



Benessere Emotivo Perinatale:

strumenti di riconoscimento e intervento per la
salute della donna e del neonato

Indice

- 1 **Razionale Scientifico**
Epidemiologia, impatto sulla diade e fondamenti del modello bio-psico-sociale
- 2 **Fase Prenatale**
Screening, aree di osservazione clinica e setting del colloquio
- 3 **Fase Intrapartum**
Monitoraggio emotivo, fattori di rischio psicologico e ruolo del partner
- 4 **Fase Post-Partum**
Baby blues, depressione post-partum, osservazione della diade
- 5 **Salute Mentale Paterna**
Vulnerabilità psicologica del padre e strategie di intercettazione
- 6 **Integrazione del Team Multidisciplinare**
Strumenti e formazione multidisciplinare

Razionale scientifico

La gravidanza, il parto e il periodo post-partum costituiscono al tempo stesso una **finestra evolutiva di straordinaria plasticità** e una **finestra di vulnerabilità psicopatologica**, in cui fattori di rischio preesistenti possono emergere o amplificarsi.

Riconoscere precocemente segnali di disagio psicopatologico (anche nel partner) nel periodo perinatale migliora la **relazione madre-bambino** e favorisce l'**allattamento**, prevenendo difficoltà nella responsività e nella cura (WHO, 2022) .



Un Evento Biologico e Molto di Più

Identità Personale

Profonda riorganizzazione del sé,
delle aspettative e dei ruoli
individuali

Dinamiche di Coppia

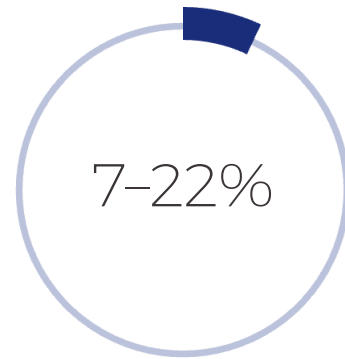
Ridistribuzione dei ruoli,
trasformazione dell'intimità,
nuove tensioni relazionali

Sistema Familiare

Riorganizzazione strutturale
dell'intero nucleo e delle reti di
supporto

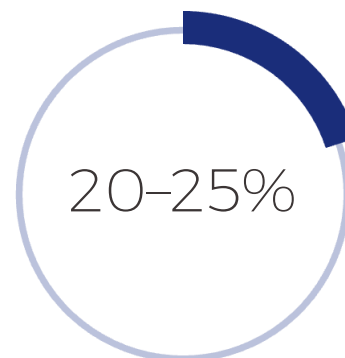
Il razionale dell'integrazione psicologica non è meramente sintomatologico: si fonda su un **modello bio-psico-sociale integrato**, coerente con le linee guida OMS (Bass et al., 2019).

Epidemiologia dei Disturbi Mentali Perinatali



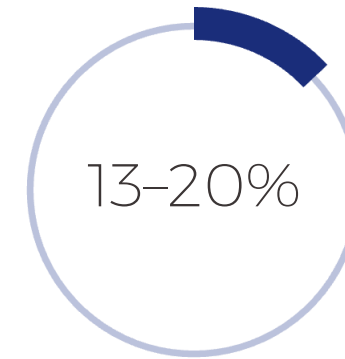
Sintomi depressivi in gravidanza

Giardinelli et al., 2012



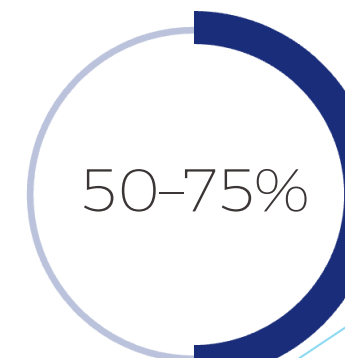
Disturbi d'ansia perinatale

Giardinelli et al., 2012



Depressione post-partum

Giardinelli et al., 2012



Baby blues post-partum

Chechko et al., 2024

Una Realtà Sistematically Sottostimata



La sofferenza psicologica perinatale è tutt'altro che un'eccezione. La sottostima è attribuibile a tre fattori concorrenti:

→ Normalizzazione sociale

Il disagio post-partum è culturalmente minimizzato e accettato come "normale"

→ Difficoltà di auto-rivelazione

Le madri faticano ad ammettere difficoltà psicologiche in un momento idealizzato

→ Assenza di screening sistematici

Mancanza di strumenti validati applicati in modo routinario nei contesti ospedalieri

Impatto sulla Diade Madre-Bambino



La depressione materna non trattata ha conseguenze documentate e durature sullo sviluppo infantile
(Beeber et al., 2017; Wu et al., 2021)

