

Inquadramento Diagnostico della Depressione Post-Partum

di Cristina Di Paola

Introduzione

La depressione post-partum è un grave disturbo dell'umore, che può mettere in forte difficoltà la donna, già dal primo mese dopo la nascita del suo bambino. Senza un intervento tempestivo si possono avere implicazioni a lungo raggio per la madre e per il figlio. I primi mesi, che seguono la nascita del bambino, sono per ogni donna un periodo critico, durante il quale essa va incontro ad un processo di cambiamento della propria immagine, sia corporea che emotivo-relazionale. Non è facile distinguere una reazione "normale", che si esprime spesso con manifestazioni d'intensa emotività e con una sensazione d'inadeguatezza e con il timore di non essere all'altezza dei nuovi compiti, unita a una grande stanchezza dovuta alle modificazioni delle abitudini circa la veglia e il sonno a cui le poppate notturne e il sonno polifasico del bambino costringono la neomamma, dall'insorgenza di una sintomatologia francamente depressiva. Infatti, la depressione post-partum, viene per lo più utilizzata come contenitore per vari disturbi abbastanza frequenti nel puerperio. Solo la conoscenza dei fattori di rischio e il riconoscimento precoce dei sintomi consente di distinguerla da altri disturbi dell'umore e dai disturbi di ansia. E' questo il primo passo onde evitare, alle donne, diagnosi errate.

Disturbi dell'umore nel post-partum possono essere più o meno invasivi. Esiste una sostanziale distinzione tra i Maternity Blues, la Depressione Post-Partum e la Psicosi Puerperale.

I **Maternity Blues** rappresentano un fattore di rischio nella depressione postnatale (Henshaw et al. 2004) e possono essere caratterizzati ed influenzati anche da fattori psicosociali (M'bailara et al. 2005). I Maternity Blues possono essere considerati una normale reazione agli straordinari cambiamenti fisiologici, che si verificano successivamente al parto. In letteratura si parla di una prevalenza di episodi di Maternity Blues del 50%-80% nella popolazione femminile adulta (American Psychiatric Association 2000; Kennedy e Suttentfield 2001; Rubertsson et al. 2005; Halbreich, U. 2006). I sintomi, che possono iniziare nei primi giorni dopo il parto, con una punta massima intorno al quinto giorno e una remissione intorno al decimo giorno, comprendono pianto, irritabilità, stanchezza, ansia e labilità emotiva (Horowitz et al. 2005). In particolare, il disagio che la donna sperimenta nel Maternity Blues è caratterizzato dai seguenti sintomi:

- tendenza al pianto, che ne costituisce la manifestazione centrale
- stanchezza
- ansia
- ipersensibilità
- labilità dell'umore
- tristezza
- confusione mentale, cioè abbassamento delle capacità di concentrazione e difficoltà nel pensiero concettuale, che può sfociare in un leggero stato confusionale (Goodyear et al. 1997).

La donna, dopo che ha partorito, affronta un periodo di cambiamento corporeo; da gestante diviene madre, che si prende cura del proprio bambino piccolo e indifeso (Ferraro e Nunziante Cesareo 1985). Molti aspetti, che si discostano dalle aspettative materne nei confronti del suo bambino e della situazione contingente la nascita, possono contribuire a sviluppare nella donna sentimenti di tristezza e confusione. Infatti, la separazione biologica del parto trova il suo corrispettivo psicologico nella fine delle fantasie materne riguardo al feto e, soprattutto, nella delusione derivante dall'inevitabile scarto che s'interpone tra il bambino immaginato e il bambino reale (Bibring et

al.1961). E' importante che la madre tolleri lo "spazio vuoto", conseguente al parto, liberandolo dalle "proiezioni elementari" di cui lo ha colmato e riempiendolo di reciproche soddisfazioni reali (Pazzaglia et al.1981). Quel vuoto, che la donna percepisce dopo aver partorito, può essere compensato dalla presenza del neonato stesso e dal contatto fisico con esso. Il poter godere di tale contatto fisico con il proprio bambino, può aiutare la madre a ritrovare quell'unione che il parto ha irrimediabilmente rotto ed a vivere, in maniera meno traumatica, il passaggio dalla fusione alla separazione (Ferraro e Nunziante Cesareo 1985). Bisogna comunque dire che, pur non essendo ancora riusciti a isolare le cause di questo disturbo (Guedeney 1989), è possibile affermare che nei Maternity Blues sono coinvolte determinanti biologiche, psicologiche e sociali (Guedeney 1989; Raphael-Leff 1991; Verkerk et al. 2005). Solitamente, dopo qualche giorno in modo naturale, lo stato emotivo dei Maternity Blues tende a regredire spontaneamente ed a scomparire. Questo stato, non patologico, potrebbe essere, comunque, il primo passo verso una depressione post-partum, in donne a rischio e che presentano sintomi tipici della depressione non psicotica. Difficile, ancora oggi, trovare il confine tra i due tipi di disturbi dell'umore, Maternity Blues e Depressione Post-Partum (Beck, C.T. 2006) e tutto ciò raccomanda l'insistenza nella ricerca.

