcuni fattori ostetrici o socioeconomici (Beck, 2001), difficoltà correlate all'allattamento (Soifer, 1975), e infine, alcuni tratti di personalità come *nevroticismo*, intesa come una condizione di vulnerabilità allo stress psicologico, all'insicurezza e alla bassa autostima (Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yatees & Harris, 2001). Per ultimo, sul piano relazionale, gli studi hanno sottolineato quanto sia influente la qualità della relazione di coppia (Beck, 2001), e l'emergere di una possibile depressione perinatale del neopapà (Baldoni & Landi, 2015). Pertanto, la relazione di coppia è in grado di qualificarsi sia come vincolo sia come risorsa per il benessere psicologico dei partner in epoca perinatale (Paulson & Bazemore, 2010).

Ma come è possibile che in concomitanza di un momento potenzialmente felice e gioioso, come la nascita del proprio piccolo, la donna manifesti un abbassamento del tono dell'umore? A partire dalla seconda metà del diciannovesimo secolo, molti autori hanno provato ad indagare le cause e le motivazioni alla base di tale psicopatologia del dopo nascita, descrivendola per la prima volta come una

© RIPRODUZIONE RISERVATA

condizione di *follia* nel periodo successivo al parto (Marcè, 1858). Successivamente, viene identificata come un problema condiviso da non poche puerpere e definita *Post-Partum Blues Syndrome* (Yalom, Lunde, Moos & Hamburg, 1968). A partire da tali osservazioni, viene prima nominata *Depressione Post-Partum* (Cox, Murray & Chapman, 1993) e successivamente, data la presenza di alcune manifestazioni già durante la gravidanza, viene nominata "Depressione Perinatale" (Brockington, 2004). Nel DSM-5 è descritta dalla specifica "con esordio nel peripartum" e deve sottostare ai criteri per fare diagnosi di "Disturbo Depressivo Maggiore" (American Psychiatric Association, APA, 2013). Inoltre, viene posta in diagnosi differenziale con altri disturbi dello spettro depressivo in epoca perinatale.

La depressione è la condizione che maggiormente si manifesta nel post-partum e può essere collocata in un continuum i cui estremi sono il *baby blues* e la psicosi puerperale (Gandino, 2014). Il termine *baby blues* viene utilizzato per indicare una condizione fisiologica di lieve deflessione del tono dell'umore con sintomi più lievi rispetto alla depressione e una caratteristica fondamentale di transitorietà che ha durata massima di 15 giorni dopo il parto (Grussu & Bramante, 2016). Si riporta, in letteratura, che le donne che soffrono di questa condizione di profonda tristezza, labilità timica e crisi di piano nella settimana successiva al parto oscilli tra il 50-80%. Queste manifestazioni sembrerebbero essere collegate alla risposta fisiologica del corpo che affronta importanti cambiamenti sul piano ormonale (O'Keane, Lightman, Patrick, Marsh, Papadopoulos, Pawlby et al., 2011). Proseguendo lungo il continuum, si trova la depressione perinatale vera e propria, caratterizzata da una parte da vissuti di colpa, impotenza e svalutazione e, dall'altra, da sintomi somatici quali cambiamenti di peso improvvisi, faticabilità, insonnia o ipersonnia che rendono difficile l'accudimento del bambino. Infine, maggiore gravità psicopatologica connota la psicosi puerperale che presenta sintomi di maggiore intensità rispetto ai disturbi precedenti. La sua incidenza è rara: si stimano in media 2 casi su 1000 nascite (Fossey, Papiernik & Bydlowski, 1997). Tale psicopatologia non è da sottovalutare poiché i sintomi - che includono stati maniacali, ideazioni deliranti, allucinazioni e disturbi del pensiero - possono esitare in conseguenze di trascuratezza e situazioni di pericolo sia per il bambino stesso sia per la puerpera rendendosi, pertanto, necessaria l'ospedalizzazione (Soifer, 1975).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel corso del tempo, sono state fornite alcune spiegazioni teoriche differenti provenienti da diversi ambiti della psicologia. Alcune di queste, di matrice psicodinamica, vedono alla base della depressione perinatale un possibile conflitto psicologico materno che scaturirebbe dall'incontro tra la madre e il bambino reale, diverso da quello immaginato (Lebovici, 1983), e dalla perdita dell'immagine di sé come *madre ideale*, a cui subentrerebbe un senso di inadeguatezza, di impotenza e una nuova consapevolezza di non riuscire a essere la madre fantasticata (Ammaniti, Candelori, Pola & Tambelli, 1995). Altri autori hanno riscontrato come alla base della psicopatologia vi possa essere: una tendenza a interpretare erroneamente i segnali di richiesta del bambino, una fatica nel sintonizzarsi e nel soddisfarne i bisogni (Cox, Murray & Chapman, 1987); una riattivazione di pattern interattivi disfunzionali durante la transizione alla genitorialità (Cohn & Tronick, 1989); infine, un modello operativo interno madre-bambino disadattivo (Ammaniti, Candelori, Pola & Tambelli, 1995).

