

## L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a 3, 9, 18 mesi dopo il parto

FRANCESCA AGOSTINI, FIORELLA MONTI, GIANFRANCO MARANO, FRANCESCA LUPI<sup>1</sup>

### *Introduzione*

L'EPDS è un questionario di autovalutazione utilizzato per lo *screening* della depressione postnatale (PND, *Postnatal Depression*), ampiamente diffuso in ambito clinico e di ricerca. È considerato un adeguato strumento per l'*assessment* della sintomatologia depressiva *post partum* (PPDS, *Post partum Depressive Symptomatology*), anche se la letteratura concorda sul fatto che non può sostituire il ruolo che ha l'intervista psichiatrica, fondamentale per effettuare la diagnosi di PND.

L'EPDS è stato inizialmente validato (Cox *e al.*, 1987), ottenendo buoni valori di attendibilità e specificità (0,86, 0,78), su un campione di 84 donne inglesi potenzialmente depresse, intervistate a casa a circa 3 mesi dopo il parto e definite depresse, in base ai criteri diagnostici RDC (Research Diagnostic Criteria; Spitzer *e al.*, 1975), attraverso l'intervista SPI (Goldberg's Standardized Psychiatric Interview; Goldberg *e al.*, 1970).

La validazione è stata replicata su un campione inglese casuale rappresentativo, a 6 settimane dal parto, da Murray e Carothers (1990), riportando 0.68 come valore di sensibilità e 0.96 come specificità. In seguito è stato ampiamente validato ottenendo buoni esiti in ambito internazionale (Affonso *e al.*, 2000; Eberhard-Gran *e al.*, 2001; Jardri, 2004), fra cui anche l'Italia (Carpiniello *e al.*, 1997; Benvenuti *et al.*, 1999). Alcuni studi hanno valutato la capacità predittiva dell'EPDS rispetto all'individuazione delle donne a rischio di PND attraverso som-

---

<sup>1</sup> **Recapito per corrispondenza:** Dott.ssa Francesca Agostini Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna, Viale Berti Pichat, 5 - 40127 Bologna tel. 051-2091843 fax 051-243086 e-mail: [francesca.agostini4@unibo.it](mailto:francesca.agostini4@unibo.it).

ministrazioni ripetute dello strumento in momenti molto vicini al parto (pre o postnatali).

Hannah *e al.* (1992) hanno somministrato l'EPDS ad un campione di 217 donne a 5 giorni e a 6 settimane dopo il parto, ottenendo un'alta correlazione positiva fra i punteggi ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,0001$ ): le donne con punteggio EPDS maggiore di 9 a 5 giorni avevano otto volte in più la probabilità di totalizzare un punteggio maggiore di 9 a 6 settimane. Green e Murray (1994), utilizzando l'EPDS a 12, 22 e 35 settimane in gravidanza e a 6 settimane dopo il parto, hanno riscontrato come il punteggio postnatale rimanesse simile a quello prenatale, discostandosi al massimo di 3 punti (correlazione fra i punteggi:  $r = 0,49$ ,  $p < 0,0001$ ).

Dennis (2002) ha somministrato l'EPDS a 594 donne a 1, 4 e 8 settimane dopo il parto, rilevando come le donne con un punteggio EPDS maggiore di 9 a 1 settimana abbiano 30,3 volte in più la probabilità a quattro settimane e 19,1 volte in più la probabilità a otto settimane di mostrare PPDS. Teissèdre e Chabrol (2004) hanno riscontrato anch'essi un'alta correlazione tra l'EPDS somministrato a 2-3 giorni dopo il parto a 1154 donne e l'EPDS a 4-6 settimane ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,0001$ ). L'EPDS, quindi, si dimostra uno strumento in grado di individuare, già in prossimità del parto, o appena dopo, le donne che successivamente svilupperanno una PPDS (Sindrome Depressiva Post Partum).