Attaccamento

Alterazioni nei pattern di
attaccamento

Regolazione emotiva

Difficoltà precoci nel bambino

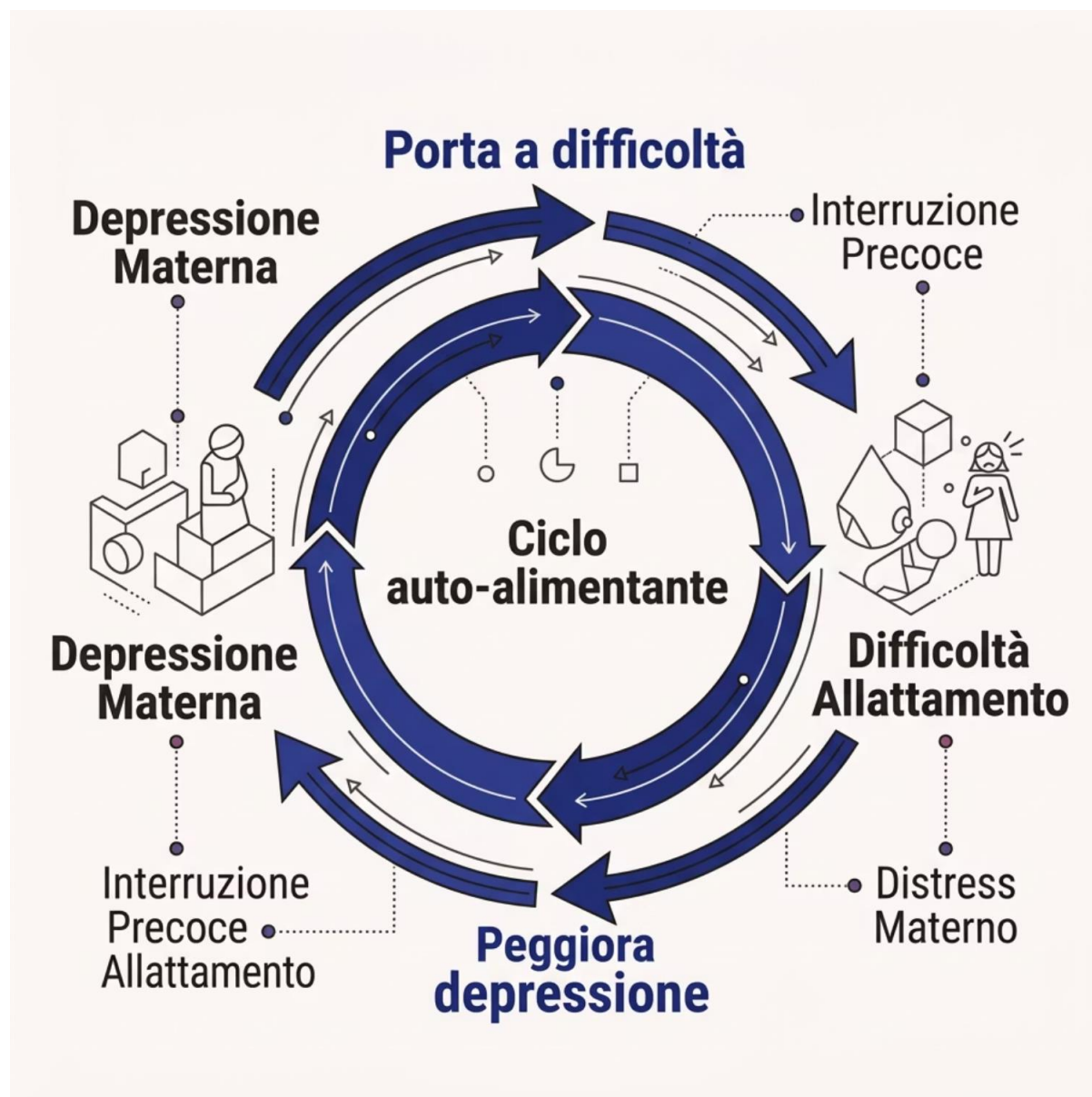
Linguaggio

Ritardi nello sviluppo

Psicopatologia

Maggiore rischio a lungo
termine

Allattamento e Salute Mentale: Un'Interdipendenza Documentata



Coo et al. (2020) e Wu et al. (2021) hanno dimostrato come salute mentale materna e qualità dell'allattamento si influenzino reciprocamente in modo dinamico e bidirezionale.

L'intervento psicologico nell'area nascita non è un servizio aggiuntivo: è una componente essenziale della qualità delle cure perinatali, con ricadute che si estendono ben oltre il singolo episodio assistenziale.

Fase Prenatale

Il momento privilegiato per l'**identificazione precoce dei fattori di rischio psicopatologico**. Intervenire in gravidanza significa agire quando la motivazione al cambiamento è più elevata e il sistema di cura può ancora modulare le traiettorie evolutive.