Secondo l'approccio sistemico-relazionale, la patologia può trovare origine nella transizione verso una nuova fase del ciclo di vita, una trasmissione intergenerazionale di rappresentazioni familiari disfunzionali e, infine, una difficoltà della donna di interagire con il proprio contesto. Pertanto, la depressione perinatale è una psicopatologia che colpisce non solo le donne, ma potenzialmente anche i partner, la relazione di coppia e la salute psicologica degli altri figli esistenti (Hunt, 2006).

In generale, a differenza dell'approccio psicodinamico oppure della prospettiva dell'attaccamento, sono pochi gli studi scientifici che approfondiscono la transizione della nascita in ottica sistemico-relazionale. Tuttavia, viene registrata una sempre maggiore necessità di mettere insieme tali conoscenze e di creare degli strumenti pratici applicabili anche al contesto della psicopatologia perinatale. In linea con questo bisogno, alcuni studi più recenti hanno approfondito la spendibilità dell'approccio familiare – insieme ai suoi strumenti – nel setting psicologico perinatale. Secondo White (2018), si tratterebbe di un campo di intervento che, per sua natura, è di matrice squisitamente relazionale, data l'origine relazionalmente co-costruita della mente. Tale orientamento dà importanza al sostegno offerto ai genitori e ai familiari durante la fase di espansione della famiglia, perché riconosce quanto la nascita di un figlio sia un momento potenzialmente

© RIPRODUZIONE RISERVATA

critico per tutto il sistema; infine, egli afferma che il sapere sistemico può essere strategicamente utilizzato per educare le famiglie sulle complessità della transizione al nuovo cambiamento del ciclo di vita e sugli effetti a catena sul funzionamento familiare più ampio (White, 2018).

Sebbene non vi siano studi specifici che abbiano indagato in maniera mirata l'utilizzo della terapia familiare per la depressione in epoca perinatale, ne esistono invece alcuni che sottolineano l'efficacia della terapia di coppia (Carter, Grigoriadis, Ravitz & Ross, 2010; Markowitz & Weissman, 2012), mentre altri evidenziano il peso della famiglia di origine nell'eziologia del problema attuale. Il lavoro nel setting sistemico-relazionale affronta molti dei fattori psicosociali eziologici e predisponenti, coinvolgendo non solo il partner – che spesso in questi contesti viene ignorato e posto ai margini dei trattamenti – ma anche eventuali altri componenti del sistema familiare che contribuiscono al mantenimento del sintomo (Hunt, 2006).

Per primi, Jones e Asen (2000), si sono domandati chi fosse allora necessario convocare e incontrare in seduta e avanzarono che, in prima battuta, sia importante osservare l'interazione tra la madre e il suo bambino, perché tale conformazione consentirebbe di orientare eventuali altri interventi nelle sessioni successive. Tuttavia, gli autori sostengono anche che è verosimile che il bambino possa distrarre la madre e che questa possa avere difficoltà nel concentrarsi; pertanto, è importante considerare sia sessioni madre-bambino, sia sessioni di coppia con il bambino e, anche, eventuali altre in cui possano essere presenti anche i nonni. Infine, è preferibile optare per il lavoro di coppia poiché renderà più semplice affrontare i fattori relazionali all'interno della famiglia sia nucleare sia estesa (Jones & Asen, 2000). In linea con l'idea della presa in carico diadica madre-bambino nella cura della depressione perinatale, vi è la Terapia Perinatale Diadica, alla quale possono essere abbinati interventi di *home visiting*, ovvero consulenze psicologiche svolte presso il domicilio della donna (Goodman, Guarino & Prager, 2013).