Raramente, però, l'EPDS è stato somministrato in momenti più distanti dal parto. Ad esempio, Areias *e al.* (1996) hanno utilizzato l'EPDS a tre e a dodici mesi, Righetti-Veltema *e al.* (2003) a tre e a diciotto mesi, ma non hanno condotto analisi esplicite per mettere in relazione i punteggi EPDS ottenuti dalla prima e dalla seconda somministrazione. Nonostante tali isolati tentativi, si può osservare come in letteratura prevalga la tendenza a focalizzarsi più sullo studio del momento iniziale di comparsa della PND che sulla durata della stessa (Campbell e Cohn, 1997).

Eppure la PND, se non riconosciuta precocemente, e sotto l'influenza di differenti fattori stressanti psicoambientali, può persistere anche per lungo tempo, anche se la questione di come ed in che misura si possa parlare di PND e non di semplice depressione è ancora piut-

tosto discussa. Nonostante, infatti, il DSM-IV riconosca la PND come tale solo se insorge entro le prime quattro settimane dopo il parto, numerosi studi hanno parlato di PND anche oltre tale periodo, in quanto una sua peculiarità è quella di essere associata alla maternità, e quindi di manifestarsi in un periodo critico di vulnerabilità, di *trasparenza psichica* (Bydlowski, 1997), che chiama in causa delle specifiche e profonde modificazioni ed un'elevata riorganizzazione psichica (Delassus, 1995), differenti da quelle che riguardano altri episodi depressivi.

Kumar e Robson (1984) affermano che almeno il 50% di madri rimane clinicamente depresso a sei mesi dopo il parto; Lyons-Ruth *e al.* (1986) descrivono madri con sintomi depressivi fino a diciotto mesi dopo il parto, così come Cramer (1999) riconosce *depressioni postnatali* che durano un anno o più ed ostacolano il lavoro della genitorialità, con ripercussioni sull'interazione col bambino e sul suo sviluppo cognitivo e affettivo. A questo proposito, è stato osservato come, a diciotto mesi, le interazioni madre depressa-bambino si caratterizzano per una ridotta qualità globale di interazione: le madri depresse appaiono meno responsive, i loro bambini sorridono meno alla propria madre e mostrano una scarsa condivisione affettiva, una minor concentrazione e più risposte negative (Stein *e al.*, 1991; Righetti-Veltema *e al.*, 2003).

La PND è stata inoltre associata, oltre il primo anno di vita, a disturbi dello sviluppo del bambino, quali lo stile di attaccamento insicuro (Murray, 1992; Teti *e al.*, 1995; Murray *e al.*, 1996; Martins *e al.*, 2000), i disturbi comportamentali a lungo termine (Beck, 1999), le *performance* cognitive più scadenti (misurate attraverso *Piaget's Object Concept Task* e *Scale Bayley*) (Lyons-Ruth *e al.*, 1986; Murray 1992, Murray *e al.*, 1996).

Il presente lavoro si propone come studio pilota dell'utilizzo dell'EPDS in momenti più distanti dal parto. Lo scopo è quello di indagare l'incidenza di PPDS oltre i tre mesi e studiare in che misura e se il punteggio EPDS a 3 mesi possa essere messo in relazione col punteggio EPDS successivo. A questo scopo, sono stati scelti i periodi di nove e diciotto mesi poiché rappresentano *punti salienti (touchpoints)* dello sviluppo infantile, e quindi momenti importanti per monitorare il percorso evolutivo (Brazelton, Greenspan, 2000).

## *Metodo*

### *1. Campione*

Il campione<sup>2</sup> è costituito da 53 donne (età media 32,7 anni, DS 4,7 anni, variabilità da 24 a 44 anni) al terzo trimestre di gravidanza, reperite presso gli ambulatori della Clinica Ostetrica e Ginecologica del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna e la Divisione Ostetrica dell'Ospedale Pierantoni di Forlì. Le donne sono state messe in contatto con una psicologa in occasione dei corsi di preparazione al parto e delle visite ambulatoriali di controllo. Tutte le donne sono coniugate o convivono; il 71,7% è primipara; le donne hanno partorito spontaneamente nel 72,5% dei casi e con taglio cesareo nel 27,5%.