La **Depressione Post-Partum**, stimata intorno al 3%-15% nella popolazione femminile adulta (American Psychiatric Association 2000; Kennedy e Suttentfield 2001; Rubertsson et al. 2005; Halbreich,U. 2006), è associata a conseguenze significative sia per la madre che per il neonato. La depressione post-partum identifica un episodio depressivo maggiore temporaneamente associato all'evento della nascita. Solitamente inizia tra il primo e il terzo mese dopo il parto e può persistere anche per sei o sette mesi, se la neomamma non è curata in maniera idonea (Mallikarjun e Ovebode 2005). All'insorgenza della depressione post-partum concorrono una serie di elementi: componenti sia psichiche che corporee, cui s'associa anche il contesto ambientale e familiare, che svolge un ruolo di primo piano come luogo di sostegno alla puerpera (Dennis e Ross 2006). Infatti, sono numerosi i fattori che possono contribuire all'instaurarsi di questo disturbo. Fattori ormonali: giocano un ruolo importante nell'influenzare le funzioni nervose

(Abou-Saleh et al.1998). Le donne che sviluppano una depressione post-partum, risultano particolarmente sensibili ai cambiamenti ormonali legati alla gravidanza. Infatti, nel periodo successivo al parto, i valori di estradiolo e progesterone, di prolattina e cortisolo, così come di alcuni ormoni tiroidei, variano repentinamente, ed in particolare si registra un brusco calo di estrogeni. Queste variazioni agiscono direttamente a livello cerebrale, interferendo con i meccanismi di neurotrasmissione coinvolti nella patologia depressiva e determinando, in diversi casi, la comparsa dei sintomi depressivi (Gotlib e Lee 1996; Goodman e Gotlib 1999). Groer e Morgan (2007) hanno individuato attraverso uno studio, che mette a confronto madri non depresse e madri depresse, che queste ultime mostrano livelli bassi di prolattina; inoltre, questi autori hanno messo in evidenza che le madri depresse hanno un asse HPA disregolato. Ciò significa che, quando uno stressor non è particolarmente aggressivo ed è circoscritto ad un preciso frame di tempo, i sistemi di controllo omeostatico sono efficienti e l'asse dello stress si attiva in maniera fisiologica. In particolare si attiva il cosiddetto asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene), cioè il ciclo di attivazione e disattivazione dello stress, attuato in modo completo e corretto, attraverso l'inattivazione finale dello stimolo. Tale azione è utile per l'adattamento dell'organismo alle richieste dell'ambiente. Viceversa, quando lo stressor è più aggressivo e si protrae per un più lungo periodo di tempo, le condizioni di equilibrio omeostatico diventano precarie e si verifica un'attivazione dell'asse dello stress, che dalla fisiologia sconfinata nella patologia, cioè si diventa inabili a disattivare l'asse HPA. I fattori biologici possono incidere sul rischio di sviluppare una depressione postnatale ed il fatto che molte donne dopo il parto siano soggette a repentini cambiamenti ormonali, ma che solo alcune soffrano di una vera e propria depressione, suggerisce la presenza di una molteplicità di fattori eziopatogenici, da quello biologico a quello relazionale e psicologico, per cui tutti interagiscono e portano all'insorgenza di questa patologia (Raphael-Leff 1991). Altri fattori di rischio che possono contribuire allo sviluppo di una depressione post-partum possono essere: un'esperienza di depressione durante la gravidanza, un'esperienza di depressione antecedente, esperienze di depressione all'interno della famiglia di origine e/o un supporto sociale inadeguato, eventi della vita avversi, una situazione matrimoniale instabile, una personalità vulnerabile e la non soddisfazione delle proprie aspettative sul bambino. Molti autori (Dennis e Ross 2006; Mallikarjun e Ovebode 2005) hanno sottolineato l'importanza di fare ricerca, durante la gravidanza, per diagnosticare donne a rischio di sviluppare una depressione post-partum. Infatti, i sintomi di depressione ed ansia, durante la gravidanza e il primo periodo del post-partum, facilitano il rischio di depressione. Dal punto di vista psicologico i riferimenti teorici in letteratura spaziano da quelli cognitivo-comportamentali, a quelli psicodinamici, a quelli sistemico-relazionali. La teoria cognitivo-comportamentale, ed in particolare la teoria della depressione di Beck, utilizza per la spiegazione della depressione post-partum, costruiti come il comportamento di malattia, il coping, e soprattutto lo schema di sé (Beck 1987). La Field, ad esempio, ha messo in evidenza come le madri depresse tendano ad interpretare l'evitamento del

