

MESTRADO INTEGRADO

MEDICINA

# **Depressão Perinatal e Tipo de Vinculação Adulta da Mulher**

Vagner Herlander Pinto Liberato

**M**

**2020**



# **Depressão Perinatal e Tipo de Vinculação Adulta da Mulher**

Artigo de Revisão Bibliográfica

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto  
Mestrado Integrado em Medicina

## **AUTOR**

Vagner Herlander Pinto Liberato  
vagner\_liberato@hotmail.com

## **ORIENTADORA**

Prof. Doutora Paula Pinto de Freitas  
pmfreitas@icbas.up.pt  
Professora Auxiliar,  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,  
Universidade do Porto,  
Centro Hospitalar Universitário do Porto

## **COORIENTADORA**

Dr. Gustavo Miguel Santos  
gustavomiguel88@gmail.com  
Assistente Hospitalar Graduado,  
Serviço de Psiquiatria, Hospital de Magalhães Lemos  
Centro Hospitalar Universitário do Porto

Junho, 2020

AUTOR

Vagner Herlander Pinto Liberato

*Vagner Herlander Pinto Liberato*

---

ORIENTADORA

Prof. Doutora Paula Pinto Freitas

*Paula Costa de Freitas*

---

COORIENTADOR

Dr. Gustavo França

*Gustavo Regual França Santos*

---

Junho, 2020



## **AGRADECIMENTOS**

Chegado ao fim de um percurso é importante lembrar e agradecer todas as pessoas que me acompanharam e o tornaram, não só possível, mas principalmente bem sucedido e feliz:

Aos meus pais e irmão, por todo o amor, carinho e apoio que sempre me deram e continuam a dar. Por acreditarem em mim e pelos inúmeros esforços que fizeram para que pudesse encetar esta jornada.

Aos meus amigos Carlos, Daniel, Luís, Marisa e Diogo por toda a força, carinho e companheirismo, e por estarem lá nos momentos de dúvida e incerteza, ajudando-me sempre que precisei.

Ao Dr. Gustavo Santos por todo o apoio, compreensão, ajuda e orientação. Obrigado por tudo. É uma honra poder chamar-te amigo.

À minha orientadora, a Professora Doutora Paula Freitas, por ter aceite orientar-me, e por todo o apoio e compreensão na execução deste trabalho. Foi um privilégio trabalhar com uma profissional do seu calibre e aprender consigo. Muito obrigado por tudo.

Por último e não menos importante, a todos os meus amigos, colegas e professores de curso que, de algum modo, contribuíram ou estiveram presentes nesta jornada.

## RESUMO

**Introdução:** A depressão perinatal é uma entidade clínica heterogênea que abrange os episódios depressivos que ocorrem durante a gravidez e/ou até um ano após o parto. Estima-se que a sua incidência varie entre 7 a 20% e que esta determine frequentemente uma morbidade significativa. Segundo a teoria da vinculação o estabelecimento de uma boa ligação emocional com as figuras parentais é crítico para um bom desenvolvimento socio-emocional da criança. Uma vinculação insegura traduz-se frequentemente por uma interação mãe-bebê ambivalente, e por défices na regulação emocional da criança. Existem vários estudos que têm associado uma vinculação insegura com várias patologias psiquiátricas na idade adulta, incluindo as perturbações de humor, nomeadamente a depressão. Contudo, a associação entre o padrão de vinculação e a depressão perinatal não se encontra completamente esclarecida.

**Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão sistemática através dos artigos, publicados na *Pubmed/EMBASE* relacionados com a *vinculação* do adulto e a *depressão perinatal*, com vista a averiguar potenciais relações entre diferentes padrões de vinculação da mãe e o desenvolvimento e severidade da depressão perinatal; em que medida o modelo de vinculação se pode acomodar nas estratégias preventivas do desenvolvimento da depressão perinatal, e ainda de que forma é que o estilo de vinculação pode ser integrado no desenvolvimento e na aplicação de programas de intervenção psicoterapêutica a esta população.

**Metodologia:** Foi efectuada uma pesquisa sistemática, com recurso às seguintes bases de dados: *EMBASE* e *Pubmed* sem definição temporal. As seguintes palavras-chave foram introduzidas para pesquisa: *Attachment, Adult, Maternal, Perinatal, Depression*. Para cada uma das palavras chave supramencionadas foram pesquisados os termos *MeSH* mais apropriados, sendo estes sequencialmente adicionados ao construtor de pesquisa até ao formato final. A pesquisa final foi efectuada a 29 de Maio e teve a seguinte forma: *(Adult OR Maternal] AND Attachment) AND ([Postnatal OR Postpartum OR Puerperium OR Perinatal] AND Depress)*. Foram identificados 399 artigos, o mais antigo datando de 1958, dos quais após a remoção de duplicados, screening e leitura dos abstracts, apenas 23 cumpriam os critérios de inclusão predefinidos (Figura 1), nomeadamente: artigos que estudassem a relação entre o estilo de vinculação do adulto (mãe) e o desenvolvimento de depressão perinatal, excluindo-se os que se focavam na vinculação do recém-nascido ou da criança (Tabela I). Foram também excluídos os estudos que não avaliassem objetivamente a depressão e o estilo

de vinculação do adulto com recurso a instrumentos padronizados, ou em que esta avaliação fosse realizada para além da janela temporal do período perinatal.

Uma vez que se pretendia avaliar a relação de causalidade entre o estilo de vinculação do adulto (mãe) e o desenvolvimento de depressão perinatal só foram considerados estudos cujos participantes estivessem deprimidos, tivessem um episódio depressivo durante a gravidez e/ou pós-parto, excluindo-se estudos focados em subpopulações específicas como sejam as mães de prematuros ou as situações de abortamento espontâneo e ou mortes fetais.(Tabela I).

**Desenvolvimento:** Todos os estudos desta revisão, exceto um demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre o estilo de vinculação adulta da mãe e o desenvolvimento de depressão perinatal, demonstrando assim uma forte associação entre os subtipos de vinculação insegura e o desenvolvimento de sintomas ansiosos e ou depressivos, ou mesmo de depressão perinatal.

No período perinatal, mulheres com estilos de vinculação inseguros percebem-se como menos competentes, desvalorizando as suas próprias capacidades como pais, o que poderá estar na génese dos altos níveis de sintomas depressivos e ansiosos que experienciam.

**Conclusão:** Os resultados desta revisão vêm reforçar o papel crucial desempenhado pelo estilo de vinculação da mulher adulta nos seus mecanismos de regulação emocional, especialmente durante períodos geradores de grande stress como o período perinatal. Uma avaliação precoce da mulher grávida permitiria identificar precocemente mulheres em risco e prevenir ou diminuir a morbilidade e futuras repercussões sobre o recém-nascido. É ainda necessário realizar mais estudos longitudinais, utilizando amostras maiores e mais representativas da população geral, para esclarecer melhor esta associação que pode ser relevante no estabelecimento de programas de prevenção e de intervenção terapêutica personalizados.

**Palavras-chave:** Depressão perinatal; Depressão materna; Vinculação; Tipo de vinculação;

## ABSTRACT

**Introduction:** Perinatal depression is a heterogeneous clinical entity which encompasses all depressive episodes occurring during and until one year after pregnancy. Its incidence varies between 7-20% and usually results in significant morbidity. According to the attachment theory the establishment of a good emotional connection with the parental figures is critical for a child's good socioemotional development. An insecure attachment style is frequently responsible for an ambivalent interaction between mother and child and comprises deficits in a child's emotional regulation. Many papers have studied the association between an insecure attachment and the development of many psychiatric conditions in adults, including mood disturbances, namely depression. Even though these associations have been extensively researched it is still not fully understood.

**Objective:** The purpose of this paper is to build on previous literature reviewing research on the association between perinatal depression and adult attachment style by carrying a systematic review of articles published in Pubmed and EMBASE, in order to better understand potential relationships between different adult attachment styles and the development and severity of perinatal depression. By doing this find out how to better integrate these knowledge in the development and application of psychotherapeutic intervention programmes.