I criteri d'inclusione del campione sono stati i seguenti:

- 1) domicilio fisso;
- 2) capacità di parlare e comprendere la lingua italiana;
- 3) nessun pregresso disturbo psichiatrico;
- 4) nessuno stato psicopatologico pregresso.

### *2. Strumenti*

L'EPDS è un questionario d'autovalutazione costituito da 10 item, i quali indagano la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi con riferimento a: anedonia, sensi di colpa, ansia, paura o panico, tristezza e pianti, senso di fallimento, difficoltà del sonno, pensieri di farsi del male. Il questionario non indaga segni depressivi quali sintomi fisici legati alla sensazione di stanchezza e affaticamento, in quanto sono considerati effetti generali del parto e del postparto.

La donna può scegliere tra 4 risposte, il cui punteggio (0-3) varia in modo crescente per la gravità del sintomo indagato. Il punteggio

<sup>2</sup> Il campione in realtà rappresenta un sottocampione di una ricerca più ampia che ha seguito le donne dall'ultimo trimestre di gravidanza fino ai 18 mesi di vita del bambino, con la somministrazione a domicilio a 3, 9 e 18 mesi di numerosi strumenti che indagano non solo lo stato depressivo materno, ma anche lo sviluppo psicologico del bambino e le interazioni madre-bambino.

minimo e massimo del test è rispettivamente 0 e 30. Per l'individuazione delle donne con sintomatologia depressiva, Cox *e al.* (1987) indicano una soglia di 12/13 nell'assessment clinico della PND e per identificare le forme di depressione più severe, mentre suggerisce un *cut-off* di 9/10 se il questionario è utilizzata per indagini sociali e screening su campioni della popolazione. Nel nostro campione è stato utilizzato il *cut-off* 8/9 della validazione italiana (Benvenuti *e al.*, 1999).

### *3. Procedura*

La psicologa ha incontrato le madri in ospedale all'ultimo trimestre di gravidanza, illustrando la ricerca e consegnando loro il consenso informato. Al terzo mese dopo il parto, nel corso di una visita a domicilio, la stessa psicologa ha somministrato l'EPDS, oltre a strumenti per la valutazione dell'interazione madre-bambino e dello sviluppo di quest'ultimo. La somministrazione dell'EPDS è avvenuta con la stessa modalità anche a 9 e a 18 mesi.

### *4. Analisi dei dati*

Attraverso tabelle descrittive, sono stati confrontati i 3 periodi di somministrazione dell'EPDS (3-9 mesi; 3-18 mesi; 9-18 mesi), per osservare l'andamento della PPDS. Per saggiare la direzione dei cambi di gruppo, le frequenze ottenute sono state sottoposte al test di McNemar, valutato attraverso la distribuzione binomiale, e al Q di Cochran, test equivalente al test di Mc Nemar per più di due variabili.

