

Depressione perinatale e nel postpartum: tra attaccamento e personalità. Uno studio pilota

Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study

F. Aceti, F. Aveni, V. Baglioni, G.M. Carluccio, D. Colosimo, N. Giacchetti, I. Marini, V. Meuti, P. Motta, M. Zaccagni, M. Biondi

UOS Igiene Mentale delle Relazioni Affettive e del Post Partum, UOC Psichiatria e Psicofarmacologia, DAI Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Summary

Objectives

The perinatal period is associated with an increased risk for affective disorders, with consequences on mother's interaction with the newborn baby and on child development. The prevalence of postpartum depression (PPD) ranges between 10 and 20% in the general population. This study investigates the prevalence of perinatal depression and the role of socio-demographic variables, personality structure and maternal attachment style in PPD in order to identify potential primary and secondary prevention strategies.

Methods

Data were collected in two phases. During the third trimester, a sample of 253 women completed a Socio-demographic Data Sheet and the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS). Among patients scoring 12 or more at EPDS, 22 entered the second phase of the study and were compared with healthy controls. Diagnosis of PPD was confirmed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), and both groups completed the Experience in Close Relationship (ECR) and Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) questionnaires.

Results

The overall prevalence of depressive symptoms based on the

EPDS score (cut-off ≥ 12) was 19.3% in perinatal period, according to literature data. The presence of depressive symptoms was significantly associated with previous psychiatric disorders ($\chi^2 = 12.8, p < 0.01$), family history of psychiatric disorders ($\chi^2 = 4.5, p < 0.05$), family conflict ($\chi^2 = 5.9, p < 0.05$), dissatisfaction with partner ($\chi^2 = 11.5, p < 0.01$), economic difficulties of partner ($\chi^2 = 5.9, p < 0.05$), inadequate family support ($\chi^2 = 4.1, p < 0.05$) and inadequate partner support ($\chi^2 = 6.7, p = 0.01$). Postpartum depressive symptoms were associated with an insecure attachment style (ECR anxious and avoidant attachment scores: $\chi^2 = 4.7, p < 0.05$ and $\chi^2 = 5.9, p < 0.05$) compared to healthy controls. In 60% of depressed mothers, the MMPI-2 revealed specific patterns such as a "4-6 configuration", known as "Passive-Aggressive Valley": it reveals individuals demanding and over-identified with the traditional feminine role, with high levels of dependence, unexpressed hostility and poor coping strategies.

Conclusions

An approach to post-natal affective disorders that includes psychological factors such as personality structure and attachment style could improve prevention and therapeutic strategies, and provide depressed mothers with specific interventions.

Key words

Attachment • Personality • Postpartum depression

Introduzione

La maternità rappresenta un periodo critico di vulnerabilità, in cui le numerose trasformazioni che si verificano da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale implicano una profonda riorganizzazione non solo della realtà esterna, ma soprattutto del mondo psichico della madre¹. Sin dall'inizio della gravidanza la donna sperimenta una profonda trasformazione del suo stato affettivo e rappresentazionale, una sorta di "crisi identitaria", che consente alla madre, attraverso un lungo e graduale processo di elaborazione, di creare uno spazio adatto a contenere la

rappresentazione mentale di sé come genitore e l'idea del bambino².

Ai fini dell'acquisizione del ruolo materno, che si declina nella capacità di rispecchiamento e di comprensione dei bisogni del neonato, la neo-mamma sperimenta un'esperienza regressiva che la porta in contatto con le emozioni della propria infanzia³, con la riedizione della relazione di dipendenza con la propria madre e con la riattivazione dei conflitti e dei vissuti legati a quel periodo. In base alle modalità con le quali tali esperienze sono state vissute ed elaborate, la donna plasmerà il suo nuovo vissuto di madre. In questa prospettiva, il passaggio alla genitorialità si pre-

Correspondence

Valentina Meuti, via F. Verdinois 6, 00159 Rome, Italy • Tel. +39 333 2508206 • E-mail: valentina.meuti@gmail.com

senta come un evento che richiede una notevole capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle proprie relazioni interpersonali e di coppia: durante tale transizione, alcune donne possono andare incontro allo sviluppo di disturbi affettivi di diversa entità.

