



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello
Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni
Interpersonali**

Elaborato finale

**Depressione postpartum nei padri:
quali effetti sullo sviluppo socioemotivo dei
bambini?**

*Postpartum depression in fathers:
what effects on children's socioemotional development?*

Relatrice/Relatore

Prof.ssa Ughetta Micaela Maria Moscardino

Laureanda: Alice Magistro

Matricola: 1220720

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUZIONE | 3 |
| CAPITOLO 1 Panoramica generale..... | 5 |
| 1.1 Definizione e sintomatologia..... | 5 |
| 1.2 Diffusione nazionale e internazionale..... | 6 |
| 1.3 Eziologia e fattori di rischio..... | 7 |
| CAPITOLO 2 Effetti sull'interazione padre-figlio e sullo sviluppo del bambino..... | 12 |
| 2.1 Interazioni padre-figlio: effetti a breve e a lungo termine | 12 |
| 2.2 Problemi emotivi e comportamentali nel bambino..... | 15 |
| CAPITOLO 3 Valutazione e interventi..... | 19 |
| 3.1 Strumenti per diagnosticare la PPND..... | 19 |
| 3.2 Interventi per la PPND | 22 |
| RIFLESSIONI CONCLUSIVE..... | 26 |
| RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI | 29 |

INTRODUZIONE

Nel corso dei miei studi accademici ho spesso sentito parlare della figura paterna come di una figura importante tanto quanto la madre, ma poi raramente ho studiato interventi specifici con i padri o teorie dell'attaccamento basate su questa figura genitoriale. Mi ha sempre incuriosito conoscere il ruolo che la figura paterna può ricoprire nella vita e nello sviluppo di un bambino e quale tipo di relazioni si instaurino o possano nascere tra loro, anche in base al tipo di personalità, atteggiamenti, credenze e contesto. Partendo da queste curiosità, mi sono trovata a riflettere su quali fossero le conseguenze dell'aver un padre con delle problematiche e ho deciso di approfondire la Depressione Post Partum paterna (*Paternal Postnatal Depression; PPND*), un fenomeno che ha ricevuto decisamente meno attenzione del corrispettivo disturbo nella figura materna.

L'obiettivo di questo elaborato è quindi offrire un quadro generale riguardo le ultime ricerche scientifiche condotte sulla PPND attraverso una descrizione dei sintomi, della sua diffusione, dei fattori di rischio per un uomo che sta diventando padre. Inoltre, vengono presentati in maniera sintetica gli strumenti principali a disposizione dei clinici per poter diagnosticare questo disturbo e i trattamenti che sono risultati più efficaci. Più specificatamente, vengono riassunti i risultati delle ricerche condotte negli ultimi anni sulle conseguenze della PPND per la relazione tra padre e figlio e per lo sviluppo del bambino nel breve e lungo termine.

Nel primo capitolo viene fornita una definizione del disturbo secondo il DSM-V e sono presentati i principali sintomi e fattori di rischio di questa condizione, con alcuni dati inerenti alla diffusione nazionale e internazionale.

Nel secondo capitolo si pone in evidenza la relazione padre-figlio e i cambiamenti che la riguardano in seguito alla PND paterna; vengono inoltre illustrate le conseguenze sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino secondo le ultime ricerche, con alcuni riferimenti riguardanti gli effetti a lungo termine.

Nel terzo capitolo, infine, si trattano brevemente i principali strumenti per diagnosticare la PPND e le tecniche più diffuse che vengono utilizzate per il trattamento di tale disturbo.

CAPITOLO 1

Panoramica generale

1.1 Definizione e sintomatologia

È difficile trovare una definizione chiara e precisa della depressione post partum paterna (PPND). All'interno del DSM-V (APA, 2013) si definisce il “*disturbo depressivo maggiore con esordio nel peripartum*” come un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza o entro quattro settimane successive al parto.

Da una ricerca emerge che la PPND può essere definita come depressione nel padre con un esordio durante la gravidanza o entro un anno dalla nascita del bambino (Freitas et al., 2016). Più ricerche evidenziano che la massima prevalenza di PND paterna si manifesti poi tra i tre e i sei mesi dopo il parto (Albicker et al., 2019; Biebel & Alikhan, 2018; Scarff, 2019). Nonostante sia già da diverse ricerche, e da più anni, confermata l'esistenza e l'influenza della PPND, nel DSM-V tuttavia non viene citata all'interno del paragrafo dedicato a questo disturbo la possibilità che possa riguardare anche la figura paterna.

Diverse ricerche sottolineano che i parametri utilizzati per diagnosticare la PND nelle donne sono utili e validi anche per i padri, nonostante la sintomatologia presenti alcune differenze (Albicker et al., 2019; Bruno et al., 2020). Molti sintomi della PND sono simili per i padri e le madri, tra cui perdita di interesse nelle attività, sentimenti di inutilità o senso di colpa, grave ansia e incapacità di concentrazione. Altri sintomi invece

sono unici per gli uomini, tra questi si possono individuare irritabilità, indecisione, impulsività, comportamento violento, comportamento di evitamento, abuso di sostanze (Biebel & Alikhan, 2018).

In uno studio in cui si chiedeva ad alcuni esperti internazionali di rispondere a qualche domanda riguardo la PPND (Freitas et al., 2016), un numero moderato ha indicato i seguenti criteri diagnostici: *"Padre che ha un basso tono dell'umore, pensieri negativi, problemi somatici (poca fame, perdita di peso, problemi di sonno), insieme a sintomi di "depressione maschile mascherata" come irritabilità, ritiro/isolamento e aumento dell'uso di sostanze (o altri tipi di attività dopaminergiche come il gioco d'azzardo e la truffa) durante la gravidanza o entro un anno circa dopo il parto"* (p.133).