**Methodology:** We carried out a systematic search to the current literature to investigate the associations between attachment style and perinatal depression reporting statistical data and core narratives where appropriate. The following databases were searched: EMBASE and Pubmed. We focused on research papers that examined adult attachment styles and perinatal depression. Search terms used were as follows: Attachment, Adult, Maternal, Postnatal, Postpartum, Puerperium and Depression. The final searches in each database took the following form: *(Adult OR Maternal] AND Attachment) AND ([Postnatal OR Postpartum OR Puerperium] AND Depress)*. We included any papers showing relationship between maternal adult attachment and PND. Out of 399 papers, 23 met the study inclusion criteria.

**Development:** The results of this review have shown the crucial role that adult attachment style plays in the development of perinatal depression, especially the insecure attachment style, not only directly but also indirectly because of all emotional regulation mechanisms that people with these attachment style experience. In the perinatal period women with insecure attachment style see themselves as less competent, undervaluing their own ability

for a parental role, which could explain the high levels of depressive and anxious symptoms they experience.

**Conclusion:** The findings of this review reinforce the important role played by the adult attachment style in the ability of an adult to regulate their emotions, especially during stressful periods like the perinatal period. A timely evaluation of the pregnant woman would allow an early screening and intervention on those with higher risk preventing or diminishing their morbidity and future repercussions on the neonate.

More comprehensive longitudinal research would be crucial to examine possible cause-effect associations between adult attachment style and perinatal depression using larger samples more representative of the general population. If more is understood about the risk profile of a new or prospective mother, more can be done to prevent the illness trajectory; as well as making existing screening measures and treatment options more widely available.

**Key words:** Perinatal depression; Maternal depression; Attachment; Attachment style;

## ÍNDICE

Lista de tabelas.....	vii
Lista de figuras.....	viii
Introdução.....	<b>1</b>
• Depressão perinatal.....	1
• Teoria da vinculação.....	4
• Objetivos.....	5
Metodologia.....	<b>5</b>
Resultados.....	<b>6</b>
Discussão.....	<b>8</b>
Conclusão.....	<b>12</b>
Apêndices.....	<b>13</b>
Bibliografia.....	<b>20</b>

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela I.** Critérios utilizados na realização desta revisão de literatura

**Tabela II.** Principais características metodológicas e resultados dos 23 estudos incluídos nesta revisão sistemática

**Tabela III.** Passos envolvidos na utilização do motor de busca na PubMed

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** – Fluxograma dos passos envolvidos na seleção dos artigos

**Figura 2** – Estilos de Vinculação, de acordo com a ansiedade e o evitamento, agrupados num modelo de quatro grupos de vinculação. Esquema adaptado a partir de Bartholomew K e Horowitz LM, 1991

## INTRODUÇÃO

### Depressão perinatal

A gravidez e o nascimento de uma criança podem constituir momentos cruciais na vida de uma mulher, assumindo-se em termos existenciais como experiências profundas com um potencial de produzir mudanças nos valores e na orientação da vida da mulher<sup>1,2</sup>. Concomitantemente, ocorrem um conjunto de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que nos levam a considerar estas etapas da vida da mulher como um período crítico em termos de vulnerabilidade ao desenvolvimento de um conjunto de perturbações mentais.

A depressão perinatal é uma entidade clínica heterogénea que abrange os episódios depressivos que têm início durante a gravidez ou até às quatro semanas após o parto<sup>3,4</sup>.

O enquadramento teórico e nosológico desta entidade variou significativamente ao longo da história. Castello Branco foi um dos primeiros médicos a descrever clinicamente um caso de depressão perinatal, no século XVI, que cunhou de “filicídio melancólico”<sup>5</sup>. No século XIX, Jean Etienne Esquirol estudou cerca de 92 casos de “delirium e melancolia pós-parto”, tendo enfatizado a gravidade de alguns, nomeadamente pelo risco real de infanticídio<sup>6</sup>. Em 1858, Louis-Victor Marcé publicou o primeiro tratado sobre esta perturbação mental, no qual descreveu e sistematizou exaustivamente 310 casos de mulheres grávidas que desenvolveram depressão durante a gravidez ou durante o puerpério<sup>7</sup>. Atendendo à especificidade fenomenológica do quadro clínico, Marcé defendeu a existência de um diagnóstico independente. Esta ideia viria de alguma forma a ser reconhecida nos vários sistemas nosológicos contemporâneos.

Efetivamente, os sistemas de classificação atuais reconhecem e sublinham a impotencia clínica do *status* autónomo desta entidade. Na Europa, a publicação recente da CID-11 agrupa num capítulo autónomo as “perturbações mentais e comportamentais associadas à gravidez, gestação e puerpério”<sup>8</sup>. Nos Estados Unidos da América, a depressão perinatal enquadra-se no episódio depressivo major com início pós-parto, que passou a ser reconhecido como entidade clínica com a publicação do DSM-IV em 1994<sup>9</sup>.

Por outro lado, a distinção entre a depressão com início antes do parto (durante a gestação) e a depressão após o parto é clinicamente relevante, podendo, para alguns autores, corresponder a duas entidades clínicas distintas, com diferentes características etiopatogénicas e diferentes especificidades a nível de tratamento<sup>10</sup>.

O diagnóstico da depressão perinatal é um desafio clínico, já que os sintomas somáticos da depressão algumas vezes são difíceis de distinguir de experiências normativas que muitas grávidas reportam (alterações de apetite, diminuição de energia, insônia) que surgem na ausência de uma perturbação de humor<sup>11</sup>. Por outro lado, as alterações de humor, geralmente mais leves e transitórias coincidentes com as grandes variações hormonais que ocorrem nos primeiros dias após o parto, são bastante comuns e sem que tenham necessariamente um significado psicopatológico (“postpartum blues”)<sup>12,13</sup>.

Os sintomas que caracterizam a depressão perinatal são semelhantes aos de uma depressão clássica, incluindo o humor depressivo, a anedonia e a perda de energia, para além dos sintomas somáticos anteriormente mencionados e que são simultaneamente presentes na depressão. Outros sintomas no período perinatal podem incluir a dúvida persistente em ser capaz de tomar conta da criança ou dificuldades de vinculação com esta. A apresentação de sintomas de ansiedade, incluindo ataques de pânico, é também relativamente comum<sup>14</sup>. Quadros clínicos como a perturbação obsessivo-compulsiva e as perturbações de ansiedade durante a gravidez podem ser entendidos como correlatos clínicos das perturbações depressivas. Ao longo das últimas décadas, foram desenvolvidos alguns instrumentos de rastreio e de avaliação no sentido de melhorar a precisão diagnóstica da depressão perinatal, nomeadamente o Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>15</sup> e o Postpartum Depression Screening Scale<sup>16</sup>, entre outros.

Estima-se que a incidência desta perturbação mental afete entre 7 a 20%<sup>17</sup> das mulheres e que a sua prevalência varie entre os 13% e os 19%, sendo estes valores mais altos nos países em desenvolvimento<sup>17,18</sup>. Em termos de evolução, até cerca de 50% dos episódios depressivos no pós-parto tem início antes do parto<sup>17</sup>. Apesar de poder haver uma remissão sintomática espontânea, cerca de 19.2% das doentes mantém-se sintomática decorridos meses após o parto<sup>17</sup>.

A epidemiologia da depressão perinatal tem sido amplamente estudada tendo já sido identificados diversos fatores de risco que suportam o modelo biopsicossocial que estará na sua génese. Dentre os fatores de risco são de salientar a ocorrência de eventos de vida geradores de stress, o baixo suporte social, o uso de substâncias psicoativas e a história prévia de perturbação mental (principalmente de perturbações depressivas) como os mais fortes preditores<sup>19,20,21</sup>. Para uma grande parte das mulheres, a depressão durante a gravidez representa um episódio depressivo recorrente.