Da alcuni anni i disturbi psichiatrici del post-partum sono oggetto di studio e di profondo interesse da parte della comunità scientifica internazionale: in particolare, la depressione post-partum viene indicata come un problema di sanità pubblica, a causa della sua alta incidenza e delle conseguenze sul benessere della donna e sulla qualità della relazione madre-bambino⁴.

Le ultime stime riportano come una percentuale compresa tra il 10% ed il 20% delle neo-madri sia colpita da sintomi depressivi in gravidanza e nel post-partum⁵, designando questo disturbo come una tra le più comuni complicanze durante la gravidanza ed il puerperio⁶.

Al di là delle categorizzazioni diagnostiche, la depressione post-partum si presenta come una malattia subdola, con manifestazioni non sempre così immediatamente inquadrabili in un disturbo dell'umore. L'umore deflesso non è necessariamente il primo o il più importante sintomo manifestato da queste pazienti, ma spesso è preceduto da ansia, labilità emotiva, disturbi del sonno, faticabilità ed irritabilità⁷. Sono frequentemente presenti anche bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali ed un profondo senso di colpa e vergogna per l'esperienza depressiva in se stessa, poiché esperita nell'ambito di un evento riconosciuto dalla società come positivo e fonte di gioia.

La problematicità della maternità appare ulteriormente manifesta considerando come queste donne presentino di sovente pensieri ossessivi di tipo aggressivo nei confronti del bambino, più di quanto avvenga nei casi di depressione classica⁸.

Parallelamente, anche l'intenzionalità autolesiva appare essere un elemento allarmante in queste pazienti: in uno studio del 2001, il 5,4% di un campione di donne all'ottava settimana dopo il parto presentava idee di suicidio all'*Edinburgh Postnatal Depression Scale*⁹, mentre, in un report del 2005 effettuato nel Regno Unito, il suicidio compariva come la seconda causa di morte fra le madri depresse nei 12 mesi successivi al parto¹⁰.

Negli ultimi anni, tuttavia, l'attenzione degli studiosi si è concentrata sugli effetti che questa patologia ha sulla qualità dell'interazione madre-figlio, sullo sviluppo affettivo¹¹ e cognitivo^{12,13} del bambino e sulla relazione di coppia.

Tra i fattori di rischio e protezione che sembrano influenzare il decorso di una depressione post-partum, alcune ricerche hanno evidenziato la presenza/assenza di progressi tratti psicopatologici¹⁴ ed il ruolo del contesto familiare e sociale: in particolare emergono come principali fattori di rischio le conflittualità con la famiglia di origine e con il partner¹⁵.

Recentemente stanno emergendo progressive evidenze circa il ruolo dello stile di attaccamento materno nella vulnerabilità alla depressione perinatale: dalle ricerche è stato evidenziato come uno stile di attaccamento di tipo insicuro sembri essere fortemente correlato con la severità e la gravità dei sintomi in donne affette da depressione post-partum¹⁶. Bifulco, in uno studio prospettico del 2004, ha dimostrato che uno stile di attaccamento di tipo evitante è associato a disturbi depressivi prima del parto, mentre un attaccamento di tipo ansioso è più frequente tra le donne che sviluppano sintomi depressivi nel periodo successivo al parto¹⁷.

Diversi studi^{18,19} che hanno applicato la teoria dell'attaccamento ai disturbi psicopatologici del puerperio, hanno riscontrato che le donne con un attaccamento insicuro hanno un rischio molto più elevato di andare incontro a un disturbo affettivo dopo il parto.