1.2 Diffusione nazionale e internazionale

I dati relativi alla diffusione e incidenza della PPND non sono univoci. Secondo alcuni studi, la prevalenza varia da 1,2% a 25% (Wang et al.,2021), mentre altre ricerche riportano che la percentuale di nuovi padri che soffre di PND si colloca tra il 5% e il 10% (Eddy et al., 2019). Una meta-analisi di Cameron et al. (2017) ha rivelato un tasso di depressione dell'8,4% nei padri durante la gravidanza e fino a un anno dopo il parto, con una prevalenza più alta del 13% nel periodo post partum da tre a sei mesi. La differenza rispetto alla PND materna è che, nel caso dei padri, questo disturbo può presentarsi anche un anno dopo la nascita del figlio, nelle donne invece si manifesta soprattutto entro il primo mese di vita del bambino oppure già durante la gravidanza.

In Italia si stima un'incidenza tra il 5 e 10% (Ministero della Salute, 2017), è difficile però trovare dati aggiornati sull'incidenza della PPND anche in siti governativi, dove invece sono presenti le percentuali delle madri che ne soffrono.

Le ricerche condotte negli ultimi anni suggeriscono che l'incidenza della PPND varia dal 4% al 25% (Albicker et al., 2019; Bruno et al., 2020).

1.3 Eziologia e fattori di rischio

Quando si parla di fattori di rischio di un disturbo ci si riferisce a variabili che sono statisticamente correlate con l'insorgere di una certa problematica. I fattori di rischio indagati per comprendere le cause dell'insorgenza della PND sono molteplici, così come le ricerche che negli anni sono state condotte per indagarli.

In base alla letteratura più recente, i principali fattori di rischio della PPND sono raggruppabili in tre macrocategorie (Bruno et al., 2020; Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014): fattori biologici, fattori psicosociali e fattori socio-ambientali.

Fattori biologici. Ci si riferisce soprattutto ai cambiamenti a livello ormonale. Questi fattori sono stati esaminati in particolare in due ricerche (si veda Bruno et al., 2020; Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014), secondo cui bassi livelli di testosterone sono correlati con sintomi depressivi sia paterni che materni. Già durante la gravidanza normalmente diminuiscono per ridurre l'aggressività e promuovere atteggiamenti di cura nei confronti del bambino. Altri ormoni rilevanti sono gli estrogeni: la PPND, infatti potrebbe essere legata a una riduzione dei livelli di questo tipo di ormoni. Tra gli uomini,

i livelli di estrogeni aumentano durante gli ultimi mesi di gravidanza della partner fino al primo periodo post partum, promuovendo comportamenti più operativi e “materni”. I risultati di alcune ricerche suggeriscono che i livelli di estrogeni sono coinvolti nella regolazione del comportamento paterno premuroso, e che la disregolazione dei recettori costituisce un importante fattore di rischio per l’insorgenza di un umore depresso nei padri (Bruno et al., 2020) insieme a livelli sbilanciati di estrogeni (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014).

Anche il cortisolo sembra svolgere un ruolo importante, trattandosi di un ormone che regola le reazioni fisiologiche alle esperienze stressanti. Normalmente un alto livello di cortisolo indica alti livelli di stress, ma nel periodo della gravidanza e del post partum è invece indice di maggiore sensibilità verso il bambino. Un livello più basso di cortisolo tra alcuni padri è collegato alla loro difficoltà nel legame affettivo con il bambino e a un tono dell’umore basso (Freitas et al., 2016). Inoltre, è stato dimostrato che la vasopressina aumenta nei padri dopo il parto (come l’ossitocina nelle madri), svolgendo un ruolo importante nel migliorare il legame genitore-figlio. I padri con bassi livelli di vasopressina potrebbero avere difficoltà nel comportamento genitoriale ed essere più inclini alla depressione. In modo simile, i livelli di prolattina negli uomini tendono ad aumentare gradualmente durante la gravidanza fino al primo anno post-natale. Una riduzione di questo ormone potrebbe causare difficoltà di adattamento alla paternità e quindi una maggiore suscettibilità ad un umore negativo.

Altri fattori biologici individuati nella ricerca di Freitas et al. (2016) sono cambiamenti nella dieta o nell'alimentazione, una predisposizione biologica, problemi di salute associati alla depressione, come il diabete e disturbi della tiroide, e l'uso di sostanze.

Fattori psicosociali. I fattori psicosociali vengono descritti come la combinazione tra stato sociale, emotivo e cognitivo capace di influire sullo stato di salute. Vi sono diversi fattori di rischio psicosociali per la PPND. Il più forte predittore per lo sviluppo della depressione paterna è l'aver una partner che soffre a sua volta del disturbo, infatti i tassi di PPND nei padri con una moglie/compagna depressa variano da 24% a 50%; questo è accompagnato da stati d'animo di impotenza, paura, confusione, incertezza sul futuro (Bruno et al., 2020; Letourneau et al., 2011; Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014; Wang et al., 2021).

Un secondo fattore comprende alcuni tratti di personalità e precedenti malattie. Ad esempio, la ricerca ha confermato che, negli uomini, alti livelli di nevroticismo sono indicatori di depressione entro il primo anno dalla nascita del bambino, oltre a tratti depressivi, bassi livelli di estroversione e anche una storia di abusi (Bruno et al., 2020). In modo simile l'aver una storia di disturbo dell'umore e/o dell'ansia, oppure un precedente episodio di depressione durante e/o dopo una gravidanza, aumenta il rischio di sviluppare la PPND (Freitas et al., 2016). Gli studi dimostrano che il tasso di depressione dei padri che hanno sofferto di disturbi mentali prima e/o durante la gravidanza è più alto tre e dodici mesi dopo il parto, oltre a rilevare un livello di stress più alto (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014). I più comuni disturbi mentali co-occorrenti con la depressione nel

periodo postnatale sono i disturbi ossessivo-compulsivi (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014).

