

# **Manuale (ACT) per la prevenzione del disagio e della depressione post partum**



**Di Espen Klausen,**

**M. S. Università del Wisconsin-Milwaukee**

**Traduzione italiana a cura di Chiara Rossi Urtoler**

# **Manuale (ACT) per la prevenzione del disagio e della depressione post partum**

Il presente manuale è per la prevenzione del disagio post partum (DPP) utilizzando i principi della Acceptance And Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) facilita la formazione di un gruppo di supporto e prepara le madri in attesa per le realtà psicologiche del periodo post parto.

Questo manuale propone inizialmente la prevalenza, la presentazione, l'eziologia e i fattori di rischio per il DPP, per poi discutere la ricerca sugli interventi per trattarlo e prevenirlo.

Successivamente, verrà fornita una breve introduzione all'ACT e alle sue componenti più rilevanti insieme a una proposta di concettualizzazione ACT del DPP e agli studi esistenti sull'efficacia dell'ACT nel trattamento di disturbi rilevanti.

Seguono infine una parte sulle questioni pragmatiche per la conduzione di un gruppo di prevenzione, una discussione sulla convalida empirica del manuale e uno schema sessione per sessione.

## **Prevalenza**

Le stime del DPP variano a seconda del livello di sofferenza considerato. Per la sintomatologia lieve (a volte chiamata "baby blues") le stime variano dal 30% (Pritchard & Harris, 1996) all'80% (Yalom, Lunde, Moos e Hamburg, 1968). È probabile che questa vasta gamma sia un artefatto di diverse definizioni e sensibilità nel rilevare livelli lievi di stress. Si stima che quella che potrebbe essere considerata depressione post parto abbia una prevalenza del 10-15% (O'Hare & Swain, 1996). Sebbene una di queste severità del DPP possa essere considerata prevalente, la psicosi post-partum è relativamente rara, allo 0,1-0,2% (Kendell, Chalmers e Platz, 1987). Il presente manuale, come strumento preventivo, prende di mira l'intera gamma, dal baby blues alla psicosi, collettivamente denominata disagio ("distress") post partum (DPP). I facilitatori possono però, a propria discrezione, scegliere di prevedere per i casi gravi di DPP (in particolare psicosi) altre vie di trattamento (ad es. terapia individuale o addirittura ricovero in ospedale).

## **Presentazione**

Una componente del DPP che rende difficile il trattamento è che è comune per le neomamme nascondere i propri sintomi depressivi, con il risultato che la depressione post parto ha ricevuto il soprannome appropriato di "depressione sorridente" (Dalton, 1971). Poiché il DPP è difficile da rilevare, le misure preventive potrebbero essere in grado di raggiungere persone che altrimenti non verrebbero individuate. La depressione post-parto differisce da altre forme di depressione anche in molti altri modi, tra cui una maggiore frequenza e intensità di confusione, allucinazioni uditive, deliri nichilisti e deliri di colpa (ad esempio, Agrawal, Bhatia e Malik, 1997). Al contrario dei pensieri e dei sentimenti negativi generali che una donna può avere da tempo e a cui si è abituata, dopo la nascita di un figlio emergono nuove esperienze private che non sono familiari. È probabile che la nuova madre

sia confusa, non sapendo come interpretarli o come rispondere ad essi (Halonen & Passman, 1985). Questa confusione è uno dei sintomi più frequenti del DPP (es. Pritchard & Harris, 1996) ed è particolarmente forte nella psicosi post partum (Brockington, Margison e Schoefield, 1988).

### **Eziologia e fattori di rischio**

Molti fattori sono stati proposti come cause di DPP, molti dei quali sono intuitivi, come la fatica e i cambiamenti generali della vita. Un altro contributo ipotizzato sono gli ormoni. Harris (1994), ad esempio, ha trovato una correlazione positiva tra umore depresso dopo la nascita e cambiamenti nei livelli di progesterone. Tali correlazioni ormonali sono state trovate in forme più lievi di sofferenza post-parto che si sviluppano intorno al quarto giorno dopo la nascita, quando i cambiamenti negli ormoni della madre sono al culmine. Per i casi più gravi di sofferenza post partum, la disfunzione tiroidea è stata implicata come contributore (ad es. Amino, Miyai, Onishi, Hashimoto e Arai, 1976; Prentice et al., 1990). Forse il fattore di rischio maggiore, tuttavia, è la precedente depressione, o ancor più significativamente la storia passata di sofferenza post partum; Cooper e Murray (1997) hanno riscontrato un rischio fino al 40% di depressione post-parto per la madre già depressa dopo un parto precedente.

Conducendo una meta-analisi di studi su quasi 24.000 soggetti, Robertson, Grace, Wallington e Stewart (2004) hanno scoperto che i seguenti sono i maggiori fattori di rischio per la depressione post parto (non psicotica): una storia di depressione, depressione prenatale o ansia, stress della vita generale non correlato alla nascita durante il parto e scarso supporto sociale (in particolare se c'è uno scarso sostegno coniugale). I revisori hanno opportunamente notato, tuttavia, che è probabile che il loro elenco di fattori predittivi o contribuenti sia incompleto perché la revisione potrebbe coprire solo i fattori che hanno ricevuto sufficiente attenzione da studi ben progettati ed esistono sostanziali lacune nella letteratura.

## **Studi esistenti su trattamento e prevenzione**

### Trattamento

Nonostante siano state condotte ricerche limitate sui trattamenti non farmacologici della depressione post partum, alcuni studi ben controllati hanno dimostrato che da 6 a 12 sessioni di terapia individuale possono essere efficaci, sia che si utilizzino metodi non direttivi (Cooper & Murray, 1997; Holden, Sagovsky, & Cox, 1997; O'Hara, Stuart, Gorman e Wenzel, 2000) o cognitivi (Appleby, Warner, Whitton e Faragher, 1997; Cooper & Murray, 1997).

Alcuni studi sono stati condotti anche su approcci di gruppo al trattamento della depressione post partum (Chen, Tseng, Chou e Wang, 2000, Fleming, Klein e Corter, 1992, Meager e Milgrom, 1996). I risultati sono stati contrastanti. Gli approcci terapeutici supportati includevano sessioni di gruppo di supporto, educazione sul disagio post partum, discussioni sul passaggio alla maternità e sull'affrontare pensieri e sentimenti (Gjerdingen, 2003). Sebbene i gruppi di supporto strutturati sembrano essere utili, i gruppi non strutturati possono essere dannosi per la fiducia in se stesse delle madri (ad es. Fleming, Klein e Corter, 1992). Per una discussione più ampia degli studi sull'efficacia degli approcci farmacologici e psicoterapeutici al trattamento della DPP, vedere Boath e Henshaw (2001) e Gjerdingen (2003).

### Prevenzione

L'idea di una cura preventiva della depressione post parto non è nuova e sono state avanzate argomentazioni a favore dell'educazione e della consulenza (Pritchard & Harris, 1996), ma poco è stato fatto per sviluppare strategie di prevenzione specifiche. Uno dei motivi per cui le strategie preventive sono importanti è che i sintomi post parto spesso compaiono subito dopo la nascita (Agrawal et al., 1997; Halonen & Passman, 1985). Allo stesso tempo, il funzionamento precoce della madre è importante per il bambino, ed è probabile che la depressione post parto interrompa significativamente il

progresso dello sviluppo del bambino (Murray, 1997), per es. a 3 mesi quasi tutte le difficoltà di attaccamento sono state associate a depressione del parto (Kumar & Robson, 1984).

Sebbene vi sia la necessità che le madri funzionino bene subito dopo la nascita, gli approcci terapeutici esistenti alla DPP richiedono in genere da 6 a 12 settimane (Gjerdingen, 2003). Ciò mette in discussione la validità dei trattamenti correttivi. Questa validità è ulteriormente messa in discussione dalle neomamme che hanno la tendenza a nascondere il loro disagio (Dalton, 1971), il che significa che i trattamenti diretti potrebbero non raggiungere coloro che ne hanno bisogno. Strategie preventive, tuttavia, potrebbero porre rimedio ad alcuni di questi problemi.

Nonostante ci sia una richiesta di strategie preventive, sorprendentemente sono stati condotti pochi studi. Halonen e Passman (1985) hanno studiato l'uso dell'allenamento al rilassamento e la consapevolezza prenatale riguardo le probabili esperienze avverse dopo il parto. Entrambi sono risultati avere un sostanziale effetto benefico sul benessere post parto delle madri. Quest'ultimo, la consapevolezza riguardo a probabili esperienze avverse dopo il parto, è incorporato nel presente manuale.

Più recentemente Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Roge e Mullet (2002) hanno condotto uno studio controllato e randomizzato di una strategia di prevenzione per la depressione post partum.