Inoltre, è probabile che una combinazione di tratti di personalità renda le donne più vulnerabili nel puerperio allo sviluppo di disturbi depressivi. Gli studi finora effettuati hanno evidenziato un'associazione tra una sintomatologia depressiva post-natale ed alcuni disturbi di personalità, in particolare con i disturbi ossessivo-compulsivo, dipendente ed evitante, accomunati dalle caratteristiche preminenti di timore nelle relazioni interpersonali, ansia e mancanza di assertività^{20,21}, e con il disturbo borderline di personalità²².

Alla luce di tali considerazioni, il nostro studio si propone di valutare la prevalenza della depressione nel periodo perinatale nella popolazione generale e di indagare i possibili fattori di rischio psico-sociali, le caratteristiche di personalità e gli stili di attaccamento materno, al fine di avviare un intervento di prevenzione primaria e secondaria, volto a tutelare la maternità ed a sostenere le competenze genitoriali.

Materiali e metodi

Il campione

Lo studio prevede una fase di screening, effettuata su donne dal terzo trimestre di gravidanza al parto, afferenti presso il Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Umberto I di Roma, ed una fase di arruolamento. Vengono considerati criteri di esclusione dallo studio il rifiuto a fornire il consenso informato, un'età inferiore ai 18 anni, la presenza di una diagnosi di ritardo mentale o di area schizofrenica, la scarsa conoscenza della lingua italiana o altro limite alla comunicazione verbale che comprometta la capacità del soggetto di eseguire il protocollo di ricerca. I soggetti risultati positivi allo screening vengono contattati telefonicamente ed invitati ad un colloquio di valutazione clinica, che per lo più viene effettuato nel periodo successivo al parto. I soggetti che

accettano di effettuare il colloquio clinico e per i quali viene posta diagnosi di depressione post-partum, vengono arruolati nel gruppo di studio (DPP) e confrontati con un gruppo di controllo (C), composto da puerpere di pari età e caratteristiche socio-anagrafiche.

Lo screening e l'arruolamento delle pazienti sono iniziati nel marzo 2010 e sono tuttora in corso; una prima analisi dei dati è stata condotta a novembre 2010, su un campione ottenuto dallo screening di 253 donne in gravidanza e composto da 22 donne con depressione post-partum e da 22 controlli sani, cui è stato somministrato l'intero protocollo di ricerca. Prima di essere ammesso allo studio, ogni partecipante è stato informato sulla natura e gli obiettivi della ricerca; l'arruolamento è stato volontario ed il consenso informato è stato ottenuto in forma verbale e scritta. In questa sede vengono presentati una parte dei risultati prodotti, che, data l'esiguità numerica del campione, hanno valore di tipo puramente preliminare e di spunto di riflessione per la prosecuzione della ricerca.

Gli strumenti di valutazione

Nella fase di screening, a tutte le pazienti afferenti presso l'ambulatorio di Ginecologia e Ostetricia che forniscono il consenso allo studio vengono somministrate:

- *una Scheda di rilevazione dati*: un'intervista semi-strutturata volta a raccogliere informazioni su aspetti socio-demografici, andamento della gravidanza, precedenti disturbi psichiatrici nella paziente e nei familiari, eventuali trattamenti psichiatrici effettuati, presenza di fattori stressanti, supporto sociale;
- *la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*: un questionario di autovalutazione, composto da 10 items, che esplora la presenza di sintomi depressivi nel periodo della gravidanza e del post-partum. Il cut-off è 12, per cui un punteggio uguale o superiore a tale valore è indicativo di una depressione maggiore da moderata a grave^{23 24}. Il questionario presenta un ottimo livello di sensibilità e specificità.