Alcuni padri hanno riferito che qualche sintomo somatico nel periodo post partum ha influenzato la probabilità di depressione, tra cui eccessiva stanchezza, irritabilità, nervosismo e insonnia. (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014). Alti livelli di stress durante la gravidanza - e mesi dopo il parto - sono inoltre considerati predittivi di una sintomatologia depressiva (Bruno et al., 2020; Wang et al., 2021). Lo stress legato alle relazioni con la partner può influenzare notevolmente l'umore del padre nel periodo post partum (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014).

Tra i fattori di rischio psicosociali rientrano anche una gravidanza inaspettata, precedenti aborti, scarse informazioni sul parto e sulla gravidanza e anche una percezione di scarsa capacità genitoriale (Bruno et al., 2020). Tutti questi fattori possono a loro volta aumentare il livello di stress percepito.

Fattori socio-ambientali. I fattori socio-ambientali riguardano alcune caratteristiche del contesto in cui è inserito l'individuo. Ad esempio, bassi livelli di soddisfazione e coesione coniugale sono associati ad alti livelli di sofferenza. Durante la transizione alla genitorialità le tipologie di attaccamento insicuro (evitante e ambivalente) possono rappresentare fattori scatenanti ansia e depressione (Bruno et al., 2020; Wang et al., 2021). Avere uno scarso sostegno sociale, essere disoccupati o avere conflitti lavoro-famiglia sono a loro volta fattori di rischio importanti, in particolare queste ultime due variabili sono correlate alla percezione di sé come un fallimento nel raggiungere la

competenza del ruolo paterno che, a sua volta, è significativamente predittiva di problemi di salute mentale paterna (Bruno et al., 2020; Freitas et al., 2016; Wang et al., 2021)

La PND paterna è un disturbo mentale risultante da una combinazione di fattori di vulnerabilità e fattori di coppia piuttosto che da una singola condizione. Si noti che molti di questi fattori sono simili a quelli riscontrati in studi precedenti sulla PND materna, quali lo status socioeconomico, il supporto sociale, la storia di depressione, la qualità del matrimonio e l'eventuale gravidanza pianificata (Wang et al., 2021).

Il predittore più forte, tuttavia, sembra essere la depressione post partum della partner, come già accennato in precedenza. Questo dato è molto importante, poiché indica che nei casi in cui alla madre viene diagnosticata una PND, è fondamentale elaborare un intervento che riguardi tutto il nucleo familiare e il padre per prevenire l'insorgenza dello stesso disturbo anche nell'altra figura genitoriale, il che avrebbe effetti ancora più dannosi sullo sviluppo dei figli.

CAPITOLO 2

Effetti sull'interazione padre-figlio e sullo sviluppo del bambino

2.1 Interazioni padre-figlio: effetti a breve e a lungo termine

Un numero crescente di studi suggerisce che molti padri con depressione mostrano le capacità di interagire con i loro bambini proprio come le madri con depressione (Biebel & Alikhan, 2018), quindi molti risultati ottenuti da studi sulla PND materna sono stati trovati anche nelle ricerche su quella paterna. In generale, avere un caregiver che soffre di depressione ha effetti dannosi sullo sviluppo cognitivo, sociale, emotivo e comportamentale dei bambini, nonché sulle interazioni genitore-bambino (Biebel & Alikhan, 2018; Eddy et al., 2019).

Uno degli studi più noti in questo ambito è quello di Sethna et al. (2012), dove è stato analizzato il modo di dialogare del padre depresso durante le interazioni faccia a faccia con il figlio di tre mesi. Le osservazioni sono state svolte con 38 diadi padre-bambino (n=19 con disturbo depressivo e n=19 senza depressione) di origine britannica nelle case delle rispettive famiglie; durante la procedura il padre sedeva di fronte al bambino sistemato su un seggiolino, e gli si chiedeva di interagire con il figlio in maniera usuale, senza giocattoli, per tre minuti. Dopo la valutazione osservativa, al padre veniva somministrata un'intervista strutturata. Questo studio è risultato particolarmente importante, poiché unico in questo ambito negli ultimi dieci anni. Gli autori sono partiti dall'assunto per cui conversare con i genitori contribuisce all'acquisizione del linguaggio

del bambino, e allo sviluppo emotivo e cognitivo. In particolare, l'analisi delle interazioni verbali tra genitori e bambino durante gli scambi faccia a faccia nei primi mesi postnatali può essere particolarmente rilevante per identificare gli aspetti del comportamento interattivo influenzato dalla depressione.

Dai risultati è emerso che la depressione paterna era associata a una maggiore proporzione di commenti negativi, sia focalizzati sul bambino che su sé stessi. Inoltre, i padri depressi hanno anche fatto più commenti critici e meno commenti mentalizzanti in relazione allo stato fisiologico dei loro bambini, rispetto al gruppo di controllo di padri non depressi. Il discorso dei padri depressi era più incentrato sulla propria esperienza e meno sull'esperienza dei loro figli.

Gli stessi studiosi, qualche anno dopo (Sethna et al., 2015), hanno indagato l'interazione tra padre e figlio di tre mesi attraverso l'osservazione di 192 diadi con la maggioranza dei padri residenti nel Regno Unito. Hanno valutato le seguenti dimensioni dell'interazione paterna: (1) sensibilità: risposta paterna ai segnali di comunicazione del bambino in un modo che è appropriato ai suoi bisogni e alle sue esperienze, compresi l'atteggiamento e i sentimenti nei suoi confronti; (2) invadenza: attività vocale e fisica troppo stimolante intorno al bambino, interrompendo la sua comunicazione, usando giochi corporei, stimolazione tattile, e vocalizzazioni imprevedibili ed eccitanti; (3) lontananza: ritiro e disimpegno manifestato verbalmente, psicologicamente e fisicamente; (4) affetto depressivo: stato affettivo e livello di godimento nell'interazione con il bambino, compresa l'ansia, attività vocale e fisica.