Sebbene il loro breve intervento sia avvenuto dopo il parto (tra il secondo e il quinto giorno dopo la nascita), può essere considerato uno studio preventivo perché l'intervento è avvenuto prima dell'esordio principale della depressione post partum e perché i partecipanti non sono stati scelti per la partecipazione in base al loro livello di disagio, se presente. I controlli hanno ricevuto un trattamento medico post parto come al solito e i partecipanti al gruppo sperimentale hanno ricevuto un'ora di terapia. La terapia attuata si è concentrata su tre componenti: 1) Psicoeducazione alla genitorialità e allo sviluppo infantile; 2) ascolto empatico concentrato sulla normalizzazione per ridurre il senso di colpa; 3) la terapia cognitiva per sfidare le aspettative irrealistiche delle madri verso di sé. In particolare, le

due ultime componenti sono coerenti con l'approccio adottato nel presente manuale. Da 4 a 6 settimane dopo il parto, quelli del gruppo sperimentale avevano una probabilità significativamente inferiore di avere una probabile depressione e avevano una sintomatologia inferiore rispetto a quelli del gruppo di controllo. Anche Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Kononen e Halmesmaki (2001) hanno adottato un approccio cognitivo comportamentale alla terapia con le donne in gravidanza, sebbene mirasse alla paura del parto piuttosto che alla depressione post parto. In uno studio controllato in modo casuale con 176 future mamme non hanno riscontrato differenze nei punteggi BDI (Beck Depression Inventory), post parto, tra madri trattate con terapia convenzionale e madri trattate con terapia cognitivo comportamentale.

Due studi limitati (n=45, Gorman, 2001, come descritto in Dennis, 2004; n=37, Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein e Howard, 2001) hanno anche studiato l'efficacia dell'uso della psicoterapia interpersonale rispetto al trattamento, come -consueti controlli per prevenire la depressione post parto. In entrambe le indagini, il gruppo sperimentale presentava una depressione post parto significativamente inferiore rispetto ai controlli rispettivamente a 12 e 4 settimane dopo il parto. Nello studio di Gorman (2001) la differenza non era significativa a 24 settimane.

Una terza strategia di intervento preventivo che ha ricevuto una certa attenzione empirica è il debriefing psicologico (Dennis, 2004). Il debriefing psicologico consiste in ostetriche o altro personale ospedaliero che parlano con le neomamme della loro esperienza di aver partorito e di diventare recentemente genitori. Riassumendo la letteratura, Dennis (2004) ha concluso che il debriefing psicologico non è stato utile nel ridurre la depressione post parto e che potrebbe persino avere effetti deleteri. Nel complesso, la letteratura sugli approcci esistenti alla prevenzione del post parto ha prodotto risultati contrastanti e dovrebbero essere esplorate nuove strategie di trattamento.

Va notato che potrebbe non essere appropriato pensare agli interventi preventivi per la DPP come del tutto preventivi, in quanto molte madri in attesa (forse fino al 17%; Crockenberg & Leerkes, 2003)

soffrono di depressione prenatale, che le predispone al post depressione del parto. Gli studi indicano, tuttavia, che a parte la depressione prenatale che rende le donne più propense ad avere una depressione post parto, le cause e le variabili di moderazione naturali sono diverse per la depressione prenatale e post partum (ad es. Ross, Sellers, Evans e Romach, 2004).

Sono state fornite informazioni di base sul DPP. Sono stati discussi anche gli approcci esistenti al suo trattamento e prevenzione. Prima di esaminare le questioni pragmatiche relative alla gestione di un gruppo per prevenire la depressione post partum, verrà discusso il background teorico ed empirico dell'approccio attuale.

### **Breve introduzione all'ACT**

Il quadro teorico per il presente manuale è l'ACT (Acceptance and Commitment Therapy). In una forma semplificata, l'ACT può essere descritta come basata sul concetto che i tentativi di modificare o evitare le esperienze private (ad es. pensieri, sentimenti e memorie automatiche) sono disadattivi (Hayes et al, 1999). Secondo l'ACT, le persone tendono a fondersi con le loro esperienze private, identificandosi con loro e trattandole come se contenessero verità intrinseche. Considerando queste esperienze private come il problema, queste persone rimangono intrappolate nei tentativi di cambiarle, nonostante queste esperienze private siano fuori dal loro controllo. Bloccati in un programma di cambiamento e/o di controllo, possono essere distratti dai propri valori e obiettivi di vita. L'ACT mira a interrompere la fusione che le persone hanno con le loro esperienze private e incoraggiare invece ad accettarle in modo che possano tornare a perseguire ciò che è veramente significativo per loro.

### **Studi rilevanti sull'efficacia dell'ACT**

Negli ultimi due decenni sono stati condotti numerosi studi per indagare l'efficacia dell'uso dell'ACT per trattare varie forme di sofferenza umana. Forse la cosa più rilevante per il presente manuale sono

gli studi sulla sua utilità come trattamento per la depressione. Uno studio iniziale (Zettle & Hayes, 1986) ha confrontato la terapia cognitivo comportamentale e l'ACT e ha trattato 18 donne depresse. Dopo 12 sessioni settimanali, entrambi i gruppi erano migliorati in modo significativo e, al follow-up, le donne che ricevevano il trattamento ACT sono risultate meno depresse rispetto alle donne trattate con una terapia cognitivo-comportamentale. Questa differenza tra i gruppi nell'esito a lungo termine non sembrava essere una funzione della riduzione dei pensieri depressivi, ma piuttosto una funzione delle donne nel gruppo ACT che credevano meno ai loro pensieri depressi. Un altro studio (Zettle & Raines, 1989) che ha confrontato la terapia cognitivo comportamentale e l'ACT per la depressione, è stato condotto in un formato di gruppo con 31 donne assegnate in modo casuale a due diversi gruppi cognitivo comportamentali e un gruppo ACT. Tutti e tre i gruppi hanno mostrato un miglioramento significativo dopo il trattamento e al follow-up, senza differenze significative tra i gruppi.

L'ACT è stato anche utilizzato con notevole successo nella riduzione dello stress sul luogo di lavoro (Bond & Bunce, 2000; Bond & Hayes). Bond e Bunce hanno scoperto che un approccio ACT ha avuto un impatto maggiore sulla salute mentale e sulla propensione all'innovazione (che può essere interpretata come iniziativa e presenza mentale) rispetto alla terapia incentrata sulle emozioni e ai controlli senza trattamento. Di particolare interesse è che lo studio ha indicato che il cambiamento è avvenuto attraverso l'accettazione e la disponibilità verso sentimenti e pensieri indesiderati piuttosto che una riduzione di essi. Anche una mancanza di accettazione dei propri pensieri e sentimenti è stata implicata nell'angoscia post partum (ad esempio, Crockenberg & Leerkes, 2003). Poiché i pensieri e le emozioni che seguono il disagio post partum possono essere inevitabili e causati da cambiamenti ormonali estremi e stress situazionale, un trattamento mirato alla riduzione di pensieri e sentimenti indesiderati potrebbe non essere appropriato. L'attenzione dello studio sull'affrontare lo stress è interessante anche per la prevenzione dopo il parto poiché lo stress ambientale, indipendente dall'attesa

della nascita, mette una madre in attesa a un rischio maggiore di depressione post parto (Robertson et al., 2004).

Un approccio ACT è stato anche utilizzato con un certo successo nel ridurre la ri-ospedalizzazione tra pazienti con sintomi psicotici positivi (inclusi, ma non limitati a, schizofrenici; Bach & Hayes, 2002).

Ciò è di particolare interesse per i trattamenti e la prevenzione del DPP, data la maggiore prevalenza di deliri e allucinazioni nel DPP rispetto ad altri disturbi depressivi (Agrawal et al., 1997).

### **ACT Concettualizzazione del DPP**

Qualunque sia la causa del DPP per una donna, è probabile che lo stress estremo e i cambiamenti fisici e sociali che subisce portino pensieri e sentimenti automatici che non le sono familiari. Un certo livello di fusione con pensieri e sentimenti esistenti potrebbe non aver causato problemi sostanziali, ma le conseguenze della fusione potrebbero essere più sostanziali riguardo le nuove esperienze private che potrebbero avere dopo la nascita. È improbabile che le madri siano preparate, e alcune di queste esperienze private possono anche essere molto contrarie a ciò che è considerato desiderabile o qualsiasi cosa di cui si siano mai ritenute capaci. Un esempio significativo sarebbe avere il pensiero automatico che "Vorrei non avere questo bambino". Se la donna è in fusione con quest'ultimo pensiero, è probabile che la donna risponda in due modi: incorporazione o evitamento. Se lo tratta come reale ed evita il pensiero, la persona potrebbe provare ansia e deliri di colpa. Se la persona accetta piuttosto il pensiero e lo incorpora nelle sue convinzioni, anche se solo brevemente, può intraprendere azioni per prendere le distanze dal bambino, incluso il distacco emotivo o, nel peggiore dei casi, cercare di rimuovere il bambino dalla sua vita.

Sebbene alcune persone potrebbero non essere completamente fuse con i loro pensieri e sentimenti, tendono ad essere particolarmente fuse con esperienze private come le percezioni visive e uditive.

Sebbene una tale fusione possa essere appropriata nella maggior parte dei casi e per la maggior parte

delle persone, non lo è se queste percezioni sono sbagliate, come le allucinazioni nella schizofrenia. Anche nel DPP, tuttavia, non sono rare allucinazioni, in particolare uditive (Agrawal et al., 1997).