Perché Intervenire in Gravidanza?

La sofferenza non si risolve da sola

La depressione e l'ansia antenatale non tendono a regredire con il parto: persistono e spesso si aggravano nel post-partum (Giardinelli et al., 2012)

Rischio sull'allattamento

La sintomatologia depressiva in gravidanza è associata a maggiore rischio di interruzione precoce dell'allattamento (Coo et al., 2020)

Plasticità evolutiva

In gravidanza le risorse di coping della donna e della coppia sono più facilmente attivabili e la risposta all'intervento è più rapida

Aree di Osservazione Psico-Clinica Prenatale



a) Storia Psicopatologica

Anamnesi per disturbi dell'umore, precedenti DPP, familiarità per disturbi affettivi, storia di attaccamento



b) Traumi Pregressi

Lutti non elaborati, abusi, infertilità, PMA: fattori di rischio per PTSD perinatale e reazioni dissociative



c) Relazione di Coppia

Conflittualità, dinamiche di controllo, violenza psicologica: fattori di rischio documentati per la salute mentale perinatale



d) Attaccamento Prenatale

Qualità del legame affettivo con il bambino in utero: predittivo della qualità del legame post-natale

Attaccamento Prenatale e Coinvolgimento del Partner



I livelli di attaccamento prenatale sono correlati tra i partner (Ugurlu et al., 2023): la **diade genitoriale funziona come sistema interazionale fin dalla fase prenatale.**

Il coinvolgimento attivo del padre – o co-genitore – favorisce la coesione relazionale e l'adattamento condiviso alla genitorialità. Il setting clinico prenatale dovrebbe prevedere momenti di valutazione e supporto dedicati alla **coppia.**

Aspettative sull'Allattamento e Identità Materna

Le aspettative rigide e idealizzate sull'allattamento al seno come marker della «*buona madre*» possono generare, in caso di difficoltà, vissuti di:

Fallimento

Inadeguatezza

Vergogna



L'intervento psicologico prenatale deve promuovere **flessibilità e realismo**, costruendo una relazione con l'allattamento che sia sostenibile e centrata sul benessere della diade — non sull'allattamento come prestazione (Coo et al., 2020).

Setting Clinico Prenatale

1

Riservatezza e sicurezza percepita

L'ambiente deve garantire uno spazio fisico e psicologico protetto, privo di interferenze

2

Esplorazione individuale iniziale

Una fase senza la presenza del partner permette alla donna di esprimere liberamente vissuti che potrebbe autocensurare

3

Linguaggio non giudicante

Accessibile e culturalmente sensibile, adattato al contesto della persona

4

Mediazione culturale

In presenza di donne con background migratorio, coinvolgere mediatori culturali adeguatamente formati

Fase Intrapartum

Il parto è un evento ad **alta intensità emotiva, fisiologica e simbolica**. Anche in assenza di complicanze mediche, può essere vissuto come esperienza di perdita di controllo, paura e vulnerabilità estrema.



Obiettivi Clinici dell'Intervento Psicologico nella Fase Intrapartum

- Monitoraggio delle reazioni emotive acute
Intercettazione precoce di stati dissociativi o di panico
- Osservazione del primo contatto madre-neonato
Indicatore precoce della qualità del legame affettivo
- Supporto alla regolazione emotiva materna
Attraverso tecniche di ancoraggio e contenimento
- Coordinamento con l'équipe ostetrica e pediatrica
Per garantire continuità bio-psico-sociale della cura
- Documentazione clinica strutturata
Funzionale alla presa in carico post-partum

Il Ruolo del Partner come Co-Regolatore Emotivo



Il partner può diventare una **risorsa protettiva fondamentale** durante il travaglio, svolgendo funzioni specifiche di co-regolazione:

Continuità narrativa

"Ti stanno aiutando", "ora stanno facendo questo..." — mantenere orientamento e senso di sicurezza

Mediazione comunicativa

Facilitare la comunicazione con l'équipe nelle fasi di maggiore vulnerabilità

Monitoraggio dei bisogni basilari

Idratazione, postura, comfort fisico e presenza emotiva costante

Fattori di Rischio Psicologico nel Partner

E' necessario saper riconoscere nel partner segnali di difficoltà che possono compromettere la funzione di co-regolazione e richiedere supporto diretto.

Freezing o iperattivazione

Blocco emotivo o eccitazione intensa difficilmente gestibile

Evitamento fisico

Uscite frequenti dalla sala parto, impossibilità a restare presente

Difficoltà a guardare

Incapacità a mantenere il contatto visivo con la partner o con il neonato

Impotenza intensa

Espressioni verbali e non verbali di totale perdita di controllo e senso di inefficacia

Fattori di Rischio Psicologico da Monitorare

La presenza anche di **un solo fattore** richiede un approfondimento clinico e l'attivazione di un piano di monitoraggio intensificato nelle ore e nei giorni successivi.