Le osservazioni delle interazioni padre-figlio avvenivano a casa in due situazioni differenti: una con il bambino posizionato in un seggiolino, e l'altra con il bambino su un tappetino a terra e il padre seduto di fronte al bambino. I padri dovevano giocare e parlare con il loro bambino come avrebbero fatto normalmente, ma senza usare alcun giocattolo o oggetto. Nella prima situazione, i punteggi depressivi paterni non erano associati a nessuna delle dimensioni dell'interazione padre-figlio. Nel setting pavimento-tappeto, i padri con maggiori sintomi depressivi erano meno intrusivi. È probabile che la sessione di gioco libero abbia permesso ai comportamenti depressivi di emergere, portando al ritiro del genitore, mentre l'impostazione del seggiolino richiedeva maggiore coinvolgimento da parte del genitore. Questa osservazione è particolarmente di rilievo, considerando che i bambini di tre mesi necessitano di molto coinvolgimento nel gioco libero per lo sviluppo cognitivo e sociale.

Lo studio ha fatto emergere che i padri con alti livelli di depressione mostravano maggiore affetto negativo nelle loro interazioni e meno invadenza, cioè usavano meno stimoli fisici e vocali, rispetto ai padri non depressi.

Altre ricerche hanno trovato che i sintomi depressivi postpartum nei padri erano associati a meno pazienza e tolleranza, a un minor piacere nell'interazione e a un minore affetto e orgoglio verso i loro bambini (Ip et al., 2018). Inoltre, i padri depressi avevano una minore capacità di accudire e controllare, ed erano più propensi a rifiutare i loro figli.

A lungo termine, la PPND sembra ridurre il tempo che i padri passano con i figli: c'è una limitazione nelle attività educative o ricreative con i bambini, come il gioco, il racconto di storie, cantare canzoni e altre attività ludiche (Bruno et al., 2020). Tutto ciò

porta a conseguenze negative per lo sviluppo generale del bambino e del vocabolario espressivo (Bruno et al., 2020; Ip et al., 2018).

In sintesi, i padri con PND sono più ritirati, manifestano meno stimoli vocali, verbali, tattili e comportamentali con i loro bambini dai due mesi e mezzo, fino ai quattro mesi (Kokkinaki, 2015; Sethna et al., 2015). Inoltre, nell'interazione con il proprio figlio i padri depressi fanno maggiormente discorsi centrati su di sé piuttosto che sul bambino (Sethna et al., 2012) e tendono a essere più aggressivi e critici (Kokkinaki, 2015).

Uno studio ha mostrato che i padri con PPND hanno anche difficoltà a valutare correttamente le espressioni facciali emotive, e per questo possono essere meno reattivi e meno sensibili ai loro bambini, e quindi presentare un modello di interazione con i loro figli che è più negativo (Koch et al., 2019).

La PND nei genitori è associata a comportamenti inadeguati dei genitori stessi e a un'alterata percezione dello stato di salute e dei bisogni del bambino (Bruno et al., 2020) che possono contribuire allo sviluppo di un'interazione padre-figlio disfunzionale; a sua volta, quest'ultima può portare a problemi di sviluppo nei bambini (Ip et al., 2018).

2.2 Problemi emotivi e comportamentali nel bambino

Abbiamo visto che la depressione compromette la qualità della relazione tra padre e bambino e le cure paterne; molte ricerche indicano che ciò ha delle importanti conseguenze sullo sviluppo del bambino in vari domini: cognitivo, emotivo, sociale,

comportamentale, compromettendo anche le capacità regolatorie e di mentalizzazione (Bruno et al., 2020).

Le conseguenze dei sintomi depressivi del caregiver possono manifestarsi nel bambino sia a breve che a lungo termine. Gli effetti sui figli di padri depressi sono molteplici; di seguito sono presentati quelli principali, divisi per età di sviluppo in cui compaiono.

Età prescolare e scolare. Alcuni studi indicano che i bambini con un padre che manifesta la PND hanno il doppio delle probabilità di sviluppare un disturbo psichiatrico entro i sette anni (Eddy et al., 2019; Low et al., 2022); inoltre, sono stati osservati degli effetti negativi sul funzionamento esecutivo dei bambini (Vänskä et al., 2017). Alcuni studi hanno riportato una relazione positiva tra PND e sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Low et al., 2022) rilevati nella prima e nella tarda infanzia. I sintomi internalizzanti possono essere definiti come difficoltà focalizzate internamente, come la tristezza, l'ansia e la preoccupazione. I comportamenti esternalizzanti invece possono essere definiti come problemi comportamentali focalizzati esternamente, come l'aggressività, irritabilità, comportamenti aggressivi o distruttivi. Altri effetti negativi sono stati riscontrati in riferimento alla ricchezza del vocabolario espressivo a 24 mesi (Bruno et al., 2020), allo sviluppo neurobiologico, a difficoltà sociali e accademiche (Sweeney & MacBeth, 2016). Inoltre, sono stati rilevati problemi emotivi in bambini di età compresa tra due mesi e gli otto anni (Sweeney & MacBeth, 2016).

Adolescenza. I figli di un padre che ha avuto la PND possono manifestare disturbi psicopatologici, disturbi da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) disturbi della

condotta, disturbo oppositivo (ODD) anche molti anni dopo (Biebel & Alikhan, 2018; Eddy et al., 2019; Bruno et al., 2020). Inoltre, vi è un aumento del rischio di funzionamento adolescenziale negativo, in particolare sintomi internalizzanti, in ragazzi di età tra 11 e 21 anni (Sweeney & MacBeth, 2016).

Età adulta. Alcuni studi suggeriscono che, da adulti, questi bambini possono sviluppare forme di psicopatologia (Cui et al., 2020). Altre conseguenze osservate a lungo termine sono alti livelli di ansia, ideazione suicida e tassi depressione (Bruno et al., 2020; Biebel & Alikhan, 2018). Vi è inoltre un rischio maggiore di ospedalizzazione psichiatrica e disturbi ricorrenti (Sweeney & MacBeth, 2016).