contatto oculare dei loro bambini non nella chiave positiva di autoregolazione del lattante o, realisticamente, di risposta al loro comportamento distaccato o intrusivo, quanto piuttosto negativamente come una prova del fatto che il loro bambino non le ama (Field 1981). Da una prospettiva psicodinamica la depressione post-partum insorge a causa di un conflitto non riconosciuto ed ambivalente connesso al riemergere del conflitto infantile tra la neomamma e i suoi genitori. Alcuni autori, d'orientamento psicoanalitico, hanno sottolineato come la riattivazione, durante la gravidanza e nel periodo postnatale, di sentimenti ambivalenti irrisolti della donna riguardanti il proprio rapporto con i genitori durante l'infanzia, l'eccessiva idealizzazione della gravidanza e i conflitti sulla propria identità femminile, possano evolvere in depressione post-partum (Deutsch 1945; Bibring et al.1961; Racamier et al.1961, 1978; Pazzaglia et al.1981). Alcuni autori hanno, invece, messo in evidenza come la depressione post-partum influisca sulla relazione madre-bambino e, nonostante la sua presenza fisica, la madre depressa non è emozionalmente disponibile per il suo bambino e tende ad essere inaccessibile all'interazione con lui. Ella, infatti, non "rispecchia" il comportamento del neonato ed il gioco reciproco è, solitamente, sporadico, interrotto e con un basso tono emotivo (Sameroff et al.1982; Field 1992, 1994; Zucherman et al.1990; Weinberg e Tronick 1997). Il modello sistemico-relazionale mette in evidenza le dinamiche relazionali patologiche, quali fattori di rischio per l'insorgenza della depressione post-partum e sottolinea come, nelle società occidentali industrializzate, i costumi e i rituali che accompagnavano la transizione verso il nuovo stato di maternità (si pensi, ad esempio, ai riti di purificazione per il reinserimento delle puerpere nella collettività, dopo quaranta giorni dal parto, i quali si sono andati progressivamente perdendo), a favore di una medicalizzazione della gravidanza e del parto. Per cui, oggi, se non ci sono problematiche, la neomamma viene dimessa, dopo due o tre giorni dal parto, ed ella si ritrova a casa ad affrontare, spesso sola, i problemi dell'accudimento del suo bimbo appena nato. Problemi che a volte la preoccupano così tanto da non consentirle di vivere a pieno l'esperienza dell'attaccamento e di quella "sintonizzazione degli affetti", così importante per lo sviluppo del suo bambino (Stern 1977; Stern 1985; Stern 1995a; Stern 1995b; Stern e Bruschiweiler-Stern 1999). A tal proposito vorrei accennare al costrutto teorico di Winnicott (1965), il quale ha definito "preoccupazione materna primaria", quello stato psicologico caratterizzato dalla profonda ed assorbente partecipazione della madre alle fantasie ed alle esperienze del figlio, caratteristica questa naturale, biologicamente radicata ed adattiva, degli ultimi tre mesi della gravidanza ed i primi mesi di vita del bambino. Winnicott (1956,1965) paragona questo "stato psichico molto particolare della madre" a uno stato di ritiro, a uno stato di dissociazione, ad una fuga e perfino ad un disturbo più profondo, quale un episodio schizoide, in cui uno degli aspetti della personalità prende temporaneamente il sopravvento. La capacità di entrare ed uscire da questo particolare status psicologico conferisce alla donna la qualità di "madre devota", cioè capace di essere temporaneamente in grado di preoccuparsi in maniera assoluta del proprio bambino, distogliendo la propria attenzione dal mondo circostante, giusto il tempo

necessario a soddisfare il proprio bisogno di cura materna. Sono queste le situazioni in cui con più facilità, la depressione post-partum tende a scomparire spontaneamente ed evolvere verso il ripristino di un funzionamento psicologico maggiormente adattivo (Ammanniti et al. 2007).