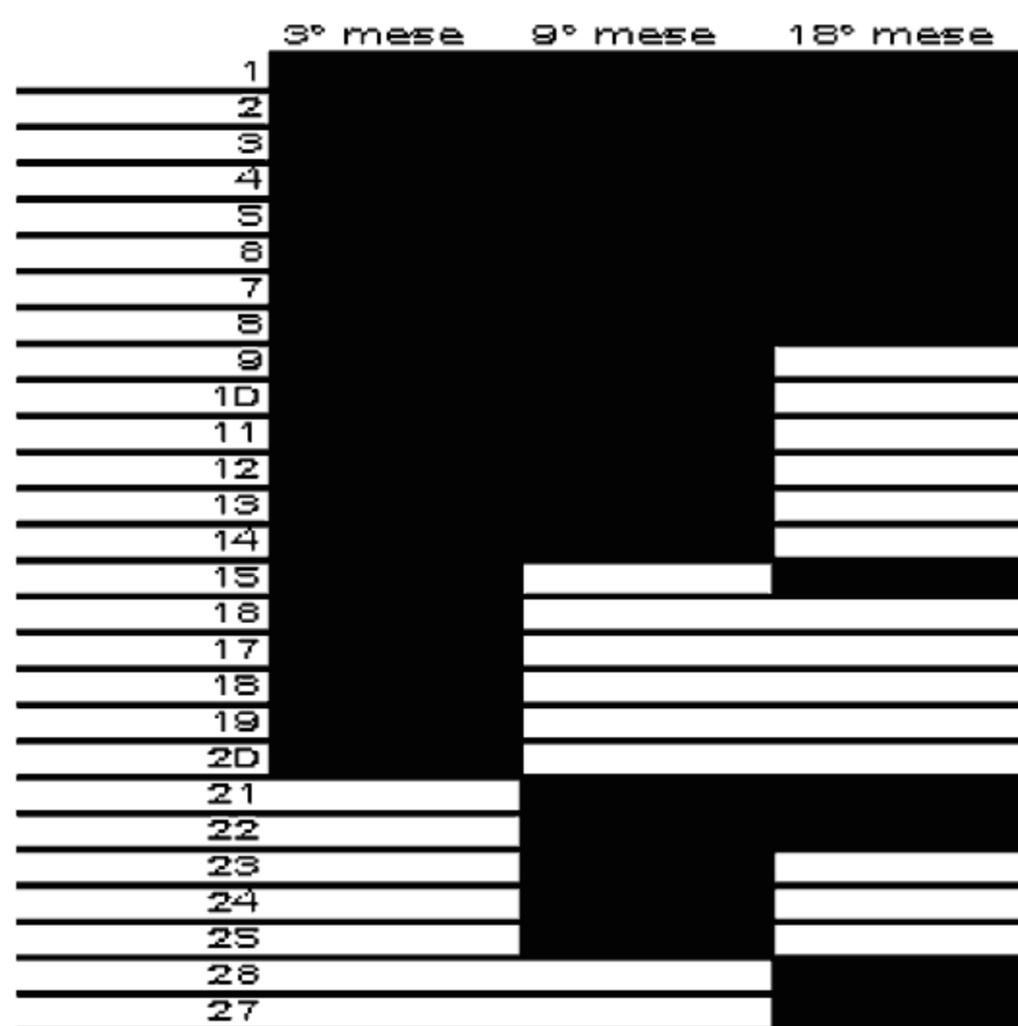
Per evidenziare eventuali differenze fra il punteggio EPDS nei tre periodi sono stati esaminati i punteggi grezzi dell'EPDS tramite correlazione di Pearson e ANOVA a misure ripetute. La regressione multipla è stata infine utilizzata per verificare la possibilità di predire il punteggio a 18 mesi a partire dai punteggi relativi al 3° e al 9° mese.

### *Risultati*

Utilizzando il *cut-off* della validazione italiana dell'EPDS, cioè il valore 8/9 (Benvenuti *e al.*, 1999), la percentuale di donne con PPDS è stata: 37,7% a 3 mesi, 35,8% a 9 mesi e 24,5% a 18 mesi. La quota di PPDS appare quindi piuttosto simile fra il rilevamento a 3 mesi e

quello a 9 per poi diminuire a 18 mesi, pur rimanendo una percentuale molto elevata.

Il totale di donne per le quali si rileva PPDS in almeno uno dei tre momenti è di 27 donne (50,9%), (Tab. 1). Di queste, presentano per la prima volta un punteggio maggiore o uguale a 9: 1) 20 soggetti al terzo mese; 2) 5 al nono mese; 3) 2 al diciottesimo. Quest'asimmetria nella distribuzione è fortemente significativa ( $p = 0,00003$ ), indicando quindi una prevalenza del momento d'esordio della PPDS al terzo mese.



**Tabella 1** – Cronogramma dei casi di PPDS

Rispetto alla durata della PPDS, è possibile rilevare come, delle donne con PPDS a 3 mesi, il 70% ( $n = 14$ ) mostri la sintomatologia depressiva anche a 9 mesi, il 45% ( $n = 9$ ) a 18 mesi. Considerando le donne con PPDS a 9 mesi, si rileva come il 52,6% ( $n = 10$ ) mostri PPDS anche a 18 mesi.