La prima infanzia è stata identificata come un periodo molto sensibile per lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino (Cui et al., 2020; Sweeney & MacBeth, 2016). Ci sono alcune ragioni chiave che possono spiegare questo. Ad esempio, i bambini in età prescolare interagiscono di più con i loro padri in quanto sono mobili, comunicativi e più consapevoli del ruolo paterno. Inoltre, l'età dei quattro anni è un periodo cruciale di transizione verso un funzionamento sociale più indipendente nei bambini e un'età in cui i bambini mostrano problemi di comportamento che possono essere facilmente valutati.

Cui et al. (2020) hanno documentato che i maschi hanno più probabilità di essere sensibili alla depressione dei loro padri rispetto alle femmine, in particolare nella prima infanzia. L'esposizione precoce alla PPND può comportare una maggiore vulnerabilità e uno sviluppo atipico per i bambini. Pertanto, i figli di padri con depressione perinatale nella prima infanzia possono essere considerati come una popolazione ad alto rischio, e

gli interventi possono essere eseguiti per compensare l'impatto negativo della PPND sul loro sviluppo (Cui et al., 2020).

Come detto in precedenza, l'impatto sul bambino riguarda molte aree di funzionamento. Kokkinaki (2015) suggerisce che ci sono quattro fattori legati alla depressione postnatale che possono portare a difficoltà nello sviluppo cognitivo del bambino: (1) la mancanza di contingenza nella risposta dei genitori; (2) un comportamento insensibile o non reattivo dei genitori; (3) ostilità o comportamento intrusivo marcato da parte del genitore; (4) il fatto che la depressione riduce il livello di imitazione da parte dei genitori delle espressioni del bambino.

È evidente che la PND ha il potenziale di avere un impatto significativo sull'ambiente in cui il bambino viene cresciuto; gli effetti pervasivi possono manifestarsi durante l'infanzia, e senza interventi, anche in adolescenza e in età adulta.

CAPITOLO 3

Valutazione e interventi

3.1 Strumenti per diagnosticare la PPND

Le ricerche nell'ambito degli interventi per la depressione paterna sono scarse, così come quelle riguardo le modalità di diagnosi e valutazione della problematica. Alcuni studi si sono concentrati sui comportamenti di ricerca di aiuto dei padri; ritengo che sia importante soffermarsi anche su questo aspetto, poiché potrebbe rappresentare un'area su cui porre attenzione al fine di favorire interventi tempestivi sulla PPND.

In particolare, una ricerca si è concentrata sulla comprensione delle barriere e dei facilitatori della ricerca di aiuto tra i padri depressi; ha rivelato come il comportamento di ricerca dell'aiuto dei padri fosse influenzato da cinque fattori contribuenti (Schuppan et al., 2019): (1) il riconoscimento e la percezione dei sintomi depressivi; gli uomini con sintomi depressivi (come malumore e irritabilità) li interpretano raramente come segni di malattia mentale; (2) la conoscenza e le credenze sulla PND; vi è una generale mancanza di informazioni e consapevolezza sulla PND paterna nella società. La mancanza di conoscenza e di informazioni su questo disturbo potrebbe influenzare la capacità dei padri di riconoscere, far fronte e gestire la depressione ed è potenzialmente una delle maggiori barriere nel processo di ricerca di aiuto; (3) tabù, stigma e conformazione alle norme maschili; durante i colloqui con i padri è stata riscontrata una stigmatizzazione riguardo la ricerca di aiuto, poiché porterebbe i padri a essere visti come deboli, vulnerabili e

sensibili; tutto ciò va contro gli stereotipi secondo cui l'uomo dovrebbe rappresentare la forza fisica, emotiva e anche economica della famiglia; (4) partner dei padri; i membri della famiglia e partner, riconoscendo alcuni sintomi depressivi, possono facilitare il processo di ricerca dell'aiuto; l'educazione sulla PND paterna non dovrebbe mirare solo al padre stesso, ma alla famiglia nel suo insieme; (5) trascuratezza; alcuni padri si sentono di essere il genitore secondario con un sentimento di impotenza in relazione alla parità genitoriale, sentono che le opinioni della madre sono considerate più importanti di quelle del padre dagli operatori sanitari e dalla società. Questo può mettere in discussione agli occhi dei padri la legittimità dei propri bisogni di salute mentale nel periodo perinatale (Pedersen et al., 2021).

Nonostante non ci sia una diagnosi universalmente accettata, la PND è spesso diagnosticata attraverso l'intervista clinica utilizzando i criteri del DSM-V. I sintomi generalmente assomigliano a quelli delle donne, con ulteriori possibili manifestazioni di indecisione, irritabilità ed emotività che possono presentarsi fino a un anno postpartum (Scarff, 2019).

Oltre all'intervista, un metodo molto diffuso per la valutazione psicodiagnostica è l'uso di questionari specifici sui disturbi affettivi nel periodo perinatale; sono strumenti autosomministrati, self-report che non tengono conto delle differenze di genere e quindi sono meno affidabili per la valutazione dei sintomi affettivi nei maschi. Tra questi, si annovera la nota *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) (Cox et al., 1987), sviluppata per diagnosticare la depressione postpartum nelle madri; è stata successivamente validata anche nei padri (Edmondson et al., 2010; Lai et al., 2010;

Loscalzo et al, 2015) utilizzando punteggi di cut-off più bassi, poiché gli uomini possono essere meno espressivi riguardo ai loro sentimenti e quindi sottovalutare i sintomi. Anche con questo adattamento, la sua validità è limitata da item ambigui e da una rilevazione limitata dei sintomi di ansia e depressione negli uomini (Baldoni & Giannotti, 2020; Scarff, 2019).