I soggetti che riportano un punteggio superiore o uguale a 12 all'EPDS vengono contattati telefonicamente e valutati attraverso un colloquio clinico e mediante la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, Clinical Version)*, un'intervista semi-strutturata utilizzata per porre diagnosi di disturbi di asse I secondo i criteri del DSM-IV²⁵. I soggetti che alla SCID-I ricevono una diagnosi di depressione maggiore vengono arruolati nel gruppo di studio e confrontati con un gruppo di controllo. I soggetti del gruppo di controllo vengono reclutati con modalità randomizzata (uno ogni cinque) tra i soggetti che riportano un punteggio inferiore a 12 all'EPDS. Anch'essi vengono invitati ad un colloquio di valutazione clinica, durante il quale la presenza di altri disturbi di Asse I viene esclusa mediante SCID-I.

Ai soggetti afferenti ad entrambi i gruppi vengono, inoltre, somministrati:

- *il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)*: un test non proiettivo per lo studio delle caratteristiche di personalità, composto da 566 item per ognuno dei quali è prevista una risposta dicotomica "vero" o "falso"²⁶;
- *la Experience in Close Relationship (ECR)*: un questionario autosomministrato costituito da 36 domande²⁷, che valuta lo stile di attaccamento e il modo di vivere le relazioni rispetto alle dimensioni di Ansietà (preoccupazione per le relazioni sentimentali, timore del rifiuto e dell'abbandono) ed Evitamento (difficoltà e disagio ad avvicinarsi, ad affidarsi e a dipendere dagli altri. Dalla combinazione dei punteggi ottenuti nelle due dimensioni, concettualizzate anche come Modello del sé (Ansietà) e Modello degli altri (Evitamento), con riferimento agli schemi cognitivi sottesi, è possibile ricavare quattro categorie o stili di attaccamento: sicuro (bassa ansietà/basso evitamento), preoccupato (alta ansietà, basso evitamento), distanziante-evitante (bassa ansietà/alto evitamento), timoroso-evitante (alta ansietà/alto evitamento)²⁸. Il questionario presenta un ottimo livello di validità, affidabilità e consistenza interna.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati mediante l'ausilio del pacchetto statistico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* per Windows versione 17.0.

È stata innanzitutto effettuata un'analisi descrittiva del campione, in cui sono state valutate variabili riguardanti le caratteristiche socio-demografiche (età, stato civile, convivenza, scolarità ed impiego lavorativo), la gravidanza (settimana di gestazione, numero di gravidanze, presenza di complicanze ostetriche), i precedenti psichiatrici del soggetto (precedenti disturbi, ricoveri, contatti con specialisti, trattamenti farmacologici o psicoterapici, precedenti episodi nel peri-partum) e del partner (affidamento, adozione, separazione o divorzio dei genitori, conflittualità con la famiglia di origine, lutti, malattie gravi o incidenti in famiglia o del soggetto, ospedalizzazione prolungata, perdita del lavoro, difficoltà economiche, problemi abitativi, precedenti separazioni o divorzi, conflittualità con il partner, aborti o IVG), il supporto previsto. Rispetto a tali variabili e ai punteggi ottenuti alle scale Ansietà ed Evitamento dell'ECR, i due gruppi sono stati confrontati mediante test del chi quadrato di Pearson (χ^2), per determinare se le frequenze di ciascun campione si discostassero dalla distribuzione comune ai due gruppi. È seguita la valutazione del p-value come nel test del chi quadrato. Sono stati considerati statisticamente significativi risultati con valori di $p \leq 0,05$.

Risultati

Analisi descrittiva del campione

Delle 253 donne sottoposte a screening, 49 hanno raggiunto un cut-off ≥ 12 alla EPDS, pari al 19,3% ($DS \pm 5,1$) del campione, a conferma dei dati presenti in letteratura (Fig. 1). Dei 49 soggetti risultati positivi allo screening e contattati telefonicamente, soltanto 22 hanno accettato di partecipare al colloquio clinico, durante il quale è stata confermata loro la diagnosi di depressione maggiore. Arruolati nel gruppo di studio, sono stati confrontati con il gruppo di controllo. I soggetti afferenti ad entrambi i gruppi hanno, quindi, completato la batteria testologica. Il gruppo clinico (DPP) ed il gruppo di controllo appaiono sostanzialmente omogenei per età e numero di gravidanze: nel gruppo di studio l'età media delle madri è 37 anni ($\pm 3,8$), mentre nel gruppo di controllo è di circa 34 anni ($\pm 5,2$); il 61,9% delle donne del gruppo clinico ed il 72,7% delle donne del gruppo di controllo affrontano la prima gravidanza. Nessuna delle donne del gruppo clinico e di controllo si è sottoposta a procedure di fecondazione

