



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

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

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Funzione genitoriale: fattori di protezione e di rischio delle  
interazioni diadiche madre-bambino**

**Parenting: protective and risk factors of mother-infant dyadic interactions**

***Relatrice***

**Prof.ssa Paola Rigo**

***Laureanda: Giorgia Tommasi***

***Matricola: 2016885***

**Anno Accademico 2021/2022**



*“Il successo non è la chiave della felicità. La felicità è la chiave del successo;  
se ami ciò che stai facendo, avrai successo.”*

*- Albert Schweitzer*

*Alla mia famiglia, per avermi sostenuta in qualsiasi decisione presa e per aver reso  
possibile la realizzazione di questo importante percorso;  
Ai miei nonni, per avermi accolta calorosamente dopo ogni viaggio a Padova e per aver  
fatto il tifo per me;  
A Francesco, mio compagno di vita, per avermi incoraggiata di fronte ad ogni insicurezza e  
per esserci stato nei momenti di sconforto;  
siete il porto sicuro a cui ritorno nei momenti di difficoltà.*



## INDICE

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introduzione.....</b>                                        | <b>1</b>  |
| <b>Capitolo 1 .....</b>                                         | <b>3</b>  |
| <b>La funzione genitoriale .....</b>                            | <b>3</b>  |
| 1.1 Definizione e funzioni della genitorialità .....            | 3         |
| 1.2 Principali teorie psicologiche .....                        | 5         |
| 1.2.1 Teoria dell'attaccamento.....                             | 6         |
| 1.2.2 <i>Infant Research</i> .....                              | 10        |
| 1.3 La disponibilità emotiva diadica.....                       | 11        |
| 1.4 <i>Parental brain models</i> .....                          | 13        |
| <b>Capitolo 2 .....</b>                                         | <b>23</b> |
| <b>Transizione alla genitorialità.....</b>                      | <b>23</b> |
| 2.1 Cambiamenti neurobiologici .....                            | 23        |
| 2.2 Cambiamenti psicologici e sociali .....                     | 26        |
| 2.3 Lo stress genitoriale.....                                  | 30        |
| 2.4 La psicopatologia genitoriale come fattore di rischio ..... | 35        |
| 2.4.1 Depressione post-natale .....                             | 36        |
| 2.4.2 Ansia perinatale .....                                    | 39        |
| 2.4.3 Psicosi post partum .....                                 | 40        |
| 2.5 Il supporto sociale come fattore di protezione.....         | 41        |
| <b>Capitolo 3 .....</b>                                         | <b>45</b> |
| <b>Il coparenting.....</b>                                      | <b>45</b> |
| 3.1 Ruolo del padre.....                                        | 45        |
| 3.2 Coparenting e adattamento di coppia .....                   | 48        |
| 3.3 Soddisfazione coniugale .....                               | 50        |
| <b>Capitolo 4 .....</b>                                         | <b>55</b> |
| <b>La ricerca .....</b>                                         | <b>55</b> |
| 4.1 Obiettivi e ipotesi.....                                    | 55        |
| 4.2 Partecipanti .....                                          | 56        |
| 4.3 Strumenti .....                                             | 57        |
| 4.3.1 Questionario socio-demografico .....                      | 57        |
| 4.3.2 <i>Parenting Stress Index (PSI)</i> .....                 | 58        |

|                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3.3 <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II).....                                                    | 58        |
| 4.3.4 <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI-Y) .....                                                  | 59        |
| 4.3.5 <i>Emotional Availability Scales</i> (EAS).....                                                      | 59        |
| 4.4 Procedura .....                                                                                        | 60        |
| <b>Capitolo 5 .....</b>                                                                                    | <b>63</b> |
| <b>Risultati .....</b>                                                                                     | <b>63</b> |
| 5.1 Analisi descrittive delle variabili di interesse .....                                                 | 63        |
| 5.1.1 Stress genitoriale materno .....                                                                     | 63        |
| 5.1.2 Depressione .....                                                                                    | 64        |
| 5.1.3 Ansia di stato e di tratto .....                                                                     | 65        |
| 5.1.4 Supporto del <i>partner</i> .....                                                                    | 66        |
| 5.1.5 Qualità delle interazioni madre-bambino.....                                                         | 68        |
| 5.2 Correlazioni preliminari tra le variabili di interesse, l'età della madre e l'età del<br>bambino ..... | 69        |
| 5.3 Correlazioni tra stress genitoriale materno, depressione e ansia .....                                 | 70        |
| 5.4 Correlazioni tra stress genitoriale materno e supporto del <i>partner</i> .....                        | 71        |
| 5.5 Correlazioni tra stress genitoriale materno e qualità dell'interazione diadica.....                    | 73        |
| <b>Capitolo 6 .....</b>                                                                                    | <b>75</b> |
| <b>Discussione dei risultati .....</b>                                                                     | <b>75</b> |
| 6.1 Variabili di interesse ed età del campione .....                                                       | 75        |
| 6.2 Stress genitoriale materno, depressione e ansia.....                                                   | 76        |
| 6.3 Stress genitoriale materno e supporto del <i>partner</i> .....                                         | 77        |
| 6.4 Stress genitoriale materno e qualità delle interazioni diadiche .....                                  | 79        |
| 6.5 Limiti e prospettive future .....                                                                      | 80        |
| 6.6 Conclusioni.....                                                                                       | 81        |
| <b>Bibliografia .....</b>                                                                                  | <b>83</b> |





## Introduzione

La genitorialità rappresenta una tappa significativa nella vita di qualsiasi adulto: per alcuni essa equivale alla realizzazione di un sogno, mentre altri si trovano improvvisamente catapultati in qualcosa di nuovo e ignoto. In qualsiasi caso, essa comporta l'inizio di un periodo di transizione caratterizzato da una serie di cambiamenti fisiologici, neurobiologici, psicologici e sociali che, in alcuni casi, possono contribuire all'emergere di situazioni di criticità e fragilità psicologica nell'adulto. Inoltre, questo periodo di cambiamento può beneficiare della presenza di alcuni fattori di protezione, come la condivisione con un *partner* disponibile e sintonizzato con i bisogni dell'altro, oppure può essere ostacolato da quelli che vengono definiti fattori di rischio, come l'esistenza di una psicopatologia pregressa o concomitante. Infine, dopo il parto, questi fattori di protezione e di rischio possono favorire oppure ostacolare il verificarsi di interazioni diadiche *caregiver*-bambino e triadiche calde e sensibili, le quali sono fondamentali per il successivo sviluppo cognitivo, affettivo e comportamentale del piccolo.

Partendo da questa premessa, il presente elaborato si è posto l'obiettivo di indagare l'influenza di alcuni fattori di rischio, come la presenza di bassi livelli di benessere psicofisico e di protezione, come il supporto ricevuto dal *partner*, sul benessere psicologico materno e, in particolare, sui livelli di stress genitoriale materno, e sulla qualità delle interazioni diadiche madre-bambino.

Nel primo capitolo viene data una definizione di funzione genitoriale; successivamente, vengono presentate le principali teorie psicologiche riguardanti la genitorialità focalizzando l'attenzione sul costrutto di disponibilità emotiva diadica. Infine, viene descritto un modello neurobiologico della funzione genitoriale elaborato a partire dai modelli animali.

Nel secondo capitolo vengono descritti i cambiamenti neurobiologici, psicologici e sociali che caratterizzano il periodo di transizione alla genitorialità. Inoltre, vengono presentati i costrutti di stress genitoriale, psicopatologia genitoriale e supporto sociale.

Il terzo capitolo è stato dedicato alla descrizione dell'importante ruolo svolto dal padre come fonte di supporto per la madre stessa e il processo evolutivo infantile. Successivamente, vengono illustrati alcuni aspetti del costrutto di coparenting.

Nel quarto capitolo viene introdotto il progetto di ricerca su cui si basa il presente elaborato: per prima cosa vengono presentati obiettivi e ipotesi; successivamente viene descritto

il campione di riferimento e vengono illustrati gli strumenti e le procedure utilizzate per la raccolta dei dati.

Nel quinto capitolo vengono esposti i risultati emersi dalle analisi descrittive e correlazionali condotte sui dati raccolti.

Infine, nel sesto capitolo vengono discussi i risultati ottenuti e presentati i limiti e le prospettive future.

## Capitolo 1

### La funzione genitoriale

#### 1.1 Definizione e funzioni della genitorialità

Negli ultimi quarant'anni, grazie anche al progressivo sviluppo dell'*Infant Research* nel panorama scientifico all'interno della psicologia dello sviluppo, ha preso forma una prospettiva teorica secondo la quale il bambino, fin dalla nascita, è inserito all'interno di una serie di relazioni significative con gli adulti di riferimento. La qualità di queste interazioni è fondamentale per il successivo sviluppo del bambino: infatti, frequenti distonie comunicative possono rappresentare un fattore di rischio che espone il piccolo allo sviluppo di difficoltà nella regolazione emotiva e nelle relazioni fino ad arrivare alla vera e propria psicopatologia (Tambelli, 2017).

La funzione genitoriale può essere definita come un insieme di competenze complesse che consistono nella capacità di fornire cure, protezione e conforto ad un altro individuo che per età, livello di sviluppo, condizioni fisiche e/o psichiche necessita di qualcuno che soddisfi i suoi bisogni primari, sia fisiologici che affettivo-relazionali (Simonelli, 2014). Può essere intesa come una sorta di assetto psichico e relazionale che spinge ognuno “fuori di sé” per permettergli di percepire i bisogni dell'altro, interpretarli e rispondervi in modo adeguato (Simonelli, 2014). Nonostante la funzione genitoriale sia in parte biologicamente determinata, essa trascende il legame biologico tra due individui: non bisogna essere necessariamente genitori per prendersi cura di qualcun altro, ma è sufficiente la presenza di due individui che presentano un'asimmetria di età, sviluppo, abilità e competenze (Simonelli, 2014). Per questo motivo spesso si considera la figura genitoriale nel senso più ampio del termine come “figura di accudimento”. I comportamenti di cura messi in atto dal genitore nei confronti del figlio sono osservabili all'interno delle interazioni quotidiane: alcuni esempi sono il fornire cibo, sorridere, prendere in braccio, coccolare. Tra gli studiosi del settore esiste un ampio consenso sul fatto che una relazione calda e sensibile nei primi anni di vita sia importante non solo per la sopravvivenza del bambino, ma anche per il suo sviluppo cognitivo e socio-emotivo (Bohlin & Hagekull, 2009).

Inoltre, la funzione genitoriale si basa su una serie di rappresentazioni che l'adulto sviluppa anche grazie alle sue esperienze infantili: molti studiosi di matrice dinamica, infatti, ritengono che la genitorialità non riguardi solo il fatto di essere genitori, ma soprattutto di essere

stati figli, di aver ricevuto cure e di aver costruito relazioni significative (Stern, 1995). Queste rappresentazioni comprendono un insieme di aspettative, idee, affetti che l'adulto possiede relativamente al Sé, alle proprie figure di accudimento, al *partner* e al bambino che influenzano le competenze e i comportamenti di cura e lo sviluppo del bambino (Stern, 1995).

La genitorialità possiede tre caratteristiche fondamentali: autonomia, processualità e intersoggettività. In primo luogo, essa è autonoma perché il suo funzionamento è indipendente da quello degli altri domini di funzionamento individuale e relazionale, nonostante essi siano in relazione tra loro: continua a lavorare bene anche in presenza di difficoltà in altri aspetti dell'adattamento (per esempio, un genitore con psicopatologia può mantenere una buona sensibilità verso i bisogni del figlio, anche se non in modo stabile nel tempo). In secondo luogo, la genitorialità è una funzione processuale perché non è stabile, ma si evolve nel corso del tempo grazie al contributo di diversi fattori come età, esperienze di vita, aspetti contestuali (Manzano, Palacio Espasa & Zilkha, 1999). Infine, la genitorialità è una funzione intersoggettiva perché si basa sulla capacità di condividere reciprocamente bisogni, stati mentali e affetti all'interno di un'interazione (Stern, 1985).

La funzione genitoriale è una funzione complessa e multideterminata. A tal proposito, molto interessante è il modello processuale elaborato da Belsky nel 1984, nel quale ha illustrato una serie di fattori determinanti della genitorialità: caratteristiche relative al genitore e alla sua personalità, caratteristiche del bambino e caratteristiche del contesto sociale in cui la relazione bambino-*caregiver* è inserita. Per quanto riguarda il contesto sociale, Belsky ha preso in considerazione principalmente qualità della relazione di coppia, rete sociale ed esperienze lavorative del genitore. Secondo questo studioso, quindi, entrano in gioco numerosi fattori che si influenzano sia direttamente che indirettamente e che possono rappresentare fattori di rischio o di protezione rispetto alla funzione genitoriale. Infatti, secondo Belsky la storia evolutiva del genitore, la relazione di coppia, la rete sociale e le esperienze lavorative influenzano la personalità e il benessere dell'adulto con ripercussioni successive sul funzionamento genitoriale e sullo sviluppo del bambino.

La genitorialità svolge diverse funzioni, tra le quali le principali sono le seguenti sei funzioni (Tambelli, 2017):

1. Funzione protettiva. Il compito principale del *caregiver* consiste nel fornire cure, protezione e conforto al bambino sin dalla nascita. Su questa funzione si basa la costruzione di una relazione sicura o insicura.
2. Funzione affettiva. Questa funzione fa riferimento al concetto di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985), ossia la disponibilità emotiva nel comprendere i bisogni espressi dal bambino, interpretarli correttamente e rispondervi in modo adeguato.
3. Funzione regolativa. Il bambino, grazie ai continui processi di rottura e riparazione che si verificano nelle interazioni quotidiane con il genitore, acquisisce strategie di regolazione sempre più funzionali che consentono il progressivo passaggio dall'eteroregolazione all'autoregolazione (Tronick, 2008).
4. Funzione rappresentativa. Nella mente dei genitori è importante il passaggio dal bambino immaginario al bambino reale, il quale si configura negli schemi di "stare con" (Stern, 1985): attraverso questi schemi il bambino costruirà un proprio modello interattivo e relazionale che riproporrà successivamente in tutte le relazioni della vita (come quella con il *partner* e con il proprio figlio).
5. Funzione fantasmatica o proiettiva. Durante la transizione alla genitorialità i neo-genitori recuperano temi relazionali del proprio passato (anche irrisolti) e li proiettano sulla relazione con il proprio bambino. Queste proiezioni sono state definite da Selma Fraiberg e colleghi (1975) "fantasmi nella stanza dei bambini" proprio per indicare come le rappresentazioni genitoriali influenzano fortemente la qualità della relazione che si crea tra bambino e *caregiver*.
6. Funzione mentalizzante. Grazie alla funzione di *reverie* (Bion, 1962) il genitore aiuta il bambino a sviluppare la capacità di comprendere e riflettere i propri e altrui stati mentali.

## 1.2 Principali teorie psicologiche

Nel corso degli anni sono state sviluppate diverse prospettive teoriche che hanno cercato di definire la funzione genitoriale e la relazione adulto-bambino: le principali sono la teoria dell'attaccamento e l'*Infant Research*. Entrambe hanno analizzato la genitorialità da un punto di vista comportamentale e rappresentazionale, trascurando i fattori biologici sottostanti su cui si sono focalizzate le recenti ricerche di *neuroimaging*. Nei seguenti paragrafi, oltre alle principali teorie psicologiche, verrà descritto anche un costrutto fondamentale per la relazione bambino-*caregiver*: la disponibilità emotiva diadica.

### 1.2.1 Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento può essere considerata la principale cornice teorica entro cui analizzare i diversi aspetti della relazione genitore-bambino. Il teorico che ha dato origine a questa corrente di pensiero è John Bowlby (1907-1990), psichiatra e psicoanalista britannico, il quale, all'inizio della sua carriera, condusse una serie di studi osservazionali sui bambini allontanati precocemente dalla figura materna: si accorse che questi mostravano pattern comportamentali caratterizzati da alti livelli di stress e angoscia, forti proteste nonostante la presenza di un altro adulto che forniva loro cure e cibo. Le sue osservazioni furono confermate dagli studi di Harlow (1958), in cui dei cuccioli di scimmia *Rhesus* venivano posti di fronte alla scelta tra due "madri", rappresentate da due manichini: una composta da fili di ferro e in grado di fornire cibo e l'altra composta da panni caldi, ma priva di cibo. Dopo aver ricreato una situazione di pericolo, Harlow osservò che i cuccioli ricercavano protezione nel manichino composto da panni: quindi, arrivò alla conclusione che il legame madre-bambino non è riconducibile a una semplice associazione tra il ricevere cibo e la presenza della madre (Harlow, 1958). Grazie a questo studio Bowlby iniziò a descrivere il legame *caregiver*-bambino in termini evuzionistici, allontanandosi dal suo *background* teorico psicoanalitico: alla base della relazione diadica c'è un bisogno di prossimità biologicamente fondato; perciò, un bambino affiancato da un adulto che si prende cura di lui e che soddisfa i suoi bisogni di protezione è un individuo che ha maggiori possibilità di sopravvivere e di riprodursi. Contemporaneamente, facendo riferimento ad alcuni concetti propri dell'etologia, Bowlby ha descritto l'attaccamento come un sistema comportamentale specie-specifico e universale che promuove la prossimità tra il bambino e la madre favorendo la sopravvivenza (Bowlby, 1969). In presenza di determinati fattori interni o esterni (come fame, dolore, assenza del genitore, presenza di un estraneo) il bambino attiva il sistema di attaccamento: ne derivano una serie di comportamenti (piangere, gattonare, tendere le braccia) che hanno lo scopo di ripristinare la vicinanza fisica con l'adulto e ottenere protezione e sicurezza (Bowlby, 1969). Inoltre, Bowlby ha osservato le conseguenze della mancata risposta del *caregiver* all'attivazione del sistema di attaccamento: insieme a Robertson ha individuato le tre fasi che caratterizzano la risposta comportamentale del bambino: protesta (*protest*), disperazione (*despair*) e distacco (*detachment*) (Robertson & Bowlby, 1952). La prima fase è quella della protesta, caratterizzata da pianto, urla, rabbia al fine di attirare l'attenzione del *caregiver* e favorire il suo ritorno. Successivamente, si passa alla fase della disperazione, in cui il bambino riduce i propri

movimenti e diventa silenzioso con lo scopo di non attirare l'attenzione dei predatori dal momento che non può contare sulla protezione del genitore. Infine, si verifica il distacco, in cui il bambino ritorna a svolgere le sue attività mostrandosi autonomo e indipendente: questa fase ha lo scopo di preparare il bambino alla costruzione di una nuova relazione significativa con un altro *caregiver*.

Il sistema di attaccamento è complementare al sistema comportamentale dell'esplorazione (Bowlby, 1969): quest'ultima svolge un'importante funzione adattiva, ma contemporaneamente comporta l'allontanamento temporaneo dal *caregiver* e la possibilità di incorrere in pericoli: è importante, quindi, che tra i due sistemi si crei un buon equilibrio.