## **Questioni pratiche**

### **Setting/Invii**

L'attuale approccio di gruppo alla prevenzione della depressione post parto può essere implementato al meglio in collaborazione e nel contesto di altri servizi forniti alle madri in attesa. Le cliniche, consultori e i centri di maternità che offrono servizi come corsi per futuri genitori e possono essere l'ideale. Questo non solo consente facili referenze, ma aiuta a normalizzare il gruppo. Il gruppo potrebbe essere meglio pubblicizzato come un "gruppo di preparazione e supporto per le madri in attesa". Gli sforzi di reclutamento (volantini, fonti di riferimento, ecc.) dovrebbero concentrarsi intorno alle strutture che normalmente offrono servizi per la popolazione generale delle donne in gravidanza (ad esempio, sale d'attesa della clinica di maternità e classi di preparazione al parto con lo yoga ecc..). Questo aiuta, fin dall'inizio, a inviare il messaggio che si tratta di un gruppo appropriato a cui iscriversi per le madri ben funzionanti.

Una stretta collaborazione con altri fornitori di servizi prenatali è utile anche perché il gruppo presente non è progettato per fornire tutta la preparazione per la genitorialità di cui potrebbero beneficiare le madri in attesa e i facilitatori dovrebbero essere pronti a indirizzare i membri del gruppo a servizi aggiuntivi come i corsi per genitori con ostetriche e pediatri. Il manuale corrente può, ovviamente, essere applicato ad impostazioni diverse da quelle sopra. In contesti che hanno maggiori probabilità di attrarre potenziali membri del gruppo con psicopatologia, gli organizzatori del gruppo dovrebbero considerare l'utilizzo di un processo di screening più completo.

### **Popolazione target e screening**

Questo manuale è progettato principalmente per l'uso con una popolazione generale di madri in attesa. La ricerca suggerisce, tuttavia, che anche un certo numero di altri membri della famiglia potrebbero soffrire di disagio e depressione post partum (ad es. Asch e Rubin, 1974) e l'attuale manuale potrebbe essere facilmente applicato a una popolazione più ampia apportando piccoli aggiustamenti.

Un'estensione particolarmente interessante sarebbe quella di includere i coniugi perché lo scarso sostegno coniugale durante la gravidanza e la genitorialità precoce è un fattore predittivo di depressione post parto (Pritchard & Harris, 1996).

Il gruppo proposto è pensato per le donne che all'inizio del gruppo si trovano tra la metà del secondo e il terzo trimestre e possono impegnarsi a partecipare al gruppo fino a qualche mese dopo il parto. I potenziali membri del gruppo la cui psicopatologia rischia di distrarre in modo significativo dalla prevenzione del DPP dovrebbero essere esclusi, così come quelli con personalità che possono creare un'atmosfera derisoria. Nel complesso, gli organizzatori dovrebbero applicare considerazioni di screening standard quando formano il gruppo (Corey, 2004). Condurre l'intervento in un contesto di preparazione generale alla genitorialità, come discusso in precedenza, dovrebbe ridurre al minimo l'afflusso di individui con grave psicopatologia. La disfunzione e il disagio causati principalmente dall'apprensione per la nascita e la genitorialità in sospeso sono, ovviamente, appropriati per il gruppo.

### **Gruppo chiuso**

Il programma terapeutico nel gruppo proposto è progressivo. Pertanto, è necessario un gruppo chiuso: dopo la prima o due sessioni, nessun nuovo membro del gruppo potrebbe entrare. Avere un gruppo chiuso richiede l'assunzione di un numero significativo di genitori in attesa con scadenze comparabili. Ancora una volta, stretti legami con altri fornitori di assistenza prenatale e fornitori di istruzione sono utili per semplificare il processo di riferimento (ad esempio, cooperare con gli operatori dei corsi per i

futuri genitori per indirizzare automaticamente i propri partecipanti, in particolare se ritenuti a rischio). I membri dovrebbero impegnarsi a far parte del gruppo sin dall'inizio e, come minimo, essere presenti per le prime cinque sessioni. Il numero ideale di membri in ogni gruppo dipenderebbe dal numero di facilitatori e dal livello di esperienza dei terapeuti con i gruppi. Una cifra ragionevole per un gruppo di dimensioni adeguate con 1-2 facilitatori sarebbe 6-8 madri in attesa. Qualsiasi gruppo più piccolo può correre il rischio di nascite premature, tempi di recupero e complicazioni che possono ridurre la frequenza.

### **Durata delle sessioni**

Ogni sessione è progettata per durare due ore, consentendo interventi diretti, frequenti pause per il bagno e momenti informali insieme dopo la sessione per migliorare la formazione di un gruppo di supporto. Possono anche essere preferibili sessioni più lunghe e meno numerose in quanto possono essere più facili da inserire nei programmi dei membri e poiché sessioni più brevi possono interrompere inutilmente la continuità. Le sessioni possono durare circa 2-3 ore nelle sessioni iniziali per consentire ai partecipanti di sentirsi a proprio agio l'uno con l'altro. Questo tempo può essere ridotto un po' se i membri si conoscono già (ad esempio, sono stati tutti indirizzati dallo stesso corso per genitori).

Il gruppo proposto è progettato per essere eseguito per 8-10 sessioni, con le sessioni 1-5 eseguite prima delle date di scadenza dei membri del gruppo e le sessioni rimanenti durante e dopo il tempo di nascita previsto. Non è un grosso problema per il gruppo se alcune donne entrano in travaglio prima della sessione 5 o dopo la sessione 6. La durata variabile dell'intervento è quella di consentire un numero adeguato di sessioni post-parto per tutti i membri (le date di parto previste sono approssimative). Va notato che la maggior parte dell'intervento diretto viene eseguita nelle prime quattro sessioni. Le sessioni rimanenti mantengono fresca la comprensione acquisita mentre il gruppo funge da gruppo di supporto. L'intervento ACT più significativo dopo la sessione 5 è l'applicazione del materiale

all'esperienza post parto delle madri. Se le circostanze non consentono la presenza continuativa nel gruppo (depressione grave o ricovero in ospedale), il facilitatore può vedere l'ex membro del gruppo in terapia individuale. Anche nelle migliori circostanze, ci si dovrebbe aspettare una certa variabilità nella partecipazione alla sessione 5-10 a causa di date di scadenza e tempi di recupero variabili.

### **Problemi di gravidanza**

I facilitatori dovrebbero essere preparati per varie considerazioni pratiche relative al lavoro con le donne in gravidanza. Uno è quello di consentire frequenti pause per il bagno e di disporre di servizi igienici adeguati e convenienti. Importanti sono anche la facilità di parcheggio vicino e l'accesso generale. Per le sessioni successive al parto, diventa importante anche pianificare per consentire possibili interruzioni come il cambio dei pannolini e l'alimentazione dei bimbi.

A causa della relativa imprevedibilità di quando le madri inizieranno il travaglio e di quando saranno in grado di tornare al gruppo in seguito, i facilitatori dovrebbero aspettarsi un'interruzione della frequenza dei membri nelle ultime parti di questo programma, ma il manuale è impostato con questo in mente: la presenza continua è molto più importante durante le sessioni iniziali che per le sessioni successive.

### **Facilitatori**

L'attuale manuale presuppone l'uso di due facilitatori, sebbene gli organizzatori dei singoli gruppi possano scegliere di averne solo uno. Oltre ai vantaggi per qualsiasi gruppo di avere due facilitatori (Corey, 2004), il gruppo attualmente discusso può trarre vantaggio aggiuntivo perché richiede una raccolta frequente di dati, un punteggio rapido delle misure di esito e oltre a sfruttare le limitate opportunità di check-in con i membri del gruppo che sembrano in difficoltà. A seconda delle dimensioni del gruppo e delle preferenze dell'organizzatore del gruppo, possono essere utilizzati uno o due facilitatori. L'utilizzo di due facilitatori consente anche di avere un terapeuta maschio e una

femmina che co-facilitano il gruppo proposto. La presenza di una facilitatrice femminile può facilitare l'identificazione dei membri del gruppo con la terapeuta e un facilitatore maschio può aiutare i membri a sentirsi a proprio agio nel condividere i loro pensieri e sentimenti (irrazionali) automatici con gli uomini (in particolare i loro mariti, il cui sostegno è importante nella prevenzione della depressione post partum; Pritchard & Harris, 1996).

I facilitatori non dovrebbero adottare un approccio psicoeducativo, nonostante l'idea generale del manuale sia quella di preparare i genitori alle realtà della vita post parto. Secondo il modello ACT e l'approccio del presente manuale, la fusione con pensieri e sentimenti automatici che la maggior parte degli individui ha, deve essere spezzata in modo esperienziale piuttosto che intellettualmente. Una ragione concettuale è che la maggior parte delle persone è solita applicare le informazioni proposte come strumento per evitare o controllare i propri pensieri e sentimenti. Anche se le informazioni che vengono insegnate ai membri del gruppo riguardano la rottura della fusione, è probabile che vengano applicate nel tentativo di controllare i pensieri e sentimenti, alimentando così la fusione piuttosto che diminuire. In quanto tali, i facilitatori dovrebbero essere terapeuti che si sentono a proprio agio anche con i membri del gruppo che non hanno sempre una forte comprensione cognitiva dei materiali trattati.

La teoria alla base dell'ACT può essere difficile da comprendere appieno. Per il presente manuale, tuttavia, non è richiesta una conoscenza approfondita dell'ACT. Sebbene siano contenute brevi discussioni sulla teoria dell'ACT, i facilitatori che non conoscono l'ACT potrebbero voler compiere sforzi per acquisire ulteriori informazioni sulle basi dell'ACT, sia attraverso materiali stampati (ad es. Hayes et al., 1999) sia attraverso seminari. I workshop sono particolarmente preziosi per ottenere informazioni sull'ACT a un livello più esperienziale di quello che qualsiasi mezzo scritto può fornire.