Più recentemente, un team di ricercatori ha sviluppato il *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity* (PAPA) (Baldoni et al., 2016 a,b; 2018) un nuovo questionario self-report per lo screening dei sintomi affettivi nei padri. Questo strumento si basa sulla recente ricerca sui disturbi affettivi perinatali e valuta diverse dimensioni della sofferenza affettiva paterna: ansia, depressione, irritabilità, difficoltà di coppia e relazionali, disturbi somatici, comportamenti a rischio e dipendenze (fumo, alcol, droghe, gioco d'azzardo, abuso di internet, comportamenti fisici o sessuali compulsivi) considerando anche alcuni fattori etnici e socioculturali. In alternativa, anche il *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) ha dimostrato validità nello screening della PND paterna.

Se il padre non può essere valutato direttamente, può essere utile ottenere informazioni da familiari o amici: si possono ottenere dati sull'aumento dell'irritabilità e dei disturbi somatici, valutando gli episodi depressivi passati e confrontando lo stato di salute mentale del padre prima, durante e dopo la gravidanza (Scarff, 2019), inoltre, può essere completato l'EPDS-Partner (EPDS-P) dal coniuge o dal partner come strumento di screening.

3.2 Interventi per la PPND

Poiché è poco studiata e non ci sono dei criteri diagnostici specifici, non è sorprendente riscontrare un numero estremamente ridotto di studi randomizzati e controllati che hanno valutato il trattamento della PND negli uomini (Scarff, 2019). Tuttavia, i sintomi possono presentarsi in modo simile tra uomini e donne, dunque i trattamenti raccomandati sono gli stessi per entrambi i sessi.

A livello farmacologico sono raccomandati, tra gli altri, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Tuttavia, vi sono poche prove del fatto che gli antidepressivi possano prevenire un episodio di PND, almeno nelle donne. La psicoterapia, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la terapia interpersonale (IPT), hanno dimostrato di essere efficaci nell'alleviare la depressione (Goldstein et al., 2020; Miniati et al., 2014; Sockol, 2015). La “terapia della luce del mattino” (Swanson et al., 2018) potrebbe ridurre i sintomi della PND, data la correlazione tra il disturbo del ritmo circadiano e la PND.

Alcune procedure osservative rivolte alla relazione padre-bambino sono cruciali per lo screening dei disturbi affettivi paterni perinatali, dando la possibilità di evidenziare in diretta eventuali difficoltà nella capacità di prendersi cura del bambino. Inoltre, se registrate, possono essere utilizzate come videofeedback e fungere da strumento di trattamento, infatti, le visioni dei video, accompagnate da commenti, suggerimenti e incoraggiamenti del terapeuta, promuovono la sensibilità dei genitori, sostenendoli nell'adozione di un atteggiamento più adeguato nei confronti del bambino e del partner (Bruno et al., 2020).

Il *Systematic Training in Effective and Enjoyable Parenting* (STEEP; Suess, 2016) è un protocollo di video-feedback che registra il padre che fa "ciò che gli piace" con il suo bambino e, successivamente, viene visionato insieme al terapeuta per discutere di alcune domande, ad esempio: "Cosa sta pensando il bambino qui?".

Il *Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting* (VIPP; Juffer et al., 2008) è un protocollo di intervento *evidence-based* per sostenere la genitorialità; è basato sul paradigma dell'attaccamento e sulla teoria dell'apprendimento sociale. L'obiettivo è quello di prevenire lo sviluppo di problemi comportamentali, nonché di aiutare i genitori ad assumere il punto di vista del bambino. Il protocollo è composto da registrazioni video acquisite durante sei sedute, successivamente il terapeuta elabora delle ipotesi per spiegare il comportamento del bambino e le esamina con i genitori.

Il *CARE (Child Adult Relationship Experimental) – Index* (Crittenden, 2006) consiste in una registrazione video di 3-5 minuti della relazione spontanea tra bambino e genitori. La procedura valuta la "sensibilità genitoriale", ovvero la capacità dell'adulto di percepire i bisogni del bambino e di garantirne il benessere. Identifica le situazioni più rischiose, comprese quelle in cui un genitore manifesta un disturbo affettivo e valuta l'associazione tra i livelli di depressione e lo sviluppo psicomotorio del neonato (Bruno et al., 2020).

Il *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Carneiro et al., 2006) è uno strumento con implicazioni diagnostiche e terapeutiche. Il LTP consiste in una sorta di "gioco familiare" e permette di osservare le interazioni familiari nella triade (padre-madre-bambino). L'obiettivo del gioco triadico è quello di indagare la capacità di regolazione affettiva, di

condivisione e di risposta empatica. La sessione è suddivisa in quattro fasi. In primo luogo, la madre e il bambino giocano insieme, mentre il padre resta semplicemente presente; nella seconda fase i genitori si invertono di ruolo; poi, i tre giocano insieme; infine, il bambino si trova in posizione periferica, mentre i genitori parlano tra loro. L'intera sessione viene poi videoregistrata e, successivamente, codificata attraverso quattro livelli: partecipazione ("partecipano tutti?"), organizzazione ("ognuno rispetta il proprio ruolo?"), attenzione focale ("sono tutti attenti all'attività in corso?") e contatto emotivo ("c'è una condivisione emotiva?"). I genitori possono rivedere il video e discutere la sessione con il clinico, questo può aumentare la consapevolezza dei loro stili di interazione positivi e negativi. Il feedback del video fornisce quindi una doppia prospettiva sul funzionamento della famiglia, l'esperienza dell'interazione in tempo reale e l'esperienza a distanza di tempo.

Più recentemente, diversi studi hanno evidenziato una riduzione dei sintomi depressivi in seguito a programmi basati sulla mindfulness (Duncan et al., 2017; Matvienko-Sikar et al., 2016); secondo questi risultati, anche la PPND beneficia di interventi di questo tipo. I ricercatori hanno proposto un modello di "genitorialità consapevole" basato sulla mindfulness, e si sono concentrati su diverse dimensioni relative alla relazione genitore-bambino, tra cui: l'attenzione al momento presente, l'accettazione non giudicante, la non reattività, la consapevolezza emotiva, l'autoregolazione della relazione genitoriale e la compassione per sé stessi e per il proprio figlio. È stato dimostrato che genitori che apprendono la pratica della mindfulness

sviluppano un'attitudine verso una relazione di alta qualità con i loro figli (Duncan et al., 2017).