Secondo i teorici dell'attaccamento anche la funzione genitoriale rappresenta un sistema comportamentale, il quale viene definito sistema di *caregiving* o di *parenting*: esso è strettamente interconnesso con quello di attaccamento e ha la funzione di fornire protezione al piccolo (Ainsworth et al., 1978; George & Solomon, 1999). Ogni volta che il bambino attiva il sistema di attaccamento perché ha bisogno di protezione e conforto, l'adulto attiva il sistema di *caregiving* e mette in atto una serie di comportamenti (consolare, accarezzare, abbracciare, chiamare, fornire cibo) che hanno lo scopo di manifestare la propria vicinanza fisica ed emotiva (George & Solomon, 1999). La risposta tempestiva del genitore comporta la disattivazione del sistema di attaccamento nel bambino; quando quest'ultimo segnala di sentirsi protetto e confortato anche il sistema di *caregiving* si disattiva (George & Solomon, 1999). Vista l'importanza e la complementarità dei sistemi di attaccamento e di esplorazione, il genitore ha il compito di promuovere l'esplorazione dell'ambiente e contemporaneamente di fornire un luogo sicuro a cui il bambino può rivolgersi in caso di pericolo. In questo senso, il *caregiver* svolge due funzioni importanti: base sicura (Bowlby, 1988) e rifugio sicuro (Ainsworth, 1969). La prima fa riferimento alla capacità del genitore di mostrarsi disponibile consentendo al bambino di sentirsi sufficientemente protetto durante l'esplorazione dell'ambiente (Bowlby, 1988); invece, il concetto di rifugio sicuro è stato introdotto da Ainsworth (1969), che l'ha definito come la capacità genitoriale di fornire protezione e sicurezza quando il bambino incontra dei pericoli durante l'esplorazione.

Mary Ainsworth (1913-1999), allieva di Bowlby, merita il riconoscimento di co-fondatrice della teoria dell'attaccamento perché, oltre ad aver implementato le teorie del maestro, ha fornito alcune evidenze empiriche. Da un punto di vista teorico, ha introdotto il

concetto di sensibilità materna (*maternal sensitivity*), definendola come la capacità del *caregiver* di percepire i bisogni e i segnali del bambino, interpretarli correttamente e fornire una risposta adeguata (Ainsworth, 1969). La sensibilità materna è uno dei fattori che influenza maggiormente la qualità della relazione genitore-bambino: le risposte sensibili del *caregiver* ai bisogni espressi dal bambino consentono a quest'ultimo di crearsi una serie di aspettative sulla disponibilità del genitore in situazioni di disagio e pericolo (Ainsworth et al., 1978). Questo insieme di rappresentazioni mentali è stato definito da Bowlby "modelli operativi interni" (*internal working models*), i quali hanno la funzione di rendere più veloce la decodifica della realtà e la risposta comportamentale alle diverse situazioni di vita (Bowlby, 1969). Inoltre, la Ainsworth si accorse che la relazione di attaccamento, nonostante sia universale, è influenzata da alcuni fattori individuali riconducibili a stabili pattern interattivi della madre che caratterizzano i continui scambi con il bambino; ha così elaborato una procedura sperimentale composta da 8 episodi della durata complessiva di 20 minuti che consente di osservare la risposta del bambino allo stress derivante dall'allontanamento della madre e/o dall'avvicinamento di un estraneo: la *Strange Situation Procedure* (Ainsworth & Wittig, 1969). Attraverso questa tecnica sono stati individuati tre pattern di attaccamento, definiti in base al livello di equilibrio tra attaccamento ed esplorazione mostrato dal bambino; ad ogni pattern è stato associato uno specifico stile genitoriale (Ainsworth et al., 1978):

1) Attaccamento sicuro: il bambino mostra un buon equilibrio tra attaccamento ed esplorazione dell'ambiente grazie al fatto che nutre fiducia nella disponibilità del *caregiver* di fronte a un pericolo. Le strategie di regolazione emotiva di questi bambini si basano sulla capacità di esprimere un'ampia gamma di emozioni, comprese quelle negative, e sulla fiducia di ottenere una risposta adeguata e rassicurante da parte del genitore. Durante lo sviluppo, essi mostrano una maggiore fiducia in sé stessi e un migliore adattamento ai diversi contesti: riescono a costruire buone relazioni con i pari e a nutrire fiducia nel loro supporto (Tambelli, 2017).

2) Attaccamento insicuro-ambivalente: il bambino non riesce a percepire la madre come una base sicura e mostra una scarsa inclinazione per l'esplorazione dell'ambiente: il sistema comportamentale di attaccamento prevale su quello di esplorazione e viene attivato anche in assenza di pericoli reali. Il bambino sviluppa strategie di regolazione emotiva basate sull'espressione amplificata di sentimenti negativi con lo scopo di attirare l'attenzione del genitore, il quale fornisce cure e protezione in modo intermittente, imprevedibile e discontinuo.

Il monitoraggio costante del genitore lo porta a interrompere frequentemente il gioco e a mostrarsi pauroso e inibito nelle interazioni con i pari (Tambelli, 2017).

3) Attaccamento insicuro-evitante: il sistema di esplorazione prevale su quello di attaccamento perché il bambino non riesce a percepire il *caregiver* come una base sicura: si mostra, quindi, indifferente durante il contatto e l'allontanamento del genitore e maggiormente interessato all'ambiente circostante. L'adulto sembra dedicare poche energie alla cura e alla protezione del figlio. Si tratta di bambini che cercano di mantenere un senso di sicurezza attraverso una serie di strategie basate sull'inibizione delle emozioni, sul distanziamento affettivo e sull'autoconsolazione. Durante lo sviluppo queste modalità di regolazione possono comportare una predisposizione per i disturbi esternalizzanti (Tambelli, 2017).

Successivamente Main e Solomon (1990) hanno introdotto un quarto pattern di attaccamento: l'attaccamento insicuro-disorganizzato. Esso è caratterizzato dalla rottura di una strategia coerente nei confronti del *caregiver* che porta il bambino a manifestare comportamenti atipici come l'immobilità o l'inversione di ruolo. Questo pattern di attaccamento viene solitamente associato a contesti maltrattanti o caratterizzati da un comportamento genitoriale spaventato/spaventante in cui il bambino sperimenta un continuo conflitto tra il bisogno di rivolgersi al genitore per richiedere protezione e il fatto che è il genitore stesso a provocare paura (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Anche i bambini disorganizzati mostrano una maggiore predisposizione per lo sviluppo di problemi esternalizzanti e internalizzanti (Tambelli, 2017).

In conclusione, secondo Bowlby le esperienze di attaccamento infantili influenzano tutto l'arco di vita: si riferisce a questo concetto con l'espressione "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1969). Tuttavia, in età adulta non è così semplice riconoscere le strategie attivate per ottenere protezione e per questo motivo alcuni studiosi hanno proposto di spostare l'attenzione dagli aspetti comportamentali a quelli rappresentazionali: le interazioni precoci con i *caregivers* comportano la costruzione di una serie di rappresentazioni mentali riguardanti la disponibilità o meno delle figure di riferimento. Di conseguenza, l'attaccamento in età adulta viene studiato e valutato attraverso uno specifico strumento: l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1996), un'intervista semistrutturata volta a valutare la coerenza con cui vengono riportate le esperienze vissute durante l'infanzia: il linguaggio e le rappresentazioni mentali costituiscono il principale mezzo per catalogare l'attaccamento adulto.

### 1.2.2 *Infant Research*

Come precedentemente accennato all'inizio del presente capitolo, un altro approccio teorico fondamentale per la comprensione della genitorialità è l'*Infant Research*, un filone scientifico nato verso la fine degli anni '70 che affonda le sue radici nella psicoanalisi e nella psicologia dello sviluppo. L'idea di base di questa teoria è che genitore e bambino sono protagonisti attivi di un sistema di comunicazione bidirezionale all'interno del quale si regolano reciprocamente e il cui funzionamento influenza lo sviluppo del bambino, il suo adattamento all'ambiente, le relazioni e le emozioni che sperimenterà nel corso della vita (Tronick, 1989). Durante le prime fasi dello sviluppo i bambini si mobilitano per realizzare una serie di obiettivi come interagire con gli altri, manipolare gli oggetti, mantenere l'omeostasi e le emozioni positive. In generale, le emozioni svolgono un ruolo importante nella valutazione degli esiti di un comportamento: un obiettivo raggiunto comporta uno stato affettivo positivo, mentre un fallimento comporta emozioni negative (Tronick, 1989). I bambini, soprattutto durante le prime fasi dello sviluppo, possiedono una serie di strategie di coping (come guardare altrove, succhiare il dito) che gli consentono di distogliere l'attenzione da eventi ed emozioni spiacevoli: questi comportamenti sono stati definiti da Gianino e Tronick (1988) "comportamenti regolatori autodiretti"; tuttavia, si tratta di strategie di regolazione limitate e immature (Gianino & Tronick, 1988).

A partire dai tre mesi di vita del bambino iniziano a verificarsi interazioni bidirezionali con gli adulti di riferimento: esse sono rese possibili dalle abilità comunicative di entrambi i protagonisti e non sono solo il risultato delle competenze sociali dell'adulto (Tronick, 1989). All'interno di queste interazioni si verifica una regolazione interattiva perché ciascun membro comunica all'altro le proprie emozioni e intenzioni e, contemporaneamente, l'altro le interpreta e agisce di conseguenza: ogni comportamento, quindi, è contingente e influenzato da quello dell'altro (Beebe & Lachmann, 2002). Secondo Tronick (1989) una buona interazione adulto-bambino è reciproca e sincrona: in questo modo il genitore funge da regolatore esterno delle emozioni e sostiene le limitate capacità regolative del bambino. La presenza, nella quotidianità, di scambi prevedibili con gli adulti di riferimento porta il bambino a crearsi delle aspettative riguardanti le modalità di regolazione dei propri stati affettivi, sia a livello individuale sia attraverso la relazione (Beebe & Lachmann, 2002). In alcuni casi queste aspettative possono essere violate: se tra i comportamenti dei due individui avviene una mancanza di sincronia e coordinazione si parla di "rottura interattiva" (Tronick, 1989; Beebe & Lachmann, 2002). In

questi casi bambino e genitore devono impegnarsi in un processo di riparazione che ha lo scopo di ripristinare la coordinazione reciproca (Gianino & Tronick, 1988). Queste dinamiche interattive caratterizzano anche le diadi in cui le interazioni sono ottimali: la loro quotidianità, infatti, è caratterizzata da un continuo passaggio da interazioni sincrone, in cui il bambino sperimenta affetti positivi, a interazioni asincrone in cui prevale un'affettività negativa (Gianino & Tronick, 1988). L'efficacia del processo di riparazione consente al bambino di costruirsi rappresentazioni delle proprie interazioni come piacevoli e riparabili, rappresentazioni del *caregiver* come disponibile e affidabile e rappresentazioni di sé come individuo che può contribuire al processo di riparazione (Tronick, 1989). Quindi, in situazioni ottimali il bambino sperimenta continuamente affetti positivi, affetti negativi e la trasformazione di questi ultimi in positivi (Gianino & Tronick, 1988; Tronick, 1989). Particolare attenzione meritano le diadi caratterizzate da interazioni continuamente asincrone. In questi casi i continui scambi interattivi spiacevoli, i lunghi periodi di fallimento interattivo e/o i pochi e inefficaci tentativi di riparazione da parte del genitore hanno un effetto dannoso sul processo evolutivo: infatti, portano il bambino a sviluppare rappresentazioni di sé e dei propri adulti di riferimento come inaffidabili e strategie di regolazione autodirette (Tronick, 1989). Questo pattern interattivo è stato osservato in diadi composte da madri depresse: esse distolgono più spesso lo sguardo, manifestano prevalentemente rabbia e si mostrano più intrusive: ne derivano scambi interattivi altamente asincroni e dominati da stati affettivi negativi. Contemporaneamente, questi bambini si mostrano disinteressati nei confronti della madre e dell'ambiente circostante e sperimentano interazioni più negative con adulti sconosciuti (Cohn & Tronick, 1988). In conclusione, secondo l'*Infant Research*, ciò che è importante ai fini dello sviluppo non è la completa mancanza di affetti negativi e di rotture interattive negli scambi quotidiani, ma la possibilità di riparare queste rotture e di trasformare le emozioni negative in positive (Tronick, 1989).

### **1.3 La disponibilità emotiva diadica**

A partire dagli anni '70 del secolo scorso molte ricerche nell'ambito della psicologia dello sviluppo hanno messo in luce il ruolo fondamentale della disponibilità emotiva all'interno delle interazioni *caregiver*-bambino. Nel corso degli anni questo costrutto teorico è stato definito dai vari autori in modi molto diversi. In origine, Emde (1980) ha definito la disponibilità emotiva come la capacità del terapeuta di cogliere le espressioni emotive del paziente e di sintonizzarsi con i suoi obiettivi e le sue richieste. Successivamente, Emde ed Easterbrooks (1985) hanno rivalutato questo concetto all'interno della relazione bambino-

adulto definendolo come un indicatore della qualità relazionale: la disponibilità emotiva rappresenta il grado con cui ciascun protagonista dell'interazione esprime le proprie emozioni e risponde a quelle altrui. All'interno della cornice teorica dell'attaccamento, la Ainsworth (1969) ha elaborato il concetto di sensibilità materna (*maternal sensitivity*) che consiste nella capacità del *caregiver* di percepire i bisogni e i segnali del bambino, interpretarli correttamente e fornire una risposta adeguata. Invece, all'interno della corrente teorica dell'*Infant Research*, Tronick (1989) ha descritto la sensibilità materna come la capacità della madre di coordinarsi e sintonizzarsi con gli stati affettivi del bambino e di impegnarsi in un processo di riparazione degli affetti negativi. In conclusione e in termini più generali, la disponibilità emotiva può essere definita come un costrutto relazionale che fa riferimento alla qualità degli scambi emozionali all'interno di una diade (Easterbrooks & Biringen, 2005): una madre emotivamente disponibile risponde in modo adeguato ai segnali emotivi del bambino manifestando affetti positivi in modo spontaneo e attraverso vari canali comunicativi (voce, volto, gesti).

Biringen e Robinson (1991) hanno operazionalizzato il costrutto di disponibilità emotiva dando origine ad uno strumento di valutazione, le *Emotional Availability Scales* (EAS), basato su una minuziosa osservazione delle interazioni genitore-bambino: l'idea che sta alla base è che queste interazioni diadiche siano bidirezionali e, di conseguenza, vengono analizzate sia le dimensioni emotive e comportamentali del genitore sia del bambino. Infatti, non è solo l'adulto di riferimento ad essere emotivamente disponibile nei confronti del bambino, ma è anche quest'ultimo ad essere più o meno responsivo e coinvolgente nei confronti del genitore. Nello specifico, la valutazione della disponibilità emotiva può avvenire in laboratorio, ma anche in setting clinici ed ecologici: vengono forniti dei giochi appropriati all'età del bambino e si chiede al genitore di giocare liberamente con il figlio per circa venti minuti; l'intera seduta viene videoregistrata (Biringen, 2008). Le scale EAS prevedono la valutazione di molteplici modalità interattive: i segnali facciali, vocali, fisici (postura) e le manifestazioni affettive positive e negative. Inoltre, le EAS sono composte da sei dimensioni, quattro delle quali si riferiscono ai comportamenti del genitore e due ai comportamenti del bambino: a ciascuna viene attribuito un punteggio su Scala Likert da 1 (punteggio più basso) a 7 (punteggio più alto). Di seguito vengono riportate le dimensioni valutate nel genitore:

- Sensibilità (*sensitivity*), ossia la capacità genitoriale di saper cogliere e rispondere in modo adeguato ai segnali del bambino e di essere emotivamente connesso con esso;

- Strutturazione (*structuring*), ossia la capacità di strutturare l'ambiente per favorire l'esplorazione del bambino. Essa, quindi, fa riferimento alla capacità di fornire stimolazioni adeguate al livello di sviluppo infantile e di predisporre delle regole che da un lato forniscono al bambino dei confini entro cui muoversi ed esplorare e, dall'altro, consentono di limitare gli interventi intrusivi del genitore;
- Non intrusività (*nonintrusiveness*), ossia la capacità genitoriale di essere disponibile nei confronti del bambino senza invaderne l'autonomia. Alcuni esempi di atteggiamento intrusivo sono l'interferire con le attività che il bambino sta svolgendo e l'aiutarlo eccessivamente in situazioni in cui il piccolo non necessita effettivamente dell'aiuto del *caregiver*;
- Non ostilità (*nonhostility*), ossia la capacità di relazionarsi con il bambino attraverso modalità pazienti e armoniose. L'ostilità genitoriale può manifestarsi attraverso forme coperte, come ad esempio prese in giro, sarcasmo, tono di voce irritato, minacce di abbandono oppure in forme dirette, come aggressività fisica, offese e urla.

Di seguito, invece, vengono riportate le due dimensioni che vengono valutate nel bambino:

- Responsività (*responsivity*) emotiva e comportamentale del bambino nei confronti dell'adulto. Inoltre, indica la capacità del bambino di esplorare autonomamente l'ambiente circostante e di rispondere al genitore in modo affettivamente disponibile (in base al suo livello di sviluppo);
- Coinvolgimento (*involvement*), il quale descrive la tendenza del bambino, in base al suo livello di sviluppo, a ricercare e coinvolgere il genitore durante il gioco.

Nella vita reale tutte queste dimensioni non agiscono in modo indipendente, ma contribuiscono tutte a determinare la qualità della relazione diadica. Dal momento che questo strumento di valutazione consente di mettere in evidenza i punti di forza e di debolezza delle interazioni diadiche, viene frequentemente utilizzato per programmare interventi in ambito clinico.

#### **1.4 Parental brain models**

Negli ultimi anni, grazie allo sviluppo di tecniche di neuroimmagine sempre più sofisticate, si è sviluppato un nuovo ambito di ricerca volto ad indagare gli aspetti

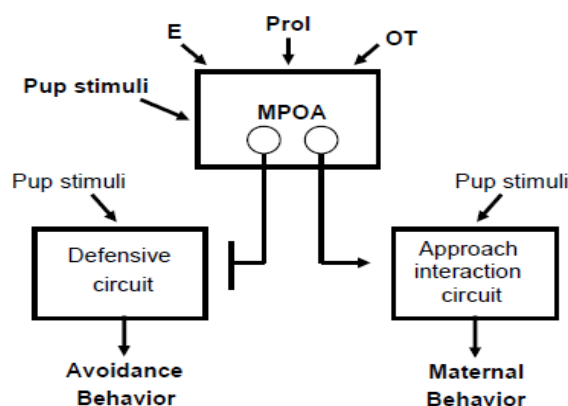
neurobiologici sottostanti ai comportamenti di cura e alla genitorialità. I primi modelli neurobiologici della funzione genitoriale provengono da studi condotti sugli animali, in particolare sui roditori: essi hanno individuato una serie di aree cerebrali che svolgono una funzione fondamentale per l'attivazione e il mantenimento dei comportamenti di cura (Numan, 2006).