Outros fatores de risco preponderantes na sua gênese são a baixa autoestima, a existência de traços vulneráveis de personalidade, particularmente, o neuroticismo, as dificuldades na adaptação à gestação, problemas maternos durante a infância, um baixo estatuto socioeconómico e dificuldades nas relações conjugais, incluindo violência doméstica<sup>22</sup>. As alterações hormonais, as complicações no nascimento e a pré-disposição genética (genes relacionados com o sistema nervoso central, nomeadamente com a disponibilidade das monoaminas) parecem também associar-se a um aumento de risco<sup>23</sup>. Alguns estudos sugerem que a síndrome premenstrual ou perturbação disfórica premenstrual pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão perinatal<sup>24</sup>. Por outro lado, baixos níveis de stress, rendimento económico mais elevado, altos níveis de auto-estima, bom apoio social, estar casado ou viver em união de facto, elevada religiosidade e uma gravidez planeada têm sido descritos como fatores protetores<sup>25</sup>.

A depressão perinatal determina frequentemente uma morbilidade significativa, com impacto, não só na evolução da gravidez e no bem-estar da mulher grávida, mas também no desenvolvimento do bebé. Vários estudos demonstraram uma associação importante entre a depressão perinatal e as complicações obstétricas, a redução da lactação<sup>26</sup>, os eventos neonatais negativos<sup>27,28</sup>.

Na criança, os marcadores biológicos alterados como níveis de cortisol e aumento da assimetria frontal no eletroencefalograma da criança foi identificado<sup>29</sup>. Uma associação entre a depressão perinatal e problemas emocionais e comportamentais das crianças, e várias perturbações neuropsiquiátricas tem também sido documentada<sup>30</sup>.

Atendendo a este impacto funcional importante, nos últimos anos têm sido criados em vários países programas de prevenção para facilitar o rastreio precoce e melhorar o tratamento da depressão perinatal<sup>31</sup>. A prevenção é particularmente importante tendo em conta que existem disparidades no acesso a tratamentos especializados<sup>32</sup> e ainda relutância de muitas mulheres e clínicos ao tratamento com antidepressivos, devido a preocupações com o impacto teratogénico<sup>33,34</sup>. Efetivamente, a evidência relativamente ao tratamento psicofarmacológico da depressão perinatal ainda é escassa<sup>35</sup>, sendo que o tratamento deve ser sempre individualizado, considerando o risco-benefício em cada caso, e de preferência complementado com apoio psicoterapêutico. Relativamente aos modelos psicoterapêuticos, os modelos mais estudados na depressão perinatal são intervenções estruturadas de psicoterapia cognitivo-comportamental de e psicoterapia interpessoal<sup>36,37</sup>.

## Teoria da vinculação

A teoria da vinculação, inicialmente desenvolvida por John Bowlby, é um dos campos mais extensivamente estudados da psicologia nas últimas décadas. De acordo com esta teoria, o estabelecimento de uma boa ligação emocional com as figuras parentais é crítico para um bom desenvolvimento socio-emocional da criança. Na conceptualização de Bowlby todos os seres humanos nascem como que programados inatamente com uma predisposição para procurar segurança afetiva com a figura parental ou, se não for o caso, o cuidador, através do estabelecimento de um vínculo<sup>38,39</sup>. O conforto providenciado pelo cuidador tranquiliza a criança, comunicando que este estará responsivo em alturas de desconforto. Este vínculo será um dos principais sistemas organizacionais e modeladores no desenvolvimento dos mecanismos futuros de regulação emocional da criança, particularmente do medo e da insegurança<sup>40</sup>.

Deste processo vivenciado com as figuras parentais enquanto criança resultará os diferentes estilos ou organizações de vinculação da mulher adulta, podendo estes ser classificados em seguro e inseguro. O último engloba os estilos ansioso ou preocupado, desligado ou amedrontado, e desorganizado consoante modelos internos do Self e do outro<sup>41</sup> (ver Figura 2).

Quando a vinculação é segura, a mulher adulta terá recebido enquanto criança a proteção e segurança necessárias durante os diferentes estadios de desenvolvimento, construindo uma boa relação com os cuidadores primários, que servirá de base para uma normal capacidade de regulação emocional nas diferentes fases da vida. Isto implica que pela disponibilidade emocional, certos fatores como a sensibilidade e a empatia foram supridos pelos cuidadores primários. Por sua vez, uma vinculação insegura, por défices na regulação emocional da mulher adulta, determina frequentemente uma interação mãe-bebé que pode ser patológica.

A transição para a parentalidade constitui um evento de vida potencialmente gerador de profunda ansiedade, pelo que o estilo de vinculação do adulto assume um papel fulcral. A gravidez, devido à plethora de transformações do ponto de vista físico, psíquico e relacional que implicam readaptações e reorganizações do foro interpessoal que levam a ativação dos modelos internos de regulação emocional, é um período altamente vulnerável. Existem vários estudos que têm associado uma vinculação insegura com a etiopatogénese de várias perturbações mentais na idade adulta<sup>42</sup>, incluindo as perturbações de humor, nomeadamente

a depressão<sup>43</sup>. Uma meta-análise recente mostrou que os indivíduos com uma vinculação insegura têm mais sintomas de depressão no geral, particularmente os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro preocupado<sup>44</sup>. Contudo, a associação entre o estilo de vinculação e a depressão perinatal ainda não se encontra completamente esclarecida.

### **Objectivos do estudo**

Este trabalho pretende elucidar a associação entre o estilo de vinculação e a depressão perinatal através da realização de uma revisão sistemática dos artigos, publicados nas bases de dados *PUBMED* e *EMBASE*, relacionados com a vinculação do adulto e a depressão perinatal. Os objetivos são então averiguar uma potencial relação entre diferentes padrões de vinculação do adulto e o desenvolvimento e severidade da depressão perinatal; e em que medida o modelo de vinculação se pode acomodar ou integrar as estratégias preventivas e a aplicação de programas de intervenção psicoterapêutica a mulheres em risco ou a sofrer de depressão perinatal.

### **METODOLOGIA**

Foi efetuada uma revisão sistemática de artigos publicados na Pubmed e na EMBASE cujo foco incidiu nos diferentes estilos de vinculação do adulto e na depressão perinatal. As seguintes palavras-chave foram introduzidas para pesquisa: Attachment, Adult, Maternal, Perinatal, Depression. Para cada uma das palavras chave supramencionadas foram pesquisados os termos MeSH mais apropriados, sendo estes sequencialmente adicionados ao construtor de pesquisa até ao formato final. Foram utilizados os termos MeSH no motor de busca com a seguinte forma: (*“Attachment”* OR *“Attachment style”*) AND (*“Maternal Depression”* OR *“Postnatal Depression”* OR *“Postpartum Depression”* OR *“Perinatal Depression”*) tendo a pesquisa final sido efetuada da seguinte forma: (*Adult* OR *Maternal*) AND *Attachment*) AND (*Postnatal* OR *Postpartum* OR *Puerperium* OR *Perinatal*) AND *Depress*).

Foram identificados 399 artigos, o mais antigo datando de 1958, dos quais após a remoção de duplicados, screening e leitura dos abstracts, apenas 23 cumpriam os critérios de inclusão predefinidos, nomeadamente: artigos que estudassem a relação entre o estilo de vinculação do adulto (mãe) e o desenvolvimento de depressão perinatal, excluindo-se os que se focavam na vinculação do recém-nascido ou da criança (Tabela 1). Foram também excluídos os estudos que não avaliassem objetivamente a depressão e o estilo de vinculação do adulto com recurso

a instrumentos padronizados, ou em que esta avaliação fosse realizada para além da janela temporal do período perinatal.

Uma vez que se pretendia avaliar a relação de causalidade entre o estilo de vinculação do adulto (mãe) e o desenvolvimento de depressão perinatal só foram considerados estudos cujos participantes estivessem deprimidos, tivessem um episódio depressivo durante a gravidez e/ou pós-parto, excluindo-se estudos focados em subpopulações específicas como sejam as mães de prematuros ou as situações de abortamento espontâneo e ou mortes fetais. (Tabela I).

## RESULTADOS

No processo inicial de pesquisa foram identificados 399 artigos nas bases de dados supracitadas. Depois da remoção de duplicados, procedi à leitura dos *abstracts*, e apenas 23 cumpriram os critérios de inclusão ou seja abordavam especificamente a relação entre os estilos de vinculação do adulto e a depressão perinatal.