(NdT: vedi corsi e seminari di ACT ITALIA e della traduttrice).

## **Tracciamento dei risultati**

Ci sono tre ragioni principali per tenere traccia dei dati sui risultati quando si utilizza questo manuale. Prima di tutto, il monitoraggio dei risultati è importante per monitorare i progressi. Tale monitoraggio è particolarmente importante quando si gestisce un gruppo, perché il terapeuta ha meno opportunità di fare il check-in con ogni singolo membro del gruppo. In secondo luogo, il monitoraggio degli esiti è importante per rilevare qualsiasi marcato peggioramento che potrebbe giustificare l'invio a interventi più intensivi. In terzo luogo, il monitoraggio dei risultati è importante per qualsiasi tipo di convalida del manuale e del suo approccio. I facilitatori di gruppo possono trovare utili due diverse forme di monitoraggio dei risultati. Uno è l'uso di alcune misure di DPP e un altro è il monitoraggio dei cambiamenti nelle variabili di processo che si presume siano rilevanti per l'approccio ACT qui adottato. I medici e i ricercatori hanno una serie di strumenti tra cui scegliere per il monitoraggio del DPP in generale, la maggior parte dei quali sono appropriati per l'uso sia prenatale che postnatale. Uno che viene utilizzato frequentemente è l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden e Sagovsky, 1987), un questionario di 10 elementi, il cui limite clinico è normalmente fissato tra 10 (Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992) e 12 (Matthey, 2004), con un calo di 4 considerato cambiamento clinicamente significativo (Matthey, 2004). L'EPDS ha il vantaggio di essere stato ampiamente utilizzato negli studi di ricerca sul DPP.

L'EPDS in italiano si trova in appendice, in fondo a questo documento. Inoltre, è disponibile sia in inglese che in spagnolo su [www.perinatalweb.org](http://www.perinatalweb.org)

Un'altra misura comunemente usata è la scala del Center of Epidemiological Studies-Depression (CES-D) (Radloff, 1977). Consiste in 20 domande sulla prevalenza di vari sintomi nell'ultima settimana, con un cut-off clinico di 16. Presenta i vantaggi di essere facile da usare, costruito in parallelo con i criteri del DSM-IV per la depressione ed è disponibile sia in inglese ([www.perinatalweb.org/association/](http://www.perinatalweb.org/association/)

topic\_depressionlink.html ) che in spagnolo (disponibile su [www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclspan.html](http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclspan.html) ).

Una terza misura è la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS; Beck & Gable, 2001).

Sebbene non sia oggetto di ricerche così approfondite come le altre misure, il PDSS può contenere domande su aree non coperte dalle altre misure ed è stato convalidato in modo incrociato con il BDI-II (trovando una correlazione tra le due misure di .79; Beck & Gable, 2001). Versione italiana:

<https://www.psicologia.one/prodotto/pdss-postpartum-depression-screening-scale/>

ed è disponibile in inglese su [www.perinatalweb.org](http://www.perinatalweb.org).

I ricercatori inseriti in un quadro generale della depressione possono trovare utile e appropriato utilizzare misurazioni della depressione più generali come il Beck Depression Inventory oltre a misure specifiche della depressione post parto (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996). Per quanto riguarda misure più specifiche dell'ACT, molte sono state, o stanno per essere, sviluppate, comprese le misure di defusione (assenza di fusione con pensieri e sentimenti automatici; Bach & Hayes, 2002) e di accettazione (Hayes et al. in stampa).

Nella scelta delle misure di esito, va notato che, dato ciò che si sa sugli effetti biologici del parto, un certo livello di declino emotivo è normale. Inoltre, secondo l'attuale modello concettuale, l'obiettivo è che le madri siano in grado di andare avanti con le loro vite nonostante i loro pensieri e sentimenti negativi piuttosto che ridurli. In effetti, la ricerca suggerisce che le madri che continuano a prendersi cura del bambino anche quando sono malate o angosciate hanno migliorato il funzionamento generale (White, Nicholson, Fisher e Geller, 1995). Il monitoraggio dei progressi in termini di obiettivi dei membri del gruppo e comportamenti adattivi può quindi essere più appropriato del benessere emotivo soggettivo.

### **Validazione empirica**

Gli utenti del presente manuale di prevenzione dovrebbero essere consapevoli del fatto che non è stato convalidato empiricamente. Gli sforzi per convalidare l'attuale approccio per prevenire il DPP possono essere compiuti sia direttamente che indirettamente. L'approccio diretto comporterebbe studi di trattamento con l'attuale manuale. Sfortunatamente, uno studio del genere richiederebbe risorse considerevoli. Per molti manuali, la validazione preliminare provvisoria può essere ottenuta attraverso studi più piccoli senza gruppi di controllo, basandosi invece su test pre-post. Poiché gli effetti del parto renderebbero difficili da interpretare i test pre-post, tuttavia, un simile approccio non sarebbe appropriato per il presente manuale. Solo indagini ben progettate con buoni gruppi di controllo darebbero dati significativi.

Una certa convalida dell'approccio, tuttavia, può essere ottenuta attraverso studi meno impegnativi, che indagano la validità delle basi teoriche del manuale. L'affermazione che il DPP è correlato a pensieri e sentimenti non familiari e alla fusione è un'ipotesi verificabile adatta per la verifica empirica.

### **Panoramica del protocollo**

L'attuale proposta cerca di alleviare i sintomi depressivi post partum attraverso tre aspetti correlati:

- supporto,
- accettazione dei propri sentimenti e pensieri
- preparazione alla realtà psicologica post partum.

Il manuale è impostato per un gruppo di supporto in quanto il gruppo ha lo scopo di consentire ai partecipanti di condividere le proprie esperienze tra loro, consentendo un senso di comunità e la normalizzazione di ciò che stanno vivendo.

Il gruppo ha anche caratteristiche psicoeducative appropriate in quanto un obiettivo principale è aumentare la conoscenza dei partecipanti su come funzionano i loro pensieri e sentimenti, ma

chiamarlo psicoeducativo è fuorviante perché l'esperienza piuttosto che l'informazione viene utilizzata come intervento principale strategia in tal senso. L'unica componente programmata che è puramente psicoeducativa è educare i membri del gruppo sul tipo di pensieri e sentimenti che è probabile che emergano dopo la gravidanza.

Il gruppo è anche strutturato come gruppo psicoterapeutico in quanto mira al trattamento della fusione esistente con pensieri e sentimenti che attualmente impediscono ai membri del gruppo di lavorare verso ciò che ha veramente significato nelle loro vite. Può anche essere considerato un gruppo di auto-aiuto in quanto è un gruppo di supporto per persone che hanno a che fare con gli stessi fattori di stress della vita (ad esempio, nascita e genitorialità precoce; Corey, 2004).

Per il protocollo proposto, molti degli esercizi, così come alcuni aspetti dello schema generale, sono tratti da protocolli ACT esistenti progettati per terapia individuale (Bach & Hayes, 2002; Woods, Twohig, Wetterneck e Braun, 2003) e di gruppo (Zettle & Hayes, 1986, Zettle & Raines, 1989), così come da "Acceptance and Commitment Therapy" (1999) di Hayes et al.

L'obiettivo finale dell'ACT applicato nell'attuale protocollo è che i membri del gruppo si lascino alle spalle un sistema di controllo e accettino le loro esperienze private, consentendo loro di perseguire i propri obiettivi e valori. Affinché questa accettazione abbia luogo e venga applicata, i seguenti obiettivi del processo progressivo sono stati incorporati nel manuale, insieme a un'enfasi continua sulla normalizzazione delle esperienze dei membri del gruppo:

1. Essere in grado di riconoscere pensieri e sentimenti automatici mentre si manifestano
2. Comprendere come questi pensieri e sentimenti siano verità provvisorie piuttosto che oggettive
3. Riconoscere come sono automatici e come la persona non ne abbia il controllo
4. Comprendere come le persone tendono a fondersi con i pensieri e i sentimenti automatici (ad es. Stare a casa ed evitare attività piacevoli quando ci si sente depressi)
5. Rompere la fusione (con la defusione)

6. Accettazione di pensieri e sentimenti automatici per quello che sono, senza evitarli
7. Impegnarsi per i propri valori e obiettivi piuttosto che vivere secondo ciò che pensieri e sentimenti automatici possono suggerire

Una componente tipica dell'ACT che non è inclusa in questo elenco è la "disperazione creativa": una procedura in cui viene speso molto tempo per identificare un'ampia gamma di modi in cui una persona ha cercato di evitare i propri sentimenti o pensieri e quanto bene questi hanno funzionato, o più probabilmente quali difficoltà hanno aggiunto alle loro vite questi tentativi. Si basa su un alto livello di condivisione nello stesso momento in cui avviene all'inizio della relazione terapeutica, che può essere scomoda in un formato di gruppo. Va notato che anche se viene rimossa la "disperazione creativa" di per sé, si lavora ancora su come evitare le proprie esperienze private sia controproducente. Se si lavora con una popolazione particolarmente resistente a riconoscere i propri comportamenti problematici, i facilitatori potrebbero voler aggiungere ulteriori elementi di "disperazione creativa" durante la conduzione del manuale (vedi Hayes et al., 1999).