Questi non rappresentano gli unici decorsi della sintomatologia osservabili nel campione. È possibile evidenziare come siano rappresenta-

ti, seppur con diverse percentuali (*Tab. 2*), sia casi con PPDS che dura per tutti e tre i periodi, sia casi di PPDS che dura per due periodi (e questo riguarda non solo i periodi più vicini al parto 3-9 mesi, ma anche i periodi 3-18 mesi e 9-18 mesi), sia casi di PPDS in un unico periodo (questo si osserva a 3, a 9 e a 18 mesi).

Il campione risulta quindi caratterizzato, pur nella sua ampiezza limitata, da una marcata ed evidente differenziazione nelle manifestazioni e nella durata della PPDS.

<i>PPDS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Sempre assente</b>	26	49.1
<b>3-9-18 mesi</b>	8	15.1
<b>3-9 mesi</b>	6	11.3
<b>3-18 mesi</b>	1	1.9
<b>9-18 mesi</b>	2	3.8
<b>3 mesi</b>	5	9.4
<b>9 mesi</b>	3	5.7
<b>18 mesi</b>	2	3.8

**Tabella 2** - Occorrenze dei casi di PPDS nei 3 *follow-up*

Considerando nei dettagli gli eventuali cambiamenti delle donne nel passaggio da un *follow-up* all'altro (da assenza di sintomatologia a comparsa di PPDS o viceversa) è possibile osservare che (*Tab. 1*): delle 20 donne con PPDS a 3 mesi, 5 non lo sono più né a 9 né a 18 mesi, 6 mantengono la PPDS al nono mese non mostrandola più a 18 mesi, 1 ha una remissione nel secondo periodo per poi ripresentare la PPDS a 18 mesi; infine 8 mantengono la PPDS in tutti e tre rilevamenti. Questa ripartizione delle 20 donne non è significativamente sbilanciata ( $p = 0,16$ ). Delle 5 donne con esordio al nono mese, inoltre, 3 non mostrano più PPDS a 18 mesi, 2 invece la mantengono.

Applicando il test di Mc Nemar, è stata valutata la significatività del cambio fra ogni coppia di misurazioni (*Tab. 3, 4, 5*), non rilevando alcuna differenza significativa fra il numero di donne con PPDS nel primo periodo e non nel secondo ( $n = 6$ ) e quelle con PPDS nel secondo e non nel primo ( $n = 5$ ), ( $p = 1,00$ ). Non è emersa una diffe-

renza significativa neanche fra il numero di donne depresse a 3 mesi e non a 18 ( $n = 11$ ) e quelle depresse a 18 mesi e non a 3 ( $n = 4$ ), ( $p = 0,12$ ) e fra il numero di donne depresse nel secondo rilevamento e non nel terzo ( $n = 9$ ) e quelle depresse nel terzo e non nel secondo ( $n = 3$ ), ( $p = 0,15$ ). Anche il test Q di Cochran è risultato non significativo ( $p = 0,10$ ), dimostrando l'impossibilità di evidenziare un andamento predominante della PPDS nelle donne attraverso i tre periodi considerati.

**Tabelle 3, 4, 5** – Tabelle di frequenza per il test di Mc Nemar

Utilizzando il punteggio grezzo come variabile continua, a prescindere dal valore di cut-off per individuare la presenza di PPDS, è stata eseguita un'ANOVA a misure ripetute, avente come variabile dipendente il punteggio EPDS e come fattore ripetuto il momento di somministrazione (3, 9 e 18 mesi). Il fattore ripetuto non è risultato significativo ( $p = 0,21$ ), suggerendo il fatto che i punteggi delle tre somministrazioni siano piuttosto simili fra di loro.