As características metodológicas (desenho, tamanho amostral, duração do *follow-up* em estudos *longitudinais*, escalas e instrumentos padronizados utilizados), confirmação da hipótese em estudo e os principais resultados dos 23 estudos selecionados foram sumarizados na tabela II. Os estudos foram também numerados de [1] a [23], por ordem cronológica, para facilitar a discussão.

Embora os estudos tenham sido realizados em diferentes regiões geográficas, a maioria dos estudos foi realizado em países ocidentais desenvolvidos. Em termos de distribuição, 5 estudos foram realizados na América do Norte, 5 estudos na Austrália, 1 estudo em Israel, 1 estudo no Japão, 3 estudos na Turquia e os restantes estudos na Europa Ocidental.

Como seria de esperar, a maioria dos estudos apresentou um desenho longitudinal (N:15) com avaliação de sintomas depressivos durante a gravidez e no pós-parto. O tempo de follow-up mais comum foi de 6 meses, tendo variado entre 4 semanas a 26 meses

Sete estudos apresentaram um desenho transversal com a avaliação seccional de sintomas depressivos em um dado momento da gravidez ou do puerpério. Refletindo a epidemiologia conhecida da depressão perinatal, os períodos de avaliação sintomática distribuíram-se nestes estudos entre o 3º trimestre (estudos [21] [10]) e o puerpério (estudos [3], [6], [9], [13], [17], [23]).

Na maioria dos estudos não foi utilizado um grupo de controlo. Quando foi usado um grupo de controlo este era constituído por mães na mesma fase da gravidez ou no puerpério, que não apresentava sintomas depressivos nem o diagnóstico de depressão perinatal (estudos [12] [17] e [21]). No estudo [2] foram utilizados 74 casais sem filhos como controlo (neste estudo também eram avaliadas variáveis psicológicas do pai da criança e do casal) e no estudo [3] foi utilizado um grupo de controlo com 45 mães recrutadas da comunidade sendo o grupo experimental constituído por 24 mulheres (nas quais era de esperar e foi verificado uma maior prevalência de sintomas depressivos).

Ao compararmos os diferentes métodos utilizados para aferir o estilo de vinculação do adulto no que concerne à utilização de questionários ou de entrevista é clara a heterogeneidade entre os vários estudos. O uso das escalas e entrevistas de vinculação nos diversos trabalhos acompanha o desenvolvimento e validação dos vários instrumentos ao longo das últimas décadas. Houve também uma grande variabilidade nas ferramentas clínicas e de investigação utilizadas para avaliar a depressão, sendo que em apenas os estudos [5] e [12] foram utilizadas entrevistas diagnósticas estruturadas para identificar a depressão perinatal.

Todos os estudos desta revisão, exceto o estudo [16] demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre o estilo de vinculação adulta da mãe e o desenvolvimento de depressão perinatal, demonstrando assim uma forte associação entre os subtipos de vinculação insegura e o desenvolvimento de sintomas ansiosos e ou depressivos, ou mesmo de depressão perinatal.

Na maioria dos estudos os estilos de vinculação inseguros ansiosos (amedrontados ou preocupados) são os modos de vinculação predominantemente associados com a depressão perinatal. Porém, quatro estudos [13], [17], [19] e [20] encontram uma associação mais forte dos sintomas depressivos ou da depressão perinatal com o estilo de vinculação evitante ou desligado.

Foi também demonstrado o papel transversal e multifatorial que o estilo de vinculação da mulher adulta tem em múltiplos fatores de risco. No estudo [10], o estilo de vinculação teve um papel fundamental nos riscos associados à gravidez na adolescência, incluindo perda parental, pouco suporte social e no desenvolvimento da depressão. Enquanto que nos estudos [2], [4] e [17] as mulheres com um estilo de vinculação mais ambivalente perceberam, na sua maioria, os maridos como menos emocionalmente disponíveis ou demonstraram maior insatisfação conjugal apresentando um maior aumento de sintomas depressivos no período pós-natal.

No estudo [17], independentemente do diagnóstico de depressão, os estilos de vinculação caracterizados por um modelo negativo do self estiveram associados a mais sintomatologia depressiva e uma menor qualidade na relação com o bebê e o parceiro.

O estilo de vinculação inseguro mostrou ser prevalente em mulheres com DPN no estudo [21], particularmente o padrão amedrontado-evitante, ficando também patente que as dimensões da vinculação de “evitamento” e “ansiedade” se correlacionam com os sintomas depressivos no grupo de mulheres com DPN e que a severidade da depressão aumenta proporcionalmente à desorganização da vinculação.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados desta revisão vêm demonstrar a preponderância que o estilo de vinculação tem no desenvolvimento de depressão perinatal, especialmente o estilo inseguro. Todos os estudos exceto um demonstraram uma relação estatisticamente significativa. Parece ser relevante que esta exceção era um dos estudos que tinha um tamanho amostral mais reduzido (N:49) [16].

Um estilo de vinculação inseguro parece demonstrar uma grande correlação com a severidade de sintomas depressivos e a emergência de DPN. Tendo em conta que o estilo de vinculação se desenvolve na infância e é um traço relativamente estável ao longo da vida a direção da relação de associação parece ser clara: o estilo de vinculação deve ser observado como um fator de risco importante para a depressão perinatal e não o inverso<sup>45</sup>. Isto significa que o modelo de vinculação da mulher é um preditor do ajustamento psicológico durante o período da gravidez e do puerpério. O risco de desenvolvimento de depressão perinatal parece ser então maior em mulheres com um estilo de vinculação inseguro.

Estes estilos de vinculação parecem em parte refletir as experiências emocionais mais precoces das mães (que podem incluir experiências de abuso e/ou de perda). A aquisição do papel de mãe implica a capacidade de espelhar e compreender as necessidades do recém-nascido. Alguns autores defendem que nestas etapas da vida a mãe atualiza e revive as suas experiências emocionais precoces entrando em contacto com as emoções da sua infância, com a reemergência da relação de dependência com a sua própria mãe e a reativação dos conflitos e sentimentos experimentados nesse período<sup>46</sup>. Será baseado nessas experiências precoces que a mulher vai então elaborar o seu papel de mãe.

Outro fatores relacionados com os estilos de vinculação incluem o status económico baixo, a existência de psicopatologia parental e elevados níveis de neuroticismo<sup>47</sup>.

Os estilos de vinculação inseguros só por si podem contribuir para vulnerabilidades na personalidade e menores níveis de apoio social<sup>48</sup>. Por outro lado, existe uma associação entre o estilo de vinculação inseguro e disfunções cognitivas, baixa auto-estima, e um estilo cognitivo de atribuição negativo que podem constituir vulnerabilidades cognitivas para o desenvolvimento da depressão<sup>49</sup>.

O estilo de vinculação não é apenas um preditor de episódios depressivos perinatais, mas também tem um impacto em várias adversidades na díada mãe-criança<sup>50</sup>. Tem sido verificado e replicado em vários estudos empíricos uma grande correspondência entre o estilo de vinculação da mãe e o estilo de vinculação da criança avaliado na situação de estranho<sup>51</sup>. Existe evidência que níveis de ansiedade e depressão elevado afetam negativamente a vinculação mãe-bebé no período perinatal<sup>52</sup>, pelo que a depressão perinatal, para além de uma vinculação insegura de base (prenatal), pode ela própria contribuir para o desenvolvimento de uma vinculação mãe-bebé mais insegura. Tem sido efetivamente replicado em vários estudos recentes uma correlação inversa entre a qualidade da vinculação mãe-bebé e o desenvolvimento de depressão perinatal<sup>53,54</sup>.

No período perinatal, mulheres com estilos de vinculação inseguros percecionam-se como menos competentes, subvalorizando ou considerando negativamente a sua capacidade futura no papel parental, o que poderá estar na génese dos níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos<sup>45</sup>.

As mulheres com um estilo de vinculação inseguro do tipo evitante estão consideravelmente menos confortáveis no estabelecimento de relações íntimas, e podem evitar estabelecer e manter relações emocionais próximas, às vezes pela antecipação do sofrimento de não conseguirem uma proximidade com uma figura de vinculação. As mulheres com um estilo de vinculação ansioso, por contraste, desejam a intimidade nas relações, mas têm medo da rejeição e por isso não confiam completamente no estabelecimento de relações próximas.