### **Sequenza temporale**

Le sessioni 1-5 dovrebbero essere programmate per svolgersi molto prima di quello che si stima sia il termine per tutte le madri partecipanti. Le sessioni 1-5 sono settimanali, le sessioni 6-7 bisettimanali. Altre 1-3 sessioni, a seconda del tasso di assenze dei membri del gruppo, possono essere programmate a discrezione dei facilitatori ad intervalli che consentano a tutte le madri un numero adeguato di sessioni dopo il parto. Sebbene lo scopo principale dell'attuale manuale sia quello di fornire misure preventive contro il DPP, una parte considerevole delle sessioni si svolge dopo il parto. In quanto tali, alcuni dei componenti attivi del presente manuale possono essere considerati trattamenti diretti. Le sessioni post partum, tuttavia, sono configurate per essere sessioni di richiamo e una continuazione della rete di supporto stabilita in fase prenatale.

### **Pre-sessione**

Una pre-sessione non è richiesta dal presente protocollo, ma ci sono una serie di motivi per cui i facilitatori del gruppo potrebbero voler incontrare i membri del gruppo individualmente prima di iniziare l'intervento. I motivi includono lo screening dei potenziali membri del gruppo per escludere personalità che sarebbero tossiche per il gruppo o per identificare i partecipanti che già soffrono di una psicopatologia sostanziale ed eventualmente indirizzarli ad altri trattamenti. Se il gruppo deve essere gestito come parte di uno studio empirico, il consenso a partecipare e la raccolta di dati possono essere trattati al meglio anche in una riunione precedente. Indipendentemente dal contesto di qualsiasi pre-sessione, si dovrebbe cogliere l'opportunità di raccogliere dati di riferimento utilizzando una delle scale di depressione post parto proposte, che verranno utilizzate per tenere traccia dei sintomi dei membri del gruppo. Tutte queste misure sono appropriate per la somministrazione prima del parto e possono funzionare come strumenti di screening.

## Sessione 1

- **Panoramica e obiettivi della sessione**

- Completare tutte la parte di “burocrazia” in sospeso
- Stabilire le regole del gruppo, inclusa la riservatezza
- Iniziare a costruire un ambiente interpersonale aperto
- Fornire una linea di trattamento di base
- Esplorare ciò che è importante per ciascuno dei membri.
- Sfiurare i pensieri automatici. Nella prima sessione, il concetto dei pensieri automatici non dovrebbe essere presentato direttamente. È importante che i membri del gruppo inizino a riconoscere da soli i pensieri automatici e come sono automatici. I pensieri automatici dovrebbero essere introdotti nella prima sessione semplicemente dal modo in cui vengono poste le domande e dal modo in cui le reazioni vengono riformulate.
- Iniziare a scomporre la fusione di pensiero
- Esplorare cosa significa "genitorialità" per i membri
- Avviare la formazione di un gruppo di supporto

- **Schema della sessione**

(fai delle pause per il bagno quando necessario)

- Accogliere brevemente tutti e indicare la logica del trattamento dicendo qualcosa di simile a quanto segue:  
  
“L'obiettivo principale di questo gruppo è prepararci ad alcuni dei pensieri e dei sentimenti che potrebbero emergere nelle settimane e nei mesi successivi alla nascita, in modo che possiamo comprenderli meglio e accettarli e quindi essere in grado di perseguire i nostri obiettivi e valori, per esempio essere buoni genitori per i nostri figli”.

Evitare di entrare in una discussione prolungata sulla logica del trattamento per non intellettualizzare.

- Discutere le questioni di riservatezza e le preoccupazioni pratiche relative alle riunioni settimanali del gruppo. Dovrebbero essere fornite istruzioni riguardanti i momenti delle pause per il bagno e le indicazioni per il bagno più vicino
- Completare tutte le questioni pratiche e burocratiche in sospeso
- Raccogliere i dati sugli esiti, almeno somministrando uno strumento di screening della depressione post parto (ad es. EPDS; Cox et al., 1987). Potrebbe essere desiderabile combinare la raccolta dei dati con una pausa per il bagno.

La maggior parte delle misure disponibili per la depressione post parto sono veloci da completare, quindi cogli l'occasione della pausa e, se necessario, usa la pausa successiva per esaminare le risposte per punteggi anormalmente alti. Se vengono rilevati punteggi elevati, verifica con il membro del gruppo corrispondente la pausa successiva e prendi le misure appropriate. Un'azione appropriata può includere l'invio ad altro trattamento, anche se non necessariamente l'esclusione dal gruppo

- Fai un giro e chiedi a ciascun membro di presentarsi, condividere perché ha scelto di venire e quali obiettivi e priorità nella loro vita sono importanti per loro. Chiedere ad es. "e puoi anche dirci cosa è importante per te?" e sondare ad es. "cosa è più significativo per te?". Assicurati di mantenere la conversazione leggera e non minacciosa e aiuta i membri a condividere a un livello con cui si sentono a proprio agio. Le risposte "cliché" sono appropriate e possono benissimo essere accurate (ad es. "Voglio essere una buona madre"). Chiedi loro di scrivere ciò che ritengono significativo e importante per loro.
- Esercizio "Latte Latte Latte" (Hayes et al., 1999, p. 154-156): come ulteriore rompighiaccio, chiedi ai membri quali pensieri, immagini o persino sentimenti gli

vengono in mente quando dici "latte". Rendilo un esercizio leggero. Il modo forse migliore per farlo è che i facilitatori la prendano alla leggera, permettendo a se stessi di essere "sciocchi", e potrebbe essere utile iniziare con un esempio di auto-svelamento (ad esempio, "quando ho detto latte, il primo pensiero quello che mi è passato per la mente era 'biscotti'"). Nessuna risposta è sbagliata. L'idea è di far sperimentare ai membri come i membri del gruppo hanno un'ampia varietà di pensieri in risposta agli stimoli e come non devono necessariamente avere un senso. Assicurati di fare riferimento ai pensieri/immagini in termini di automatico (ad esempio, "quindi il pensiero che è saltato in mente era l'immagine di una mucca"). Non discutere la validità o il significato dei pensieri, semplicemente falli emergere (anche con ironia). Se i membri hanno difficoltà a iniziare, menziona alcuni esempi (ad esempio, "il sapore che hai in bocca", "liscio"). Si noti che l'esercizio "latte" si conclude nella sessione 2

- Ripeti l'esercizio "latte" con la parola "genitorialità", mantenendolo sempre leggero e apprezzando le risposte "sciocche". Importante: assicurati di concentrarti sui pensieri automatici che emergono. Ancora una volta, non cercare un significato nella risposta e non discuterne la validità. Se qualcuno propone una sensazione invece di un pensiero automatico, va bene, ma cerca di formulare le domande in modo che siano principalmente i pensieri a essere suscitati
- Fai un giro di domande e chiedi ai membri cosa significa per loro "genitorialità". Inizia ogni domanda con i loro pensieri automatici: ad esempio, "Hai detto che, quando ho detto 'genitorialità', la prima cosa che ti è venuta in mente è stata [inserire un esempio dal gruppo], ma potresti condividere con noi cosa significa genitorialità effettivamente per te?" L'obiettivo è facilitare un contrasto tra i pensieri automatici e quali sono i veri pensieri coscienti dei membri

- È probabile che gli ultimi due esercizi "latte" provochino ansia all'idea di diventare genitori. In caso contrario, utilizzare ulteriori sondaggi per provocarla perché c'è! Esplora questa ansia.

L'ultima parte della sessione (escluso l'assegnazione dei compiti) dovrebbe essere spesa per elaborare questa ansia. Lascia che i membri condividano le loro paure ed esperienze e prenditi molto tempo per consentire ai membri di parlare ed esplorare, facilitando la formazione della coesione e del supporto del gruppo. Nel fare ciò, i facilitatori dovrebbero rimanere fedeli al modello concettuale, in particolare convalidando l'esperienza di avere sentimenti disturbanti e pensieri automatici senza dare l'impressione che i pensieri e i sentimenti automatici siano intrinsecamente veri. I terapeuti dovrebbero concentrarsi sul facilitare l'esplorazione delle esperienze private, ma dovrebbero deviare le discussioni che diventano troppo intellettualizzate. Consenti ai membri del gruppo di divagare se lo fanno, ma prendi nota di quali parole hanno provocato nuovi sentimenti e pensieri da usare come esempio di reazioni automatiche in seguito.

- Compiti a casa: chiedere ai membri del gruppo di cercare di essere consapevoli dei pensieri e dei sentimenti che "spuntano nella loro testa" – specialmente quelli divertenti (assicurandosi di mantenere il tono leggero e di normalizzare i pensieri irrazionali e sconnessi) e di cercare di portare in coppia sia quelli che divertenti o che pensavano non avessero senso. Istruire il gruppo a non passare molto tempo a pensare ai pensieri che scelgono di portare nella sessione successiva.