Evitamento del neonato

Rifiuto attivo o evitamento del contatto fisico nelle prime ore di vita

Dissociazione

Anestesia emotiva, stati di derealizzazione durante o dopo il parto

Riattivazione traumatica

Rievocazione intrusiva di traumi pregressi evocata dall'esperienza del parto

Vissuti di fallimento

Senso di inadeguatezza legato a epidurale, taglio cesareo o richiesta di analgesia

Il Significato Soggettivo dell'Esperienza

Significato Soggettivo

Il valore e il senso attribuiti personalmente all'esperienza del parto.

Perdita Percepita di Controllo

Sensazione soggettiva di non avere potere o controllo sugli eventi.

Assenza di Validazione Emotiva

Mancanza di supporto empatico nel momento critico dell'esperienza.

Vergogna e Auto-Colpevolizzazione

Vissuti di colpa interiorizzati legati alla percezione di fallimento.

Ciò che aumenta il rischio non è la procedura in sé — epidurale, taglio cesareo, analgesia — ma il **significato soggettivo** che la donna attribuisce all'esperienza (Fenaroli et al., 2019)

"Non ho partorito davvero", "il mio corpo ha fallito":
narrazioni da intercettare e rielaborare attivamente.

Azioni Preventive nell'Intrapartum

Riconoscere
paura

Nominare e
normalizzare
l'emozione



Restituire
agency

Coinvolgere nelle
decisioni



Legittimare
richiesta

Validare il bisogno
di analgesia



Costruire
narrazione
Creare senso
coerente
dell'evento



Queste azioni cliniche, anche se brevi, possono ridurre significativamente il rischio di esiti traumatici e di difficoltà nel legame precoce madre-bambino.

Fase Post-Partum



Baby Blues

Il baby blues compare tipicamente tra il 2° e il 5° giorno dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente entro la seconda settimana. Nonostante la natura transitoria, la sua severità è clinicamente rilevante.

Le donne con baby blues intenso hanno un rischio quasi 7 volte superiore di sviluppare DPP rispetto a quelle con sintomi lievi (Chechko et al., 2024).

Labilità emotiva

Pianto facile

Irritabilità

Senso di
sopraffazione

Dimensione Psicologica nell'Allattamento



Nel sostegno all'allattamento la dimensione psicologica deve essere pienamente integrata.

La donna che vive difficoltà nell'allattamento ha bisogno di:

- Elaborare i vissuti emotivi connessi alla difficoltà
- Ridimensionare aspettative irragionevoli
- Ricevere riconoscimento della fatica emotiva

Aree di Osservazione Psico-Clinica nel POST PARTUM



a) Storia Psicopatologica

Anamnesi per disturbi dell'umore, precedenti DPP, familiarità per disturbi affettivi, storia di attaccamento



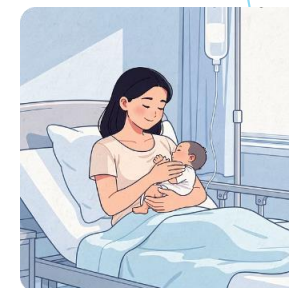
b) Traumi Pregressi

Lutti non elaborati, abusi, infertilità, PMA: fattori di rischio per PTSD perinatale e reazioni dissociative



c) Relazione di Coppia

Conflittualità, dinamiche di controllo, violenza psicologica: fattori di rischio documentati per la salute mentale perinatale



d) Osservazione Madre-Bambino

Osservazione della diade nel post-partum: sintonizzazione affettiva, contatto pelle-a-pelle, allattamento (attacco, postura, segni di efficacia), scambio di sguardi e vocalizzazioni, capacità di consolazione reciproca.

Osservazione Psico-Clinica della Diade Madre-Bambino

1

Sintonizzazione affettiva

Qualità della risonanza emotiva tra madre e bambino nelle interazioni quotidiane

2

Responsività materna

Capacità di riconoscere e rispondere ai segnali del neonato in modo contingente

3

Segnali di disregolazione infantile

Eccesso di pianto, disturbi del sonno, rifiuto alimentare, ipervigilanza: cause e conseguenze di difficoltà relazionali precoci

Il Continuum dei Disturbi Post-Partum

1

Baby Blues

50-75% | Transitorio, giorni 2-5

2

Depressione Post-Partum

13-20% | Oltre 2 settimane, impatto sul funzionamento

3

Psicosi Puerperale

1-2‰ | Urgenza clinica, richiede ricovero immediato

Depressione Post-Partum: Caratteristiche Cliniche



Si distingue dal baby blues per **persistenza temporale** (oltre due settimane), maggiore intensità e impatto sul funzionamento quotidiano e sulla cura del bambino.