Nel suo contributo, Hunt (2006) suggerisce alcune tecniche utili da impiegare nel setting sistemico-relazionale nel trattamento della depressione perinatale, come: il *reframing*, ovvero un "rincorniciamento" del problema attuale portato dalla madre entro una cornice relazionale; un'attenta analisi al ciclo di vita familiare; un lavoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

sulle famiglie di origine e, infine, l'esplorazione del contesto socioeconomico e culturale di appartenenza. Per quanto concerne il *reframing*, poiché la diagnosi di depressione espone a un grande rischio di etichettatura, il fatto di estendere la spiegazione del disturbo a fattori di ordine psico-relazionale che non riguardano solo la donna, consente di alleviare il gravoso peso di questo cartellino diagnostico e rendere il problema non solo più della madre. Proprio per questo, nel setting di coppia può tornare utile utilizzare alcune tecniche narrative che consentano di lavorare insieme per gestire, oppure bandire, il "*unwelcome visitor*", ovvero la "visitatrice non benvenuta" (ivi, p. 216; *trad. propria*). In questo senso, il terapeuta può aiutare la coppia a esplorare il modo in cui la depressione perinatale si intromette tra i partner, come e quanto li fa litigare oppure decidere di allontanarsi; infatti, poiché spesso accade che i partner si rendano indisponibili quando convocati in seduta, può essere utile ingaggiarli facendo leva sui loro punti di forza. Poiché succede, non di rado, che questi si sentano impotenti di fronte alla patologia depressiva, può tornare utile concordare con loro alcune strategie pratiche così come può aiutare anche un'analisi del dialogo interiore della paziente e identificare i vissuti correlati alla depressione, con l'obiettivo di cambiare la narrativa interna. Quindi domandare, per esempio, *"Come potrebbe essere utile cambiare il tuo dialogo interiore nel fermare la depressione che se ne va in giro come un cattivo odore?"* (ivi, pag. 217; *trad. propria*).

La famiglia è una complessa rete di relazioni nella quale il nuovo arrivato deve integrarsi (Favez, Frascarolo, Keren & Fivaz-Deupersinge, 2009), e una delle funzioni del diventare genitori consiste proprio nell'adattarsi alla transizione aggiungendo nuovi membri della famiglia al sistema (Goldenberg & Goldernberg, 2013). All'interno del ciclo di vita, le transizioni possono essere vissute come momenti stressanti dal sistema familiare, dal momento che i ruoli e le routine di tutti i membri devono adattarsi alle nuove condizioni imposte dal cambiamento (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011). La prospettiva del ciclo di vita suggerisce che vengano indagate le modalità con cui i sistemi affrontano le transizioni e, quindi, può essere utile approfondire anche le transizioni precedenti, come per esempio il configurarsi come coppia coniugale ancora prima che come coppia genitoriale. Una difficoltà annessa a tale fase di passaggio può essere, ad esempio, quando l'incontro, il corteggiamento e la nascita avvengono in rapida

© RIPRODUZIONE RISERVATA

successione; infatti, la semplice introduzione del concetto del ciclo di vita familiare e l'idea di compito di sviluppo può essere normalizzante per la coppia (Hunt, 2006). Con la nascita del primo figlio, uno dei compiti principali è adeguare il sistema coppia all'arrivo del terzo, per configurarsi come triade (Binda, 1985). In questo senso, può essere utile portare "l'immagine del giocoliere: le palline del me, del noi e della famiglia possono essere curate e al contempo mantenute in gioco" (Hunt, 2006; pag. 217; *trad. propria*). Un altro importante compito evolutivo è quello connesso al riallineamento del rapporto con i membri della famiglia allargata; infatti, è utile incoraggiare i pazienti a discutere che tipo di nonni desiderano che siano i loro genitori. Se emergono difficoltà, è fisiologico che si manifestino problemi di confini, soprattutto se la coppia è da poco unita. Possono anche emergere problemi differenti di confini con una coppia di nonni piuttosto che l'altra. Per discutere questo tema con i pazienti, può essere efficace far disegnare in seduta la planimetria approssimativa della casa come metafora dei confini interni e, successivamente, domandare dove loro pensano che abbia luogo l'interazione familiare allargata, dove preferirebbero che avvenisse tale scambio e, infine, quanto sentono essere affollato il letto coniugale (ibidem). È importante considerare anche l'impatto di un'eventuale assenza dei nonni, specialmente quando sono morti; in questo caso può essere funzionale promuovere insieme ai pazienti un possibile momento per salutare il proprio caro (White, 1989), specialmente quando è la madre della neomamma ad essere deceduta (Hunt, 2006).