La **Psicosi Puerperale** è un disturbo grave associato ad alti tassi di suicidio e d'infanticidio, che il DSM-IV-R situa all'interno della categoria del «disturbo psicotico non altrimenti specificato». Fortunatamente l'incidenza di tale disturbo, 0,3% - 2% nella popolazione femminile adulta (American Psychiatric Association 2000; Kennedy e Suttentfield 2001; Rubertsson et al. 2005; Halbreich, U. 2006), è bassa e da uno studio epidemiologico classico (Kendell et al. 1987) risulta riguardare una o due donne ogni 1000 parti. Vari studi hanno evidenziato l'esistenza di diverse forme di psicosi puerperale: Soifer (1971) l'ha descritta come uno stato in cui la donna si ritira in sé stessa, è triste, rifiuta totalmente il suo bambino affermando di non sopportarlo e di non volerlo vedere, è apatica, trasandata, non si preoccupa della sua igiene personale, presenta insonnia e inappetenza. Può anche presentare sintomi quali: deliri, allucinazioni, per lo più uditive ed idee deliranti di tipo paranoide, per esempio il timore che qualcuno la derubi o le usi violenza; estrema agitazione, confusione mentale e rapidi sbalzi di umore. Può, inoltre, presentare sentimenti di auto-svalutazione ed auto-riprovazione di natura melanconica, per cui la donna si sente inutile ed incapace d'accudire ai propri figli. Questo stato può avere una remissione spontanea e può durare qualche giorno, mese o anno. Nella remissione spontanea riveste un ruolo molto importante la capacità dei familiari di tollerare, assorbire e rielaborare l'angoscia che determina questa situazione (Soifer 1971; Cox et al. 1993). La psicosi post-partum può includere anche sintomi caratteristici della depressione post-partum, ma per la sua gravità è assolutamente importante che non venga confusa con questa. Infatti, per alcune donne, con un particolare tipo di personalità, l'evento "parto" può causare forti squilibri così profondi da configurare il quadro clinico della psicosi puerperale. Sono le donne con personalità di tipo borderline che sembrano essere abili a tollerare l'unità madre-bambino solo al livello organico. Durante il puerperio, in queste donne, si viene a stabilire, tra madre e feto, un'unità vissuta come unicamente identità biologica, incapace di integrare l'aspetto psicologico e relazionale, poiché tutto ciò che richiama la presenza della gravidanza viene percepito come fonte d'angoscia. Al momento del parto si viene però a creare una profonda frattura tra madre e bambino, ed è in questo momento che emerge l'incapacità della donna, con personalità di tipo borderline, di ricostruire una nuova identità in cui si compenetrano e si fondono aspetti corporei insieme con aspetti psicologici. Per cui è intuibile come madri, con personalità borderline, possano difficilmente tollerare la sensazione di essere trascinate ed incastrate dal neonato in una nuova unione simbiotica, che implica il riemergere di vissuti e fantasie relative al tema dell'identificazione e, più in generale, del rapporto con la propria madre. Perciò possiamo sintetizzare che la psicosi post-partum rappresenti una "fuga dall'abbraccio simbiotico" ed è anche un modo per negare il contatto fisico

con il neonato (Pazzaglia et al. 1981). Altri autori hanno messo in luce il quadro clinico della "psicosi puerperale di tipo maniacale". Questa sindrome si presenta con episodi di umore eccessivamente elevato, indifferenza nella cura del neonato, incapacità di accettare i cambiamenti, che la nuova situazione richiede allo stile di vita precedente, al punto di che, dalla 2°-3° settimana, la donna cerca di rimanere, il più a lungo possibile, distante dal neonato. L'umore di queste donne è costantemente iperattivo ed irritabile. Quando il disagio regredisce spontaneamente e la donna all'apparenza sembra prendersi cura del bambino, ma in realtà delega altri ai propri compiti di caregiving, ci troviamo di fronte a situazioni in cui si manifestano i maggiori rischi per il futuro. Difatti, la remissione ha avuto luogo in conformità ad una profonda dissociazione della personalità, attuata attraverso la negazione e rimozione dei vissuti persecutori e depressivi, quindi l'assunzione del ruolo materno è incompleta e parziale (Zuckerman et al. 1990). All'opposto abbiamo i casi in cui la donna si prende eccessivamente cura del proprio bambino, trascurando sé stessa, la famiglia, la casa, il lavoro. Questa situazione può portare a una situazione altamente depressiva per la donna, la quale avrà sperimentato conflitti e delusioni, tanto da poter arrivare ad avere persistenti idee suicidarie (Soifer 1971; Schmiege e Russo 2005).