No global, parece que um estilo de vinculação inseguro do tipo evitante pode estar mais associado a distúrbios depressivos no período prenatal e um estilo de vinculação inseguro do tipo ansioso é mais frequente nas mulheres que desenvolvem sintomas depressivos no período pós-natal<sup>55,56</sup>.

Em ambos os casos, as mulheres com vinculação insegura podem ter mais resistência em formar relações de confiança com os médicos e com o staff, podendo inviabilizar mesmo o sucesso de algumas intervenções psicoterapêuticas.

A compreensão da influência e do peso dos diferentes fatores de risco empíricos envolvidos no processo de vinculação pode permitir criar programas de rastreio que permitam identificar e intervir precoce e eficazmente nestas mulheres equipando-as com informação e recursos, não só para identificarem emoções negativas que possam surgir no período perinatal, mas também para promover estratégias adaptativas para lidar com estas, permitindo deste modo prevenir o desenvolvimento de depressão ou melhor lidar com esta caso se desenvolva.

De facto, a avaliação do padrão de vinculação da mulher pode ser útil no *screening* pré-natal da depressão perinatal. É verdade que historicamente o foco tem sido na identificação da doença durante a gravidez ou no puerpério, mas pode ser mais custo-efetivo identificar mães de alto risco e iniciar intervenções precoces no sentido de melhorar o prognóstico e prevenir assim eventos neonatais adversos.

Tendo em conta que as mulheres com quadros depressivos durante a gravidez são tendencialmente excluídas de ensaios clínicos randomizados, o nível de evidência relativamente ao tratamento psicofarmacológico nesta população é baixo. Por outro lado, existe um receio de potenciais efeitos teratogénicos e iatrogénicos dos antidepressivos e outros tratamentos psicofarmacológicos. Assim, é desejável e expectável que sejam cada vez mais necessárias intervenções psicoterapêuticas estruturadas e se assista a um investimento em estratégias de apoio não farmacológicas.

A avaliação do padrão de vinculação pode ser importante no sentido de melhorar as intervenções psicoterapêuticas (abordagens centradas em tentar mudar os esquemas de vinculação). Com efeitos, nos últimos anos tem sido explorado a forma como a vinculação pode ser trasladada da teoria para a prática psicoterapêutica<sup>57</sup>.

Apesar de todos os artigos considerados nesta revisão exceto um concluírem que existe uma associação significativa entre o estilo de vinculação da mãe e o desenvolvimento de depressão perinatal é importante ter uma certa cautela ao tentar generalizar esta premissa à população geral. Um fator é a grande heterogeneidade das diferentes amostras clínicas e o modo como foram obtidas. A maioria dos estudos são provenientes de amostras de conveniência (e não randomizadas ou aleatórias) o que limita a capacidade de generalização a outras populações. Uma exceção neste aspeto é o estudo epidemiológico sueco [22]. Outra limitação decorre do facto dos estudos serem observacionais, sem randomização, sem controlo de variáveis faz com que possam existir vários fatores de confundimento.

Outro fator a ter em consideração é a ampla gama de instrumentos de avaliação e aferição utilizados entre os diferentes estudos não só para o diagnóstico de depressão como

para o estilo de vinculação e os diferentes dados avaliados, o que impede a uniformização dos resultados. A maioria dos estudos não caracterizou os resultados relativos à depressão em categorias dicotômicas (presença de depressão perinatal, ou ausência de depressão perinatal), optando por considerar a depressão de modo mais subjetivo, baseado na presença de determinados sintomas, mesmo quando o diagnóstico clínico não estava estabelecido. A presença de diferentes *cut-offs* para o diagnóstico de depressão perinatal também apresentou uma variabilidade significativa entre os diferentes estudos. Tendo, por exemplo, os 15 estudos que usaram o EPDS como ferramenta de aferição, a pontuação máxima possível neste questionário é de 30 pontos (resultado acumulativo de 10 perguntas de screening). O *cut-off* estabelecido do limiar para o diagnóstico de depressão variou de 11 a 14, consoante os estudos. Outro aspeto importante é que alguns estudos não discriminaram entre depressão perinatal e outras perturbações do humor e de ansiedade do período pré natal (como por exemplo o estudo [12])

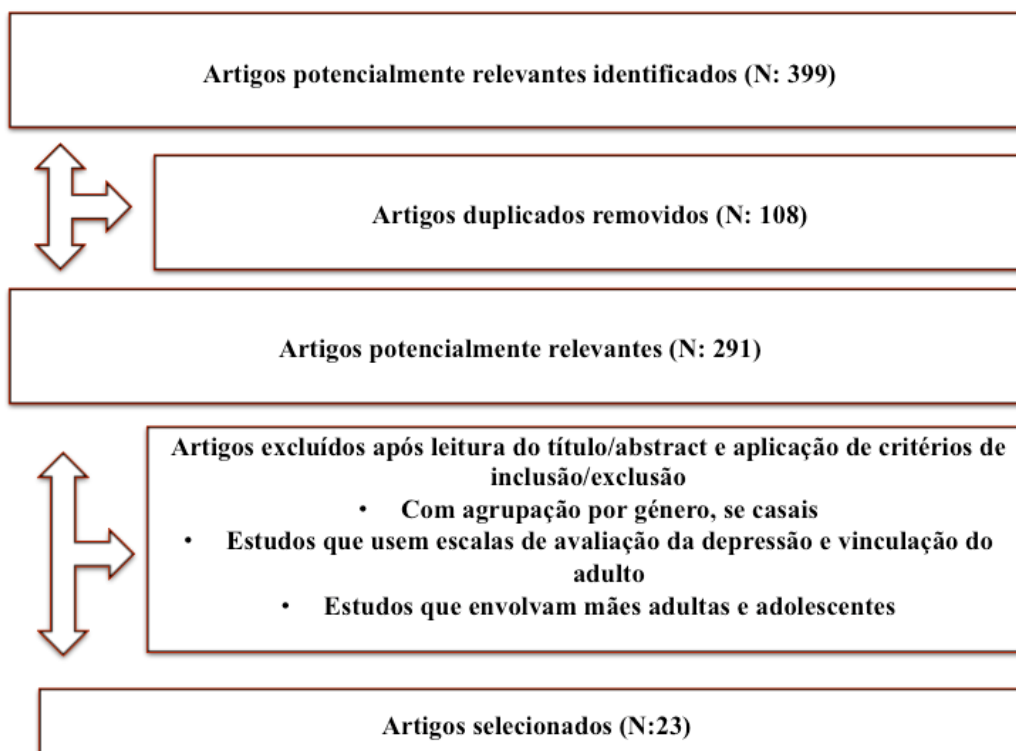
Por razões de conveniência dos estudos numa grande parte destes a maioria das avaliações eram realizadas no período pós-parto (poucos dias ou semanas após o parto) quando a mãe ainda estava na maternidade ou era mais fácil de convocar para as consultas, ou na avaliação do primeiro mês pós-parto. Como é referido por vários autores, a sintomatologia de depressão pós-parto em boa verdade pode manifestar-se até um ano após a gravidez<sup>18</sup>. Do ponto de vista metodológico o ideal teria sido realizar várias avaliações no período de um ano.