La letteratura psicologica perinatale mostra l'utilità del parlare apertamente del ciclo di vita naturale della famiglia e di come alcune difficoltà siano trasversali ai diversi nuclei familiari. In questo senso, alcuni interventi di psicoeducazione possono alleggerire il carico gravoso portato dalla patologia e nel fare chiarezza nel campo relazionale (Carter, Grigoriadis, Ravitz & Ross, 2010).

Il cambiamento familiare è un processo morfogenetico in cui i vari sottosistemi cambiano in risposta a nuovi contesti. Tale capacità di un sistema di cambiare si contrappone alla "morfostasi", ovvero la capacità di un sistema di tenere la sua forma. Pertanto, la famiglia è in costante tensione tra queste due forze opposte, dal momento che il sistema ha bisogno sia di sufficiente stabilità, affinché i suoi membri conoscano le regole della famiglia e il funzionamento del sistema stesso,

© RIPRODUZIONE RISERVATA

sia di sufficiente flessibilità per adattarsi ai cambiamenti di ruolo e di posizione dei suoi membri (White, 2018).

Inoltre, può essere utile esplorare lo sviluppo trigenerazionale di regole, miti e le eredità inerenti alla genitorialità ed alla partnership. In questo senso, un possibile lavoro sul genogramma consentirebbe al terapeuta di esplorare con i pazienti il trigenerazionale e fornire l'opportunità di osservare come le storie di vita passate possano aver influenzato le aspettative riguardo la genitorialità e la vita di coppia (Hunt, 2006). Tale strumento può essere utilizzato sia in fase di assessment che in fasi più avanzate della terapia con il fine di proporre un intervento specifico su un determinato tema come, ad esempio, identificare una certa gerarchia relazionale definita all'interno della famiglia oppure un pattern transgenerazionale di relazioni traumatizzanti (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980). All'interno del setting di coppia, il suo utilizzo può permettere ai partner di comprendere le motivazioni retrostanti ai reciproci comportamenti, favorendo una maggiore comunicazione empatica sulle difficoltà percepite (Ghezzi, 2004).

In ultimo, un altro strumento che può consentire al clinico di lavorare sul ciclo di vita è la "linea del tempo", lungo la quale si dispiega lo sviluppo della famiglia attraverso le generazioni (McGoldrick & Carter, 2003). Con essa è possibile rendere visibili gli eventi di vita normativi e non normativi propri e delle precedenti generazioni e, in seguito ad un'attenta analisi sulla pragmatica dei fatti, è possibile osservare che spesso la manifestazione di un disagio o di una psicopatologia avviene in concomitanza di eventi di vita stressanti, come accade per le psicopatologie perinatali (Rolland, 2012). Anche la *scheda temporale* è una configurazione visiva utile al terapeuta per selezionare gli eventi importanti della vita familiare, organizzarli cronologicamente in righe e colonne e, infine, permettere un collegamento visivo ed immediato tra ipotesi individuali, diadiche e triadiche (Viaro, 2006). Questa consentirebbe di comprendere come gli eventi si distribuiscono in relazione alle precedenti generazioni e di come i meccanismi relazionali disfunzionali possono inserirsi nel funzionamento relazionale tra i singoli membri (Viaro, 1995).