Nei topi la qualità delle cure materne può essere valutata attraverso quattro comportamenti: la costruzione del nido, la ricerca, la nutrizione e la pulizia della prole. Le femmine primipare manifestano questi comportamenti subito dopo il parto; a differenza di altre specie animali, esse non riescono a creare un legame selettivo con i propri cuccioli e si prendono cura anche di altri piccoli sconosciuti (Numan & Insel, 2003). Al contrario, le femmine vergini non si mostrano responsive nei confronti dei cuccioli e manifestano prevalentemente comportamenti di evitamento, arrivando anche, in alcuni casi, all'attacco (Numan & Insel, 2003). Tuttavia, è stato dimostrato che la continua esposizione delle femmine vergini ai cuccioli comporta, dopo circa sette giorni, la comparsa di alcuni comportamenti di cura, come costruire il nido e rannicchiarsi vicino ai cuccioli in posizione di allattamento. Questo processo di stimolazione del comportamento materno in femmine vergini viene definito sensibilizzazione (Numan & Stolzenberg, 2009). Una possibile spiegazione di questo fenomeno, come riportato nello studio di Numan & Stolzenberg (2009), risiede nel fatto che la continua esposizione ai cuccioli comporta un processo di abituazione tale per cui il circuito neurale della paura delle vergini si abitua a questo tipo di stimoli portando all'attivazione di comportamenti di avvicinamento e di cura. Di conseguenza, è stata teorizzata l'esistenza di un circuito neurale sottostante la responsività materna che può essere attivato dalla vicinanza a stimoli riguardanti i cuccioli (Numan & Stolzenberg, 2009): le femmine madri si mostrano immediatamente responsive ai cuccioli e non hanno bisogno di un periodo di esposizione grazie ad alcuni eventi endocrini legati alla gravidanza e al parto: maggiori livelli di lattogeno, prolattina ed estradiolo e minori livelli di progesterone; nelle vergini, invece, l'attivazione del comportamento di avvicinamento richiede più tempo perché non è stimolato da fattori ormonali. Infatti, alcuni ricercatori hanno dimostrato che modificando i livelli di questi ormoni in femmine vergini, il periodo necessario per il processo di sensibilizzazione si riduce da sette giorni a uno-due giorni (Bridges, 1984). Questi risultati suggeriscono che gli ormoni agiscono sul cervello modificandone alcuni circuiti neurali: dopo aver generato delle modificazioni ormonali nelle vergini, i circuiti che si occupano dell'evitamento di stimoli infantili risultano essere sotto-

stimolati, mentre i circuiti che regolano l'approccio e i comportamenti di cura sono iper-attivati e rispondono fortemente a tutti gli stimoli relativi ai cuccioli (Numan & Stolzenberg, 2009).

L'amigdala, struttura del sistema limbico, è strettamente legata al circuito della paura: in particolare, l'amigdala mediale (MeA) riceve informazioni dai bulbi olfattivi (OB). Solitamente, nelle vergini gli stimoli olfattivi provenienti dai cuccioli attivano i neuroni dell'amigdala mediale generando comportamenti di evitamento ed allontanamento (Numan et al., 2005). Tuttavia, è stato dimostrato che se nelle femmine vergini vengono provocate lesioni nell'amigdala mediale, esse non evitano i cuccioli e mostrano comportamenti di cura dopo soli due-tre giorni di esposizione; inoltre, l'induzione di anosmia (incapacità di sentire gli odori) facilita comportamenti materni in femmine vergini (Numan et al., 2005). Gli output dell'amigdala raggiungono il nucleo ipotalamico anteriore (AHN) stimolando comportamenti di evitamento: sono state fornite alcune prove del fatto che lesioni ad AHN velocizzano l'emergere di comportamenti materni in femmine vergini esposte ai cuccioli (Numan et al., 2005). Infine, AHN possiede delle connessioni con la sostanza grigia periacqueduttale (PAG), anch'essa coinvolta nel sistema cerebrale di evitamento. Nelle femmine vergini uno stimolo olfattivo proveniente dai cuccioli attiva un circuito neurale comprendente, progressivamente, bulbi olfattivi (OB), amigdala mediale (MeA), nucleo ipotalamico anteriore (AHN) e sostanza grigia periacqueduttale (PAG): esso genera un comportamento di evitamento (Numan et al., 2005). Nei roditori una struttura cerebrale fondamentale per la responsività materna è l'area mediale preottica (MPOA), situata nell'ipotalamo anteriore (Numan & Insel, 2003): diversi studi hanno dimostrato che lesioni in questa regione provocano un'interruzione dei comportamenti di cura (Numan & Callahan, 1980). Nello specifico, se la lesione viene effettuata prima del parto essa impedisce la costruzione di una relazione di cura, mentre se viene effettuata dopo il parto comporta un'interruzione dei comportamenti di cura oppure interferisce con la loro qualità (Numan & Callahan, 1980). Inoltre, queste lesioni ostacolano il processo di sensibilizzazione nelle femmine vergini (Numan & Stolzenberg, 2009). Come riportato da Numan e Stolzenberg (2009), anche altri studi hanno dimostrato l'importanza della MPOA per il comportamento di cura in altre specie come topi, criceti, tortore e pecore. Molti ormoni agiscono su MPOA stimolando l'inizio del comportamento materno: infatti, questa struttura contiene molti neuroni con recettori per la prolattina, per gli estrogeni e per il progesterone (Numan & Stolzenberg, 2009). Secondo Numan e Stolzenberg (2009) l'estradiolo e la prolattina agiscono su MPOA consentendo ai suoi neuroni di rispondere agli stimoli provenienti dai

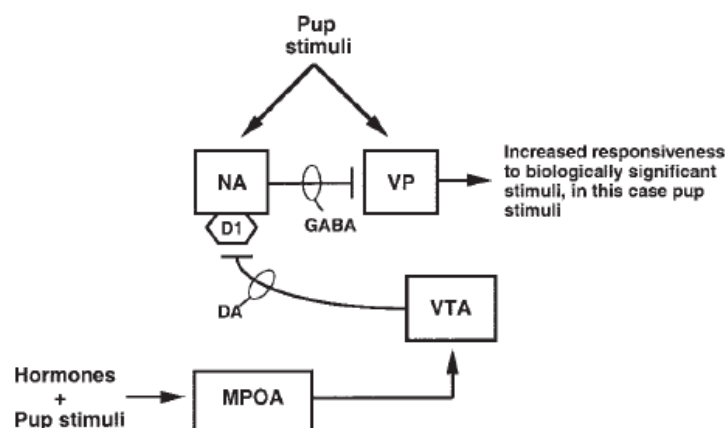
cuccioli. Anche l'ossitocina svolge un ruolo importante: viene rilasciata dalla ghiandola pituitaria ed è strettamente legata alla produzione di latte e ai fenomeni fisiologici legati al parto. Essa è fondamentale come neuromodulatore nel cervello perché facilita la messa in atto di comportamenti di cura nei ratti e in altre specie (Numan et al., 2005). In MPOA sono presenti numerosi recettori per l'ossitocina: Pedersen e collaboratori (1994) hanno dimostrato che l'iniezione di antagonisti per i recettori di ossitocina nella MPOA interrompe l'inizio dei comportamenti materni nelle partorienti. In particolare, una delle funzioni dell'estradiolo nella MPOA è di aumentare la responsività dei neuroni all'ossitocina (Numan & Stolzenberg, 2009). In generale, quando MPOA è attivata dalla presenza di stimoli infantili, ormoni e ossitocina ne deriva un aumento della responsività materna ai cuccioli: in questi casi, gli efferenti di questa struttura disattivano il circuito cerebrale responsabile delle risposte di evitamento e contemporaneamente attivano il circuito che consente la messa in atto di comportamenti di cura e avvicinamento (Numan & Stolzenberg, 2009) (Figura 1).



**Figura 1.** *Modello ipotetico della funzione dell'area mediale preottica (MPOA) in relazione al comportamento materno.* E= estradiolo; Prol= prolattina; OT= ossitocina. Le linee che terminano con una barra indicano inibizione, mentre quelle che terminano con una freccia indicano attivazione (Numan & Stolzenberg, 2009).

Il sistema dopaminergico mesolimbico nasce dai neuroni dell'area ventrale tegmentale (VTA), situata nel mesencefalo: alcuni di questi neuroni, poi, hanno delle connessioni che raggiungono il nucleo accumbens (NA), una struttura telencefalica sottocorticale. Le proiezioni di VTA su NA fanno parte del circuito della ricompensa: in esso, i neuroni dopaminergici svolgono un ruolo importante perché favoriscono l'elaborazione degli input sensoriali (anche infantili) che NA riceve da altre strutture limbiche: amigdala basolaterale (BLA) e corteccia

prefrontale (PFC) (Numan & Stolzenberg). Un modello neurale dell'interazione tra MPOA e sistema mesolimbico è stato elaborato da Numan (Numan et al., 2005; Numan & Stolzenberg, 2009) (Figura 2): dopo essere stata attivata dagli ormoni, MPOA risulta responsiva a tutti gli stimoli provenienti dai cuccioli: questa attivazione viene trasferita in VTA, la quale stimola il rilascio di dopamina in NA. L'azione della dopamina in NA ha lo scopo di inibire la responsività di NA agli stimoli che riceve dall'amigdala e dalla PFC: queste due strutture trasmettono input sia a NA che al pallido ventrale (VP) (Numan et al., 2005). La disattivazione di NA libera VP dall'inibizione GABAergica derivante da NA: una completa attivazione di VP è importante per il comportamento materno proattivo (Numan & Stolzenberg, 2009). Se MPOA non viene attivata, come accade nelle femmine vergini, tutto questo processo non viene avviato e VP non mostra una forte risposta agli stimoli infantili (Numan et al., 2005). Invece, quando MPOA è attiva, inibisce la risposta di NA agli stimoli infantili attraverso il rilascio di dopamina: questo consente la completa responsività di VP agli stimoli provenienti dai cuccioli (Numan et al., 2005).



**Figura 2.** Circuito del comportamento materno (Numan et al., 2005).

Come già riportato in precedenza, l'ossitocina svolge un ruolo fondamentale: la sua azione in MPOA, VTA e NA favorisce il comportamento materno (Numan & Stolzenberg, 2009). Inoltre, essa agisce sui recettori di amigdala e sostanza grigia periacqueduttale (PAG), strutture cerebrali coinvolte nella risposta di evitamento. Gli stimoli olfattivi provenienti dai cuccioli inibiscono il comportamento di cura nelle femmine vergini attivando un circuito cerebrale composto da bulbi olfattivi (OB), amigdala mediale (MeA), ipotalamo anteriore (AHN) e sostanza grigia periacqueduttale (PAG) (Numan et al., 2005). Nelle femmine gravide,

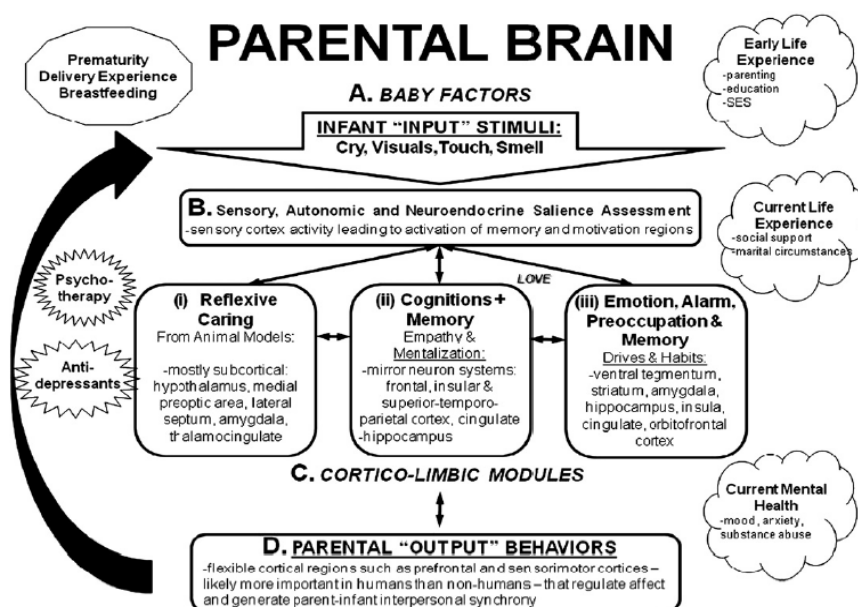
gli ormoni attivano l'area mediale preottica (MPOA) e il sistema dopaminergico mesolimbico: ne deriva una soppressione del sistema difensivo e la messa in atto di comportamenti di cura (Numan et al., 2005). All'interno di queste reti neurali l'ossitocina rinforza l'azione di MPOA: ne deriva un'attivazione del circuito neurale responsabile della responsività materna (MPOA-VTA-NA) e un'inibizione di quello difensivo (MeA-AHN-PAG) (Numan & Insel, 2003). Anche se i fenomeni ormonali legati alla gravidanza sono importanti per l'inizio del comportamento materno nelle femmine di ratto (così come in altre specie animali), nel periodo post partum la responsività materna diventa meno dipendente dagli ormoni, anche quando i cuccioli vengono separati dalla madre per lunghi periodi di tempo: diversi studi, infatti, hanno dimostrato che l'esperienza quotidiana con i cuccioli libera la responsività materna dal controllo degli ormoni (Numan & Insel, 2003; Numan & Stolzenberg, 2009). Questo processo è stato definito consolidamento della responsività materna: l'ipotesi è che l'esperienza materna genera una serie di cambiamenti sinaptici nei circuiti neurali sottostanti la responsività tali per cui gli stimoli infantili, da soli, diventano in grado di attivare i comportamenti di cura (Numan & Stolzenberg, 2009). Secondo Numan e Stolzenberg (2009) questi cambiamenti neurali riguardano il sistema dopaminergico mesolimbico: è già stato dimostrato che quando MPOA viene attivata dagli ormoni e dagli stimoli infantili, essa stimola il rilascio di dopamina in NA, il quale, di conseguenza, inibisce la risposta di VP; l'ipotesi è che quando VP viene disattivata dagli output di NA, le sinapsi che collegano VP con BLA e PFC, dalle quali riceve input riguardanti i cuccioli, vengono rafforzate. Ne deriva che quando MPOA non è più stimolata dagli ormoni e quindi attiva debolmente VTA, il suo piccolo effetto disinibitorio su VP è ancora funzionale per la responsività materna grazie alla presenza di sinapsi molto forti (Numan & Stolzenberg, 2009).

A partire dai modelli animali è stato possibile individuare circuiti neurali specifici che rivestono un ruolo fondamentale per la genitorialità nei mammiferi (compreso l'uomo). Un crescente numero di studiosi, infatti, si è focalizzato sull'individuazione dei correlati neurali della funzione genitoriale negli esseri umani attraverso l'utilizzo di stimoli infantili di diversa natura: stimoli visivi come il volto del proprio bambino o di un bambino sconosciuto e stimoli uditivi come il pianto o le vocalizzazioni: lo scopo è individuare i pattern di attivazione cerebrale che stanno alla base dei comportamenti di cura. Infatti, nell'uomo gli stimoli provenienti dai bambini sono salienti e, di conseguenza, generano un forte senso di cura e stimolano comportamenti di avvicinamento (Brosch et al., 2007). Uno dei primi esperimenti

fMRI che ha valutato l'attivazione cerebrale delle madri durante l'ascolto di pianti infantili è stato condotto da Lorberbaum e colleghi (1999). Il loro primo studio (Lorberbaum et al., 1999) si basava su un campione di 4 madri, di cui registravano l'attivazione cerebrale durante l'ascolto di un pianto standardizzato e di un suono di controllo della durata di 30 secondi. In una versione successiva dello studio (Lorberbaum et al., 2002), il campione era composto da 10 madri primipare sane con bambini di uno-due mesi di vita. Venivano fatti loro ascoltare pianti infantili (non dei propri bambini) e suoni di controllo. I risultati mostrano l'attivazione di diverse strutture cerebrali: corteccia cingolata anteriore e posteriore, talamo, mesencefalo, ipotalamo, regione settale, striato ventrale e dorsale, corteccia prefrontale mediale, corteccia orbitofrontale, corteccia temporale, insula e giro fusiforme (Lorberbaum et al., 2002). Da questi studi è emerso che le madri, durante l'ascolto del pianto di un bambino sconosciuto, attivano aree cerebrali corrispondenti a quelle individuate nei modelli animali e che risultano importanti per la costruzione, l'efficienza e il mantenimento dei comportamenti di cura (Numan & Insel, 2003; Numan & Stolzenberg, 2009). Tuttavia, altri studi hanno dimostrato che il pianto del proprio figlio (e non di un bambino sconosciuto) e il genere del genitore esercitano un'influenza specifica sulle risposte cerebrali: Swain e colleghi (2003) hanno raccolto dati fMRI da genitori (madri e padri) che ascoltavano tre diverse registrazioni: pianto del proprio bambino, pianto standardizzato e suoni di controllo. Lo studio prevedeva anche interviste e questionari *self report* somministrati due-quattro settimane e dodici-sedici settimane post partum. I risultati rivelano che due-quattro settimane dopo il parto le regioni che sono maggiormente attive nelle madri durante l'ascolto del pianto del proprio bambino (vs pianto standardizzato) sono mesencefalo, gangli della base, corteccia cingolata, amigdala e insula: l'attivazione di queste aree cerebrali potrebbe riflettere un aumento di arousal e dei livelli di ansia che sono spesso più alti nei genitori durante il primo periodo dopo il parto (Swain et al., 2003). Infine, confrontando l'attivazione cerebrale di madri e padri durante l'ascolto del pianto del proprio bambino in base al periodo post partum (2-4 settimane e 3-4 mesi dopo il parto) è emerso che 3-4 mesi post partum non viene rilevata una forte attivazione di amigdala e insula; invece, si rileva l'attivazione delle regioni prefrontali mediali e ipotalamiche (Swain et al., 2003). Questi risultati sembrano confermare l'ipotesi che, nel tempo, la genitorialità riflette una serie di modificazioni nelle risposte cerebrali man mano che si sviluppa la relazione genitore-bambino: nel mentre la madre impara ad associare il pianto del figlio a un comportamento sociale sempre

più maturo e comprensibile, si verifica una minore attivazione di aree cerebrali sottostanti alla risposta di allarme e ansia (Swain, 2011).

Nelle ultime due decadi, un numero crescente di studi ha indagato la risposta cerebrale dell'adulto a diversi indici infantili, come per esempio, pianti, risate, immagini di volti. I risultati di tali studi hanno mostrato il coinvolgimento sistematico di specifiche strutture e network cerebrali durante l'elaborazione di indici infantili che potenzialmente potrebbero rappresentare parte del substrato neurale della responsività genitoriale (Lorberbaum et al., 1999; Lorberbaum et al., 2002; Swain et al., 2003). Sulla base di questi studi e dei modelli animali, Swain e collaboratori (2007) hanno elaborato un modello di *parental brain* per l'uomo (Figura 3), il quale comprende alcune strutture cerebrali che caratterizzano il circuito della ricompensa (o circuito motivazionale) come ipotalamo, mesencefalo, gangli della base, cingolo anteriore, corteccia prefrontale e talamo. Elementi fondamentali per l'accudimento come la pianificazione del comportamento genitoriale, le risposte affettive ed empatiche sono controllate da aree frontali e occipitali, giro fusiforme e insula. Infine, altri aspetti importanti della genitorialità sono influenzati dal contesto e dai processi di memoria: entrano in gioco, quindi, ippocampo, paraippocampo e amigdala (Swain et al., 2007). Contemporaneamente, il cervello genitoriale si modifica continuamente grazie alle trasformazioni plastiche che avvengono nel periodo post partum e alle continue interazioni con il bambino (Swain, 2011).