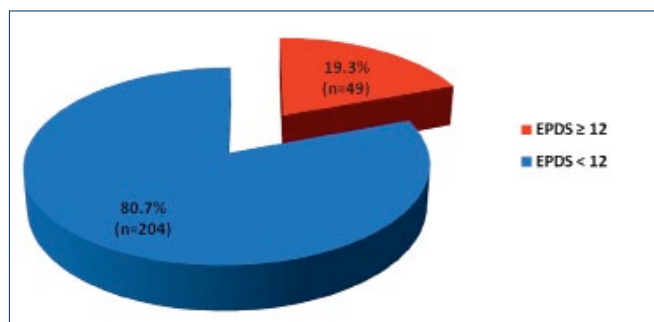


FIGURA 1. Prevalenza nella popolazione generale della depressione perinatale ($n = 253$). *Prevalence of perinatal depression in general population ($n = 253$).*

TABELLA I.

Analisi descrittiva dei due gruppi a confronto: variabili legate alla gravidanza. *Descriptive analysis of both groups compared: variables related to pregnancy.*

	Gruppo pazienti con DPP ($n = 22$)	Gruppo di controllo ($n = 22$)
Età media (anni)	37 ($\pm 3,8$)	34 ($\pm 5,2$)
Prima gravidanza (% val)		
Sì	61,9	72,7
No	38,1	27,3
Complicanze gestazionali (% val)		
Sì	28,6	22,7
No	71,4	72,7

assistita. Complicanze durante la gestazione vengono riportate dal 28,6% delle donne con DPP, e dal 22,7% delle donne afferenti al gruppo di controllo. La Tabella I mostra le caratteristiche dei due gruppi a confronto.

La familiarità per disturbi psichiatrici si riscontra nel 68,2% delle donne con DPP, mentre è riportata soltanto dal 36,4% del gruppo di controllo. Nel gruppo di donne con DPP, il 63,7% ha un'anamnesi personale positiva per disturbi psichiatrici, in particolare il 35,7% riferisce di aver sofferto in passato di un disturbo dell'umore o depressivo, il 35,7% di un disturbo d'ansia ed il 28,6% di un disturbo del comportamento alimentare (Tab. II). Nel gruppo clinico, il 47,6% riferisce di aver avuto almeno un contatto in passato con specialisti della salute mentale, il 54,5% di aver assunto una terapia farmacologica ed il 45,5% di aver effettuato una psicoterapia (Tab. III). Tra le pazienti del gruppo indice, 3 assumono una terapia farmacologica e 4 effettuano una psicoterapia.

La conflittualità con la famiglia d'origine e con il partner si riscontra con una frequenza di gran lunga maggiore nella popolazione delle madri con sintomatologia depressiva, attestandosi rispettivamente su valori del 40,9% e del 50%. Inoltre, un minor numero di donne con DPP dichiara di poter fare affidamento sull'aiuto dei propri familiari (59,1%) e solamente la metà può contare sul supporto del partner nelle settimane che seguiranno il parto, diversamente da quanto si riscontra nelle donne non depresse, tra le quali l'86,4% ritiene di potersi avvalere del supporto di entrambi (Tab. IV).