Secondo la teoria dello stress e del coping, le persone hanno esperienze diverse di fronte a eventi stressanti, come la genitorialità. Considerare la genitorialità come una sfida piuttosto che una minaccia offre alla coppia la possibilità di sperimentare sentimenti positivi e di sviluppare strategie di coping più adattive (Bruno et al., 2020).

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

In questo elaborato ho scelto di approfondire un disturbo che spesso viene associato solamente alla figura femminile, quando in realtà anche gli uomini possono soffrirne: la PND. Anche durante i miei studi ho raramente sentito parlare di PND paterna, nonostante i padri che ne soffrono siano tra il 4% e il 25% della popolazione generale e le ricerche in questo ambito aumentino sempre di più.

Gli studi riguardo la PPND rilevano che i sintomi dei padri sono simili a quelli che si possono individuare nella PND materna, con la presenza di comportamenti più esternalizzanti (aggressività, abuso di sostanze, atteggiamenti di violenza). I fattori di rischio principali si possono individuare a livello biologico, con le alterazioni ormonali, a livello psicosociale, nel caso di depressione del partner, a livello individuale, compresi i tratti di personalità e le patologie precedenti, ma anche a livello di relazione coniugale e di status socioeconomico.

Oltre a descrivere l'eziologia e la sintomatologia del disturbo, l'obiettivo di questa breve rassegna della letteratura era quello di portare l'attenzione al ruolo che svolge la figura paterna nello sviluppo del bambino. Da diversi studi emerge che l'interazione tra padre e figlio è influenzata in modo negativo dalla PPND: il padre è più ritirato, più critico, più aggressivo e in generale tende a passare meno tempo con il bambino, tutto ciò ricade sullo sviluppo del figlio in moltissimi ambiti, anche se la maggioranza delle ricerche ha riscontrato che i principali effetti si vedono nei comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti, oltre che nella salute mentale a lungo termine.

Successivamente ho analizzato le tecniche di diagnosi e trattamento utilizzate oggi per la PPND, trovando che i principali strumenti di diagnosi sono colloqui clinici o questionari self-report. Per il trattamento, il video-feedback è il mezzo più adoperato per rendere i genitori consapevoli e poter discutere con loro delle interazioni con i figli e di alcuni loro comportamenti.

I limiti principali delle ricerche esistenti in questo ambito sono la mancanza di criteri diagnostici specifici per i padri che soffrono di PND e, di conseguenza, anche di strumenti e i trattamenti che non sono adattati alla figura paterna. Ciò che si utilizza per le madri che soffrono di PND viene esteso ed utilizzato con l'altra figura genitoriale (Albicker et al., 2019), nonostante le ricerche mostrino che uomini e donne non presentano la stessa sintomatologia o il medesimo vissuto emotivo.

Le ricerche future dovrebbero portare a delineare un quadro diagnostico chiaro, con specifici aspetti sintomatologici e di rischio; inoltre, l'impatto sullo sviluppo del bambino è scarsamente esplorato, la maggioranza delle ricerche riguarda gli aspetti emotivi e comportamentali; poco si conosce sulle conseguenze a livello cognitivo, relazionale e di riconoscimento delle espressioni emotive. Un altro aspetto da enfatizzare sono i fattori di protezione per il genitore che soffre di PND e per tutto il nucleo familiare; improntare gli interventi su questi elementi può essere molto efficace per la prognosi del disturbo (Gutierrez-Galve et al., 2015).

Dal punto di vista operativo, ritengo che già a partire dall'ospedale, i medici dovrebbero prestare attenzione ad entrambe le figure genitoriali e fare uno screening per la depressione; sarebbe anche opportuno fornire informazioni sulla PPND. Durante i corsi

di preparazione al parto si potrebbero dare informazioni più approfondite sugli stati emotivi che si possono sperimentare durante la gravidanza, evidenziando possibili differenze di genere. In alcuni studi infatti è stato rilevato che i padri non erano stati informati riguardo questa problematica (Bruno et al., 2020). Parlare della possibilità che possano insorgere delle difficoltà, di che tipo e come riconoscerle potrebbe permettere ai genitori di diventare maggiormente consapevoli e chiedere aiuto/supporto.

Poiché la depressione è una delle patologie psichiche più diffuse – perlomeno nel mondo occidentale - ritengo che dare più considerazione alle persone che ne soffrono sia una responsabilità e un obbligo da parte dei clinici. L’auspicio è che, con il passare degli anni, la figura del padre sia sempre più valorizzata sia per quanto riguarda i benefici che porta nella vita di un bambino, sia a livello clinico per la creazione di strumenti diagnostici e tecniche di trattamento specifici.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Albicker, J., Hölzel, L. P., Bengel, J., Domschke, K., Kriston, L., Schiele, M. A., & Frank, F. (2019). Prevalence, symptomatology, risk factors and healthcare services utilization regarding paternal depression in Germany: Study protocol of a controlled cross-sectional epidemiological study. *BMC Psychiatry*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2280-7>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Publishing: Washington, DC, USA.
- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2020). Perinatal distress in fathers: Toward a gender-based screening of paternal perinatal depressive and affective disorders. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01892>
- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A., and Caretti, V. (2016a). Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA): preliminary report on a new screening tool. World Association for Infant Mental Health (WAIMH) Congress (Prague, May 29–June 2). *Infant Mental Health J.* *37*(Suppl. 1), 132–133.
- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A., and Caretti, V. (2016b). *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA) Manual (version 3.1)*. Bologna: Department of Psychology, University of Bologna.
- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A., and Caretti, V. (2018). Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA). First validation in Italian samples. 16th World Association for Infant Mental Health (WAIMH) Congress (Rome, May 26–30). *Infant Mental Health Journal*, *39*, 311.
- Biebel, K., & Alikhan, S. (2018). Paternal postpartum depression. *Journal of Parent and Family Mental Health*, *1*(1). <https://doi.org/10.7191/parentandfamily.1000>
- Bruno, A., Celebre, L., Mento, C., Rizzo, A., Silvestri, M. C., De Stefano, R., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. (2020). When fathers begin to falter: A comprehensive review on paternal perinatal depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(4), 1139. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041139>
- Cameron, E. E., Hunter, D., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2017). What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *215*, 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.031>
- Carneiro, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The prenatal Lausanne Trilogue play: A new observational assessment tool of the prenatal Co-parenting alliance. *Infant Mental Health Journal*, *27*(2), 207-228. <https://doi.org/10.1002/imhj.20089>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Edinburgh postnatal depression scale. *PsyctESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t01756-000>
- Crittenden, P.M (2006). CARE–Index: Coding Manual. Unpublished Manuscript; *Family Relations Institute*: Miami, FL, USA.