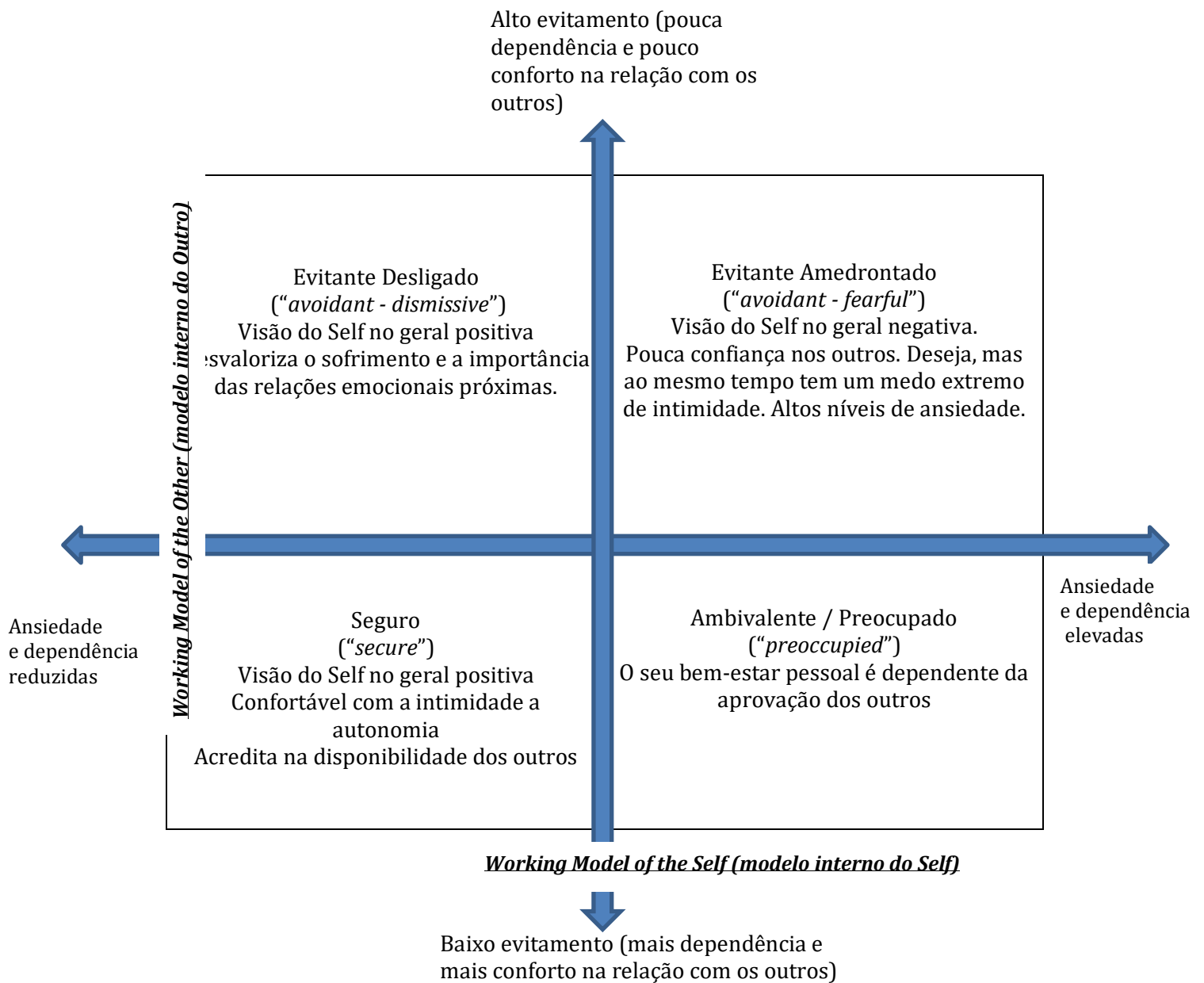
O facto de todas as amostras terem sido obtidas em países desenvolvidos, ou em países em vias de desenvolvimento, não havendo quaisquer dados referentes aos países subdesenvolvidos, torna difícil também extrapolar estas conclusões para essas populações. Isto é particularmente relevante se tivermos em conta que existe alguma evidência empírica que as perturbações mentais perinatais são mais prevalentes nos países subdesenvolvidos<sup>58</sup>, com a desvantagem da escassez de recursos materiais e humanos para fazer face a esta situação<sup>59</sup>. Seria por isso importante que os próximos estudos nesta área tentassem colmatar esta limitação, recorrendo porventura a estudos longitudinais internacionais com maior abrangência nos locais de seleção amostral e com maior uniformidade nos critérios quantitativos.

## CONCLUSÕES

A depressão perinatal é uma entidade clínica heterogénea com impacto na saúde da mãe e da criança. Um estilo de vinculação inseguro da mãe está associado a um maior risco de desenvolver sintomas depressivos e de depressão perinatal durante a gravidez, ou no período pós-parto, embora esta associação ainda não esteja completamente esclarecida. É ainda necessário realizar mais estudos para esclarecer melhor esta associação que pode ser relevante no estabelecimento de programas de prevenção e de intervenção terapêutica personalizados.

## APÊNDICES





**Figura 2:** Estilos de Vinculação, de acordo com a ansiedade e o evitamento, agrupados num modelo de quatro grupos de vinculação. Bowlby (1988) teorizou que os indivíduos formam representações mentais que incluem modelos do self e do outro, através da interação com os cuidadores e outros significativos. Põe-se a hipótese que estes modelos de trabalho internos adquiridos ao longo do desenvolvimento e a partir das experiências mais precoces moldam a atitude da pessoa em relação aos seus pensamentos, sentimentos, expectativas e comportamentos em relações interpessoais futuras. Esquema adaptado a partir de Bartholomew K e Horowitz LM, 1991.

**Tabela I: Critérios utilizados na realização desta revisão de literatura**

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Estudos que avaliam associação entre depressão perinatal e estilo de vinculação da mulher adulta	Estudos em que a informação não esteja agrupada de acordo com o gênero, se casais
Estudo publicados na bases de PubMed e EMBASE	Estudos que consistem em meta-análises ou revisões sistemáticas
Estudos que envolvam mães adultas e adolescentes	Estudos que investigam a depressão relacionada com abortos espontâneos e prematuros
Estudos que usem escalas de avaliação da depressão e do tipo de vinculação do adulto	Depressão materna não associada ao período perinatal

**Tabela II: Principais características metodológicas e resultados dos 23 estudos incluídos nesta revisão sistemática**

Número Estudo Autor e ano	Local Estudo	Participantes do estudo (n)	Tipo de estudo	Período de follow-up pós-natal	Avaliação da depressão	Avaliação da vinculação	Relação entre vinculação e DPN?	Principais Resultados
[1] Besser et al. 2002	Israel	200 mulheres	Longitudinal	8 semanas	CES-D	RQ	Sim	Quer uma vinculação segura quer a existência de um bom suporte social estiveram associados a uma redução de sintomas depressivos no período pós-parto. Os participantes com modelos de vinculação seguros apresentaram uma maior resiliência.
[2] Feeney et al. 2003	Austrália	76 casais e 74 controlos	Longitudinal	6 meses	SF-DASS	ASQ	Sim	A presença de sintomas depressivos perinatais esteve associada com uma vinculação insegura e com a insatisfação na relação marital.
[3] Meredith and Noller 2003	Austrália	24 mulheres e 45 mulheres como controlos	Transversal	NA	EPDS	RQ	Sim	As mulheres deprimidas apresentaram um estilo de vinculação mais inseguro, numa diferença significativa. Estas reportaram um estilo de vinculação mais preocupado em comparação com as mães não deprimidas.
[4] Simpson et al. 2003	EUA	99 casais	Longitudinal	6 meses	CES-D	AAQ	Sim	As mulheres com um estilo de vinculação mais ambivalente e com uma perceção que os maridos estiveram menos emocionalmente disponíveis apresentaram um maior aumento de sintomas depressivos no período pós-natal.
[5] Bifulco et al. 2004	Reino Unido e EUA	204 mulheres	Longitudinal	6 meses	SCID-IV	ASI	Sim	Observou-se uma associação entre um estilo de vinculação ansioso e o surgimento da DPN.
[6] Pesonen et al 2004	Finlândia	319 mulheres	Transversal	NA	CESD-10	AAS	Sim	Sintomas depressivos e o estilo de vinculação insegura mostraram uma associação com a perceção de uma menor relação emocional com a criança.
[7] McMahon et al 2005	Austrália	100 mulheres	Longitudinal	12 meses	CIDI CES-D	AAQ	Sim	Um estilo de vinculação caracterizado por uma maior ansiedade em relação às relações e estilos de defesa imaturas foram preditores de elevação de escalas de depressão aos 12 meses.
[8] Sabuncuglu and	Turquia	80 mulheres	Longitudinal	18 meses	EPDS	AAQ	Sim	Verificou-se uma associação entre uma vinculação insegura