## Sessione 2

- Obiettivi della sessione
  - Continua a lavorare sui pensieri automatici
  - Iniziare a scomporre la fusione cognitiva/emotiva
  - Esplora cosa significa "nascita" per i membri
  - Facilitare la coesione e il supporto all'interno del gruppo
  - Educare a sentimenti e pensieri dopo la nascita
- Struttura della sessione
  - Raccogliere i dati sugli esiti, almeno somministrando uno strumento di screening della depressione post parto (ad es. EPDS; Cox et al., 1987). In una pausa, esamina le risposte per punteggi anormalmente alti. Se vengono rilevati punteggi elevati, verifica con il membro del gruppo corrispondente alla pausa successiva e prendi le misure appropriate. Un punteggio alto può suggerire un invio ad altro trattamento, ma non necessariamente l'esclusione dal gruppo
  - Ripassa i compiti: fai un giro e chiedi quali pensieri e sentimenti hanno notato. Mantieni la luce e mantieni la concentrazione sui pensieri che "appaiono". Se uno qualsiasi dei pensieri è divertente o i sentimenti annotati sono incongruenti con il contesto o innescano altro. Trasformalo in qualcosa di divertente senza farlo sembrare in alcun modo problematico
  - Ripetere l'esercizio "latte"/"genitorialità" della prima sessione usando la parola "nascita". Quando lo presenti, presentalo come una ripetizione dell'esercizio "latte" e "genitorialità" nell'ultima sessione. Alcuni (o probabilmente tutti) dei membri potrebbero avere paure o associazioni negative riguardo alla "nascita" di cui il gruppo potrebbe voler parlare per un po' (attendere molto tempo per questo senza tirarlo fuori tu). Sarà terapeutico di per sé per i membri condividere questo. Come prima, tuttavia, rimani fedele al modello concettuale

sottostante al gruppo proposto. Consenti digressioni, ma cerca di affinare le parole specifiche che scatenano l'ansia e usale in seguito. Cerca di mantenere un focus sulle associazioni che emergono piuttosto che elaborare discussioni intellettualizzate

- L'esercizio "Latte" si conclude. Inizia ripetendo l'esercizio "Latte" della prima sessione (dovrebbe essere breve poiché l'hanno già fatto). Dopo aver rivisitato come questa parola fa emergere pensieri e immagini, discutete brevemente di come sia quasi impossibile sentire il suono effettivo della parola, perché pensieri e associazioni compaiono immediatamente nella nostra mente. Quindi fai una domanda retorica del tipo: "Vuoi sapere che suono ha davvero il latte?" Istruire i membri a ripetere la parola "latte" velocemente e ripetutamente per tutto il tempo come i facilitatori. Dì "latte" a una velocità di circa 4 volte/secondo per circa 30 secondi. Assicurati che ogni membro lo stia facendo e lo pronunci completamente (no sottovoce o borbottio). Mantieni un atteggiamento leggero, facendo in modo che sia giusto sentirsi sciocchi al riguardo. Dopo che sono trascorsi i 30 secondi, fermati e dì "latte" con una certa pressione (per comunicare la fine). Prosegui immediatamente dicendo qualcosa come "Come suona il latte adesso?" "Ora porta immagini e pensieri?" Chiedi ai membri di condividere la loro "mancanza di immagini" e come suona divertente o senza significato il latte ora. Affrettati, perché dopo pochi secondi le immagini e i pensieri in reazione al "latte" iniziano a tornare. Quando sembrano tornati, evidenzia come sono tornati pensieri e immagini, e forse anche sensazioni. Evidenzia brevemente come le parole sono potenti a causa di ciò che evocano nella nostra mente
- Ripetere l'esercizio "Latte-latte-latte" con "nascita".
- Educazione su pensieri/sentimenti: Spiega come i pensieri e i sentimenti sembrano "apparire nella nostra mente" al di fuori del controllo personale. Anche una semplice parola come "latte" può provocarci la sensazione del latte. La parola "nascita" può far venire in mente

pensieri e sentimenti (usa gli esempi del gruppo) indipendentemente dal fatto che le persone ci credano o meno

- Pensieri/sentimenti da neogenitori: Di' qualcosa del genere:

“Quindi tutti questi pensieri possono venirci in mente anche se non crediamo davvero a ciò che dicono i pensieri [fornisci esempi dai compiti]. Diciamo che hai partorito e ora ti prendi cura del tuo bambino. Forse i tuoi ormoni ti stanno facendo emozionare, forse il bambino sta piangendo, forse non dormi da qualche giorno, forse scopri di aver finito i pannolini... Forse altre piccole cose accadono per creare scompiglio. Quali sono alcune cose che pensi possano venirti in mente e a cui realmente?”
- Stimola esempi nel gruppo. Se incontri resistenza, proponi alcune possibilità di ciò che potrebbe venirti in mente. Una parte importante di questo è normalizzare qualunque risposta abbiano i membri del gruppo. A questo punto è opportuno che i facilitatori siano psicoeducativi nel descrivere che tipo di pensieri e sentimenti possono manifestarsi dopo la nascita dati i cambiamenti ormonali, i cambiamenti di vita e la fatica
- Riepiloga che ognuno ha molti sentimenti e pensieri che sono automatici e che accadono in risposta a cose diverse intorno a noi, comprese parole semplici come "latte" e "nascita". Menziona come è probabile che nuovi pensieri e sentimenti che non sono abituati ad avere riguardo al proprio figlio e all'essere genitori emergano quando diventano genitori e che potrebbero già averne alcuni ora. Di' che questi possono essere pensieri e sentimenti con cui potrebbero non essere d'accordo, ma spiega brevemente che è normale. Passa direttamente a dare il nuovo compito
- Compiti a casa: chiedi ai membri del gruppo di cercare di essere consapevoli dei loro pensieri e sentimenti per la prossima settimana, annotando tutti i sentimenti o i pensieri

## ACT per Disagio e Depressione PostPartum

automatici che hanno che procurano disagio e che non amano avere. Spiega che se hanno difficoltà a notare pensieri e sentimenti a cui non gli piace pensare, possono individuare alcuni sentimenti e pensieri ipotetici a cui pensano che reagirebbero negativamente se li avessero quando diventeranno genitori.

### Sessione 3

- Obiettivi della sessione
  - Esplorare ulteriormente la (mancanza di) rilevanza dei loro pensieri/sentimenti automatici per i loro obiettivi
  - Continuare a illustrare l'automaticità di pensieri e sentimenti automatici
  - Normalizzare pensieri e sentimenti automatici “negativi”.
  - Normalizzare la lotta per controllare questi pensieri e sentimenti
  - Illustrare l'inutilità di questa lotta
  - Facilitare lo sviluppo di un gruppo di supporto
  
- Struttura della sessione
  - Raccogliere i dati sugli esiti, almeno somministrando uno strumento di screening della depressione post parto (ad es. EPDS; Cox et al., 1987). In una pausa, esamina le risposte per punteggi anormalmente alti. Se vengono rilevati punteggi elevati, verifica con il membro del gruppo corrispondente la pausa successiva e prendi le misure appropriate. Punteggi alti non significano necessariamente esclusione dal gruppo
  - Ripassare i compiti: fai un giro del gruppo e chiedi ai membri di condividere alcuni dei loro pensieri attuali o probabili futuri che sono scomodi per loro. La condivisione e la discussione di questi pensieri sarà al centro della sessione.  
  
Esplora le reazioni dei membri a questi pensieri e sentimenti e cosa significano per loro. Inoltre, torna spesso a quali sono gli obiettivi e le priorità dei membri del gruppo.  
  
Riconoscere continuamente il loro disagio e allo stesso tempo indicare i loro obiettivi in un modo che fornisce implicitamente esempi di come questi pensieri e sentimenti non siano realmente correlati al raggiungimento dei loro obiettivi o meno: ad esempio, "A

volte potresti avere il pensiero di non essere una madre in forma. Questo è scomodo per te perché vuoi dare al bambino la migliore vita possibile e stai facendo il possibile perché ciò accada”.

Probabilmente, e si spera, alcuni membri del gruppo avranno sentimenti e pensieri che per qualche motivo interferiscono con i loro obiettivi e priorità. Nella maggior parte dei casi ciò sarà dovuto a una preoccupazione per il pensiero o il sentimento. In tal caso, concentrati su tutte le cose che una persona ha fatto per "aggiustare" i pensieri o i sentimenti. Se non emergono esempi, solleva l'idea, chiedendo ai membri se hanno sentimenti o pensieri che hanno cercato di evitare o di cui si sono sbarazzati, in alternativa chiedi cosa ha fatto qualcuno con i pensieri e i sentimenti che hanno riferito.

Discuti di cosa hanno fatto e di come i loro tentativi non hanno aiutato. Se alcuni tentativi hanno "aiutato" è probabile che sia successa una delle due cose che dovrebbero essere messe in evidenza: 1) si sono semplicemente concentrati su ciò a cui tenevano veramente invece che sul sentimento/pensiero che quindi si è dissipato, oppure 2) hanno solo temporaneamente ottenuto sollievo dai pensieri o dai sentimenti ed è probabile che nel lungo termine li abbia peggiorati e/o abbia agito in modo contrario a ciò a cui danno significato. Questo è simile alla "disperazione creativa" ma non sarà così approfondito.

Idealmente, i membri sono in grado di condividere ampiamente nel contesto qui suggerito. Tale condivisione potrebbe non avvenire, soprattutto all'inizio, e sono quindi consentite digressioni.