**Figura 3.** Human parental brain (Swain, 2011).

Secondo il modello di Swain e collaboratori (2007) gli input sensoriali (pianto, vocalizzazioni, stimoli visivi, sensazioni tattili e olfattive) provenienti dal bambino (A) vengono elaborati dalla corteccia sensoriale: l'attività di questa regione comporta l'attivazione di aree sottostanti a processi di memoria e motivazionali (B). Successivamente, vengono attivati dei circuiti cortico-limbici importanti per la cura riflessiva (principalmente strutture sottocorticali: ipotalamo, area mediale preottica, setto laterale, amigdala, talamo-cingolato), per alcuni processi cognitivi come l'empatia e la mentalizzazione (neuroni specchio, sistema frontale, sistema insulare, corteccia temporo-parietale, corteccia cingolata, ippocampo) e per i processi affettivi che regolano la risposta di allarme, di preoccupazione e le risposte abituali del genitore al bambino (area ventrale tegmentale, corteccia striata, amigdala, insula, corteccia cingolata, corteccia orbitofrontale). Questi diversi sistemi cortico-limbici interagiscono e si influenzano reciprocamente determinando potenzialmente il comportamento genitoriale (D). L'output comportamentale del genitore funge da feedback per il sistema sensoriale (B) insieme ai nuovi segnali provenienti dal bambino (A). Questo complesso circuito neurale può essere influenzato da una molteplicità di fattori come il parto, l'allattamento e altre esperienze di vita del genitore: infatti, esistono diverse evidenze che dimostrano che situazioni particolari, come la psicopatologia genitoriale o il parto cesareo, possono modificare l'attivazione cerebrale in risposta a stimoli infantili (Swain, 2011).

Gli studi condotti sui roditori e su altri mammiferi hanno evidenziato l'importanza dell'ossitocina per la costruzione e il mantenimento del comportamento materno (Numan & Insel, 2003). L'importanza di questo ormone durante la gravidanza e il periodo post partum è stata rilevata anche negli esseri umani: madri con aumentati livelli di ossitocina plasmatica mostrano un maggiore attaccamento al bambino nel primo periodo post-parto (Levine et al., 2007) e livelli più alti di ossitocina durante la gravidanza e il primo mese post partum si associano a maggiori comportamenti materni verso il bambino (Feldman et al., 2007). L'ossitocina plasmatica è stata messa in relazione anche con le esperienze di attaccamento vissute dalla madre stessa (Strathearn et al., 2009): sono stati riscontrati livelli più alti di ossitocina plasmatica dopo un'interazione fisica madre-bambino nelle madri che hanno sperimentato un attaccamento sicuro durante l'infanzia rispetto a quelle con un pattern di attaccamento insicuro. In aggiunta, alcuni studi hanno individuato una funzione importante di questo ormone nella regolazione dello stress (Ayers et al., 2011). Tutti questi studi possiedono delle importanti implicazioni a livello clinico: alcuni studiosi hanno dimostrato che durante la

gravidanza le madri a rischio di depressione post partum possiedono livelli più bassi di ossitocina plasmatica (Skrundz et al., 2011) e questo potrebbe supportare l'ipotesi che, in questi casi, gli interventi volti a stimolare il rilascio di ossitocina potrebbero ridurre il rischio di sviluppare questa psicopatologia. La somministrazione terapeutica di ossitocina è attualmente in corso di verifica anche per madri con altre condizioni psicopatologiche, come l'autismo, il disturbo ossessivo compulsivo e la schizofrenia (Macdonald & Feifel, 2013).

Attraverso lo studio delle risposte cerebrali genitoriali agli stimoli infantili è stato possibile accrescere la conoscenza scientifica sulle basi neurali del cervello genitoriale: ciò alimenta la speranza che, individuando le caratteristiche dei principali percorsi neuro-ormonali che contraddistinguono le situazioni di genitorialità a rischio, sia possibile elaborare strategie diagnostiche e di trattamento sempre più efficaci.

## Capitolo 2

### Transizione alla genitorialità

Nel presente capitolo vengono descritti i molteplici cambiamenti che accompagnano il periodo di transizione alla genitorialità; poi, il presente elaborato si focalizzerà in modo specifico sui cambiamenti che riguardano le dimensioni psicologiche e sociali, compresi gli aspetti inerenti lo stress genitoriale, la psicopatologia genitoriale e il supporto sociale.

Il termine “transizione alla genitorialità” descrive un processo molto complesso che inizia con la gravidanza e termina quando il bambino ha un’età compresa tra i due e i tre anni (Wright & Leahey, 1994). La transizione verso la genitorialità comporta una serie di cambiamenti significativi a livello fisiologico, neurobiologico e psico-sociale.

#### 2.1 Cambiamenti neurobiologici

A livello neurobiologico, gli studi condotti sugli animali hanno riportato importanti modificazioni strutturali e funzionali nel cervello delle femmine durante la gravidanza e nel periodo post partum (Numan & Stolzenberg, 2009): questi processi plastici avvengono principalmente in strutture cerebrali che regolano i comportamenti di cura, prima tra tutte l’area mediale preottica (MPOA). Nel corso degli anni diversi studi di neuroimmagine condotti sugli esseri umani hanno dimostrato che numerose strutture cerebrali, come amigdala, talamo, corteccia parietale e prefrontale, mostrano un’attivazione significativa in risposta a stimoli infantili supportando così lo sviluppo e la messa in atto di comportamenti genitoriali (Lorberbaum et al., 2002; Strathearn et al., 2009; Swain et al., 2007). Infine, altri studi hanno rivelato che anche il cervello umano è soggetto a importanti fenomeni plastici che avvengono sin dall’inizio della gravidanza sotto l’influenza dei numerosi fenomeni ormonali che caratterizzano questa fase e proseguono nel primo periodo dopo il parto grazie all’esposizione agli stimoli infantili (Hoekzema et al., 2017; Kim et al., 2010; Kim et al., 2014). Kim e collaboratori (2010) hanno condotto uno studio longitudinale volto a indagare i cambiamenti strutturali che avvengono nel cervello materno raccogliendo i dati in due momenti diversi: 2-4 settimane post partum (tempo 1) e 3-4 mesi post partum (tempo 2). Essi hanno utilizzato la tecnica della morfometria basata sui voxel (*Voxel-based morphometry*) per individuare cambiamenti nella materia grigia in specifiche aree cerebrali. Inoltre, hanno indagato la percezione del proprio bambino al tempo 1 per verificare se l’esperienza quotidiana con il figlio

facilita i cambiamenti strutturali in aree cerebrali fondamentali per la motivazione genitoriale. Dall'analisi dei dati è emerso un aumento del volume della materia grigia in regioni cerebrali come il mesencefalo, la corteccia prefrontale e il lobo parietale: in particolare, quest'ultimo riveste un ruolo fondamentale nell'elaborazione di informazioni somatosensoriali dimostrando, quindi, che le modificazioni strutturali che avvengono nel cervello materno necessitano dell'esposizione a stimoli infantili (Kim et al., 2010). Questo pattern strutturale è stato individuato anche in aree sottocorticali fondamentali per la motivazione genitoriale come ipotalamo bilaterale, amigdala, sostanza nigra e globo pallido (Kim et al., 2010). In particolare, la sostanza nigra è una regione cerebrale che fa parte del circuito dopaminergico mesolimbico che elabora gli stimoli gratificanti; il globo pallido regola la reattività comportamentale dopo aver ricevuto gli *input* dalla sostanza nigra; l'amigdala favorisce il consolidamento degli apprendimenti materni in relazione al proprio bambino: l'aumento di volume della materia grigia in queste aree cerebrali nel primo periodo post partum favorisce, quindi, la messa in atto di comportamenti materni responsivi e il loro mantenimento nel tempo (Kim et al., 2010). Infine, è emerso che la percezione materna del proprio bambino riesce a predire i cambiamenti strutturali in queste aree cerebrali: in particolare, è stato dimostrato che la percezione materna positiva facilita l'aumento di volume della materia grigia (Kim et al., 2010).

Altri dati significativi sono stati raccolti da Hoekzema e colleghi nel 2017: essi hanno condotto uno studio longitudinale volto a verificare se la gravidanza comporta cambiamenti duraturi nella struttura cerebrale attraverso l'uso della risonanza magnetica (MRI). Per far ciò i dati sono stati raccolti in un gruppo di donne nullipare che hanno espresso la volontà di diventare madri, le quali si sono sottoposte nuovamente a MRI dopo il completamento della gravidanza. Contemporaneamente, è stato preso in considerazione anche un gruppo di controllo composto da donne nullipare. Il confronto dei dati raccolti in tutte le donne prima della gravidanza (gruppo sperimentale e gruppo di controllo) dimostra che non ci sono differenze significative nel volume della materia grigia tra i due gruppi; invece, confrontando i dati pre e post gravidanza è stata rilevata una diminuzione del volume della materia grigia in tutte le neomamme (Hoekzema et al., 2017). In particolare, questo cambiamento strutturale si verifica in aree collocate tra la linea mediana anteriore e posteriore (dalla corteccia frontale mediale alla corteccia cingolata anteriore e dal precuneo alla corteccia cingolata posteriore), nella corteccia prefrontale bilaterale (in particolare, nel giro frontale inferiore) e nella corteccia temporale bilaterale. Inoltre, è emerso che non ci sono cambiamenti significativi nel volume della materia

bianca tra i due gruppi presi in considerazione (Hoekzema et al., 2017). In aggiunta, è stata riscontrata una sovrapposizione tra le aree cerebrali in cui si verifica la diminuzione del volume della materia grigia e le aree che stanno alla base della teoria della mente individuate da Schurz e colleghi nel 2014. Questo risultato conferma che la teoria della mente e la capacità materna di percepire e valutare gli stati mentali e le emozioni del bambino sono fondamentali per la genitorialità: è stato dimostrato che queste sono importanti per lo sviluppo di una relazione di attaccamento sicuro e per il buon funzionamento socio-cognitivo del bambino (Swain et al., 2014). Infine, dal momento che i modelli animali hanno dimostrato che i cambiamenti generati dalla gravidanza si mantengono per tutto l'arco di vita, Hoekzema e colleghi (2017) hanno verificato se questi cambiamenti vengono mantenuti attraverso una sessione *follow-up* condotta 2 anni dopo il parto. Confrontando i dati raccolti pochi mesi dopo il parto e quelli 2 anni post partum non sono state rilevate modificazioni significative nel volume della materia grigia: tutti i cambiamenti cerebrali vengono mantenuti nel tempo (Hoekzema et al., 2017).

Negli ultimi quarant'anni il coinvolgimento del padre nell'accudimento dei figli è diventato sempre più importante, rivestendo un ruolo chiave per lo sviluppo ottimale del bambino (Sarkadi et al., 2008); tuttavia, in letteratura sono presenti meno studi che indagano i fenomeni plastici che si verificano nel cervello maschile durante il primo periodo dopo il parto. Dagli studi sui roditori è emerso che i maschi mostrano un'attività neurale simile a quella delle femmine nell'area mediale preottica (MPOA) e nelle sue connessioni con l'amigdala e il circuito della ricompensa che svolgono un ruolo fondamentale per i comportamenti di cura (Numan & Insel, 2003). Nell'ambito degli studi sugli esseri umani, lo studio di Kim e colleghi (2014) è stato il primo che ha indagato i cambiamenti strutturali che si verificano nel cervello paterno nel primo periodo post partum: utilizzando la tecnica della morfometria basata sui voxel (*Voxel-based morphometry*) è emerso che, a differenza delle madri, nel cervello degli uomini si registra un incremento del volume della materia grigia in alcune aree cerebrali importanti per il circuito della ricompensa e il processamento di stimoli salienti (striato, amigdala, ipotalamo, corteccia prefrontale e regioni temporali superiori) e, contemporaneamente, un decremento del volume della materia grigia in aree che compongono il *Default Mode Network* (corteccia prefrontale mediale, corteccia cingolata posteriore, corteccia parietale inferiore e precuneo): si tratta di un circuito neurale che si attiva quando l'individuo si concentra su attività autoreferenziali e orienta l'attenzione verso sé stesso (Buckner et al., 2008). Di conseguenza, una diminuzione di volume in queste regioni potrebbe indicare uno spostamento di risorse e un

aumento dell'attenzione verso la genitorialità (Kim et al., 2014). Un'altra struttura in cui è emerso una diminuzione del volume è la corteccia orbitofrontale e l'insula sinistra: entrambe processano la valenza emotiva degli stimoli e risultano particolarmente attive in situazioni di stress e minaccia e durante l'elaborazione di stimoli ambigui. Una diminuzione di volume in queste strutture, quindi, potrebbe riflettere una riduzione dei livelli di ambiguità e stress dovuti alla gravidanza e all'arrivo del neonato grazie al progressivo svilupparsi di una relazione significativa tra il padre e il figlio (Kim et al., 2014).

Infine, come riportato nello studio di Kim e colleghi (2010), i cambiamenti strutturali che avvengono nel cervello potrebbero associarsi a una serie di altri fattori: ormoni, esperienze di vita stressanti, ciclo mestruale, idratazione, peso e dieta alimentare.

## **2.2 Cambiamenti psicologici e sociali**

Diventare genitori rappresenta un momento di transizione in cui una serie di cambiamenti psicologici, oltre a quelli neurobiologici, consentono ai neogenitori di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino. Il modo in cui il genitore si adatta a questi cambiamenti e risponde al figlio, poi, influenza in modo significativo lo sviluppo socio-emotivo di quest'ultimo (Pines, 1972; Winnicott, 1956).

La gravidanza rappresenta per la donna una conferma della propria identità di genere e una manifestazione al mondo esterno dell'aver avuto una relazione sessuale (Pines, 1972). Da un punto di vista fisiologico, è la prova che il corpo femminile è sessualmente maturo e pronto per riprodursi (Pines, 1972). Da un punto di vista psicologico, invece, la maternità (in particolare la prima gravidanza), rappresenta un momento critico nella ricerca di una propria identità femminile, in cui si verifica il passaggio dall'essere una singola unità indipendente a una imprescindibile e continua relazione diadica madre-bambino (Pines, 1972). Durante la gravidanza si verifica l'investimento emotivo su un feto in continuo sviluppo che è considerato una parte invisibile del corpo materno e, contemporaneamente, una sua estensione. Dopo la nascita questo investimento deve essere spostato su un bambino reale, il quale è diventato un essere separato dalla madre (Pines, 1972). La transizione alla maternità richiede, quindi, una modificazione dei confini tra sé e gli altri; infatti, durante gli ultimi mesi di gravidanza e nel primo periodo post partum la neomamma percepisce il neonato sia come un'entità separata che come una parte del proprio Sé (Lester & Notmann, 1988): progressivamente, la madre riesce a identificarsi con il proprio bambino e a soddisfare i suoi bisogni fondamentali (Pines, 1972).

Le rappresentazioni materne del proprio bambino si articolano su livelli consci e inconsci: il bambino fantasmatico deriva, in parte, dalle fantasie inconsce materne e dalle dinamiche relazionali vissute con i propri genitori; contemporaneamente, questo bambino compare nelle fantasie consce grazie alle rappresentazioni che derivano dal desiderio di maternità e dalla relazione esistente con il *partner* (Ammaniti et al., 1992).

Durante questo periodo, la donna recupera e ri-elabora il rapporto madre-figlia vissuto durante la propria infanzia: essa, infatti, è chiamata ad assumere il ruolo di madre del proprio bambino e contemporaneamente continua ad essere la figlia della propria madre (Pines, 1972). Le identificazioni con la propria madre che sono state costruite durante l'infanzia vengono confrontate con la relazione con il proprio bambino; contemporaneamente, la relazione attuale con la propria madre si modifica e diventa sempre più matura grazie alla recente comprensione dei compiti che la maternità porta con sé (Pines, 1972). Stern (1995) ha elaborato il concetto di “costellazione materna” per indicare una condizione benignamente psicopatologica che si sviluppa durante la gravidanza e permane per tutto il primo anno di vita del bambino: si tratta di un vero e proprio organizzatore psichico che comporta una serie di idee, desideri, paure che influenzeranno i comportamenti, le emozioni e le relazioni interpersonali della madre e che si antepone a tutte le precedenti organizzazioni nucleari. Essa si basa su quattro tematiche:

- Vita-crescita: la madre si chiede se sarà in grado di garantire la vita e la crescita del bambino;
- Relazionalità primaria: la madre si chiede se sarà in grado di impegnarsi emotivamente e psicologicamente con il bambino garantendo il suo sviluppo;
- Matrice di supporto: la madre si chiede se potrà contare sull'aiuto di altri significativi;
- Riorganizzazione dell'identità: la madre si chiede se sarà in grado di modificare la sua identità per adempiere a queste funzioni.

Secondo Stern (1995), poi, la quotidianità con il bambino viene organizzata dalla donna sulla base di una vera e propria triade psichica, in cui vengono richiamate in gioco le esperienze infantili vissute con la propria madre: madre della madre (donna come bambina), donna come madre e madre con il suo bambino. Inoltre, il concetto elaborato da Stern (1995) è riconducibile al concetto winnicottiano di “preoccupazione materna primaria”, uno stato mentale temporaneo caratterizzato da una maggiore sensibilità materna nei confronti del piccolo (Winnicott, 1956):

essa offre l'opportunità alla madre di identificarsi con il figlio e a quest'ultimo di sviluppare un proprio Sé. Una ricerca di Innamorati, Sarracino e Dazzi (2008) ha dimostrato, attraverso l'utilizzo dell'intervista microanalitica, che le rappresentazioni e i temi della costellazione materna diventano sempre più consistenti e specifici durante i primi quattro mesi di gravidanza, raggiungono il picco intorno al settimo mese e poi diventano sempre meno numerosi e dettagliati tra l'ottavo e il nono mese, probabilmente per lasciare spazio al "bambino reale".

Diversi studi hanno dimostrato l'esistenza di un collegamento tra la qualità della relazione madre-bambino e il modo in cui la donna recupera le proprie esperienze infantili; poi, queste rappresentazioni mentali influenzeranno in modo significativo le interazioni diadiche (Fonagy et al., 1991). Ad esempio, le donne che hanno vissuto relazioni primarie basate sulla frustrazione continuano a ri-attivare le rappresentazioni di interazioni madre-figlia disfunzionali riproponendole nella relazione attuale con il proprio bambino (Pines, 1972): queste madri possiedono radicati sentimenti di ostilità e ambivalenza che influenzano poi la loro capacità di prendersi adeguatamente cura del loro piccolo (Winnicott, 1956). Questo processo viene definito trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento (Main et al., 1985). A tal proposito, George, Kaplan e Main (1996) hanno elaborato un'intervista semi-strutturata, l'*Adult Attachment Interview*, che consente di valutare l'attaccamento adulto attraverso le memorie delle esperienze vissute con i propri genitori. Per esempio, uno studio di Main e colleghi (1985) ha dimostrato che i genitori che hanno sperimentato relazioni calde e supportive durante l'infanzia e che, quindi, possiedono uno stile di attaccamento sicuro hanno dei bambini che, a loro volta, mostrano uno stile di attaccamento sicuro; al contrario, gli individui che hanno sviluppato relazioni distaccate con i genitori hanno dei figli che possiedono uno stile di attaccamento evitante, mentre quelli che hanno sperimentato inversioni di ruolo e hanno sviluppato un attaccamento preoccupato possiedono figli ansiosi e resistenti. Inoltre, non bisogna trascurare alcune deviazioni che, talvolta, si verificano durante il percorso verso la genitorialità e che sono legate alla psicopatologia genitoriale (Pines, 1972).