Valutazione dei fattori di rischio psico-sociali

La presenza di una sintomatologia depressiva nel periodo perinatale risulta associata significativamente con i seguenti fattori: anamnesi personale positiva per disturbi psichiatrici ($\chi^2 = 12,8$, $p < 0,01$), familiarità per patologie psichiatriche ($\chi^2 = 4,5$, $p < 0,05$), conflittualità con la famiglia d'origine ($\chi^2 = 5,9$, $p < 0,05$) e con il partner ($\chi^2 = 11,5$, $p < 0,01$), difficoltà economiche del partner ($\chi^2 = 5,9$, $p < 0,05$) e, infine, con uno scarso supporto percepito da parte della famiglia d'origine ($\chi^2 = 4,1$, $p < 0,05$) e del partner ($\chi^2 = 6,7$, $p = 0,01$) (Tab. IV).

Valutazione degli stili di attaccamento

Alla valutazione mediante ECR, il 45% delle donne con DPP presenta uno stile di attaccamento sicuro, rispetto al 82% del gruppo di controllo. Il 55% delle donne con sintomatologia depressiva presenta uno stile di attaccamento insicuro: il 15% distanziante, il 10% preoccupato e il 30% timoroso. Nel nostro studio la sintomatologia depressiva nel post-partum sembra essere significativamente associata alla dimensione Ansietà ($\chi^2 = 4,7$, $p < 0,05$), indicativa di preoccupazione per le relazioni sentimentali e timore dell'abbandono, e alla dimensione Evitamento

TABELLA II.

Anamnesi psichiatrica personale e familiare dei due gruppi a confronto. *Personal and family psychiatric history of both groups compared.*

	Gruppo pazienti con DPP (n = 22)	Gruppo di controllo (n = 22)	Test del χ^2	Test della mediana p-value
Familiarità (% val)				
Si	68,2	36,4	4,5	0,035*
No	31,8	63,6		
Anamnesi personale (% val)				
Si	63,7	13,6	12,8	0,005**
Disturbi dell'umore	35,7	0		
Disturbi d'ansia	35,7	33,3		
Disturbi della Condotta Alimentare	28,6	66,6		
No	36,3	86,4		

*p < 0,05; **p < 0,01.

TABELLA III.

Anamnesi psichiatrica personale dei due gruppi a confronto. *Personal psychiatric history of both groups compared.*

Anamnesi psichiatrica (2)		
	Gruppo pazienti con DPP (n = 22)	Gruppo di controllo (n = 22)
Precedenti contatti con specialisti (% val)		
Si	47,6	9,1
No	52,4	90,9
Pregressa assunzione di terapia farmacologica (% val)		
Si	54,5	9,1
No	45,5	90,9
Psicoterapia in passato (% val)		
Si	45,5	13,6
No	54,5	86,4

($\chi^2 = 5,9$, p < 0,05), indicativa di una difficoltà ad avvicinarsi e ad affidarsi al partner, come riportato da diversi studi presenti in letteratura²⁹⁻³¹.

Valutazione delle caratteristiche di personalità

Le pazienti del campione clinico presentano al test MM-PI-2 dei profili che confermano la presenza di una condizione depressiva (D = 63,5), che tuttavia appare essere principalmente di tipo reattivo, dal momento che la scala F (*Frequency*) si attesta su un valore medio di 59,9. Le donne con depressione postnatale si mostrano ritirate, insoddisfatte nei confronti di se stesse e della vita, presentano una condizione di perdita di energia e di facile affaticabilità, associata ad un impoverimento degli stati

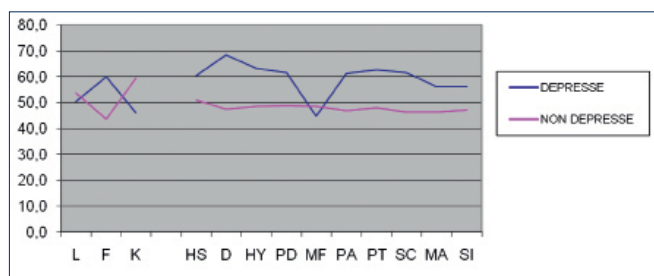
affettivi, delle capacità comunicative e ad una tendenza all'autocolpevolizzazione. La presenza di un punteggio basso nel gruppo clinico alla scala K (*Correction*), che si attesta mediamente su valori ai limiti della norma (46), è indicativo di personalità caratterizzate da rigidità, con ridotte capacità di gestione e di elaborazione dello stress, che tendono prevalentemente a fare ricorso a difese primitive.