La correlazione di punteggi EPDS è risultata significativa sia fra i punteggi dei 3-9 mesi ( $r = 0,66$ ,  $p < 0,01$ ), sia fra quelli dei 3-18 mesi ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ), che quelli dei 9-18 mesi ( $r = 0,70$ ,  $p < 0,01$ ).

È stata eseguita, inoltre, una regressione multipla, con la metodica *stepwise*. Iniziando ad inserire la misurazione a 3 mesi per poi far seguire quella a 9 mesi, è stata ottenuta un'equazione significativa ( $p < 0,00001$ ), con un coefficiente di correlazione multipla elevato ( $R^2$  aggiustato = 0,51). L'equazione prevede che il punteggio a 18 mesi sia approssimativamente ottenibile sommando poco più del 60% del punteggio a 9 mesi con quasi il 30% del punteggio a 3 mesi. La deviazione standard dei residui è pari a punti 2,96.

### *Discussione*

Lo studio si poneva, prima di tutto, l'obiettivo di studiare l'incidenza della PPDS, mediante EPDS, a 3, 9, 18 mesi dopo il parto. Pur rilevando che i criteri diagnostici del DSM-IV riconoscono una PND come tale solo se la sintomatologia ha esordio entro quattro settimane dopo il parto, è indubbia in letteratura la presenza di studi che dimostrano l'insorgenza e la persistenza di segni depressivi ben oltre tale periodo (Kumar e Robson, 1984; Lyons-Ruth *e al.*, 1986; Nott, 1987, 1989; Campbell e Cohn, 1997; Cramer, 1999).

Ciò emerge anche dal presente studio, seppur su un campione limitato, in quanto casi di PPDS a 9 e a 18 mesi sono state riscontrati con una rilevante percentuale. È importante sottolineare che tali percentuali, soprattutto quelle dei 3 e dei 9 mesi, risultano ben più alte che quella media europea (15-20%); occorre tuttavia tenere presente che il *cut-off* ita-

liano 8/9 permette di individuare non solo le forme di sintomatologia depressiva maggiore ma anche quelle minori.

Rispetto al momento d'esordio della PPDS, prevale il numero di donne in cui la PPDS si manifesta in occasione del primo rilevamento a 3 mesi. L'insorgenza della PPDS, quindi, pur potendosi presentare in momenti anche molto distanti dal parto, tende a manifestarsi al terzo mese.

Per ciò che riguarda la durata dell'episodio depressivo, non si è evidenziata invece alcuna differenza fra il numero di donne con PPDS ad un solo rilevamento, a due rilevamenti o a tre rilevamenti. I risultati mettono in luce, infatti, un'estrema variabilità del decorso della PPDS e l'assenza di un andamento prevalente; non si è quindi potuto confutare l'ipotesi nulla che le donne con PPDS si ripartiscano equamente i vari tipi di durata dell'episodio da più breve a prolungato. Le analisi basate sul test del cambio hanno rilevato che, se è vero che le donne che mostrano PPDS nel secondo e nel terzo periodo tendono ad essere progressivamente di meno rispetto a quelle che risultano con PPDS dall'inizio, è altrettanto vero che per alcune donne che non mostrano più PPDS col passare del tempo, ve ne sono altrettante in cui la sintomatologia si manifesta più tardivamente.

Nel complesso, i dati mettono in luce come, pur mantenendosi più o meno costante la quota in termini percentuali di PPDS almeno a 3 e a 9 mesi, cambino di volta in volta le donne che sono depresse in un caso e non depresse nell'altro, e viceversa. Questo riguarda anche il periodo dei 18 mesi, seppur con una quota di PPDS più bassa.

Infine, i risultati relativi ai punteggi grezzi dell'EPDS hanno dimostrato una scarsa differenza fra i punteggi di ciascun periodo. I valori delle donne nell'arco dei tre controlli catamnestici tendono ad essere piuttosto simili ed è per questo motivo che, attraverso l'analisi di regressione, è stato possibile valutare come il punteggio EPDS alla rilevazione dei 18 mesi sia connesso con i punteggi precedenti e in particolare con quello dei 9 mesi.