Umore depresso e
anedonia

Stanchezza persistente

Senso di inadeguatezza
come madre

Pensieri intrusivi sul
bambino

Ideazione suicidaria nei casi gravi

Psicosi Puerperale: Segnale di Emergenza

Urgenza clinica. La psicosi puerperale esordisce tipicamente entro i primi giorni post-partum e richiede intervento psichiatrico immediato e, nella maggioranza dei casi, ricovero ospedaliero.

Confusione mentale

Disorientamento severo e
comportamento disorganizzato

Allucinazioni e deliri

Spesso a contenuto riferito al
bambino: rischio per la sicurezza
della diade

Esordio rapidissimo

I sintomi possono comparire nelle
prime 48-72 ore: la rapidità di
riconoscimento è determinante

Segnali precoci di psicosi puerperale

- Alterazioni del pensiero (deliri, confusione, disorganizzazione mentale)
- Disturbi percettivi (allucinazioni)
- Alterazioni dell'umore marcate (rapidi sbalzi d'umore)
- Comportamenti disorganizzati o inappropriati (difficoltà nella cura del neonato, agitazione o rallentamento psicomotorio)
- Disturbi del sonno gravi (insonnia totale o quasi)
- Ridotta consapevolezza di malattia
- Idee di danno verso sé o il neonato
- Grave disorientamento
- Rifiuto del neonato o comportamenti bizzarri



Cosa possono fare gli operatori sanitari

- ✓ Osservazione attiva e documentazione
- ✓ Garantire sicurezza
- ✓ Comunicazione contenitiva
- ✓ Supporto pratico
- ✓ Coinvolgimento della rete
- ✓ Monitoraggio stretto
- ✓ Attivazione consulenza specialistica

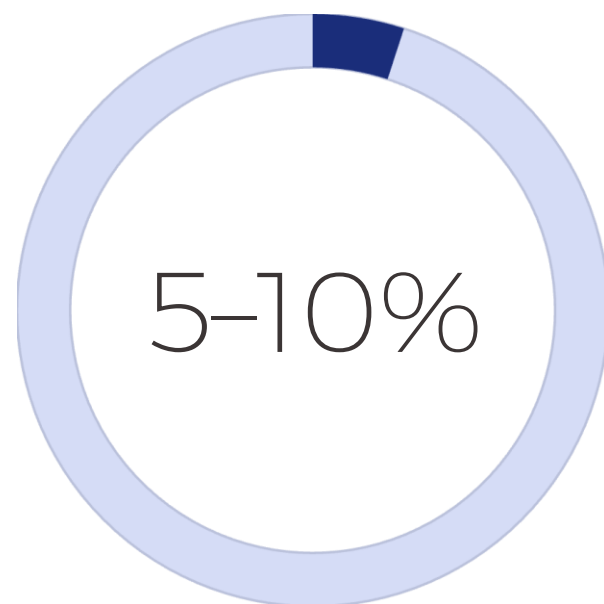


Salute Mentale Paterna

La transizione alla paternità rappresenta un passaggio evolutivo complesso, un periodo di **significativa vulnerabilità psicologica** per molti uomini — sistematicamente sottovalutata nella pratica clinica.