Concedi molto tempo ai membri del gruppo per legare e condividere le loro esperienze, ma assicurati che si concluda con un focus sui loro tentativi di "sistemare" i loro pensieri e sentimenti. Quando arrivi a questo punto, passa all'esercizio dei "numeri peccaminosi".

o Esercizio sui numeri peccaminosi: presenta questo esercizio come un modo per evidenziare l'idea di cercare di "aggiustare" pensieri e sentimenti. Quindi di qualcosa come:

“Ok, rimuoviamo questo esercizio il più lontano possibile da sentimenti e pensieri specifici.

Usiamo qualcosa che non ha molto significato. Usiamo il numero "quattro". D'ora in poi

"quattro" è tabù, o forse dovremmo anche dire "peccaminoso". Non pensare a quattro. Per ora,

questa è una brutta cosa a cui pensare.”

Chiedi subito a uno dei membri: "A cosa stai pensando?"

- Se il membro del gruppo accenna a "quattro" in qualsiasi modo, rimproveralo con umorismo. Se il membro del gruppo risponde a qualcos'altro chiedi: "Perché ci hai pensato?"
- Se il membro del gruppo accenna a "quattro" in qualsiasi modo, "ferisci" con umorismo il membro del gruppo. Se la risposta non mostra accenno, chiedi: "Perché va bene pensarci?"
- Se il membro del gruppo accenna a "quattro" in qualsiasi modo, "ferisci" con umorismo il membro del gruppo.

Quindi mostra una carta con “4” scritto su di essa. Chiedi se "quattro" è venuto in mente a qualcuno. Ancora una volta, fai notare in modo umoristico come non dovrebbero pensare "quattro". Se qualcuno ha completamente ignorato tutto per evitare di pensare a quattro, fa notare che deve essere in grado di continuare con le attività quotidiane evitandolo.

Quindi chiedi ai membri di prendere un pezzo di carta e annotare un numero compreso tra 1 e 10. Quindi chiedi a qualcuno quale numero ha scritto, quindi chiedi perché ha scritto quel numero. Quasi invariabilmente il membro avrà pensato "quattro" - o perché ha scritto "quattro" (raro) o perché si è assicurato di scegliere un numero qualsiasi tranne quattro - il che significa pensare a quattro. Assicurati di sondare un po' per questo. Se il membro del gruppo sembra resistente, passa invece a un'altra persona. Chiedi ad alcune

persone su questo e mantienilo leggero, evidenziando l'umorismo nel non essere in grado di evitare di pensare "quattro"

- Educare sugli sforzi per cercare di "aggiustare" sentimenti e pensieri: non affermare esplicitamente che pensieri e sentimenti non possono essere corretti. Anche alla fine della sessione solo un accenno a riguardo. Chiedi ai membri alcune grandi cose che sono state create e "aggiustate" usando la mente e alcune delle cose che la mente ci permette di fare (ad esempio, preparare un buon pasto, riparare la TV, ecc.).

Assicurati di ottenere alcuni esempi su come la mente aiuta a migliorare la vita delle persone e a risolvere i problemi. Ricapitola come le persone applicano la loro mente a tutte queste cose con risultati meravigliosi, usandola per creare e aggiustare tutto, modellando il mondo secondo le loro preferenze. Spiega come è naturale poi anche cercare di correggere pensieri e sentimenti indesiderati (usa esempi che sono emersi nel gruppo). Quindi lascia i membri del gruppo con quanto segue: "Vi lascio con qualcosa su cui voglio che rimuginiate per la prossima settimana. Anche se modelliamo e sistemiamo tutto nel mondo con la nostra mente, cosa succede se non riusciamo a correggere i nostri pensieri e sentimenti? E se non possono essere controllati?" È probabile che i membri a questo punto abbiano domande e siano perplessi, ma è imperativo resistere al fornire risposte e lasciare che ci pensino fino alla sessione successiva

- Annunciare che la prossima sessione sarà più breve ma che i membri dovrebbero assicurarsi di non programmare nulla dopo la sessione. Cerca di non spiegare perché. Ci sono una serie di ragioni per cui non dovrebbero programmare nulla dopo la sessione: 1) i membri potrebbero non essere insieme emotivamente, 2) concedere tempo per riflettere e, soprattutto, 3) consentire ai membri di provare pienamente la

sensazione di pace e semplicità che spesso segue l'esercizio alla fine della sessione

4).

### Sessione 4

Nota che questa sessione potrebbe essere molto più breve della maggior parte delle sessioni fino a questo punto

- Obiettivi della sessione
  - Aiutare i membri ad accettare pensieri/sentimenti invece di combatterli
  - Aiutare i membri a impegnarsi in ciò che è veramente importante per loro piuttosto che essere sviati nel combattere i loro sentimenti e pensieri automatici (considerando il combattere come non utile)
  - Facilitare la creazione di un gruppo di supporto
  
- Struttura della sessione
  - Raccogliere i dati sugli esiti, almeno somministrando uno strumento di screening della depressione post parto (ad es. EPDS; Cox et al., 1987). In una pausa, controlla le risposte per i punteggi anormalmente alti. Se vengono rilevati punteggi elevati, verifica con il membro del gruppo corrispondente la pausa successiva e prendi le misure appropriate. Poiché il termine si avvicina e, essendo stata nel gruppo così a lungo, è improbabile che i punteggi elevati giustifichino l'esclusione dal gruppo, sebbene una sintomatologia grave possa richiedere una terapia più intensiva
  - Riprendendo dall'ultima sessione: "L'ultima sessione si è conclusa affermando che forse i nostri pensieri e sentimenti non possono essere risolti. Qualche idea a riguardo?" Aspettati un po' di perplessità, confusione e risposte provvisorie. Consenti questa confusione per un po'. Quindi afferma qualcosa del tipo: "Quindi... forse non possiamo aggiustarli... [pausa] ... forse non sono nemmeno pensati per essere aggiustati, e forse non deve avere importanza?" Chiedi ai membri del gruppo di rivedere il loro elenco di ciò che è importante per loro e di

ciò che vogliono. Chiedi se possono ancora fare ciò che è importante per loro pur avendo pensieri automatici e sentimenti di felicità... tristezza... perplessità... frustrazione... "Amo questo bambino"... "Odio questo bambino...".

Permetti ai membri di riflettere brevemente e commentare. Quindi chiedi qualcosa del tipo: "Sebbene siano spiacevoli, questi pensieri e sentimenti automatici contano davvero per quello che vuoi fare riguardo ciò che è veramente importante per te?" Concedi più tempo per l'elaborazione. È probabile che ci sia qualche esitazione perché molti membri del gruppo potrebbero essere ancora fusi con i propri pensieri e sentimenti

- Ora ricapitoliamo alcuni punti centrali che il gruppo ha vissuto in prima persona:
  - Pensieri e sentimenti automatici sono automatici
  - Pensieri e sentimenti automatici non sono intrinsecamente veri
  - Cercare di correggere pensieri e sentimenti automatici non funziona
  - Questi pensieri e sentimenti automatici sono solo ostacoli agli obiettivi delle persone se li realizzano
  
- Sintesi dell'Accettazione e dell'impegno: spiega che i membri del gruppo si spera siano stati in grado di arrivare ad accettare i loro pensieri e sentimenti per quello che sono: non intrinsecamente veri e qualcosa che accade alla persona piuttosto che qualcosa che la definisce. Quindi sottolinea l'aspettativa che i membri del gruppo si impegnino in ciò in cui credono e in ciò che dà loro un significato invece di questi pensieri e sentimenti. Assicurati di esprimere empatia per quanto sia allettante cercare di correggere i pensieri e i sentimenti e distrarti da ciò che è importante
  
- Realizzare la non accettazione: chiedere ai membri del gruppo di prendersi 15 minuti da soli per individuare e scrivere quali pensieri e sentimenti nella loro vita in qualche modo stanno

attualmente evitando e non accettando e che li sta ostacolando nel perseguire ciò che è veramente importante per loro. Dì che questo è pensato per riflettere individualmente e che non devono condividere ciò che scrivono con gli altri membri

- Esercizio "Accettazione e impegno": riorganizzare la stanza in modo che tutte le sedie siano rivolte nella stessa direzione, lasciando spazio davanti perché qualcuno possa stare in piedi. Quindi chiedi ai membri del gruppo di dedicare altri cinque minuti e pensare a una priorità nella loro vita rispetto alla quale non hanno vissuto, e di trovare un cambiamento o comportamento specifico che si impegneranno a fare per quel valore (ad esempio, superare la paura e finalmente parlare con i loro mariti di qualcosa che le ha infastidite). Spiega che l'obiettivo è che tutti condividano questo e si impegnino di fronte agli altri, ma che spetta a ciascuno di loro scegliere esattamente cosa condividere. Spiega che possono scegliere un piccolo problema come vogliono, ma che più si permettono di fare un grande passo, più facile sarà per gli altri. Fornisci loro la seguente formula per la dichiarazione che devono preparare:
  - Quello che voglio veramente è.....
  - Quello che ho fatto è.....
  - Quello che ho intenzione di fare è.....
- Eseguire l'esercizio indicato, chiamando una persona alla volta a mettersi davanti agli altri. Aspettati un po' di pianto e/o riluttanza mentre i membri del gruppo stanno in piedi. Un tono morbido ed espressioni di empatia sono quindi cruciali a questo punto. Termina la sessione subito dopo in modo che i membri se ne vadano con alcuni dei sentimenti e delle reazioni non elaborate dall'esercizio