Lo studio, anche se condotto su un campione di numerosità limitata, ha ricavato informazioni sul decorso della PPDS che sono d'estrema importanza per la pianificazione d'interventi in ambito clinico e, proprio a questo fine, necessita di conferme su campioni di popolazione più estesi.

### *Ringraziamenti*

Si ringraziano per la preziosa collaborazione alla ricerca: il prof. Domenico de Aloysio e il dott. Gianfranco Gori, rispettivamente Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica e Fisiopatologia della terza età presso il Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, Direttore della Divisione Ostetrica dell'Ospedale Pierantoni di Forlì; la dott.ssa Daniela Martignano, psicologa psicoterapeuta ASL di Forlì, la dott.ssa Alessandra Favoni-Miccoli, psicologa.

Si ringrazia, inoltre, la Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna per aver contribuito alla realizzazione della ricerca.

### *Riassunto*

Il lavoro si propone come studio pilota dell'utilizzo dell'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in momenti più distanti dal parto, con l'obiettivo di indagare l'incidenza di PPDS (*Postpartum Depressive Symptomatology*) oltre i 3 mesi e studiare in che misura e se il punteggio EPDS a 3 mesi possa essere messo in relazione col punteggio EPDS successivo (a 9 e a 18 mesi). 53 donne, contattate al terzo trimestre di gravidanza, hanno compilato l'EPDS (versione validata italiana, *cut-off* 8/9) a 3, 9 e 18 mesi dopo il parto.

La percentuale di donne con PPDS è risultata essere: 37,7% a 3 mesi, 35,8% a 9 mesi e 24,5% a 18 mesi. Rispetto al momento di esordio della PPDS, prevale il numero di donne in cui la PPDS si manifesta in occasione del primo rilevamento a 3 mesi, pur potendosi presentare anche a 9 e a 18 mesi. Rispetto alla durata della PPDS, il test di Mc Nemar e il test Q di Cochran sono risultati non significativi, dimostrando l'impossibilità di evidenziare un andamento predominante della PPDS nelle donne attraverso i tre periodi considerati: le donne con PPDS si ripartiscono equamente in vari tipi di durata dell'episodio da più breve a prolungato.

Le analisi condotte sui punteggi grezzi dell'EPDS (ANOVA e correlazione) hanno dimostrato una scarsa differenza fra i punteggi di ciascun periodo. I valori delle donne nell'arco dei tre *follow-up* tendono ad essere piuttosto simili ed è per questo motivo che, attraverso l'analisi di re-

gressione, è stato possibile valutare come il punteggio EPDS alla rilevazione dei 18 mesi sia connesso con i punteggi precedenti e in particolare con quello dei 9 mesi.

### *Abstract*

This work represents a pilot study about administration of *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in periods distant from childbirth. The aim was to explore PPDS (*Postpartum Depressive Symptomatology*) beyond 3 months and to analyze whether and to what extent 3 months EPDS score might be related to 9 months and 18 months EPDS score.

53 women were recruited at their third trimester of pregnancy and EPDS (Italian validated version, cut-off score 8/9) was administered to them at 3, 9, 18 months after childbirth.

Percentage of women with PPDS was: 37.7% at 3 months, 35.8% at 9 months and 24.5% at 18 months. Regarding the beginning of PPDS, 3 months was the period in which PPDS appeared more frequently, although PPDS was found to begin at 9 and 18 months too.

With regard to the duration of PPDS, McNemar test and Cochran's Q test were not significant; it was not possible to detect a predominant course of PPDS across the 3 periods: types of duration, either short or extended, were equally distributed between women with PPDS.

Analyses on EPDS raw scores (ANOVA and correlation index) showed a slight difference among each period scores; the values tended to be similar across the three follow-ups and regression analysis showed that 18 months EPDS score was associated to previous scores and particularly to 9 months score.