Bibliografia:

- Abou-Saleh, M.T., Ghubash, R., Kruymiski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23 (5).
- American Psychiatric Association, (2000). *DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC). Tr.it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Ammanniti, M., Cimino, S., & Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy - An International Quarterly*, 1.
- Beck, C.T. (2006). Postpartum depression: it isn't just the blues. *The American Journal of Nursing*, 106 (5).
- Bibring G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., & Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanal Study of the Child*, 16.
- 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.
- Dennis, C.L., & Ross, L.E. (2006). Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: Identifying maternal characteristics related to true - and false - positive screening scores. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (5).
- Deuch, H. (1945). *Psychology of women. A psychoanalytic interpretation*, vol.2. Motherhood. New York: Grune and Stratton. Tr.it. *Psicologia della donna adulta e madre*. 2° edizione. Torino: Boringhieri, 1973.
- Ferraro, F., & Nunziante Cesareo, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato: la gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. Milano: Franco Angeli.
- Field, T. (1981). Infants gaze aversion and heart rate during face to face interactions. *Infant Behavior & Development*, 4.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4.
- Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotional regulation. In: Fox, A., ed. *The development of emotion regulation biological and behavioral consideration. Monography Society Research Child Development*, 59.

- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106.
- Goodyer, I.M., Herbert, J., Secher, S.M., & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 184 (suppl.46).
- Gotlib, I.H., & Lee, C.M. (1996). Impact of parental depression on young children and infants. In: Moundt, C., Goldstain, K., Hahlweg, P., Fielder, P., eds. *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Groër, M. W., & Morgan, K. (2007). Immune, health and endocrine characteristics of depressed post-partum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 32 (2).
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de L'Enfant*, 32.
- Halbreich, U. (2006). Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 88 (1).
- Henshaw, S., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk-factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25 (3-4).
- Horowitz, J.A., Damato, E.G., Duffy, M.E., & Solon, L. (2005). The relationship of maternal attribute, resources and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research and Nursing & Health*, 28 (2).
- Kendell, R.E., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C., & Ingram, R.E. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150.
- Kennedy, R., & Suttentfield, K. (2001). Post partum depression. *Medscape Psychiatry and Mental Health Journal*, 6 (4).
- M'baïlara, K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Roux, D., Mallikarjun, P.K., & Ovebode, F. (2005). Prevention of postnatal depression. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125 (5).
- Mallikarjun, P.K., & Ovebode, F. (2005). Prevention of postnatal depression. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125 (5).
- Pazzaglia, A., Benvenuti, P., & Rossi Monti, M. (1981). *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Racamier, P.C. (1978). A propos des psychoses de la maternité. In: Soule M. *Mère mortifère, mère meurtrère, mère mortifiée*. Paris: ESF.
- Racamier, P.C., Sens, C., & Carrettier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'évolution Psychiatric*, 4.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Rubertsson, C., Waldenstrom, U., Wickberg, B., Radestad, I., & Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (2).
- Sameroff, A.J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk of emotional disorders. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (7).
- Schmiege, S., & Russo, N.F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 331.
- Soifer, R. (1971). *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Edizione Kargieman. Tr.it.: *Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio*. Roma: Edizioni Borla, 1975.
- Stern, D.N. (1977). *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Tr.it. Roma: Armando Editore, (1982).
- Stern, D.N. (1985). The interpersonal world of infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books. Tr.it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, (1987).
- Stern, D.N. (1995a). The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic Books. Tr. it.: *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Stern, D.N. (1995b). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.
- Stern, D.N., & Bruschweiler-Stern, N. (1999). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Tr.it. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.
- Verkerek, G.J.M., Denollet, J., Van Heck, G.L., Van Son M.J.M., & Pop, V.J.M. (2005). Personality factors are determinants of depression in postpartum women: A prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67 (4).
- Winnicott, D. (1956). La preoccupazione materna primaria. Tr.it In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli Editori, 1975.
- Winnicott, D. (1965). *Maturation processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Weinberg, M.K., & Tronick, E.Z. (1997). Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation. In: Noshpitz, J.D., ed. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, vol.1. Infant and Preschoolers. Development and Syndromes*. New York: John Wiley & Sons.
- Zuckerman, B.S., Bauchner, H., Parker, S., & Cabrai, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11 (4).