Meno studi si sono concentrati sul processo di transizione alla genitorialità negli uomini; tra questi, Genesoni e Tallandini (2009) hanno eseguito una revisione di diversi studi condotti tra il 1989 e il 2008 sull'esperienza psicologica che i padri vivono durante la transizione alla genitorialità. Per quanto riguarda il periodo prenatale sono emersi risultati contrastanti: secondo alcuni studi il padre si percepisce parte integrante della coppia e sin dall'inizio della gravidanza

esprime la volontà di partecipare attivamente a tutto ciò che riguarda il futuro nascituro, come essere presente alle visite e partecipare al parto; altri, invece, sperimentano sentimenti ambivalenti. A tal proposito, le principali difficoltà psicologiche riscontrate dagli uomini in questo periodo riguardano i sentimenti di irrealtà derivanti dalla mancanza di una prova concreta dell'esistenza di un bambino, l'emergere di un disequilibrio all'interno della coppia e la formazione di un'identità genitoriale che richiede il passaggio dal ruolo di *partner* a quello di genitore (Genesoni & Tallandini, 2009). La revisione di Genesoni e Tallandini (2009), infatti, riporta che alcuni studi hanno dimostrato che la gravidanza rappresenta il periodo più stressante per il neopapà. Per quanto riguarda il momento del parto, gli studi hanno rivelato che i padri si sentono spesso ansiosi, incapaci e inutili: molti hanno riportato di voler partecipare al parto della compagna, ma contemporaneamente di aver sentito il desiderio di fuggire (Genesoni e Tallandini, 2009). Inoltre, è emerso che dopo la nascita il padre si sente diviso tra lo stile di vita precedente la gravidanza e l'inizio di una nuova fase caratterizzata da nuovi ritmi. Le difficoltà principali che vengono riportate in questo periodo sono la frustrazione derivante dalla consapevolezza di non trascorrere abbastanza tempo con il bambino a causa degli impegni lavorativi, i cambiamenti che si verificano nello stile di vita e nella relazione di coppia e la percezione di non essere bravo nella cura del bambino tanto quanto la compagna (Genesoni & Tallandini, 2009). Gli studi riportati nella *review* di Genesoni e Tallandini (2009) hanno dimostrato che un modo attraverso il quale il neopapà affronta queste difficoltà è sviluppando progressivamente nuove abilità che gli consentono di riconoscere i bisogni del bambino e interagire adeguatamente con lui; inoltre, questo processo è favorito anche da altri fattori come una relazione positiva con la *partner* nel periodo prenatale e dopo il parto, il funzionamento in ambito lavorativo, una buona qualità di vita e la disponibilità di una rete di supporto sociale. Durante i primi mesi post partum, inoltre, il padre inizia a confrontarsi con il difficile compito di mettere in pratica l'immagine di sé come genitore, sulla quale ha fantasticato a lungo durante la gravidanza: se riesce a costruire un'immagine di sé come padre positiva e priva di conflitti, egli mostrerà un maggior coinvolgimento nella relazione con il piccolo; se, invece, rimarrà invischiato in aspetti relazionali conflittuali recuperati dalla propria esperienza infantile troverà più difficile confrontarsi con il ruolo di padre e sperimenterà sentimenti di esclusione (Strauss & Goldberg, 1999). Contemporaneamente, la relazione di coppia risulta essere messa in secondo piano dalla presenza del neonato: la relazione romantica deve necessariamente

trasformarsi in una relazione triadica che comprende anche il bambino (Genesoni & Tallandini, 2009).

In conclusione, la letteratura dimostra come la transizione alla genitorialità rappresenti un fenomeno unico nella vita dei due neogenitori: la ri-organizzazione neurobiologica e psicologica hanno lo scopo di preparare i genitori ad affrontare i compiti che stanno alla base della genitorialità. Allo stesso tempo, la comprensione di questo fenomeno può diventare rilevante dal punto di vista clinico aiutando ad individuare le situazioni di maggiore vulnerabilità genitoriale (Von Mohr, Mayes & Rutherford, 2017).

### **2.3 Lo stress genitoriale**

Il termine “stress” indica l’insieme delle modificazioni aspecifiche che si verificano in un organismo in risposta a uno *stressor*: si tratta, quindi, di una risposta di adattamento con la quale si affronta una situazione identificata come pericolosa (Selye, 1950). Selye, studioso considerato il padre fondatore della prima teoria sullo stress, ha definito questi meccanismi di adattamento “aspecifici” perché si verificano nello stesso modo indipendentemente dalle caratteristiche dello stimolo; questa universalità della risposta agli *stressors* conferma il fatto che si tratta di una risposta biologica che ha lo scopo di garantire il ritorno ad uno stato di equilibrio (omeostasi) e, quindi, la sopravvivenza del singolo individuo. Selye (1950), grazie ai suoi studi sui topi condotti in laboratorio, ha descritto le tre fasi che compongono la risposta universale allo stress e che vanno a caratterizzare la sindrome generale di adattamento: fase di allarme, in cui l’organismo attiva meccanismi di fronteggiamento fisici e mentali, come l’asse ipotalamo-ipofisi-surrene e la midollare surrenale; fase di resistenza, in cui, se lo *stressor* persiste, l’organismo cerca di affrontare gli effetti negativi derivanti dall’esposizione prolungata allo stress attraverso risposte specifiche come riduzione dell’attivazione del sistema nervoso simpatico in favore della risposta neuroendocrina dell’asse ipotalamo-ipofisi-surrene. In questa fase, quindi, si verifica una sovrapproduzione di cortisolo che garantisce una risposta adattiva dell’organismo nel breve termine, ma che, se mantenuta a lungo, comporta effetti negativi a livello fisico e neurocerebrale. Infine, si verifica la fase di esaurimento, in cui l’organismo ha esaurito tutte le risorse per sostenere le reazioni innescate nella fase di resistenza e non si è ancora adattato allo *stressor*. Negli esperimenti di Selye, in questa fase si verifica la morte dell’animale. Negli anni successivi, diversi studi hanno dimostrato che anche gli esseri umani reagiscono agli *stressors* attivando una risposta biologica che vede come protagonisti il

sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA): quest'ultima ha lo scopo di preparare l'organismo a una risposta immediata di attacco/fuga (*fight or flight*). In presenza di uno stimolo minaccioso, infatti, i neuroni dell'ippocampo stimolano la produzione dell'ormone per il rilascio della corticotropina (CHR); essa, una volta raggiunta l'ipofisi anteriore, stimola la produzione e il rilascio dell'ormone adrenocorticotropo (ACHT), il quale raggiunge le ghiandole surrenali e favorisce il rilascio di cortisolo. Questo neuro-ormone innesca una serie di eventi che comportano un insieme di cambiamenti a livello cerebrale, fisiologico e psicologico. Dal momento che lo stress emerge in risposta a qualsiasi richiesta interna o esterna all'individuo, secondo Selye (1976) non si può sfuggire completamente alle sue pressioni: infatti, riconosce come solo la morte può liberare l'essere umano dallo stress.

La gravidanza e la nascita di un bambino comportano una serie di cambiamenti nella vita di ogni individuo: alcuni di questi possono generare alti livelli di stress con conseguenti implicazioni sul genitore stesso, sulle interazioni familiari e sullo sviluppo del bambino; nonostante ciò, non tutte le famiglie sottoposte a un periodo stressante risconteranno necessariamente conseguenze negative dal momento che ciascuna adotta strategie di coping diverse per affrontare la situazione e risente dell'influenza di diversi fattori di protezione (come la rete di supporto sociale) e di rischio (come un'eventuale psicopatologia pre-esistente alla genitorialità). In generale, numerosi studi hanno dimostrato che lo stress rappresenta una conseguenza frequente del periodo di transizione che interferisce con il benessere genitoriale e infantile (Deave et al., 2008). Abidin (1995) ha definito lo stress genitoriale come il risultato di una disparità tra le richieste derivanti dal ruolo genitoriale e le risorse che il genitore possiede per rispondervi. Emmanuel e St John (2010) hanno definito il distress materno come una risposta della donna al periodo di transizione che sta vivendo, alla nascita del bambino, alle richieste, alle sfide e alle perdite derivanti dal nuovo ruolo genitoriale. In particolare, secondo questi studiosi il distress materno si presenta lungo un continuum che comprende quattro elementi (Emmanuel & St John, 2010):

- Risposte di stress: la genitorialità rappresenta un periodo di importanti cambiamenti fisiologici, psicologici e sociali che si associano spesso ad alti livelli di stress. Quando lo stress assume connotazioni negative e spiacevoli viene definito "distress": esso è tipico di quei cambiamenti che si verificano nel corso della vita e che sono accompagnati da instabilità, incertezza e vulnerabilità. A tal proposito, come riportato da Emmanuel e St John (2010), gli individui impegnati in un processo di transizione alla genitorialità riportano

livelli più alti di stress e depressione rispetto a coloro che vivono altre tipologie di cambiamento nel corso della vita. Tuttavia, è importante riportare due precisazioni: in primo luogo, il distress può essere gestito e contenuto attraverso una serie di fattori di protezione (Selye, 1976); in secondo luogo, anche se esso tende ad essere concepito come un'esperienza negativa, le ricerche dimostrano che può avere delle conseguenze positive come la crescita personale che deriva dal fronteggiamento degli *stressors* (Emmanuel & St John, 2010).

- Risposte di adattamento: la gravidanza e il periodo post partum sono caratterizzati da un processo dinamico di sviluppo del ruolo materno (Rubin, 1984), in cui la madre sviluppa una nuova identità e una serie di comportamenti genitoriali. L'adattamento della donna a questi cambiamenti comporta due sfide importanti: il mantenimento dell'integrità di sé stessa e della famiglia e, contemporaneamente, l'integrazione del bambino in questi sistemi. A tal proposito, Emmanuel e St John (2010) riportano che le donne primipare sperimentano maggiori difficoltà di adattamento alla nuova fase di vita e mostrano maggiori livelli di ansia se confrontate con madri multipare. Contemporaneamente, bisogna tenere in considerazione che una situazione di distress può comportare dei rallentamenti nel processo di adattamento.

- Risposte di funzionamento e di controllo: il funzionamento descrive la misura in cui la donna riesce a mantenere le sue attività abituali, comprese la cura di sé stessa e dei figli, gli equilibri famigliari, le attività domestiche e lavorative e le relazioni sociali (Tulman & Fawcett, 2003). Il livello di funzionamento rappresenta un predittore affidabile del processo di adattamento a una nuova fase di vita: infatti, in seguito a un grande cambiamento la donna può riscontrare difficoltà di funzionamento. A tal proposito, alcuni studi hanno dimostrato che il ritorno ad un funzionamento "normale" dopo il parto rappresenta un processo graduale che avviene nell'arco di alcuni mesi (Fawcett, Tulman & Myers, 1988). Nonostante molte donne mostrino alti livelli di funzionalità nelle cure infantili e nei doveri domestici, la stanchezza e gli scarsi livelli di energia hanno un impatto negativo su alcune attività come la cura di sé, il rapporto con il *partner*, il lavoro e le relazioni sociali. Di conseguenza, il raggiungimento di un buon livello di controllo sul proprio funzionamento è importante per l'adattamento a questa nuova fase di vita: infatti, esso consente di sperimentare un senso di padronanza sulla situazione e di soddisfazione nel prendersi cura del piccolo (Rubin, 1984).

- Risposte di collegamento: il periodo di transizione alla genitorialità può mettere in pericolo la rete sociale delle mamme, la quale comprende il *partner*, la famiglia, gli amici e i gruppi sociali (Rubin, 1984). L'allontanamento e/o il deterioramento del legame con le persone che rappresentano una fonte di supporto può comportare sofferenza, sensazione di essere in trappola e isolamento; infatti, per molte donne il supporto del compagno e dei genitori rappresenta un importante fattore di protezione dai rischi che accompagnano questa delicata fase di vita (Aktas & Calik, 2015).

La gravità del distress materno varia da lieve ad elevata. Infatti, secondo Emmanuel e St John (2010) una donna con bassi livelli di distress materno sperimenta stress, preoccupazioni e inquietudini durante l'adattamento al ruolo genitoriale, ma contemporaneamente è in grado di adattarsi alla nuova fase di vita, riesce a prendersi cura di sé e del bambino con un certo livello di controllo e padronanza e a mantenere i legami con il *partner*, la famiglia e gli amici. Al contrario, una donna con alti livelli di distress materno sperimenta infelicità, insoddisfazione, ansia e depressione, percepisce numerose difficoltà nell'adattarsi alle nuove richieste genitoriali, nel prendersi cura di sé e del bambino, si sente affaticata, sopraffatta, sola e priva una rete sociale significativa.

Come riportato nello studio di Saisto e colleghi (2008), le madri tendono a percepire maggiori livelli di stress genitoriale rispetto agli uomini; nello specifico, è stato dimostrato che madri e padri esperiscono lo stress genitoriale in ambiti diversi: per esempio, le madri sperimentano maggiore stress in relazione al proprio ruolo genitoriale e alla relazione coniugale, mentre i padri soffrono maggiormente le restrizioni riguardanti la vita sociale. Di seguito vengono riportati alcuni dei principali fattori che contribuiscono allo stress genitoriale:

- Supporto sociale proveniente dal *partner*, dalla famiglia, dagli operatori sanitari, dagli amici e dalla rete sociale più ampia; a tal proposito, in letteratura esiste un ampio consenso sul fatto che le relazioni supportive rappresentino un importante fattore di protezione (Aktas & Calik, 2015; Saisto et al., 2008);
- Status Socio-Economico Educativo (*SES*) calcolato attraverso la media ponderata tra il livello educativo e il livello occupazionale di entrambi i genitori (Hollingshead, 1975) e riguardante tre parametri: occupazione, reddito e istruzione. Per quanto riguarda l'occupazione, essa rappresenta una variabile che comprende diversi elementi come il numero di ore lavorative, il tipo di lavoro (part-time o full-time), la

soddisfazione lavorativa: tutti fattori che possono aumentare i livelli di stress genitoriale, soprattutto materno (Gottfried et al., 1988). Per quanto riguarda il reddito, è stato dimostrato che un basso livello socioeconomico determina maggiori livelli di stress genitoriale con implicazioni significative per le interazioni diadiche e gli esiti evolutivi infantili (Gershoff et al., 2007). Infatti, lo stress derivante da una condizione economica precaria può sfociare in compromissioni della salute mentale (esempio: sintomi depressivi) e in conflitti coniugali; inoltre, il reddito familiare influisce anche sulla possibilità di effettuare investimenti di denaro, tempo ed energie nei confronti dei figli: tutti questi aspetti hanno, poi, delle ripercussioni sulla qualità dei comportamenti genitoriali (Gershoff et al., 2007). Infine, per quanto riguarda l'istruzione vengono riportati risultati contrastanti (Yan, 2022): secondo alcuni studiosi un livello di istruzione inferiore si associa a maggiore stress genitoriale, mentre secondo altri sono gli individui con livelli educativi maggiori che risentono maggiormente dello stress. Infatti, da un lato un basso livello educativo si associa spesso a uno status socio-economico inferiore, a una rete di supporto più ristretta e a strategie di coping meno efficaci; d'altro canto, una madre con un livello di istruzione maggiore può risentire maggiormente dello stress a causa delle difficoltà nel far conciliare la propria carriera lavorativa e l'accudimento dei figli (Schieman, Glavin & Milkie, 2009);

- Relazione coniugale: spesso la transizione alla genitorialità e il nuovo ruolo che entrambi i *partner* sono chiamati a ricoprire rappresentano eventi altamente stressanti che possono portare a una diminuzione della qualità e della soddisfazione relazionale per opera di alcuni fattori come diminuzione del tempo trascorso insieme e delle espressioni di affetto, interferenze con l'attività sessuale, divisione dei compiti più tradizionale, aumento delle credenze negative riguardo la vita coniugale (Velotti, Castellano & Zavattini, 2011) a cui si aggiungono preoccupazioni economiche, deprivazione del sonno, stanchezza e nuovi fattori stressanti (Cowan & Cowan, 2000);

- Psicopatologia genitoriale pre-esistente all'esperienza di diventare genitori. A tal proposito, diversi studi hanno dimostrato che questi individui possiedono un rischio maggiore di sperimentare alti livelli di stress (Leigh & Milgrom, 2008; Saisto et al., 2008).

In conclusione, è importante ribadire che lo sviluppo infantile è strettamente influenzato dalla qualità della relazione *caregiver*-bambino: alcune problematiche proprie del genitore come depressione, ansia e stress possono interferire con il manifestarsi di comportamenti genitoriali responsivi, sensibili e adeguati e, di conseguenza, con il processo evolutivo. Nello

specifico, lo stress genitoriale influenza lo sviluppo del bambino sia direttamente che indirettamente attraverso comportamenti genitoriali meno funzionali e più discontinui, stili interattivi eccessivamente controllanti o punitivi e un limitato coinvolgimento nelle interazioni diadiche (Dubois-Comtois, Mos, Cyr & Pascuzzo, 2013; Field, 2010). Inoltre, come riportato da Gatta e colleghi (2016), lo stress genitoriale viene spesso associato, nel bambino, a una relazione di attaccamento meno sicura, allo sviluppo di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti e a minori abilità sociali, a cui si aggiungono una minore capacità di gestire le situazioni ansiogene e un maggior rischio di sviluppare disturbi psicosomatici. Infine, lo stress genitoriale comporta delle conseguenze negative anche per il genitore stesso, come una minore soddisfazione coniugale e una maggiore vulnerabilità a depressione e ansia (Gatta et al., 2016).

## **2.4 La psicopatologia genitoriale come fattore di rischio**

La gravidanza e tutto il primo anno di vita del bambino rappresentano un periodo caratterizzato da un elevato rischio di sviluppare alcune psicopatologie: esse possono emergere durante la gravidanza o durante il primo periodo post partum, possono essere limitate nel tempo o persistere durante i primi anni di vita del bambino. I disturbi più comuni in epoca perinatale comprendono la depressione post partum, i disturbi d'ansia, il disturbo da stress post traumatico (PTSD), le psicosi postupartum, i disturbi alimentari e il disturbo ossessivo-compulsivo (Meltzer-Brody et al., 2018).

L'eziologia di tutti i disturbi psicologici, compresi quelli che si verificano nel periodo perinatale, deriva da una continua interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Meltzer-Brody et al., 2018). Per quanto riguarda i fattori psicosociali che contribuiscono alla psicopatologia genitoriale, le donne che dopo il parto sviluppano un disturbo dell'umore riportano una quantità di eventi di vita avversi e di traumi maggiore rispetto alle donne che sviluppano questi disturbi in altre fasi di vita (Guintivano et al., 2017). Il supporto sociale percepito svolge un ruolo fondamentale nel contribuire e/o alleviare gli effetti della psicopatologia perinatale sulla madre, sul bambino e sul sistema familiare, rappresentando il fattore di rischio o di protezione più importante (Xie et al., 2010). Altri fattori di rischio psicosociali, come riportato nell'articolo di Meltzer-Brody e colleghi (2018), possono essere una bassa autostima, un passato di disturbi dell'umore e/o di disturbi d'ansia, povertà, giovane età, gravidanza indesiderata, abuso di sostanze, complicazioni durante la gravidanza e problemi neonatali. Altri hanno dimostrato l'importanza dei fattori genetici: secondo alcuni studiosi, la

depressione post partum è più ereditabile rispetto al disturbo depressivo in altre fasi della vita (Meltzer-Brody et al., 2018). Infine, altri fattori di rischio possono essere le alterazioni ormonali, le alterazioni del sonno e dei ritmi circadiani che caratterizzano il primo periodo dopo il parto (Meltzer-Brody et al., 2018).