## Riferimenti bibliografici

- Affonso, D.D., Anindya, K. De, Horowitz, J.A. e Mayberry, L.J. (2000), «An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology», *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp. 207-216.
- Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. e Figueiredo, E. (1996), «Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers», *British Journal of Psychiatry*, 169, pp. 30-35.
- Beck, C.T. (1999), «Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis», *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), pp. 623-629.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V. e Cox, J.L., (1999), «The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample», *Journal of Affective Disorders*, 53, pp. 137-141.
- Brazelton, T. e Greenspan, S.I. (2000), *I bisogni irrinunciabili dei bambini*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Bydlowski, M. (1997), *Il debito di vita*, Edizioni Quattro Venti, Urbino, 2000.
- Campbell, S.B. e Cohn, J.F., (1997), «L'insorgenza e la cronicità della depressione *post-partum*: implicazioni per lo sviluppo del neonato», in Murray, L. e Cooper, P. (Eds.), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
- Carpiniello, B., Pariante, C.M., Serri, F., Costa, G. e Carta, M.G., (1997), «Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18 (4), pp. 280-5.
- Cox, J.L., Holden, J.M. e Sagovsky, R., (1987), «Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale», *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 782-786.
- Cramer, B. (1999), *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Delassus, J.M. (1995), *Il senso della maternità*. Edizioni Borla, Roma, 2000.
- Dennis, C.L. (2004), «Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?», *Journal of Affective Disorders*, 78, pp. 163-169.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. e Samuelsen, S.O. (2001), «Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, pp. 243-249.

- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B. e Shepherd, M., (1970), «A standardised psychiatric interview for use in community surveys», *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 24, pp. 18-23.
- Green, J.M. e Murray, D. (1994), «The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria», in J.L. Cox e J. Holden (Eds.), *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Gaskell, London.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V e Sandler, M. (1992), «Links between early *post-partum* mood and postnatal depression», *British Journal of Psychiatry*, 154, pp. 777-780.
- Jardri, R. (2004), «Le dépistage de la dépression postnatale: revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale», *Devenir*, 16 (4), pp. 240-257.
- Kumar, R., Robson, K.M. (1984), «A prospective study of emotional disorders in childbearing women», *British Journal of Psychiatry*, 144, pp. 35-47.
- Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D. e Grunebaum, H.V. (1986), «The depressed mother and her one year old infant», in: Field, T., e Tronick, E. (Eds.), *Maternal depression and child disturbance*, Jossey Bass, San Francisco, Vol. 34.
- Martins, C. e Gaffan, E.A. (2000), «Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment. A meta-analytic investigation», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (6), pp. 737-746.
- Murray, L. (1992), «The impact of postnatal depression on infant development», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, pp. 543-561.
- Murray, L. e Carothers, A.D. (1990), «The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample», *British Journal of Psychiatry*, 157, pp. 288-290.
- Murray, L., Fiore-Cowley, A., Hooper, R. e Cooper, P. (1996), «The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome», *Child Development*, 67, pp. 2512-2526.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P. J., Ducournau, P., Turner, P. e Stein, A. (1999), «The socio-emotional development of five year old children of postnatally depressed mothers», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), pp. 1259-1272.
- Nott, P. (1987), «Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth», *British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 523, 527.
- Nott, P. (1989), «The Southampton study», in J.L. Cox, E.S. Paykel e M.L. Page

(Eds.), *Childbirth as a life event*, Duphar Medical Publications, Southampton.

- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A. e Manzano, J. (2003), «Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant», *European Child and Adolescent psychiatry*, 12, pp. 75-83.
- Spitzer, R., Endicott, J. e Robins, E. (1975), *Research Diagnostic Criteria. Instrument No. 58*, New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stein, A., Gath, D., Bucher, J., Bond, A., Day, A. e Cooper, P. (1991), «The relationship between postnatal depression and mother-child interaction», *British Journal of Psychiatry*, 158, pp. 46-52.
- Teissèdre, F. e Chabrol, H. (2004), «Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum», *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 1, pp. 51-54.
- Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S. e Isabella, R. (1995), «Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers», *Developmental Psychology*, 31, pp. 364-376.