## Sessione 5

- Obiettivi della sessione
  - Elaborare l'esercizio “accettazione e impegno”
  - Rispondere alle domande residue
  - Avviare il gruppo in esecuzione come gruppo di supporto
- Schema della sessione
  - Raccogliere i dati sugli esiti, almeno somministrando uno strumento di screening della depressione post parto (ad es. EPDS; Cox et al., 1987). In una pausa, esamina le risposte per punteggi anormalmente alti. Se vengono rilevati punteggi elevati, verifica con il membro del gruppo corrispondente la pausa successiva e prendi le misure appropriate. Ancora una volta, punteggi alti non significano necessariamente rinvio o esclusione.
  - Esplora le reazioni all'ultima sessione (esercizio finale) e fai un giro di aggiornamento per vedere se hanno fatto ciò per cui si sono impegnati o se si sono mossi verso di esso. Esplora eventuali difficoltà e risultati positivi e negativi.
  - È probabile che i membri abbiano molte domande residue come da dove provengono pensieri e sentimenti automatici (esperienze passate e presenti) e domande sulla teoria sottostante. Tutte queste domande dovrebbero essere risolte ed esplorate. Ora sono appropriate discussioni più intellettuali perché i membri avrebbero già dovuto avere la possibilità di sperimentare la defusione e l'accettazione. La discussione della teoria ha dovuto attendere fino a questo punto del programma di prevenzione per impedire ai membri di applicarla senza capirla, il che è probabile che induca loro ad applicarla per evitare i propri sentimenti invece di accettarli. Detto questo, i facilitatori dovrebbero comunque resistere a una discussione eccessivamente intellettualizzata.

### **Sessioni 6 e oltre**

- Obiettivi della sessione
  - Mantenere l'accettazione e l'impegno
  - Se necessario, condurre esercizi per favorire l'esperienza della distanza dalle esperienze private
  - Facilitazione del gruppo di supporto
- Struttura della sessione
  - Le sessioni rimanenti vengono utilizzate come un normale gruppo di supporto (concentrato sull'essere un nuovo genitore) con i seguenti componenti aggiuntivi:
    - Continuare a raccogliere dati sugli esiti e monitorare eventuali peggioramenti.
    - Rispondere alle domande per chiarire come funzionano i pensieri e i sentimenti.
    - Chiedere deliberatamente pensieri e sentimenti che sono spuntati fuori ma sembravano fuori luogo. Non discuterne molto, sollevali e concentrati immediatamente su ciò che hanno fatto / stanno facendo per quanto riguarda ciò che è veramente importante per loro: modellare l'accettazione e l'impegno e normalizzare i pensieri e i sentimenti. Per migliorare la normalizzazione, il collegamento tra i membri del gruppo è importante, chiedendo se qualcun altro ha avuto pensieri e sentimenti simili.
    - A seconda delle esigenze particolari, i facilitatori possono voler utilizzare vari esercizi che aiutano i membri del gruppo a prendere le distanze dalle loro esperienze private per osservarle. Le immagini guidate in cui i pensieri e i sentimenti vengono notati, proiettati su qualcosa e poi lasciati andare, possono essere utili per alcuni. I facilitatori che vogliono sviluppare un ulteriore repertorio di esercizi di defusione possono consultare Hayes et al., 1999 (in particolare p. 148-159).

# *Test*

**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Versione Italiana di Benvenuti et al., 1999

Data di compilazione |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nome..... Cognome .....

Tel.....Cell.....

Data di nascita del bambino |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Lei di recente ha avuto un bambino. Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana.

La preghiamo di segnare con una X la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

Sono stata felice

Sì, sempre

Sì, per la maggior parte del tempo

No, non molto spesso

No, per niente

Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».

Per favore completi le successive domande nello stesso modo.

**Nei sette giorni appena trascorsi:**

**1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose**

- Ⓒ Come facevo sempre
- Ⓛ Adesso, non proprio come al solito
- Ⓜ Adesso, decisamente un po' meno del solito
- Ⓝ Per niente

**2. Ho guardato con gioia alle cose future**

- Ⓒ Come ho sempre fatto
- Ⓛ Un po' meno di quanto ero abituata a fare
- Ⓜ Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
- Ⓝ Quasi per nulla

**3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male**

- Ⓝ Sì, il più delle volte
- Ⓜ Sì, qualche volta
- Ⓛ Non molto spesso
- Ⓒ No, mai

**4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo**

- Ⓒ No, per niente
- Ⓛ Quasi mai
- Ⓜ Sì, qualche volta
- Ⓝ Sì, molto spesso

**5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo**

- Ⓝ Sì, moltissimi
- Ⓜ Sì, qualche volta
- Ⓛ No, non molti
- Ⓒ No, per niente

**6. Mi sentivo sommersa dalle cose**

- Ⓝ Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
- Ⓜ Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- Ⓛ No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
- Ⓒ No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre

**7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire**

- Ⓝ Sì, il più delle volte
- Ⓜ Sì, abbastanza spesso
- Ⓛ Non molto spesso
- Ⓒ No, per nulla

**8. Mi sono sentita triste o infelice**

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, abbastanza spesso
- ① Non molto spesso
- ④ No, per nulla

**9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto**

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, abbastanza spesso
- ① Solo di tanto in tanto
- ④ No, mai

**10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente**

- ③ Sì, molto spesso
- ② Qualche volta
- ① Quasi mai
- ④ Mai

**Sommate ora i singoli punteggi.**

Se il punteggio ottenuto è superiore a 12 il rischio di depressione post-partum non deve essere trascurato ed è opportuno consultare uno specialista.

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987).

Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

Versione italiana: Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.

### Riferimenti

- Agrawal, P., Bhatia, M.S., & Malik, S. C. (1997). Post partum psychosis: A clinical study. *International Journal of Social Psychiatry*, *43*, 217-222.
- Amino, N., Miyai, K., Onishi, T., Hashimoto T., & Arai K., (1976). Transient hypothyroidism after delivery in autoimmune thyroiditis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *42*, 296-301.
- Appleby, L., Warner, R., Whitton A., & Faragher, B. A. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, *314*, 932-936.
- Asch, S. S., & Rubin, L. J. (1974). Postpartum reactions: some variables. *American Journal of Psychiatry*, *131*, 870-874.
- Bach, P., & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 1129-1139
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Comparative analysis of the performance of the postpartum depression screening scale with two other depression instruments. *Nursing Research*, *50*, 155-164.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory, 2nd ed.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boath, E., & Henshaw, C. (2001). The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *19*, 215-248.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-

focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.

Bond, F. W., & Hayes, S. C. (2002). ACT at work. In F. W. Bond and W. Dryden's (Eds.) *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 117-140). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Brockington, I. F., Margison, F. R., & Schofield, E. (1988). The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 15, 29-37.

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., & Mullet, E., (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, 1039-1047.

Chen, C. H., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 395-399.

Cooper, P. J., & Murray, L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In L. Murray and P. J. Cooper's (Eds.) *Postpartum depression and child development* (pp. 201-220). New York: Guilford.

Corey, G. (2004). *Theory and practice of group counseling* (6<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Learning.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2003). Parental acceptance, postpartum

- depression, and maternal sensitivity: Mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology, 17*, 80-93.
- Dalton, K. (1971). Prospective study in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry, 118*, 689-692.
- Dennis, C. E. (2004). Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 526-538.
- Fleming, A. S., Klein, E., & Corter, C. (1992). The effects of a social group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 685-698.
- Gjerdingen, D. (2003). The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *Journal of the American Board of Family Practice, 16*, 372-382.
- Halonen, J. S., & Passman, R. H. (1985). Relaxation training and expectation on the treatment of postpartum distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 839-845.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry, 154*, 777-780.
- Harris, B. (1994). Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *British Journal of Psychiatry, 164*, 288-292.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An existential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (in press). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*.
- Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counseling in a general practice

setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 289, 223-226.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.

Kumar, R., & Robson, K. M., (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.

Matthey, S. (2004). Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 78, 269-272.

Meager, I., & Milgrom, J. (1996). Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 852-860.

Murray, L. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27, 253-260.

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.

O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

Prentice, L. M., Philips, D. I. W., Sarsero, D., Beaver, K., McLachlan, S. M., & Smith, B. R. (1990). Geographical distribution of subclinical thyroid disease in Britain: a study using direct assays of autoantibodies to thyroglobulin and thyroid peroxidase. *Acta Endocrinologica*, 123, 493-498.

Pritchard, D. B., & Harris, B. (1996). Aspects of perinatal psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 169, 555-562.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the

- general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E., (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 457-466
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Kononen, T., & Halmesmaki E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetric Gynecology*, 98, 820-826.
- White, C. L., Nicholson, J., Fisher, W. H., & Geller J. L. (1995) Mothers with severe mental illness caring for children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 398-403.
- Woods, D. W., Twohig, M. P., Wetterneck, C. & Braun, M. (2003) *ACT/HRT treatment manual for trichotillomania*. Not Published.
- Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. (1968). "Postpartum blues" syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16-27.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D., & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., & Miller, I. W. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.