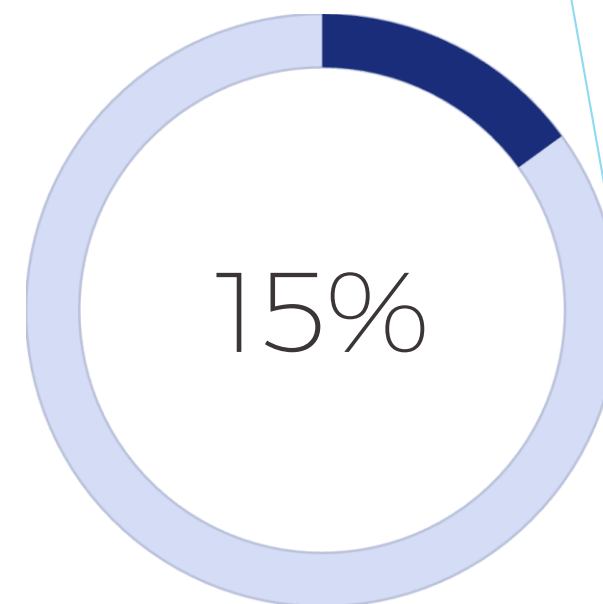


Epidemiologia della Psicopatologia Paterna



Sintomi depressivi paterni

Durante la gravidanza o entro il primo anno di vita del figlio

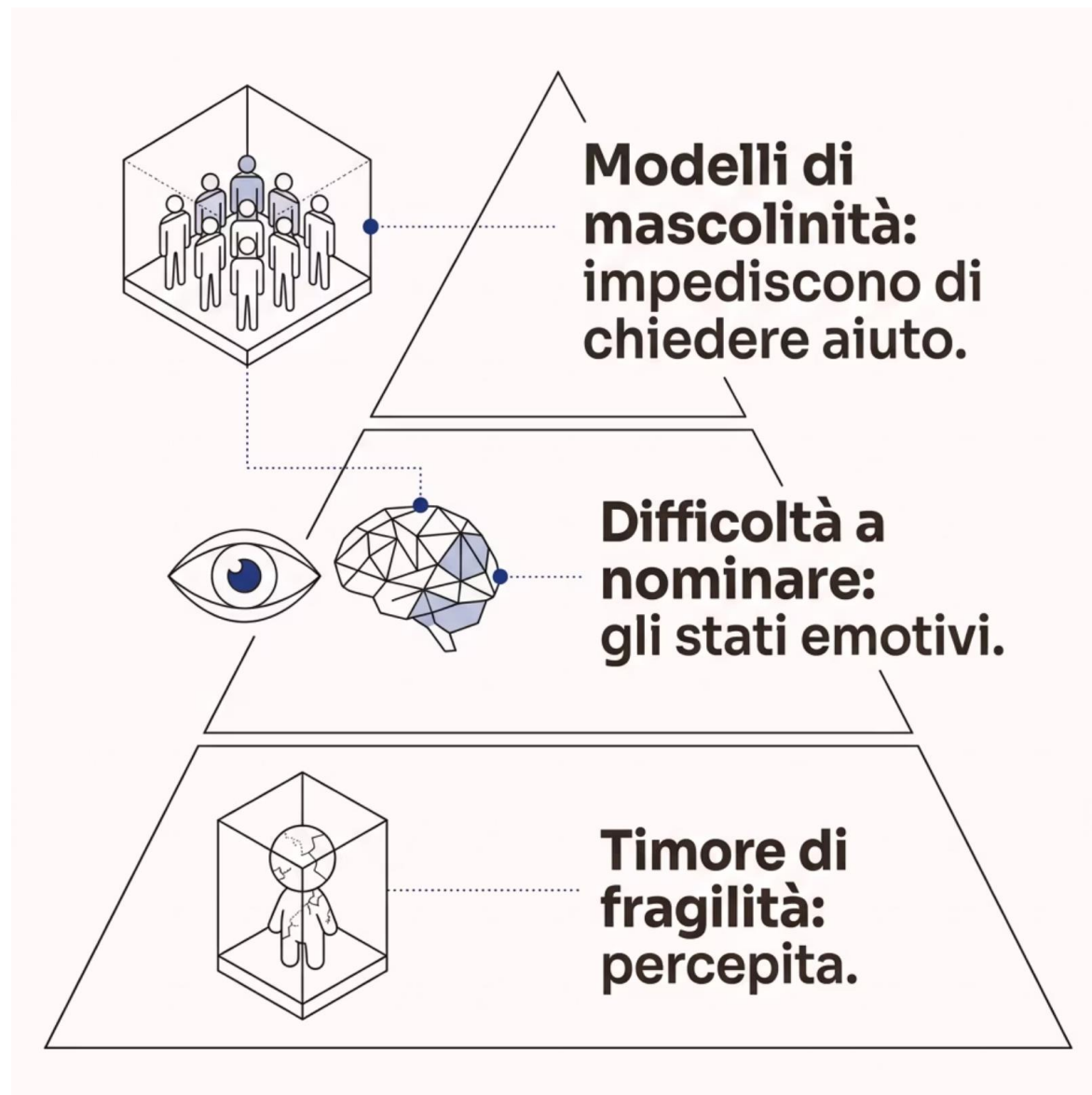


Livelli di ansia elevati

Percentuali che superano quelle della depressione nel periodo perinatale

Philpott et al. (2017) documentano un incremento significativo dei livelli di stress paterno sia nella fase antenatale sia in quella postnatale, associato a sintomi depressivi e difficoltà di adattamento al nuovo ruolo.

Perché i Padri Chiedono Aiuto di Meno



Gli uomini sono meno propensi a ricorrere spontaneamente ai servizi di salute mentale anche in presenza di sintomi clinicamente significativi (Addis & Mahalik, 2003; Seidler et al., 2016).

L'ambiente ospedaliero è spesso l'unico contesto in cui il padre entra in contatto con professionisti della salute: un'opportunità di intercettazione che non può essere sprecata.

"Depressione Maschile Mascherata"



Nel periodo perinatale, il disagio paterno si esprime spesso in **forme atipiche** rispetto ai quadri depressivi classici (Martin et al., 2013; Rice et al., 2018):

Il lavoro come spazio di *evitamento emotivo* o come strategia per aderire all'ideale maschile di forza e stabilità (Philpott et al., 2017).