<b>Berkem 2006</b>								e sintomas depressivos perinatais
<b>[9] Wilkinson and Sherl 2006</b>	Austrália	60 mulheres	Transversal	NA	EPDS	RQ	Sim	A presença de um estilo de vinculação seguro conferiu um fator protetor relativamente ao desenvolvimento de quadros psiquiátricos, incluindo sintomas depressivos e ansiosos.
<b>[10] Figueiredo et al. 2006</b>	Portugal	130 mulheres	Transversal	NA	EPDS	ASI	Sim	Um estilo de vinculação inseguro esteve significativamente relacionado com a depressão. No global, o estilo de vinculação teve um papel fundamental nos riscos associados à gravidez na adolescência, incluindo perda parental, pouco suporte social e no desenvolvimento da depressão.
<b>[11] Scharfe 2007</b>	Canadá	235 mulheres	Longitudinal	6 meses	EPDS	RSQ	Sim	A avaliação da vinculação no momento pré-natal esteve associada com a avaliação dos sintomas depressivos no período pré e pós natal, suportando a hipótese de uma relação causal entre a vinculação e a depressão.
<b>[12] Monk et al 2008</b>	EUA	78 mulheres deprimidas e 108 controlos	Longitudinal	4 meses	SCID-IV CES-D	RSQ	Sim	Um estilo de vinculação amedrontado esteve associado com sintomas depressivos no período pré-natal e um estilo de vinculação amedrontado e seguro associado com a depressão pós-parto.
<b>[13] Kuscu et al 2008</b>	Turquia	100 mulheres	Transversal	NA	EPDS	AAS	Sim	Foram encontradas correlações positivas significativas entre os scores totais de sintomas depressivos e o estilo de vinculação ambivalente e o estilo de vinculação desligado.
<b>[14] Akman et al 2008</b>	Turquia	60 mulheres	Longitudinal	1 mês	EPDS	AAS	Sim	O score de sintomas depressivos foi menor nas mães com um estilo de vinculação segura.
<b>[15] Van Bussel et al 2009</b>	Bélgica	202 mulheres	Longitudinal	6 meses	EPDS HADS	RQ	Sim	Estilos de vinculação amedrontados e preocupados correlacionaram-se consistentemente com a presença de sintomas depressivos.
<b>[16] Flyk et al 2010</b>	Finlândia	49 mulheres	Longitudinal	5 meses	EPDS	AAI	Não	Estilo de vinculação não esteve associado com sintomas depressivos prenatais ou posnatais.
<b>[17] Wilkinson and Mulcahy 2010</b>	Austrália	47 mulheres deprimidas e 68 controlos	Transversal	NA	EPDS	RQ	Sim	Independentemente do diagnóstico de depressão, os estilos de vinculação caracterizados por um modelo negativo do self estiveram associados a mais sintomatologia depressiva e

								uma menor qualidade na relação com o bebé e o parceiro.
[18] Conde A, et al. 2011	Portugal	63 casais	Longitudinal	3 meses	EPDS	ASI	Sim	Um estilo de vinculação inseguro esteve associado a mais sintomas ansiosos e depressivos em ambos os parceiros, e a um aumento de sintomas depressivos pós-natais nas mulheres.
[19] Alhusen et al., 2013	EUA	81 mulheres	Longitudinal	26 meses	EPDS	ASQ	Sim	Um estilo de vinculação desligado apresentou uma relação com a sintomatologia depressiva no pós-parto.
[20] Ikeda et al., 2014	Japão	76 mulheres	Longitudinal	1 mês	MINI	ASI	Sim	Um estilo de vinculação insegura esteve relacionada com a depressão pós-parto. O estilo de vinculação evitante foi o mais prevalente no grupo de doentes com DPN.
[21] Meuti et al., 2015	Itália	89 mulheres deprimidas e 89 controlos	Transversal	NA	EPDS	ECR	Sim	Um estilo de vinculação inseguro é prevalente em mulheres com DPN, em particular o padrão amedrontado-evitante. Os resultados mostraram que as dimensões da vinculação de “evitamento” e “ansiedade” se correlacionam com os sintomas depressivos no grupo de mulheres com DPN. A severidade da depressão aumenta proporcionalmente à desorganização da vinculação.
[22] Axfors et al., 2017	Suécia	1618 mulheres	Longitudinal	6 meses	EPDS	ASQ-SF	Sim	No grupo de mulheres sem antecedentes depressivos, uma ansiedade de vinculação elevada, alto neuroticismo e elevados níveis de ansiedade foram preditivas do desenvolvimento de sintomas depressivos pós-parto.
[23] Marques et al., 2018	Portugal	450 mulheres	Transversal	NA	EPDS HADS	ECR-RS	Sim	O estilo de vinculação esteve significativamente associado aos sintomas depressivos, com um estilo de vinculação inseguro associado a sintomas depressivos mais severos. A correlação entre estilos de vinculação inseguros e sintomas depressivos e de ansiedade ocorreram direta e indiretamente através da regulação emocional de dificuldades.

**Abreviaturas:** AAQ: Adult Attachment Questionnaire; AAS: Adult Attachment Scale; ASI: Attachment Style Interview; ASQ: Attachment Style Questionnaire; ASQ-SF: Attachment Style Questionnaire-Short Form; CES-D: The Center for Epidemiological Depression Scale CESD-10: Center for Epidemiological Depression Scale-10; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; DPN: Depressão PeriNatal; ECR: Experience in Close Relationship; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; EUA: Estados Unidos da América; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; MINI: Mini-International Neuropsychiatry Interview. NA: Não aplicável; RQ: Relationship Questionnaire; RSQ: Relationship Scales Questionnaire; SCID-IV: Structured Clinical Interview for DSM-IV; SF-DASS: Short-Form Depression Anxiety Stress Scales.

**Tabela III – Passos envolvidos na utilização do motor de busca na PubMed**

<b>#1</b>	("Attachment (Lond)"[Journal] OR "attachment"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms])
<b>#2</b>	perinatal[All Fields] AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND ("Attachment (Lond)"[Journal] OR "attachment"[All Fields])
<b>#3</b>	#1 OR #2
<b>#4</b>	("mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "maternal"[All Fields]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND ("Attachment (Lond)"[Journal] OR "attachment"[All Fields])
<b>#5</b>	((("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) OR ("mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "maternal"[All Fields]) AND ("Attachment (Lond)"[Journal] OR "attachment"[All Fields])) AND (Postnatal[All Fields] OR ("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "postpartum"[All Fields]) OR ("postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "puerperium"[All Fields]) OR Perinatal[All Fields] AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]))))
<b>#6</b>	("Attachment (Lond)"[Journal] OR "attachment"[All Fields]) AND style[All Fields] AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms])
<b>#7</b>	#3 AND #6
<b>#8</b>	postnatal[MeSH Terms]
<b>#9</b>	maternal[MeSH Terms]

## BIBLIOGRAFIA

1. Prinds C, Mogensen O, Hvidt NC, Bliddal M. First child's impact on parental relationship: an existential perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018 May 10; 18(1):157.
2. Modh C, Lundgren I, Bergbom I. First time pregnant women's experiences in early pregnancy. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011 Apr 6;6(2).
3. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2014 Sep;16(9):468.
4. Alhusen JL, Hayat MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Dec;16(6):521–9.
5. Tortula of Salerno, *The Disease of Women*. A translation of *Passionibus Mulierum Curandorum* by Elizabeth Mason-Hoi. Los Angeles: The Ward Ritchie Press; 1940.
6. Brockinton I. A historical perspective on the psychiatry of motherhood. In *perinatal stress, mood and anxiety disorders: from bench to bedside*. Basel, Switzerland: Karger Publishers, 2005.
7. Trede K, Baldessarini RJ, Viguera AC, Bottéro A. *Treatise on Insanity in Pregnant, Postpartum, and Lactating Women (1858)* by Louis-Victor Marcé: A Commentary. *Harvard Review of Psychiatry*. 2009 Jan 1;17(2):157–65.
8. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19.
9. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2014 Jun;31(6):459–71.
10. Sharma V, Mazmanian D. The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health*. 2014 Apr 1; 17(2):171–3.
11. Goodman SH, Dimidjian S. The developmental psychopathology of perinatal depression: implications for psychosocial treatment development and delivery in pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2012 Sep;57(9):530–6.
12. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. Postpartum Blues Syndrome: A Description and Related Variables. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1968 Jan 1;18(1):16–27.
13. M'bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, et al. [Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors]. *Encephale*. 2005 Jun;31(3):331–6.