- Cui, C., Li, M., Yang, Y., Liu, C., Cao, P., & Wang, L. (2020). The effects of paternal perinatal depression on socioemotional and behavioral development of children: A meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry Research, 284*, 112775. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112775>
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: A randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1319-3>
- Eddy, B., Poll, V., Whiting, J., & Clevesy, M. (2019). Forgotten fathers: Postpartum depression in men. *Journal of Family Issues, 40*(8), 1001-1017. <https://doi.org/10.1177/0192513x19833111>
- Edmondson, O. J., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., and Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders, 125*, 365–368. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.069
- Freitas, C. J., Williams-Reade, J., Distelberg, B., Fox, C. A., & Lister, Z. (2016). Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *Journal of Affective Disorders, 202*, 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.056>
- Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2020). Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 265*, 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.029>
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J., & Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: Mediators and moderators. *Pediatrics, 135*(2), 339-347. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2411>
- Ip, P., Li, T. M., Chan, K. L., Ting, A. Y., Chan, C. Y., Koh, Y. W., Ho, F. K., & Lee, A. (2018). Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behavior and Development, 53*, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.08.002>
- Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn (2008). *Promoting Positive Parenting: An attachment-based intervention*. London: Psychology Press.
- Koch, S., Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L., & Arteché, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father–infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Mental Health Journal, 40*, 263–276. <https://doi.org/10.1002/imhj.21769>
- Kokkinaki, T. (2015). Maternal and paternal postpartum depression: Effects on early Infantparent interactions. *Journal of Pregnancy and Child Health, 3*(1), 1-5. <https://doi.org/10.4172/2376-127x.1000e126>
- Lai, B. P., Tang, A. K., Lee, D. T., Yip, A. S., and Chung, T. K. (2010). Detecting postnatal depression in Chinese men: a comparison of three instruments. *Psychiatry Research, 180*, 80–85. doi: 10.1016/j.psychres.2009.07.015

- Letourneau, N.; Duffett-Leger, L.; Dennis, C.-L.; Stewart, M.; Tryphonopoulos, P.D (2011). Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: A pilot study: Support for fathers affected by post-partum depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 41–47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01627.x>
- Loscalzo, Y., Giannini, M., Contena, B., Gori, A., and Benvenuti, P. (2015). The Edinburgh Postnatal Depression Scale for fathers: a contribution to the validation for an Italian sample. *Gener. Hosp. Psychiatry* 37, 251–256. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.02.002
- Low, J., Bishop, A., & Pilkington, P. D. (2022). The longitudinal effects of paternal perinatal depression on internalizing symptoms and externalizing behavior of their children: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 26, 200-230. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2022.200230>
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health*, 31(12), 1415-1434. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1220557>
- Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell’Osso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 257-268. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0442-7>
- Ministero della Salute (2017). FAQ depressione postpartum, http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=170
- Pedersen, S. C., Maindal, H. T., & Ryom, K. (2021). “I wanted to be there as a father, but I Couldn’t”: A qualitative study of fathers’ experiences of postpartum depression and their help-seeking behavior. *American Journal of Men's Health*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/15579883211024375>
- Scarff, J.R. (2019). Postpartum Depression in Men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16(5-6), 11-14.
- Schuppan, K. M., Roberts, R., & Powrie, R. (2019). Paternal perinatal mental health: At-risk fathers’ perceptions of help-seeking and screening. *The Journal of Men's Studies*, 27(3), 307-328. <https://doi.org/10.1177/1060826519829908>
- Sethna, V., Murray, L., & Ramchandani, P. G. (2012). Depressed fathers’ speech to their 3-month-old infants: A study of cognitive and mentalizing features in paternal speech. *Psychological Medicine*, 42(11), 2361–2371. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000487>
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions. *Parenting*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/15295192.2015.992732>
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>

- Suess, G. J., Bohlen, U., Carlson, E. A., Spangler, G., & Frumentia Maier, M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP intervention in a German high-risk sample. *Attachment & Human Development, 18*(5), 443 - 460. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265>
- Swanson, L. M., Burgess, H. J., Zollars, J., & Todd Arnedt, J. (2018). An open-label pilot study of a home wearable light therapy device for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 21*(5), 583-586. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0836-z>
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 205*, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Tuszyńska-Bogucka, W., & Nawra, K. (2014). Paternal postnatal depression - a review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 16*(2), 61-69. <https://doi.org/10.12740/app/26286>
- Vänskä, M., Punamäki, R., Lindblom, J., Flykt, M., Tolvanen, A., Unkila-Kallio, L., Tulppala, M., & Tiitinen, A. (2017). Parental pre- and postpartum mental health predicts child mental health and development. *Family Relations, 66*(3), 497-511. <https://doi.org/10.1111/fare.12260>
- Wang, D., Li, Y., Qiu, D., & Xiao, S. (2021). Factors influencing paternal postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 293*, 51-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.08>