#### **2.4.1 Depressione post-natale**

Le ricerche riportate da Meltzer-Brody e colleghi (2018) dimostrano che, tre mesi dopo il parto, la depressione post partum riguarda il 13% delle donne nei Paesi ad alto reddito e circa il 20% nei Paesi a medio e basso reddito. L'American Psychiatric Association definisce la depressione post partum come un episodio depressivo che persiste per almeno 2 settimane e che si presenta entro 4 mesi dal parto (American Psychiatric Association, 2013). Essa è caratterizzata da umore depresso, tristezza, insonnia, scarso appetito, problemi di concentrazione, sentimenti di inutilità e impotenza, mancanza di speranza e di piacere, progressivo isolamento sociale: alcune pazienti risultano essere emotivamente distanti dal neonato e mostrano scarsi affetti nei confronti degli altri membri della famiglia (Lee & Chung, 2007). Molte donne con depressione post partum riportano di sentirsi delle madri inadeguate che non sanno prendersi cura del loro bambino con conseguenti sentimenti di disagio e colpa (Lee & Chung, 2007). Questa condizione psicopatologica non deve essere confusa con il "*post partum blues*" o "*baby blues*", il quale viene definito come un disturbo emotivo transitorio, che si presenta nella prima settimana dopo il parto e che è caratterizzato da labilità dell'umore, pianto, stati ansiosi, insonnia, perdita di appetito e irritabilità (O'Hara & Wisner, 2014). I sintomi del baby blues si risolvono spontaneamente, spesso senza conseguenze significative: se questi peggiorano e/o persistono più a lungo, allora rientrano nella depressione post partum (Meltzer-Brody et al., 2018). La depressione paterna ha sempre ricevuto meno attenzione rispetto alla depressione materna; tuttavia, negli ultimi anni sempre più ricerche hanno dimostrato l'importanza di prendere in considerazione questa condizione psicopatologica anche negli uomini a causa dei suoi effetti negativi sul padre stesso, sullo sviluppo dei figli e sulle relazioni familiari (Ramchandani et al., 2011). Come riportato da Field (2018), la depressione post partum riguarda l'8,4% degli uomini dal primo trimestre di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino; a distanza di un anno dal parto, i tassi di depressione paterna sembrano diminuire (Davis et al., 2011).

La depressione post partum può comportare una serie di conseguenze negative a lungo termine per il bambino a livello fisiologico, cognitivo e comportamentale a causa delle sue implicazioni sulle interazioni madre-bambino e padre-bambino (Goodman, 2008). Per quanto riguarda lo stile interattivo materno e paterno, alcuni studi hanno dimostrato che sia le madri che i padri depressi risultano essere più irritabili e ostili, sono meno coinvolti emotivamente, mostrano meno affetti positivi e si impegnano meno in attività di gioco con il loro bambino (Lovejoy et al, 2000; Sethna et al., 2018). Come riportato nella *review* di Field (2010), nella popolazione sana i primi sei mesi di vita del bambino sono caratterizzati da interazioni faccia a faccia, sorrisi, vocalizzazioni, imitazioni e giochi di espressioni: questi scambi sono fondamentali per lo sviluppo di adeguate capacità comunicative. Gli scambi interattivi con madri depresse, invece, sono caratterizzati da un numero notevolmente inferiore di vocalizzazioni, sorrisi, giochi di sguardi, a cui si aggiungono pause interattive eccessivamente lunghe, enunciati molto ampi, scarse ripetizioni e spiegazioni: queste caratteristiche interattive si presentano in tutte le coppie genitore depresso-bambino indipendentemente dallo status socio-economico e dalla cultura di appartenenza (Field, 2010). Inoltre, le madri depresse mostrano due stili interattivi tipici: uno intrusivo, controllante e sovra-stimolante oppure un altro passivo, inibito e sotto-stimolante. A tal proposito, le ricerche dimostrano che i figli di madri depresse mettono in atto più frequentemente attività autoconsolatorie, come toccarsi la pelle o succhiare il dito, con lo scopo di compensare lo scarso contatto materno (Field, 2010). Sempre nella revisione letteraria effettuata da Field (2010), viene riportato uno studio che ha preso in considerazione sia la depressione materna che paterna, il quale ha dimostrato che i sintomi depressivi si associano a un ambiente di crescita meno ricco dal punto di vista delle stimolazioni: le madri sono meno propense a giocare al gioco del cucù e a raccontare storie, mentre i padri cantano e giocano di meno. Per di più, la revisione di Field (2010) mette in luce che la depressione post partum può compromettere una serie di attività genitoriali come l'allattamento al seno, le routine del sonno e le cure mediche. Per quanto riguarda l'allattamento, è stato dimostrato che le madri depresse mostrano una maggiore discontinuità nell'allattare il piccolo tra le quattro e le diciotto settimane dal parto: tutto ciò può comportare, in fasi successive dello sviluppo, l'emergere di problemi alimentari nel bambino (Field, 2010). Inoltre, i figli di madri depresse mostrano più frequentemente problemi di sonno, come dormire solo nel letto dei genitori, eccessivo tempo per addormentarsi e frequenti risvegli notturni. I problemi di sonno del figlio, poi, si riversano sulla madre che risulta essere spesso molto stanca

e irritabile: tutto ciò rende ancora più difficile l'interazione diadica (Field, 2010). Infine, le madri con depressione post partum sottopongono meno spesso il bambino a visite mediche e a vaccinazioni (Field, 2010). Anche la depressione paterna comporta una serie di conseguenze negative. Per quanto riguarda la relazione coniugale, uno studio ha dimostrato che la depressione paterna durante i primi tre mesi dopo il parto comporta una maggiore disarmonia tra i due *partner* (Ramchandani et al., 2011); inoltre, Field (2018) riporta di uno studio longitudinale condotto durante i primi diciotto mesi di vita del bambino, il quale ha dimostrato che sia la depressione paterna che materna influiscono negativamente sul supporto co-genitoriale. Infine, diversi studi hanno individuato un'associazione significativa tra la depressione paterna e stili di *parenting* negativi, come ad esempio una maggiore propensione a punizioni fisiche (Davis et al., 2011).

Per quanto riguarda il percorso evolutivo del bambino, la *review* condotta da Field (2018) riporta che in età prescolare i bambini che hanno avuto un genitore depresso durante il primo anno di vita mostrano una prevalenza di affetti negativi, sintomi depressivi, problemi di attenzione e comportamentali. In età scolare, sia la depressione paterna che quella materna incidono negativamente sul benessere emotivo e sociale del bambino e aumentano il rischio psicopatologico. Infine, la depressione genitoriale può contribuire all'emergere di disturbi depressivi e ansiosi nell'adolescente. Inoltre, uno studio ha dimostrato che l'esposizione contemporanea alla depressione materna e paterna, così come episodi depressivi genitoriali ricorrenti comporta un rischio maggiore che l'adolescente sviluppi, a sua volta, sintomi depressivi (Field, 2018).

La depressione materna non interferisce solo con l'interazione madre-bambino, ma comporta delle conseguenze negative anche per il *partner*: alcuni studi hanno riportato che l'uomo possiede un rischio significativamente maggiore di sviluppare a sua volta un disturbo depressivo o un'altra psicopatologia se la compagna possiede una depressione post partum; a ciò si aggiunge una diminuzione della soddisfazione coniugale e un aumento dello stress genitoriale (Goodman, 2008). Inoltre, la depressione materna, come dimostrato dallo studio di Goodman (2008), può avere un impatto negativo anche sulle interazioni padre-bambino: a tal proposito è stato riscontrato che il supporto della propria compagna è fondamentale: se la madre è depressa difficilmente riuscirà a facilitare questa interazione; d'altro canto altri studiosi hanno ipotizzato che la presenza di una depressione materna può portare l'uomo ad essere maggiormente presente nella vita quotidiana del figlio e a compensare l'assenza di una madre

disponibile e responsiva (Edhborg et al., 2003). Tuttavia, i risultati riguardo il ruolo paterno in un contesto familiare segnato dalla depressione post partum sono contrastanti: per esempio, Goodman (2008) ha dimostrato l'esistenza di una relazione negativa tra la depressione materna due-tre mesi dopo il parto e l'interazione padre-bambino: in queste famiglie il padre non riesce a porsi a supporto e protezione del figlio.

#### **2.4.2 Ansia perinatale**

Un'altra categoria di disturbi frequenti nel periodo pre e post parto sono i disturbi d'ansia, i quali includono una serie di condizioni come il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo ossessivo-compulsivo, la tocofobia (paura del parto), il disturbo di panico, il disturbo d'ansia sociale e il disturbo post-traumatico da stress da parto (O'Hara & Wisner, 2014). Si stima che i disturbi d'ansia riguardino tra il 15 e il 23% delle donne in gravidanza (Uguz et al., 2010) e circa il 10% delle donne dopo il parto, con una prevalenza del 6% per il disturbo d'ansia generalizzato (Dennis et al., 2017). Questi disturbi mostrano un'elevata comorbidità con la depressione post partum, i disturbi alimentari e i disturbi di personalità. Per quanto riguarda il PTSD, negli ultimi anni è stato riconosciuto che le donne possono sviluppare un disturbo da stress post traumatico durante la maternità a causa di esperienze traumatiche verificatesi prima del concepimento, durante la gravidanza oppure nel primo post parto (Ayers, 2004). In particolare, si stima che dopo il parto il PTSD si presenti nell'1-2% delle donne di Paesi ad alto reddito (Ayers, 2004) e in percentuali più elevate nei Paesi a basso reddito (per esempio, in Nigeria riguarda il 5-9% delle neomamme) (Adewuya, Ologun & Ibgbami, 2006).

Negli ultimi anni, infatti, la consapevolezza della maternità come un periodo caratterizzato da una serie di dubbi, preoccupazioni, paure ha portato ricercatori e clinici a prestare maggiore attenzione ai disturbi d'ansia. In particolare, alcuni hanno riportato che il costrutto dell'ansia in questa fase di vita concerne principalmente paure e preoccupazioni riguardanti la gravidanza e il parto, il ruolo genitoriale e la cura del bambino, l'esperienza di ospedalizzazione; dopo il parto l'ansia materna riguarda principalmente la salute del bambino, l'eventualità che venga rapito o che muoia in culla e la paura di non saperlo accudire adeguatamente dalle quali possono derivare rituali ossessivi e ipervigilanti (Brockington et al., 2006). Come precedentemente descritto per i disturbi depressivi, anche un disturbo d'ansia genitoriale può mettere in pericolo il benessere psicologico dell'adulto e lo sviluppo infantile: in particolare, esistono alcune evidenze che dimostrano che l'ansia comporta effetti negativi

sullo sviluppo fetale, sullo sviluppo neonatale e sullo sviluppo infantile fino all'adolescenza. In primo luogo, l'ansia materna prenatale può influire negativamente sullo sviluppo del feto attraverso l'esposizione in utero ad alti livelli di glucocorticoidi rilasciati dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) materno: questa esposizione precoce può comportare l'emergere di problemi di regolazione cognitiva, emotiva e comportamentale che possono manifestarsi anche a lungo termine (Van den Bergh et al., 2005). In secondo luogo, un disturbo d'ansia prenatale può essere responsabile di alcune problematiche nel neonato: diversi studi, in cui i bambini venivano valutati attraverso la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (Brazelton & Nugent, 1995), hanno dimostrato che i figli di madri con ansia prenatale mostrano minori abilità motorie, maggiore instabilità del sistema nervoso autonomo, minore orientamento e minore capacità di autoregolazione (Van den Bergh et al., 2005). Infine, la sintomatologia ansiosa materna può influenzare l'intero processo evolutivo, dai primi anni di vita fino all'adolescenza: a tal proposito, nei figli di madri con un disturbo d'ansia è stato individuato un rischio maggiore di sviluppare difficoltà temperamentali, disturbi internalizzanti ed externalizzanti e deficit di attenzione (Van den Bergh et al., 2005). In particolare, un disturbo d'ansia genitoriale influisce sullo sviluppo del bambino perché comporta delle compromissioni a carico dello stile interattivo genitoriale: infatti, tra le madri ansiose è stato rilevato un minor coinvolgimento nell'interazione, minore calore e sensibilità interattiva e una maggiore tendenza a comportamenti intrusivi e ipercontrollanti (Nicol-Harper, Harvey & Stein, 2007).

### **2.4.3 Psicosi post partum**

Come riportato da O'Hara e Wisner (2014), nei casi più gravi, subito dopo il parto, possono emergere i sintomi tipici di una psicosi: rapide fluttuazioni dell'umore, disorientamento, allucinazioni, deliri, insonnia, comportamenti bizzarri, fino ad arrivare all'omicidio altruistico, in cui la madre pensa di salvare il suo bambino da un destino avverso. Le madri che ricevono una diagnosi di psicosi post partum spesso possiedono anche una diagnosi coerente con depressione bipolare, mania o disturbo bipolare misto; le donne che già prima della gravidanza possedevano un disturbo bipolare mostrano un rischio maggiore di ricaduta dopo il parto rispetto a donne con altre diagnosi psichiatriche (Wesseloo et al., 2016). In generale, gli episodi psicotici sono molto più frequenti durante il periodo post partum rispetto a tutte le altre fasi della vita della donna e le ricerche dimostrano una significativa e maggiore vulnerabilità nelle donne con disturbo bipolare preesistente (Meltzer-Brody et al., 2018). Nelle madri con una psicopatologia post partum è molto preoccupante il rischio di suicidio: tuttavia,

è stato dimostrato che se il suicidio rappresenta la principale causa della mortalità materna, i tassi di suicidio femminile nel periodo dopo il parto sono inferiori rispetto a quelli di donne senza figli (Meltzer-Brody et al., 2018).

In conclusione, considerando gli effetti negativi che la depressione post partum e tutte le altre psicopatologie comportano per i genitori stessi, le interazioni genitore-bambino e lo sviluppo infantile, risulta evidente l'importanza di individuare tempestivamente e precocemente i genitori che possiedono un rischio maggiore di sviluppare una psicopatologia, manifestando ad esempio una sintomatologia sub-clinica durante la gravidanza o nel primo periodo dopo il parto.

## **2.5 Il supporto sociale come fattore di protezione**

Il supporto sociale può essere definito come la presenza di una rete sociale significativa in cui i singoli individui si aiutano reciprocamente e forniscono cure, risorse, consigli, informazioni utili all'altro (Abbey, Abramis & Caplan, 1985). Il supporto sociale vero e proprio è diverso dal supporto sociale percepito: quest'ultimo consiste nella quantità di aiuto che un individuo si aspetta di ricevere in una situazione di bisogno (Priel & Besser, 2002). A tal proposito, nell'articolo di Priel e Besser (2002), viene riportato che anche il supporto sociale percepito correla significativamente con l'efficacia delle strategie di coping, la salute fisica e psicologica; inoltre, esso è in grado di influenzare il *parenting* e lo stress genitoriale (Belsky, 1984). In letteratura sono state individuate diverse tipologie di supporto sociale (House, 1981): emotivo (consiste nel fornire vicinanza fisica ed emotiva), strumentale (consiste nel fornire un aiuto concreto, pratico) e informativo (consiste nel fornire consigli o informazioni utili in determinate situazioni). Durante la transizione alla genitorialità, le donne riconoscono l'importanza di cinque gruppi di persone che forniscono supporto: il *partner*, i propri genitori, gli amici e i colleghi, gli operatori sanitari (medici, ostetriche, pediatri) e i gruppi pre e post gravidanza; invece, gli uomini riportano l'importanza del supporto da parte della propria compagna, dei colleghi e delle figure sanitarie (Deave, Johnson & Ingram, 2008).

Diversi studi hanno dimostrato che il supporto sociale rappresenta un fattore di protezione rispetto alla psicopatologia che può emergere nel corso della vita e anche durante la gravidanza e il primo periodo post partum: infatti, la depressione prenatale e postnatale

correlano inversamente con il supporto sociale (Aktas & Calik, 2015). Milgrom e colleghi (2019) hanno condotto uno studio longitudinale volto a indagare la relazione tra il supporto sociale e il benessere psicologico in un gruppo di donne in gravidanza che soddisfano i criteri per un disturbo depressivo e/o d'ansia. Essi hanno confermato che il supporto sociale rappresenta un fattore di protezione rispetto alla psicopatologia, sia in gravidanza che nel periodo post partum: in particolare, è emerso che la relazione tra il supporto sociale e la depressione e/o ansia combinata è molto significativa fino a sei mesi dopo il parto. Inoltre, hanno dimostrato che il supporto sociale è composto da due elementi fondamentali: la rassicurazione del proprio valore (consiste nel vedere riconosciute le proprie abilità) e i legami affidabili (in cui l'individuo può contare sull'aiuto dell'altro). Alti valori di questi due aspetti si associano a scarsi livelli di depressione e ansia (Milgrom et al., 2019). Nel caso specifico della depressione materna post partum, poi, alcuni studi hanno dimostrato che il ruolo del padre è fondamentale: la sensibilità paterna rappresenta un importante fattore di protezione rispetto agli esiti evolutivi infantili nel caso in cui all'interno della famiglia sia presente una madre con una depressione (Vakrat, Apter-Levy & Feldman, 2018). Mentre alcuni studiosi hanno dimostrato che in contesti familiari caratterizzati dalla depressione materna le interazioni padre-bambino sono più funzionali rispetto a quelle con la madre (Hossain et al., 1994), altri hanno riportato come la sensibilità paterna risente notevolmente della psicopatologia materna, probabilmente a causa del fatto che la depressione materna potrebbe esaurire tutte le risorse affettive del padre che, di conseguenza, diventa meno sensibile (Vakrat, Apter-Levy & Feldman, 2018). Tuttavia, nello studio di Vakrat e colleghi (2018) è emerso anche che quando il padre è in grado di sviluppare e mantenere uno stile genitoriale sensibile, esso può ridurre l'impatto negativo che la psicopatologia materna ha sullo sviluppo infantile.

Il supporto sociale svolge una funzione protettiva anche rispetto agli esiti evolutivi del neonato: le donne depresse con scarsi livelli di supporto sociale mostrano più frequentemente parti prematuri e un neonato con un indice di Apgar basso rispetto alle donne depresse con alti livelli di supporto sociale (Nylen, O'Hara & Engeldinger, 2013). Inoltre, lo studio di Stein e colleghi (2014) ha dimostrato che lo scarso supporto sociale e condizioni di vita socialmente svantaggiate si associano a esiti evolutivi negativi.

Infine, il supporto sociale è importante non solo per il rischio psicopatologico, ma in generale per la qualità della vita. Quest'ultima può essere definita come la percezione dell'individuo riguardo la sua posizione nella vita e nel contesto culturale, i suoi sistemi di

valori, le aspettative e le preoccupazioni. Mentre la depressione post partum influenza tutti gli aspetti della qualità della vita, lo studio di Milgrom e colleghi (2019) riporta che il supporto sociale svolge un ruolo protettivo sia verso la depressione postnatale sia verso una scarsa qualità di vita. Queste ricerche suggeriscono, quindi, l'importanza di migliorare e potenziare la rete di supporto sociale di ciascun individuo non solo per diminuire il rischio psicopatologico, ma per la qualità della vita in generale (Milgrom et al., 2019).



## Capitolo 3

### Il coparenting

Lo studio delle interazioni genitore-bambino ha inizialmente adottato una prospettiva diadica: il focus è stato in gran parte rivolto separatamente alle interazioni madre-bambino o alle interazioni padre-bambino. Nelle ultime decadi, invece, l'attenzione dei ricercatori si è spostata sul sistema "famiglia", considerandola come un sistema composto da sottosistemi che svolgono funzioni diverse come la coniugalità (rapporto tra i *partner*), la genitorialità (rapporto di ciascun genitore con il figlio) e la cogenitorialità (rapporto tra i *partner* nel loro ruolo di genitori) (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Questo passaggio ad una nuova visione delle interazioni familiari mette in luce l'importanza del padre sia nel suo coinvolgimento diretto nell'accudimento del figlio, sia come fattore di mediazione della relazione madre-bambino grazie alla cooperazione e al supporto forniti alla compagna nello svolgimento della funzione genitoriale. Infine, numerose ricerche hanno dimostrato l'importanza della presenza di un padre sensibile e adeguato nella quotidianità del bambino per il suo sviluppo cognitivo, affettivo-relazionale e comportamentale (Sarkadi et al., 2008).