Sebbene l'esplorazione del contesto sociale e delle risorse esistenti nascoste sia prassi del terapeuta sistemico-relazionale, nella depressione perinatale tale iter è ancora più consigliato, poiché le carenze sociali sono un fattore potenzialmente

© RIPRODUZIONE RISERVATA

predisponente la psicopatologia (Hunt, 2006). Funzionale potrebbe essere tracciare una mappa delle relazioni – o "ecomappa" (Viaro, 2006) - uno strumento di cui si serve il terapeuta sistemico-relazionale, che dà la possibilità di mettere in luce la rete di supporto del paziente e indagare le risorse esterne da cui attingere in caso di necessità (Hartman, 1975). Ad esempio, alcune donne potrebbero indicare numerose relazioni significative ma geograficamente distanti oppure potrebbero avere dei legami significativi sul lavoro, che è stato interrotto con l'inizio della maternità. Pertanto, assistere la donna nello sviluppare strategie per ampliare le connessioni sociali di supporto è una parte importante del trattamento.

Altri fattori contestuali stressanti che potrebbero fortemente incidere sono la perdita dello status di lavoratrice per la madre, il cambiamento delle circostanze finanziarie oppure un recente trasferimento di residenza; ad esempio, uno dei compiti più comuni in terapia per una neomamma può essere quello di affrontare il dolore per la perdita di un'attività lavorativa che ha contribuito a fortificare il suo senso di identità nel tempo (Hunt, 2006).

Come ultimo, un altro aspetto importante di cui tenere conto nel setting terapeutico è la provenienza culturale: può essere utile informarsi sui rituali familiari o culturali che sono attesi in concomitanza della nascita, per quello specifico gruppo sociale. Con donne che hanno provenienze culturali differenti, una prima parte della terapia è importante che venga dedicata ai rituali significativi per quella determinata cultura e come essi possano essere messi in atto anche se la donna si trova in un luogo distante dalle proprie origini (ibidem).

Laddove viene rilevato un rischio per la salute della madre e del bambino, un trattamento complementare potrebbe essere di tipo farmacologico; secondo alcuni autori quanto più sono gravi i sintomi, tanto più di beneficio possono essere gli antidepressivi (Milgrom, Martin & Negri, 1999), anche se alcune donne non prenderanno in considerazione l'assunzione di farmaci a causa dell'allattamento al seno; per altre donne sarà sufficiente la psicoterapia. Come per altri problemi di salute mentale, in cui sono presenti sintomi gravi e manifestazioni complesse, può essere indicata anche la combinazione fra psicoterapie differenti (Hunt, 2006).

In conclusione, la depressione perinatale è una psicopatologia invalidante e potenzialmente pericolosa non solo per il benessere psicofisico della madre e del suo bambino, ma anche per le possibili conseguenze che può avere sulle relazioni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di tutto il sistema familiare. Sebbene il periodo perinatale possa essere potenzialmente gioioso per tutto il sistema familiare, la depressione perinatale può bussare alla porta, poiché la donna si trova ad affrontare una grande trasformazione sul piano identitario individuale, sul piano relazionale di coppia e familiare e su quello sociale e lavorativo (Gandino, 2014). Quindi, la depressione perinatale non è solo una "ladra di maternità" (Beck, 2008), perché ostacola la donna nella costruzione di un buon legame di attaccamento con il bambino e la deruba delle emozioni positive correlate a questo momento di vita, ma è anche un "cattivo odore" girovagante (Hunt, 2006), che può intaccare sia il dialogo interiore della donna, sia le relazioni che questa tesse con gli altri membri del sistema familiare, nucleare ed allargato.

Essendo la depressione perinatale una psicopatologia che colpisce anche gli altri attori familiari e avendo ripercussioni su diversi ambiti della vita della donna, essa muove anche la necessità di un intervento strutturale ed estendibile anche agli altri familiari. Pertanto, si tratta di un ambito in cui i terapisti ad orientamento sistemico possono portare un contributo di rilievo in termini di comprensione delle cause e trattamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5.* Arlington, VA. Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione, DSM-5.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Ammaniti M., Candelori C., Pola M. & Tambelli R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne.* Raffaelo Cortina Editori, Milano.

Baldoni F. & Landi G. (2015). La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia. *Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente*. 41, 73-96.

Beck C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, *50*(5), 275–285.

Beck C.T. (2008). State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed - Part 2. MCN. *The American Journal of MaternalChild Nursery* 33, 3, 151-156.

Binda W. (1985). Dalla diade coniugale alla triade familiare. In: Scabini E., *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*. Franco Angeli, Milano.

Brockington I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *3*(2), 89–95.

Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. E. (2010). Conjoint IPT for postpartum depression: literature review and overview of a treatment manual. *American journal of psychotherapy*, *64*(4), 373–392.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cohn J.F. & Tronick E.Z. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(2), 242–248.

Cox J.L., Murray D., Chapman G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27–31.

Favez, N., Frascarolo, F., Keren, M., & Fivaz-Depeursinge, E. (2009). Principles of family therapy in infancy. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 468–484). The Guilford Press.

Fenaroli, V., Molgora, S., Malgaroli, M. & Saita, E. (2017). La transizione alla maternità e paternità: traiettorie di benessere e disagio psichico. *Giornale Italiano di Psicologia*, 2, 407–424.

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.

Gandino G. (2014). *L'inattesa tristezza: uno studio sulla depressione post-partum.* Relazione presentata al I Convegno E.I.S.T., European Istitute of Systemic-relational Therapies, Milano, 26–27 settembre 2014.

Ghezzi, D (2004). Terapia con le coppie. Un protocollo consolidato. *Terapia familiare*, 74, 11–41.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy: An Overview* (8th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.

Goodman, J. H., Guarino, A. J., & Prager, J. E. (2013). Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability. *Journal of family nursing*, *19*(3), 295–323.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Grussu P. & Bramante A. (2016). *Manuale di Psicopatologia Perinatale. Profili Psicopatologici e Modalità di Intervento.* Centro Studi Erikson, Trento.

Hartman A. (1975). *Finding families. An ecological approach to adaptation.* Sage, London.

Hunt C. (2006). When Baby Brings the Blues: Family Therapy and Postnatal Depression. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *27*(4), 214–220.

Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *35*(1), 69–74.

Jones E. & Asen E. (2000). *Systemic Couple Therapy and Depression.* London: Karnac, in Hunt C. (2006).

Lebovici S. (1983). *Le nourisson, la mere et le psychanalyste*. Le Centurion, Paris.

Leboyer F. (1993). *Per una nascita senza violenza. Il parto dal punto di vista del bambino*. Bompiani Editore.

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal psychotherapy: Past, present and future. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(2), 99–105.

Marcè L.V. (1858). *Traitè de la folie des femmes enceintes, des nou- velles accouche ́es et des nourrices, et considerations me ́dico- le ́gales qui se rattachent a` ce sujet.* Bailliere, Paris.

McGoldrick, M., Carter, B., & Garcia-Preto, N. (2011). *The Expanded Family Lifecycle: Individual, Family, and Social Perspectives (4th ed.)*. Boston, MA: Pearson.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 375–398). The Guilford Press.

Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach For Health Care Practitioners.* Chichester, Wiley.

O'Keane, V., Lightman, S., Patrick, K., Marsh, M., Papadopoulos, A. S., 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.

Odent M. (2006). *L'agricoltore e il ginecologo. L'industrializzazione della nascita.* Il Leone Verde Editore.

Oliverio Ferraris A. (2016). *Il terzo genitore. Vivere con i figli dell'altro.* Raffaello Cortina Editore, Torino.

Paulson J.F. & Bazemore S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, *303* (19), 1961-9.

Rolland, J. S. (2012). Mastering family challenges in serious illness and disability. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (452–482). The Guilford Press.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, M., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, linearità. Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7–19.

Stern D.N., Bruschweiler-Stern N. (1999). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna.* Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Soifer R. (1975). *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio.* Borla, Roma.

Viaro, M. (2006). Formazione sistemica e visione professionale. *Terapia familiare*, 82, 15–45.

Viaro, M. (1995). *Perché proporre una cartella relazionale?* Relazione al Convegno Nazionale Sippr, Ottobre, Atti.

White J. (2018). Does a Perinatal Infant Mental Health Team Hold the Family in Mind? Opportunities and Challenges for Working Systemically in this Specialised Field. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 39,144–154.

White, M. (1989). *Saying Hullo Again: The Incorporation of the Lost Relationship in the Resolution of Grief.* Selected Papers. Adelaide: Dulwich Centre Publications. (in Hunt, 2006).

Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. (1968). "Postpartum blues" syndrome. A description and related variables. *Archives of general psychiatry*, *18*(1), 16–27.

© RIPRODUZIONE RISERVATA