14. Ali E. Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *Int J Womens Health [Internet]*. 2018 May 29; 10:237–49.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782
16. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000 Oct;49(5):272–82.7
17. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071–83.
18. Anokye R, Acheampong E, Budu-Ainooson A, Obeng EI, Akwasi AG. Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry*. 2018 May 9;17.
19. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):178–87.
20. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2003 Jan 1;24(4):257–66.
21. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016 Oct;3(10):973–82.
22. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan;202(1):5–14.
23. Corwin EJ, Kohen R, Jarrett M, Stafford B. The heritability of postpartum depression. *Biol Res Nurs*. 2010 Jul;12(1):73–83.
24. Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Jun;16(3):219–25.
25. Jesse DE, Walcott-McQuigg J, Mariella A, Swanson MS. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2005 Oct;50(5):405–10.
26. Meltzer-Brody S, Stuebe A. The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):49–60.
27. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007 Mar;20(3):189–209.

28. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1012–24.
29. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Vera Y, Gil K, Schanberg S, et al. Prenatal predictors of maternal and newborn EEG. *Infant Behavior & Development*. 2004;27(4):533–6.
30. Field T. Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*. 2010 Feb; 33(1):1.
31. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019 Feb 12;321(6):588–601.
32. Wisner KL, Sit DKY, Hanusa BH, Moses-Kolko EL, Bogen DL, Hunker DF, et al. Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Am J Psychiatry*. 2009 May;166(5):557–66.
33. O'Mahen HA, Flynn HA. Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Oct;17(8):1301–9.
34. Vasilakis-Scaramozza C, Aschengrau A, Cabral H, Jick SS. Antidepressant use during early pregnancy and the risk of congenital anomalies. *Pharmacotherapy*. 2013 Jul;33(7):693–700.
35. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opin Pharmacother*. 2014 Jun;15(9):1223–34.
36. Cuijpers P, Brännmärk JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2008 Jan;64(1):103–18.
37. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev*. 2011 Jul;31(5):839–49.
38. Bowlby J. *Attachment and Loss*, 3 vols. New York, NY: Basic Books; 1969.
39. Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; 1988.
40. Ainsworth MDS: Infant-mother attachment. *American Psychologist*. 1979, 34: 932-7.
41. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991; Aug;61(2):226–44.
42. Gumley AI, Taylor HEF, Schwannauer M, MacBeth A. A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Apr;129(4):257–74.

43. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012 Feb;11(1):11–5.
44. Dagan O, Facompré CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018 15;236:274–90.
45. Warfa N, Harper M, Nicolais G, Bhui K. Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: a systematic review. *BMC Psychology*. 2014 Dec 18;2(1):56.
46. Aceti F, Aveni F, Baglioni V, Carluccio GM, Colosimo D, Giacchetti N, et al. Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*. 2012 Dec;18:328–34.
47. Yip J, Ehrhardt K, Black H, Walker DO. Attachment theory at work: A review and directions for future research. *Journal of Organizational Behavior*. 2018; 39(2):185–98.
48. Rapoza KA, Vassell K, Wilson DT, Robertson TW, Manzella DJ, Ortiz-Garcia AL, et al. Attachment as a Moderating Factor Between Social Support, Physical Health, and Psychological Symptoms. *SAGE Open*. 2016 Oct 1;6(4):2158244016682818.
49. Lee A, Hankin BL. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009 Mar;38(2):219–31.
50. Belsky J, Fearon RMP. Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: a moderational analysis. *Dev Psychopathol*. 2002;14(2):293–310.
51. Besser A, Priel B. The apple does not fall far from the tree: attachment styles and personality vulnerabilities to depression in three generations of women. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005 Aug;31(8):1052–73.
52. Daglar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatr Danub*. 2018 Dec;30(4):433–40.
53. Delavari M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018 Apr 1;32(2):263–7.
54. S Hairston I, E Handelzalts J, Assis C, Kovo M. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Ment Health J*. 2018;39(2):198–208.
55. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004 Feb;46:31-37.
56. Axfors C, Sylvén S, Ramklint M, Skalkidou A. Adult attachment's unique contribution in the prediction of postpartum depressive symptoms, beyond personality traits. *J Affect Disord*. 2017;222:177–84.

57. Wallin DJ. *Attachment in Psychotherapy*. New York, NY, US: Guilford Press; 2007. xvi, 366.
58. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012 Feb 1;90(2):139G-149G.
59. Shidhaye P, Giri P. Maternal Depression: A Hidden Burden in Developing Countries. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(4):463–5.
60. Besser A, Priel B, Wiznitzer A. Childbearing depressive symptomatology in high-risk pregnancies: The roles of working models and social support. *Personal Relationships*. 2002 Dec 1;9(4):395–413.
61. Feeney J, Alexander R, Noller P, Hohaus L. Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*. 2003;10(4):475–93.
62. Meredith P, Noller P. Attachment and Infant Difficultness in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues*. 2003 Jul 1;24(5):668–86.
63. Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84(6):1172–87.
64. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(2):50–9.
65. Pesonen A-K, Räikkönen K, Strandberg T, Keltikangas-Järvinen L, Järvenpää A-L. Insecure adult attachment style and depressive symptoms: Implications for parental perceptions of infant temperament. *Infant Mental Health Journal*. 2004; 25(2):99–116.
66. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*. 2005 Jan;84(1):15–24.
67. Sabuncuoğlu O, Berkem M. [Relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2006;17(4):252–8.
68. Figueiredo B, Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Magarinho R. Teenage pregnancy, attachment style, and depression: a comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attach Hum Dev*. 2006 Jun;8(2):123–38.
69. Akman I, Kuscu K, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoğlu M, Orhon L, et al. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 2008 Jun;44(6):369–73.

70. Wilkinson RB, Scherl FB. Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2006 Feb 1; 24(1):5–19.
71. Scharfe E. Cause or Consequence?: Exploring Causal Links Between Attachment and Depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007 Nov 1;26(9):1048–64.
72. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women’s attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health*. 2008 Jun;11(2):117–29.
73. Kuscu MK, Akman I, Karabekiroglu A, Yurdakul Z, Orhan L, Ozdemir N, et al. Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: the impact of maternal attachment styles and family support. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008 Mar;29(1):33–8.
74. Van Bussel JCH, Spitz B, Demyttenaere K. Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Jun;12(3):155–66.
75. Flykt M, Kanninen K, Sinkkonen J, Punamäki R-L. Maternal depression and dyadic interaction: the role of maternal attachment style. *Infant and Child Development*. 2010;19(5):530–50.
76. Wilkinson RB, Mulcahy R. Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010 Aug 1;28(3):252–65.
77. Trillingsgaard T, Elklit A, Shevlin M, Maimburg RD. Adult attachment at the transition to motherhood: predicting worry, health care utility and relationship functioning. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. 2011 Sep 1; 29(4):354–63.
78. Conde A, Figueiredo B, Bifulco A. Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attach Hum Dev*. 2011 May;13(3):271–91.
79. Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K. The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attach Hum Dev*. 2014;16(6):557–72.
80. Meuti V, Aceti F, Giacchetti N, Carluccio GM, Zaccagni M, Marini I, et al. Perinatal Depression and Patterns of Attachment: A Critical Risk Factor? *Depress Res Treat*. 2015;2015.
81. Marques R, Monteiro F, Canavarro MC, Fonseca A. The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *J Affect Disord*. 2018 01;238:39-46.
82. Prinds C, Hvidtjørn D, Mogensen O, Skytthe A, Hvidt NC. Existential Meaning Among First-Time Full-Term and Preterm Mothers: A Questionnaire Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2014 Dec;28(4):271.