Le madri con sintomatologia depressiva presentano, inoltre, un'ansia legata alla corporeità superiore alla media (Hs = 63,2) e lamentano sintomi somatici quali palpitazioni, cefalea, sentimenti di tensione e difficoltà di concentrazione (Hy = 60,5). Il dato più interessante è la presenza, in circa il 60% delle pazienti, di un "vallo caratteriale", formato dalle scale Pd (psicopatia), Mf (adesione allo stereotipo del femminile), Pa (paranoia), che suggerirebbe una condizione di ambivalenza della donna verso il ruolo di madre, associata ad un'importante quota di aggressività e a rapporti conflittuali con gli affetti vicini. Sono comunemente associate a tale profilo caratteristiche di immaturità, tendenza a richiedere gratificazione da parte degli altri e, al tempo stesso, insoddisfazione e sospettosità nei confronti dei bisogni altrui. Possono essere presenti, inoltre, sentimenti di rabbia e una difficoltà ad esprimerli appropriatamente, tratti passivo-aggressivi o borderline. Sebbene non si rilevino tratti ossessivi di personalità, emerge una rigidità di fondo, che rallenterebbe l'elaborazione di una nuova identità e l'adattamento al ruolo di madre, e che esiterebbe in una rigida e stereotipata adesione al ruolo femminile. Si osserva, infine, ipersensibilità nei rapporti interpersonali, che si esprime in difficoltà relazionali e nella tendenza a preferire le relazioni amicali precedenti. Nonostante la presenza del vallo caratteriale, le pazienti non dimostra-

TABELLA IV.Eventi di vita stressanti nei due gruppi a confronto. *Stressful life events of both groups compared.*

Conflittualità con gli affetti vicini e supporto previsto				
	Gruppo pazienti con DPP (n = 22)	Gruppo di controllo (n = 22)	Test del χ^2	Test della mediana p-value
Conflittualità con la famiglia di origine (% val)				
Si	40,9	9,1	5,9	0,015*
No	59,1	90,9		
Conflittualità con il partner (% val)				
Si	50	4,5	11,5	0,001**
No	50	95,5		
Difficoltà economiche del partner (% val)				
Si	33,3	4,5	5,9	0,015*
No	66,7	95,5		
Supporto familiare (% val)				
Si	59,1	86,4	4,1	0,042*
No	40,9	13,6		
Supporto del partner (% val)				
Si	50	86,4	6,7	0,01**
No	50	13,6		

* p < 0,05; ** p < 0,01.

**FIGURE 2.**

Profili medi dei due gruppi al MMPI-2. *MMPI-2 profiles: both groups compared.*

no indicatori negativi verso il trattamento farmacologico e psicoterapico. Nella Figura 2 viene illustrato il profilo medio ottenuto al test MMPI-2 nel campione clinico ed in quello di controllo.

Conclusioni

In base a quanto emerso dai dati preliminari presentati, si può supporre che le manifestazioni depressive osservate nel nostro campione, per quanto ancora esiguo, siano riconducibili a caratteristiche di personalità specifiche, che lasciano ipotizzare la presenza di disturbi nell'area dell'integrazione dell'identità e nella modulazione dell'affettivi-

tà, che affondano le loro radici in stili di attaccamento di tipo preoccupato o timoroso, basati su rappresentazioni problematiche del sé, dell'altro e della relazione. L'attivazione, durante il periodo della gravidanza, di tali modelli relazionali può agire come fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di sintomi depressivi nel periodo perinatale e nel post-partum. Approfondimenti sulle caratteristiche di personalità, sulle modalità di attaccamento e sulla relazione intercorrente tra questi ambiti appaiono utili al fine di pianificare interventi mirati, di prevenzione secondaria, al fine di sostenere la maternità e lo sviluppo delle competenze genitoriali. Inoltre, potrebbe essere interessante estendere lo studio anche alle gestanti nel primo e secondo trimestre di gravidanza, che riportino punteggi sottosoglia nelle scale utilizzate durante la procedura di screening o con diagnosi clinica di depressione minore, al fine di pianificare e programmare interventi volti ad una prevenzione primaria.