Irritabilità e impulsività

Tensione costante

Ipercoinvolgimento nel lavoro

Ritiro relazionale

Fattori di Rischio Paterni: Personali, Relazionali e Sociali



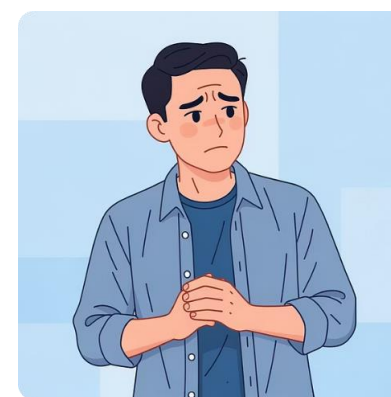
Personali

- Difficoltà a prendere in braccio il neonato
- Distacco emotivo o iper-razionalizzazione
- Ansia intensa per la salute del neonato
- Ideali rigidi di ruolo maschile



Relazionali

- Depressione o distress materno concomitante
- Conflittualità di coppia
- Isolamento sociale progressivo



Sociali

- Pressione economica significativa
- Mancanza di reti di supporto
- Minimizzazione sistematica dell'esperienza emotiva

PTSD (disturb post-traumatico da stress) Paterno

Anche i padri possono sviluppare sintomi post-traumatici, specialmente in presenza di eventi ad alta intensità emotiva durante il parto.

Situazioni a rischio

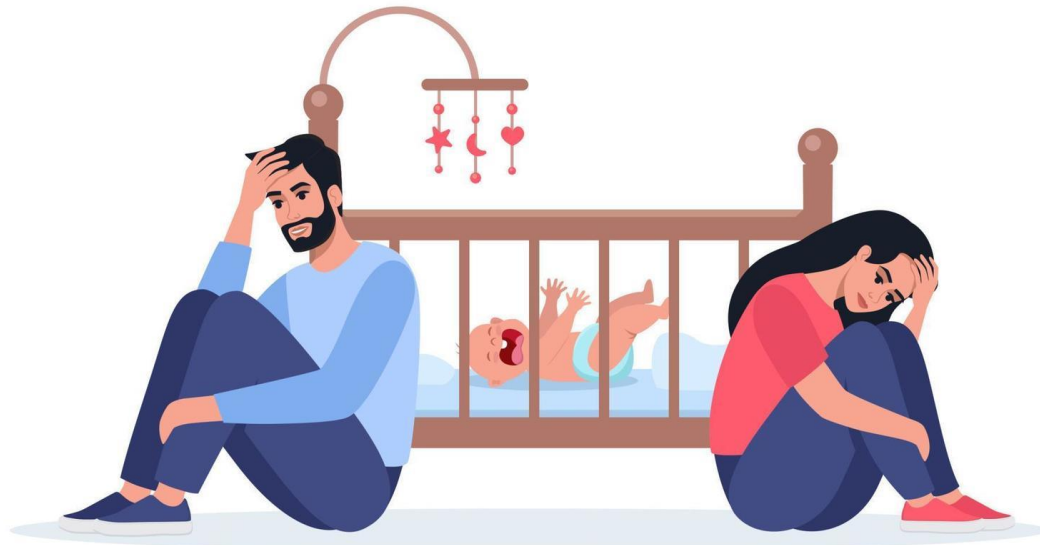
- Emergenze ostetriche improvvise
- Ricovero in TIN del neonato
- Percezione di rischio di morte della partner o del figlio

Segnali precoci da monitorare

- Immagini intrusive
- Evitamento del ricordo del parto
- Iperattivazione marcata
- Insonnia con ruminazione

Segnali di impatto sul sistema madre-bambino

- Scarso supporto alla madre (pratico/emotivo)
- Aumento del conflitto di coppia
- Ostacolo al bonding padre-neonato
- Maggior rischio di difficoltà nell'allattamento al seno
(meno sostegno, più stress materno)



Coping Paterno e Psicopatologia

Una meta-analisi mista (Livingston et al., 2021) ha esaminato il rapporto tra strategie di coping e psicopatologia paterna nel periodo perinatale.

Gli stili di coping evitanti — distanziamento emotivo, soppressione delle emozioni — sono significativamente associati a maggiore sintomatologia depressiva e distress psicologico.

Non solo la presenza di fattori stressanti, ma anche le modalità di gestione degli stessi contribuiscono alla vulnerabilità psicologica dei padri.

Coping Evitante



Coping Adattivo



Aggressività in Sala Parto










⚠ **Perché può emergere**
Paura, impotenza, bisogno di controllo.

🔍 **Come interpretarla**
Un segnale di distress da riconoscere e contenere.

👉 **Cosa fare nell'immediato**
Contenimento emotivo. Comunicazione chiara. Coinvolgimento.