#### 3.1 Ruolo del padre

Per molto tempo la figura paterna è stata considerata importante in quanto principale responsabile dell'insegnamento autoritario della disciplina e del sostentamento economico della famiglia. Negli ultimi anni, invece, è stato rilevato un maggior coinvolgimento dei padri anche nelle cure e nella quotidianità dei figli (Genesoni & Tallandini, 2009). Di conseguenza, è stato rivalutato il ruolo della madre come unica responsabile della cura dei figli. A partire dagli anni Sessanta, infatti, ha cominciato a diffondersi un modello multicomponenziale e complesso dello sviluppo che descrive il bambino come un individuo attivo sin dalla nascita e le cui abilità si sviluppano non solo all'interno della relazione con la madre, ma, in generale, attraverso le interazioni con i *caregivers*: pertanto è stata riconosciuta l'importanza di entrambi i genitori per il processo di sviluppo (Stern, 1985). A ciò si aggiungono le trasformazioni sociali che hanno contraddistinto le famiglie contemporanee, in cui entrambi i *partner* possiedono, nella maggior parte dei casi, impegni lavorativi extrafamiliari: si è verificata, quindi, un'evoluzione dai ruoli genitoriali tradizionali a una sempre maggiore co-genitorialità, interscambiabilità e condivisione dei ruoli e delle funzioni relative alle cure dei figli. Di conseguenza, la relazione padre-bambino viene riconosciuta come importante, indipendente e interdipendente con quella

madre-bambino (Lamb, 1977). Nonostante ciò, alcune ricerche hanno dimostrato che il tempo che i padri trascorrono con i figli è dedicato principalmente al gioco e avviene prevalentemente in contesti interattivi triadici, anziché in momenti esclusivi per la diade padre-bambino, mentre la principale responsabile delle cure materiali rimane la donna (Parke, 2002). A ciò si aggiunge il fatto che l'uomo risente della mancanza, nelle generazioni precedenti, di un modello maschile presente nella quotidianità e non autoritario con cui identificarsi durante la costruzione dell'identità paterna: ne derivano una serie di insicurezze riguardo le proprie abilità e la propria identità di padre (Maggioni, 2000). A tal proposito, risulta essere particolarmente influente la madre: la sua percezione riguardo l'abilità e l'impegno del padre nelle cure rappresenta un fattore predittivo dell'assunzione di un ruolo di accudimento da parte di quest'ultimo, dimostrando, quindi, l'importanza del sostegno della *partner* ai fini della genitorialità (McBride & Rane, 1997). Diverse ricerche, poi, hanno evidenziato altri fattori in grado di influenzare la paternità. In primo luogo, risultano essere particolarmente rilevanti alcune caratteristiche di personalità dei padri: coloro che possiedono alti livelli di coscienziosità e apertura alle nuove esperienze in epoca prenatale mostrano una maggiore qualità dei comportamenti genitoriali nove mesi post partum, una maggiore affettività positiva verso i figli, più alti livelli di meticolosità e organizzazione del comportamento genitoriale, un miglior adattamento alla genitorialità e una minore sensazione di essere sopraffatto dai compiti di cura (Altenburger & Schoppe-Sullivan, 2020). In secondo luogo, anche alcuni fattori contestuali possono influenzare la paternità: particolarmente rilevanti risultano la soddisfazione coniugale e la co-genitorialità (Belsky, 1984; Cabrera et al., 2014). A tal proposito, è stato dimostrato che una minore soddisfazione coniugale si associa a un minore coinvolgimento paterno nelle cure e, in generale, a una minore qualità genitoriale; tuttavia, il coparenting è risultato essere un predittore più affidabile della qualità genitoriale rispetto alla soddisfazione coniugale (Feinberg, 2003): infatti, è stata individuata un'associazione positiva tra una co-genitorialità supportiva e la responsività paterna e il suo coinvolgimento nella quotidianità del figlio (Altenburger & Schoppe-Sullivan, 2020). Inoltre, Belsky (1984) e Cabrera e colleghi (2014) considerano l'attività lavorativa del padre come un predittore della qualità genitoriale: i padri che non sono soddisfatti del loro lavoro fanno fatica a impegnarsi nelle cure infantili. A tal proposito, è stato dimostrato che la scarsa soddisfazione lavorativa interferisce con i comportamenti paterni attraverso una diminuzione delle energie, dell'umore e del tempo a disposizione (Cabrera et al.,

2014). In terzo luogo, risultano rilevanti ai fini della paternità anche le caratteristiche temperamentali del bambino (Belsky, 1984).

Negli ultimi anni, quindi, le ricerche si sono focalizzate sul ruolo del padre sia per la sua partecipazione concreta nell'accudimento dei figli sia come fonte di mediazione della relazione madre-bambino attraverso il supporto e la cooperazione fornite nell'adempimento delle funzioni genitoriali e coniugali. Nello specifico, il concetto di coinvolgimento paterno comprende tre elementi (Lamb et al., 1987): impegno (nelle interazioni dirette con il bambino, come ad esempio giocare, esplorare l'ambiente, e nel prendersene cura), accessibilità (disponibilità fisica, emotiva e psicologica anche quando non coinvolto in interazioni dirette con il bambino) e responsabilità (partecipazione alle decisioni che riguardano il figlio). La letteratura riguardante i comportamenti genitoriali ha rilevato delle differenze tra madre e padre durante le interazioni con il bambino: la donna si occupa principalmente dei bisogni primari del bambino, mentre l'uomo privilegia il gioco fisico e la presentazione di stimoli nuovi generando uno stato di eccitazione ed euforia nel bambino (McHale, 2010). Inoltre, mentre le interazioni madre-bambino sono caratterizzate da scambi faccia a faccia, vocalizzazioni, giochi di sguardi e tocchi affettuosi, il pattern interattivo paterno prevede tipicamente picchi di emotività, risate condivise, esuberanza ed energia (Swain et al., 2014). L'esposizione a questo tipo di interazioni consente al bambino di sviluppare una migliore capacità di gestire le emozioni intense e di ridurre l'aggressività con conseguenti migliori abilità sociali e relazionali (Wilson & Prior, 2011). Infatti, l'attenzione prestata al coinvolgimento paterno trova spiegazione nelle sue importanti implicazioni per lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale dei figli (Sarkadi et al., 2008). Nello specifico, il coinvolgimento paterno nella quotidianità del figlio sembra favorire la socievolezza e un locus of control interno, il senso di responsabilità, un maggiore controllo degli impulsi e la capacità di posticipare la gratificazione (Akande, 1994). Altri studi riportati da Sarkadi e colleghi (2008) hanno dimostrato che la presenza del padre durante l'infanzia comporta una diminuzione dei problemi comportamentali in adolescenza, migliori abilità sociali e relazionali e migliori risultati scolastici. Al contrario, l'assenza del padre può essere considerata uno dei principali fattori di rischio nel delineare traiettorie evolutive disfunzionali (Akande, 1994).

### 3.2 Coparenting e adattamento di coppia

Come visto nei capitoli precedenti, durante il processo di transizione verso la genitorialità i neogenitori affrontano grandi cambiamenti, il più importante dei quali riguarda il passaggio da un sistema interattivo diadico a uno triadico (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Il termine “coparenting” descrive il modo in cui due individui collaborano e cooperano nel difficile compito di crescere un bambino (Feinberg, 2003). La sua qualità influenza la funzione genitoriale, lo sviluppo del bambino e l’adattamento del singolo genitore alla genitorialità: per esempio, alcuni studi riportati da Feinberg (2003) hanno dimostrato che scarsi livelli di coparenting si associano a problemi emotivi e comportamentali nel bambino e nell’adolescente. Inoltre, Feinberg (2003) ha proposto un modello di coparenting costruito sulla base di studi precedenti: esso prevede quattro elementi tra loro interdipendenti:

- Accordo o disaccordo riguardo questioni inerenti la cura e l’educazione dei figli. Di per sé il disaccordo sull’educazione dei figli non comporta necessariamente esiti familiari negativi: infatti, i genitori che riconoscono di non essere in accordo su determinate questioni potrebbero riuscire a mantenere comunque alti livelli di supporto reciproco negoziando il disaccordo e raggiungendo un compromesso; invece, un disaccordo costante tra i due può comportare una vera e propria rottura dell’equilibrio co-genitoriale, fino ad arrivare a ostilità e conflitti.
- Divisione dei compiti, dei doveri e delle responsabilità riguardo la cura del bambino e della famiglia in generale. A tal proposito, le madri riportano che le faccende domestiche rappresentano il principale motivo di conflitto inter-coniugale subito dopo la nascita del bambino. In generale, durante la transizione alla genitorialità la percezione di un’equa distribuzione dei compiti si associa a un aumento della soddisfazione coniugale, mentre il contrario comporta una diminuzione della qualità della relazione di coppia.
- Supporto o atteggiamento critico. Questa componente fa riferimento al livello di supporto reciproco tra i genitori e consiste nel riconoscimento del contributo e delle decisioni dell’altro *partner*; al contrario, il supporto co-genitoriale può venire compromesso da atteggiamenti di critica, competizioni e attribuzioni di colpe (McHale, 1997). Il supporto co-genitoriale rappresenta una forma di supporto sociale particolarmente importante: esso è strettamente legato agli esiti evolutivi del figlio, alle competenze genitoriali e all’adattamento materno e paterno alla genitorialità. Inoltre, il supporto co-genitoriale rappresenta un fattore di protezione rispetto la depressione materna e/o paterna grazie al suo

ruolo di mediazione nei confronti della *self-efficacy* genitoriale: il ripetersi di successi genitoriali comporta un aumento della fiducia nei propri mezzi in quanto genitore e, contemporaneamente, il coparenting può aiutare a riconoscere e migliorare la propria capacità di affrontare le difficoltà che la genitorialità porta con sé (Feinberg, 2003).

- Gestione delle interazioni familiari, la quale riguarda tre elementi: conflitti, alleanze ed equilibrio. In primo luogo, i conflitti inter-genitoriali possono interferire con la capacità genitoriale di crescere adeguatamente i figli (in alcuni casi questi ultimi diventano dei veri e propri capri espiatori) e compromettere il senso di sicurezza infantile e la capacità di regolare le emozioni negative sia nel bambino che nell'adulto; inoltre, essi si associano a scarsa qualità genitoriale e a problemi internalizzanti e/o esternalizzanti nel figlio. In secondo luogo, il bambino può venire trascinato al centro del conflitto inter-genitoriale e diventare una vera e propria “pedina”: in questi casi si utilizza il termine “triangolazione” per indicare la formazione di una coalizione genitore-bambino manifesta o segreta (McHale, 1997). A tal proposito diversi studi hanno dimostrato numerosi effetti negativi sulle dinamiche interne alla famiglia e sugli esiti evolutivi infantili derivanti dal processo di triangolazione. In terzo luogo, risulta importante anche l'equilibrio tra le interazioni genitore-bambino, ossia la quantità di tempo che ciascun genitore trascorre con il bambino e impiega in interazioni triadiche (Feinberg, 2003).

Il coparenting risente dell'influenza di molteplici fattori individuali (caratteristiche temperamentali, salute fisica e mentale dei singoli genitori e del bambino), familiari (capacità degli adulti di riferimento di trovare un compromesso in caso di disaccordo) ed extra-familiari (eventi di vita stressanti/avversi e presenza di una rete di supporto extra-familiare) (Belsky, 1984). Inoltre, esso media l'adattamento della coppia alla genitorialità e la crescita del bambino (Feinberg, 2003) e funge da moderatore tra i fattori di rischio (individuali, familiari, extra-familiari) e gli esiti a livello genitoriale e infantile: è stato dimostrato che un coparenting positivo e forte riesce a proteggere la qualità dei comportamenti genitoriali e lo sviluppo infantile dagli effetti negativi derivanti dalla presenza di una psicopatologia in uno dei due genitori (Floyd, Gilliom & Costigan, 1998).

Per quanto riguarda l'adattamento di coppia durante la transizione alla genitorialità uno studio di Velotti, Castellano e Zavattini (2011) ha dimostrato, attraverso l'uso della *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1989), che durante la gravidanza gli individui che stanno per diventare genitori mostrano livelli maggiori di adattamento di coppia rispetto a coloro che non

sperimentano questa fase di vita: è come se essa donasse ai neogenitori una maggiore sensazione di felicità e benessere che porta, in alcuni casi, a una vera e propria idealizzazione della relazione di coppia (Cowan & Cowan, 2000). Contemporaneamente, questo periodo è caratterizzato da un maggiore bisogno di supporto reciproco. Sei mesi dopo il parto i neogenitori mostrano una diminuzione dei livelli di adattamento di coppia, mentre le coppie che non hanno avuto figli mantengono un livello più stabile (Velotti, Castellano & Zavattini, 2011). Partendo dal presupposto che la DAS (*Dyadic Adjustment Scale*) valuta quattro componenti della qualità coniugale (consenso diadico, soddisfazione diadica, coesione diadica ed espressione di affetto), lo studio di Velotti, Castellano & Zavattini (2011) ha riscontrato un maggiore decremento nell'espressione di affetto verso il *partner* nel periodo post partum: questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che il bambino assume un ruolo centrale nella coppia e l'attenzione di entrambi i genitori è rivolta a lui (Feeney et al., 2001).

### **3.3 Soddisfazione coniugale**

La transizione alla genitorialità rappresenta un periodo particolarmente stressante per molte coppie, in cui spesso si registra una diminuzione della soddisfazione coniugale (Cowan & Cowan, 2000); tuttavia, come riportato da Smallen e colleghi (2022), si tratta di un fenomeno che ammette un'ampia variabilità dal momento che alcune coppie mostrano una maggiore stabilità o solo un leggero decremento della soddisfazione relazionale dopo la nascita del figlio. Si tratta, infatti, di una fase di vita segnata da alcuni cambiamenti significativi: diminuzione del tempo trascorso insieme al *partner* e dedicato al confronto e alla comunicazione, diminuzione delle espressioni di affetto, interferenza con l'attività sessuale, divisione dei compiti più tradizionale, aumento delle credenze negative riguardo la vita coniugale (Velotti, Castellano & Zavattini, 2011) a cui si aggiungono preoccupazioni economiche, deprivazione del sonno, stanchezza e nuovi fattori stressanti (Cowan & Cowan, 2000). In questa situazione, quindi, la qualità della relazione di coppia dipende, almeno in parte, dal supporto fornito dal *partner*: tuttavia, le sfide che il neogenitore è chiamato ad affrontare sembrano diminuire la sua capacità di fornire un supporto all'altro e, contemporaneamente, lo portano a percepire livelli inferiori di supporto da parte del *partner* con conseguente indebolimento della soddisfazione coniugale (Smallen et al., 2022). Nel valutare la soddisfazione coniugale bisogna prendere in considerazione diversi elementi, come l'età dei *partner*, la durata del matrimonio e lo *status* socioeconomico: a tal proposito, alcuni studi riportati da Velotti e colleghi (2011) hanno dimostrato che avere il primo figlio più tardi nel corso del matrimonio si associa a livelli

superiori di soddisfazione coniugale rispetto a coloro che diventano genitori in giovane età o subito dopo il matrimonio. Anche la responsività e il supporto reciproco tra i *partner* giocano un ruolo fondamentale per la soddisfazione coniugale: quando un individuo riceve una buona quantità di supporto da parte del coniuge si instaura un circolo tale per cui lui stesso è più motivato a fornire supporto all'altro (Smallen et al., 2022). Nonostante le interazioni responsive e supportive favoriscano una diminuzione dello stress, in alcune situazioni stressanti (come la genitorialità) l'aiuto del compagno/a non riesce a ridurre il distress; anzi, lo stress derivante dal doversi porre continuamente a supporto dell'altro può comportare implicazioni negative per la qualità e la soddisfazione della relazione di coppia (Inagaki & Orehek, 2017). Smallen e colleghi (2021) hanno condotto uno studio longitudinale volto ad indagare in che modo la percezione del supporto del *partner* influenza la soddisfazione coniugale in un gruppo di neogenitori dalla gravidanza fino ai due anni di vita del bambino. Risultati (Smallen et al., 2021): scarsi livelli di responsività fornita e ricevuta si associano a un peggioramento della soddisfazione coniugale, mentre in situazioni di scarso stress gli alti livelli di supporto fornito e ricevuto si associano a un aumento della soddisfazione; coloro che riportano alti livelli di stress genitoriale e di supporto fornito al *partner* mostrano un declino della soddisfazione di coppia probabilmente dovuto al fatto che il mostrarsi continuamente responsivo prosciuga le risorse psicologiche già messe a dura prova dal periodo particolarmente stressante. In particolare, è emerso che i neogenitori che riportano alti livelli di stress genitoriale e di supporto fornito al *partner* mostrano un declino maggiore della soddisfazione coniugale soprattutto se essi possiedono uno stile di attaccamento evitante o se intrattengono interazioni più negative con il compagno/a (Smallen et al., 2022). A tal proposito, le ricerche dimostrano che fornire supporto comporta benefici psicologici solo se l'individuo può scegliere di fornirlo (Inagaki & Orehek, 2017): questo risulta essere particolarmente vero per quegli individui che possiedono uno stile di attaccamento evitante, in cui il forte bisogno di autonomia e indipendenza associato a una sensazione di obbligatorietà nel fornire supporto all'altro può comportare la percezione di essere dipendente o limitato dall'altro con conseguente diminuzione della soddisfazione coniugale (Kohn et al., 2012). In generale, sentirsi obbligato a fornire supporto in una situazione stressante può implicare l'emergere di ulteriore stress e di conflitti all'interno della relazione con conseguente peggioramento della soddisfazione (Smallen et al., 2021).

Alcuni studiosi hanno affrontato il tema della soddisfazione coniugale all'interno della cornice teorica dell'attaccamento: sembra esistere una continuità tra l'attaccamento infantile,

l'attaccamento nei confronti del *partner* in età adulta e l'adattamento coniugale durante la transizione alla genitorialità (Velotti, Castellano & Zavattini, 2011). Durante periodi di vita particolarmente stressanti uno stile di attaccamento sicuro nei confronti del *partner* si associa a una sua percezione più positiva, strategie di coping più funzionali e aspettative più positive riguardo il supporto che si riceverà da parte del compagno/a: si tratta di individui capaci di fornire e accettare il supporto dell'altro con conseguente rafforzamento della loro relazione (Velotti, Castellano & Zavattini, 2011). Al contrario, uno stile di attaccamento insicuro può comportare maggiori compromissioni a carico della qualità relazionale (Kohn et al., 2012; Velotti, Castellano & Zavattini, 2011).