Bibliografia

- 1 Delassus JM. *Il senso della maternità*. Roma: Borla 2000.
- 2 Stern DN, Bruschweiler-Stern N, Freeland A. *La nascita di una madre*. Milano: Mondadori 2000.
- 3 Soifer R. *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Borla 1975.

- 4 Wisner KL, Chambers C, Sit DK. *Postpartum depression: a major public health problem*. JAMA 2006;296:2616-8.
- 5 Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence*. Obstet Gynecol 2005;106:1071-83.
- 6 Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. *Clinical practice. Postpartum depression*. N Engl J Med 2002;347:194-9.
- 7 Beck CT, Indman P. *The many faces of postpartum depression*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:569-76.
- 8 Wisner KL, Gracious BL, Piontek CM, et al. *Postpartum disorders: phenomenology, treatment approaches, and relationship to infanticide*. In: Spinelli MG, editor. *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2002, pp. 36-60.
- 9 Evans J, Heron J, Francomb H, et al. *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*. BMJ 2001;4:323:257-60.
- 10 Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. *Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum*. Arch Womens Ment Health 2005;8:77-87.
- 11 Brockington I. *Postpartum psychiatric disorders*. Lancet 2004;363:303-10.
- 12 Feldman R, Eidelman AI. *Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life*. Dev Sci 2009;12:194-200.
- 13 Lyons-Ruth K. *Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood*. Infant Ment Health J 2008;29:203-18.
- 14 Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, et al. *Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study*. Psychosom Med 2005;67:632-7.
- 15 Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. Gen Hosp Psychiatry 2004;26:289-95.
- 16 West M, Rose SM, Spreng S, et al. *Anxious attachment and severity of depressive symptomatology in women*. Women Health 1999;29:47-56.
- 17 Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, et al. *Maternal attachment style associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study*. Br J Psychiatry Suppl 2004;46:s31-7.
- 18 Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, et al. *Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms*. J Pers Soc Psychol 2003;84:1172-87.
- 19 Monk C, Leight KL, Fang Y. *The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment*. Arch Womens Ment Health 2008;11:117-29.
- 20 Boyce P. *Risk factors for postpartum depression: a review and risk factors. in Australian population*. Arch Womens Ment Health 2003;6(Suppl 2):S42-50.
- 21 Dennis CL. *Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health*. Arch Womens Ment Health 2004;7:183-91.
- 22 Newman LK. *Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery*. Clin Child Psychol Psychiatry 2005;10:385-94.
- 23 Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
- 24 Murray D, Cox JL. *Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS)*. J Reprod Infant Psychol 1990;8:99-107.
- 25 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press 1996.
- 26 Hathaway SR, McKinley JC. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Handbook*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1987. Trad. it. Pancheri P, Sirigatti S. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1995.
- 27 Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. *Self-Report measures of adult attachment: an integrative overview*. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford 1998, pp. 46-76.
- 28 Bartholomew K, Horowitz LM. *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*. J Pers Soci Psychol 1991;61:226-44.
- 29 Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcesche V, Glatigny-Dallay E, et al. *Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort*. Eur Psychiatry 2004;19:459-63.
- 30 Austin MP, Tully L, Parker G. *Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression*. J Affect Disord 2007;101:169-74.
- 31 Mauri M, Oppo A, Montagnini MS, et al. *Beyond "postpartum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU*. J Affect Disord 2010;127:177-84.