Coping paterno aggressivo/esternalizzante

Segnali osservabili

-  Irritabilità persistente
-  Rabbia e acting-out
-  Attribuzione esterna della colpa
-  Controllo e ipercriticismo
-  Evitamento emotivo
-  Comportamenti a rischio
-  Disimpegno nella cura

Indicazioni operative

- Non entrare in escalation → mantenere comunicazione calma e ferma
- Riconoscere e contenere l'emozione ("vedo che è molto arrabbiato...")
- Dare indicazioni chiare e strutturate
- Coinvolgere il padre in compiti concreti (canalizzare l'attivazione)
- Monitorare segnali di rischio (aggressività, sostanze)
- Condividere precocemente con l'équipe

Cosa possono fare gli operatori sanitari



- Osservazione e ascolto attivo
- Coinvolgimento diretto del padre
- Normalizzazione delle difficoltà emotive
- Promozione del ruolo paterno
- Sostegno alla coppia
- Monitoraggio

PREVENZIONE E SUPPORTO AI CAREGIVER

I partner necessitano di supporto e orientamento prenatale: sapere cosa aspettarsi e dove porre attenzione aumenta l'autoefficacia e previene reazioni disfunzionali.



- ✓ offrire nozioni semplici e concrete sul processo del parto
- ✓ sviluppare capacità di supporto emotivo e comunicazione efficace
- ✓ insegnare tecniche pratiche (respirazione, gestione del dolore, supporto fisico)
- ✓ rafforzare il ruolo del caregiver come figura di fiducia e stabilità

Integrazione del Team Multidisciplinare



- Protocolli di comunicazione strutturati (briefing clinici, schede di segnalazione condivise)
- Formazione di base del personale sanitario al riconoscimento dei segnali di rischio
- Cultura organizzativa che valorizzi la dimensione psicosociale come **componente non opzionale** della qualità assistenziale

Riduce incidenza e gravità

Dei disturbi mentali perinatali in madre, padre e sistema familiare

Promuove il legame

Qualità del legame madre-bambino e condizioni di allattamento sostenibili

Investe nel futuro

Nella salute psicologica dei bambini di domani e nel benessere collettivo

Bibliografia

Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>

Bass, J. L., Gartley, T., & Kleinman, R. (2019). World Health Organization Baby-Friendly Hospital Initiative guideline and breastfeeding. *JAMA Pediatrics*, 173(1), 93–94. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.4516>

Beeber, L. S., Meltzer-Brody, S., Martinez, M., et al. (2017). Recognizing maternal depressive symptoms: An opportunity to improve outcomes in early intervention programs. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 883–892. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2190-8>

Chechko, N., Losse, E., Frodl, T., & Nehls, S. (2024). Baby blues, premenstrual syndrome and postpartum affective disorders: Intersection of risk factors and reciprocal influences. *BJPsych Open*, 10, e3. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.600>

Chen, W., Balaban, R., Stanger, V., Haruvi, R., Zur, S., & Augarten, A. (2002). Suspected child abuse and neglect: Assessment in a hospital setting. *Israel Medical Association Journal*, 4, 617–623.

Coo, S., García, M. I., Mira, A., & Valdés, V. (2020). The role of perinatal anxiety and depression in breastfeeding practices. *Breastfeeding Medicine*, 15(8), 495–502. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0091>

Fenaroli, V., Saita, E., & Molgora, S. (2019). Fear of childbirth and depressive symptoms during pregnancy: The mediating role of sense of coherence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-MacLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)

Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167–180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61707-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61707-9)

Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., et al. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 21–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2021). Coping strategies and paternal mental health in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 132–142.

Mäkelä, H., Axelin, A., & Niela-Vilén, H. (2024). Journey toward Baby-Friendly Hospital Initiative designation: A qualitative study. *Midwifery*, 135, 104029. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104029>

Marcuzzo, P. (2023). Il riconoscimento e la risposta operativa alla violenza di genere nel sistema socio-sanitario del Veneto. Regione Veneto.

Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106.

Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113–127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.016>

Rice, S. M., Aucote, H. M., Parker, A. G., et al. (2018). Understanding the male experience of depression in the perinatal period. *Journal of Affective Disorders*, 238, 507–514.

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>

Ugurlu, M., Arslan, G., & Özdemir, Ö. (2023). Maternal and paternal attachment levels in the prenatal period. *Gülhane Medical Journal*, 65, 108–114.

World Health Organization. (2015). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. WHO.

World Health Organization, & UNICEF. (2020). Baby-friendly hospital initiative training course for maternity staff: Director's guide. WHO.

Wu, Q., Farley, T., & Cui, M. (2021). Breastfeeding, maternal psychopathological symptoms, and infant development: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 285, 114288. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114288>