Infine, la genitorialità rappresenta un periodo sensibile anche per il benessere sessuale a causa di una serie di fattori biologici, psicologici e relazionali: gran parte dei neogenitori, infatti, riporta l'emergere di nuove preoccupazioni sessuali come la mancanza di tempo ed energie, differenze nei desideri sessuali tra i due *partner* e peggiore percezione del proprio corpo (Schlagintweit et al., 2016). Come riportato nello studio di Rosen e colleghi (2021), il benessere sessuale comprende diversi elementi come la frequenza dell'attività sessuale, il desiderio sessuale, la soddisfazione sessuale e il distress sessuale. Per quanto riguarda la frequenza sessuale, uno studio ha rivelato che questa diminuisce progressivamente durante la gravidanza e che a distanza di tre mesi dal parto ricomincia ad aumentare fino a raggiungere i livelli pre-gravidanza intorno ai 12 mesi di vita del figlio (Rosen et al., 2021). Per quanto riguarda il desiderio sessuale e la soddisfazione sessuale, essi subiscono un declino nelle donne a partire dalla gravidanza fino al terzo mese post partum, mentre gli uomini mostrano risultati contrastanti: alcuni riportano una diminuzione, mentre altri non mostrano cambiamenti significativi (Rosen et al., 2020). Invece, pochi studi hanno indagato il distress sessuale durante la transizione alla genitorialità, il quale comprende una serie di emozioni negative riguardanti la propria vita sessuale come colpa, frustrazione, imbarazzo e rabbia: esso risulta essere più frequente nelle neomamme rispetto alle donne che non si trovano in questa fase di vita (Schlagintweit et al., 2016; Vannier & Rosen, 2017). Lo studio di Rosen e colleghi (2020) ha dimostrato che la maggior parte delle coppie non presenta un distress sessuale significativo, nonostante le donne mostrino un aumento del distress sessuale dalla gravidanza fino ai tre mesi post partum. In conclusione, prendere in considerazione il benessere sessuale della coppia è importante alla luce dei suoi effetti sulla soddisfazione coniugale e su eventuali conflitti interconiugali (Vannier & Rosen, 2017).

L'esperienza del proprio ruolo genitoriale, quindi, è influenzata da una molteplicità di fattori riguardanti il singolo genitore, la genitorialità (rapporto di ciascun genitore con il figlio), la cogenitorialità (rapporto tra i *partner* nel ruolo di genitori) e la coniugalità (rapporto tra i *partner*).



## Capitolo 4

### La ricerca

Il presente elaborato si inserisce all'interno di un progetto di ricerca, ancora in corso, che si pone l'obiettivo di ampliare le conoscenze riguardo i fattori che influenzano la capacità materna di regolazione emotiva e la disponibilità emotiva durante momenti di interazione diadica come il gioco. Infatti, lo scopo ultimo di questa ricerca consiste nel contribuire alla definizione di un modello psico-dinamico dell'insieme di fattori psicologici (propri della madre e del suo bambino) e contestuali che influenzano la capacità di regolazione emotiva materna e che, quindi, possono avere delle implicazioni per la qualità delle interazioni diadiche madre-bambino.

#### 4.1 Obiettivi e ipotesi

In particolare, il presente elaborato si pone l'obiettivo di indagare l'influenza di alcuni fattori di protezione e di rischio ampiamente riconosciuti in letteratura sul benessere psicologico materno e sulla qualità delle interazioni diadiche, prestando particolare attenzione, in quest'ultimo caso, al costrutto di disponibilità emotiva.

Obiettivi e ipotesi:

1. Indagare la relazione tra stress genitoriale materno e caratteristiche subcliniche di ansia e depressione nel gruppo di mamme partecipanti alla presente ricerca. In linea con quanto riportato in letteratura, ci si aspetta che l'ansia e la depressione perinatali rappresentino dei predittori affidabili dello stress genitoriale: nello specifico, si ipotizza che all'aumentare dei livelli di ansia e depressione aumenti anche lo stress genitoriale (Leigh & Milgrom, 2008; Saisto et al., 2008; Vismara et al., 2016).

2. Indagare la presenza di una relazione tra stress genitoriale materno e supporto sociale, facendo particolare riferimento al supporto ricevuto da parte del *partner*. In merito a ciò, ci si aspetta che alti livelli di supporto ricevuto da parte del *partner* si associno a livelli inferiori di stress genitoriale materno. In generale, in letteratura è stato ampiamente dimostrato che il supporto del *partner* comporta livelli inferiori di stress genitoriale materno (Meadows, 2011). Tuttavia, tra le variabili prese in considerazione nel presente elaborato per indagare l'influenza del supporto del *partner* sullo stress materno, in letteratura è stato

riportato solo il ruolo significativo svolto dalla divisione delle faccende domestiche (Sampson, Villarreal & Padilla, 2015).

3. Indagare la presenza di una relazione tra stress genitoriale materno e qualità dell'interazione diadica, prestando particolare attenzione al costrutto di disponibilità emotiva materna. A tal proposito ci si aspetta che maggiori livelli di stress genitoriale materno percepito si associno ad una minore disponibilità emotiva materna e, in particolare, a una minore sensibilità e strutturazione accompagnate da maggiori livelli di ostilità e intrusività. In letteratura gli studi che hanno indagato la relazione tra stress materno e disponibilità emotiva materna sono pochi (Stack et al., 2012) e hanno dimostrato che i livelli di stress materno sono in grado di predire la qualità dell'interazione diadica: nello specifico, elevati livelli di stress materno si associano a un atteggiamento materno ostile e, al contrario, bassi livelli di stress genitoriale si accompagnano a una maggiore sensibilità e strutturazione.

## **4.2 Partecipanti**

Per il presente elaborato sono state reclutate 30 mamme di età compresa tra i 28 e i 44 anni ( $M=35,40$ ;  $DS=3,92$ ) e i loro bambini, 20 femmine e 10 maschi, con un'età compresa tra i 6 e i 32 mesi ( $M=16,83$ ;  $DS=7,47$ )<sup>1</sup>. I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio sono l'essere genitori di bambini con sviluppo tipico, nati a termine e senza ritardi pervasivi dello sviluppo o gravi insufficienze neurologiche.

Le diadi sono state reclutate attraverso il passa parola e attività di volantinaggio presso spazi dedicati ai bambini, come asili e ludoteche. Le mamme hanno aderito volontariamente al progetto di ricerca e prima di iniziare la compilazione dei questionari hanno firmato il consenso informato.

Del campione preso in considerazione, tutte le partecipanti hanno cittadinanza italiana (100%); 20 donne sono sposate (69%) e 9 convivono (31%). Tra le donne sposate la durata del matrimonio è molto variegata ed è compresa tra i 3 anni e gli 11 anni ( $M=5,93$ ;  $DS=2,59$ ). Per

---

<sup>1</sup> Il progetto di ricerca in cui si inserisce il presente elaborato prevede il reclutamento di 80 diadi madre-bambino, quest'ultimo con un'età compresa tra i 6 e i 36 mesi, reclutate attraverso il passaparola e attività di volantinaggio presso alcuni asili nidi della provincia di Padova. Dal momento che il progetto di ricerca è ancora in corso, nel presente elaborato verranno riportati e analizzati i dati raccolti su un campione di numerosità ridotta ( $N=30$ ). Tuttavia, a causa di un problema tecnico, i dati riguardanti il Parenting Stress Index (PSI) sono stati raccolti solo su 22 madri.

quanto riguarda il livello educativo delle mamme che compongono il campione: 5 hanno completato le scuole superiori (16,7%), 2 hanno iniziato ma non terminato un percorso universitario (6,7%), 12 hanno concluso l'Università (40%), 1 ha iniziato ma non terminato il post-laurea (3,3%) e 10 hanno completato il percorso post-laurea (33,3%). La tabella 4.1 mostra le principali caratteristiche socio-demografiche del campione preso in considerazione.

**Tabella 4.1.** *Dati sociodemografici di mamme e bambini*

| <b>Dati socio-demografici<br/>(n=30)</b> | <b>M</b> | <b>DS</b> |
|------------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Età madre</b>                         | 35,40    | 3,92      |
| <b>Età bambino</b>                       | 16,83    | 7,47      |
| <b>Durata matrimonio</b>                 | 5,93     | 2,59      |

### 4.3 Strumenti

#### 4.3.1 Questionario socio-demografico

Si tratta di un questionario creato ad hoc per il progetto di ricerca che ha lo scopo di raccogliere informazioni di natura anagrafica, socio-culturale ed economica. Inoltre, vengono poste alcune domande che valutano l'andamento della gravidanza a posteriori e lo stile di vita della madre dopo la nascita del bambino. Per il presente elaborato, tra le varie domande contenute all'interno del questionario socio-demografico, ne sono state selezionate alcune che si riferiscono precisamente al ruolo del *partner* con lo scopo di valutare in che modo la sua presenza influenzi il benessere psicologico della donna (Tabella 4.2).

**Tabella 4.2.** *Domande inerenti la percezione materna del supporto del partner*

| <b>Domande riguardanti il supporto del partner</b>                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Al momento del parto c'era con lei il padre del bambino/un parente per assisterla?</i>                  |
| <i>Chi era?</i>                                                                                            |
| <i>Quanto le è stato di aiuto?</i>                                                                         |
| <i>Si ritiene soddisfatta della quantità di cose e dei progetti reciproci di cui parla con suo marito?</i> |
| <i>Si trova d'accordo con suo marito sulle decisioni da prendere nella vita quotidiana?</i>                |
| <i>Si sente aiutata dal marito nelle faccende domestiche?</i>                                              |

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Considera suo marito un bravo “padre”?</i>                                                               |
| <i>Ogni quanto lei e suo marito lasciate il vostro bambino per passare un po' di tempo insieme da soli?</i> |
| <i>Ha occasione durante la settimana di uscire alla sera con suo marito?</i>                                |

#### 4.3.2 Parenting Stress Index (PSI)

Il *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1995) è un questionario che valuta lo stress percepito dal genitore. Sono disponibili due versioni del presente questionario: una forma estesa e una breve. In questo elaborato è stata utilizzata la versione breve (PSI-SF) composta da 36 item. Il questionario valuta tre fattori che contribuiscono allo stress genitoriale:

- Distress genitoriale: 12 item che valutano il livello di stress derivante da fattori legati al genitore stesso (esempio: insicurezze, scarsa autostima, psicopatologia);
- Interazione genitore-bambino disfunzionale: 12 item che valutano il livello di stress genitoriale derivante dalla percezione del figlio come non rispondente alle proprie aspettative e che può portare l'adulto a non sentirsi rinforzato nel suo ruolo di genitore;
- Bambino difficile: 12 item che valutano il livello di stress genitoriale derivante da caratteristiche proprie del bambino che lo rendono difficile da gestire (esempio: difficoltà di autoregolazione, difficoltà temperamentali).

Inoltre, è presente una scala di Risposta Difensiva che valuta la tendenza del soggetto a fornire un'immagine più positiva di Sé.

Ad ogni item viene fornita una risposta su scala Likert da 1 (“fortemente d'accordo”) a 5 (“fortemente in disaccordo”). Dall'insieme degli item si ottiene il punteggio di Stress Totale, il quale fornisce un'indicazione del livello di stress che il genitore sta sperimentando.

#### 4.3.3 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Il *Beck Depression Inventory* (BDI) è un questionario autocompilativo, composto da 21 item, utile per valutare la presenza e la gravità di una sintomatologia depressiva prendendo in considerazione le ultime due settimane; nel presente elaborato è stata utilizzata la seconda versione (Beck, Steer & Brown, 1996). Ad ogni item viene fornita una risposta su scala Likert da 0 (punteggio più basso) a 3 (punteggio più alto). Sommando i punteggi di ogni item si ottiene

il punteggio totale. Di conseguenza, il punteggio massimo che può essere raggiunto da ciascun partecipante è di 63 punti: punteggi tra 0 e 13 indicano livelli di sintomi depressivi normali o minimi; punteggi tra 14 e 19 indicano una depressione lieve; punteggi tra 20 e 28 indicano una depressione moderata; infine, punteggi tra 29 e 63 indicano livelli estremamente severi di depressione.

#### **4.3.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)**

Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) è un questionario autocompilativo, composto da 40 item, utile per la misurazione dell'ansia di stato e di tratto. Infatti, questo strumento è suddiviso in due scale: 20 item consentono di valutare l'ansia di stato (Y1), ossia come l'individuo si sente nel momento della compilazione del questionario e 20 item valutano l'ansia di tratto (Y2), ossia come l'individuo si sente abitualmente. Ad ogni item viene fornita una risposta su scala Likert da 1 ("per nulla") a 4 ("moltissimo"). Il punteggio totale per ogni scala si ottiene sommando il punteggio attribuito ad ogni item: quindi, ogni partecipante può raggiungere un punteggio massimo di 80 punti per scala. Un punteggio inferiore a 40 indica l'assenza di una sintomatologia ansiosa; punteggi compresi tra 40 e 50 indicano una sintomatologia lieve; punteggi tra 50 e 60 indicano una sintomatologia moderata; infine, punteggi superiori a 60 indicano livelli estremamente severi di ansia.

#### **4.3.5 Emotional Availability Scales (EAS)**

Come riportato nel primo capitolo del presente elaborato, Biringen e Robinson (1991) hanno operazionalizzato il costrutto di disponibilità emotiva dando origine alle *Emotional Availability Scales* (EAS), uno strumento che consente di valutare la qualità delle interazioni diadiche attraverso l'osservazione degli scambi che avvengono tra genitore e bambino. Esse prevedono la video-registrazione di un'interazione diadica della durata di circa 20 minuti in cui i due protagonisti vengono lasciati liberi di interagire e di giocare; due osservatori esterni attribuiscono poi dei punteggi ad ogni scala. Infatti, le EAS sono composte da sei dimensioni, quattro delle quali si riferiscono ai comportamenti del genitore e due ai comportamenti del bambino: a ciascuna viene attribuito un punteggio su scala Likert da 1 (punteggio più basso) a 7 (punteggio più alto). Le dimensioni valutate nel genitore sono:

- Sensibilità (*sensitivity*), ossia la capacità genitoriale di saper cogliere e rispondere in modo adeguato ai segnali del bambino e di essere emotivamente sintonizzato con esso;
- Strutturazione (*structuring*), ossia la capacità genitoriale di strutturare in modo adeguato l'ambiente per favorire l'esplorazione del bambino, fornendo delle stimolazioni adeguate al suo livello di sviluppo e delle regole che costituiscono dei confini entro cui il bambino può muoversi ed esplorare;
- Non intrusività (*nonintrusiveness*), ossia la capacità genitoriale di essere disponibile nei confronti del bambino senza interferire con la sua attività e invaderne l'autonomia;
- Non ostilità (*nonhostility*), ossia la capacità di relazionarsi con il bambino attraverso modalità pazienti, piacevoli e adeguate.

Le dimensioni valutate nel bambino sono:

- Responsività (*responsivity*): indica la propensione emotiva e comportamentale del bambino ad interagire con il genitore in seguito a un invito esplicito di quest'ultimo;
- Coinvolgimento (*involvement*): indica la tendenza del bambino a ricercare e coinvolgere il genitore durante il gioco.

Per ogni scala un punteggio da 7 a 5,5 indica un'interazione ottimale (buona sensibilità, buona strutturazione, scarse intrusività e ostilità da parte del genitore e buona responsività e coinvolgimento da parte del bambino); un punteggio compreso tra 5 e 3,5 indica la presenza di alcuni aspetti problematici all'interno dell'interazione; infine, un punteggio inferiore a 3 indica la presenza di severe problematicità nell'interazione diadica.

Nel presente elaborato è stata utilizzata la quarta versione delle *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen, 2008).

#### **4.4 Procedura**

Il progetto di ricerca è stato adeguatamente illustrato alle partecipanti via e-mail; poi, esse hanno firmato il consenso informato e iniziato la compilazione dei questionari. La prima fase, infatti, prevede la somministrazione di vari questionari autocompilativi e disponibili online volti alla raccolta di alcune informazioni socio-demografiche e alla valutazione di aspetti psicologici materni. In seguito, alle madri è stato proposto un colloquio di preparazione in cui

è stata spiegata la procedura di somministrazione dello strumento successivo: le *Emotional Availability Scales*. Infine, le madri sono state invitate a collegarsi sulla piattaforma Zoom e ad essere video-registrate durante un momento di gioco libero con il proprio bambino della durata di circa 20 minuti.



## Capitolo 5

### Risultati

In questo capitolo verranno riportati i risultati ottenuti dall'analisi dei dati. I dati raccolti per la presente ricerca sono stati elaborati attraverso il software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science, 1968).

Inizialmente, verranno riportate le statistiche descrittive e le analisi preliminari condotte sulle variabili di interesse in modo da restituire una panoramica dei dati oggetto di studio. Successivamente, verranno riportati i risultati relativi agli obiettivi del presente elaborato:

1. Per indagare l'esistenza di una relazione tra stress genitoriale materno e caratteristiche subcliniche di ansia e depressione sono state analizzate le correlazioni tra le sottoscale del PSI (*Parenting Stress Index*), il BDI (*Beck Depression Inventory*) e lo STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*);
2. Per indagare l'esistenza di una relazione tra stress genitoriale materno e supporto ricevuto da parte del *partner* sono state analizzate le correlazioni tra le sottoscale del PSI (*Parenting Stress Index*) e le domande del questionario socio-demografico che si riferiscono ad aspetti di co-genitorialità (Tabella 4.2 del capitolo precedente);
3. Per indagare l'esistenza di una relazione tra stress genitoriale materno e qualità delle interazioni diadiche madre-bambino sono state analizzate le correlazioni tra le sottoscale del PSI (*Parenting Stress Index*) e le sei dimensioni delle EAS (*Emotional Availability Scales*).

## 5.1 Analisi descrittive delle variabili di interesse

### 5.1.1 Stress genitoriale materno

Vengono di seguito riportate le statistiche descrittive relative allo stress genitoriale materno valutato attraverso la compilazione del questionario sullo stress genitoriale (*Parenting Stress Index*; PSI) da parte del campione (N=22). La tabella 5.1 riporta media, deviazione standard, punteggio minimo e massimo ottenuti in ciascuna delle scale che compongono questo strumento di ricerca. Dal campione preso in considerazione emerge che 19 mamme (86,40%)

si collocano nella categoria “nella norma” per quanto riguarda lo stress genitoriale totale, mentre 3 mamme (13,6%) superano il cutoff clinico ( $\text{cutoff}_{\text{PSI}} > 85$ ).

**Tabella 5.1. Media, Deviazione standard, punteggio minimo e massimo dello stress genitoriale materno rilevato sul campione (N=22).** Abbreviazioni: *PSI(TOT)*= stress totale; *PSI(PD)*= distress genitoriale; *PSI(DDI)*= interazioni diadiche disfunzionali; *PSI(DC)*= bambino difficile.

| Stress materno | M     | DS    | Min | Max |
|----------------|-------|-------|-----|-----|
| PSI (TOT)      | 67,64 | 15,27 | 42  | 106 |
| PSI (PD)       | 27,05 | 6,17  | 17  | 42  |
| PSI (DDI)      | 18,05 | 4,38  | 13  | 27  |
| PSI (DC)       | 22,55 | 7,39  | 12  | 41  |

### 5.1.2 Depressione

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative al costrutto di depressione calcolate attraverso la compilazione del questionario *Back Depression Inventory-II* (BDI-II) da parte delle partecipanti (N=30). La tabella 5.2 riporta media, deviazione standard, punteggio minimo e massimo ottenuti dalla compilazione di questo strumento di ricerca.

**Tabella 5.2. Media, Deviazione standard, punteggio minimo e massimo della depressione rilevato sul campione (N=30).**

|             | M    | DS   | Min | Max |
|-------------|------|------|-----|-----|
| Depressione | 6,87 | 6,70 | 0   | 24  |

Dall’analisi dei punteggi ottenuti attraverso la compilazione del *Back Depression Inventory-II* (BDI) emerge che 27 mamme mostrano livelli minimi di depressione, mentre 3 mamme superano il cutoff clinico ( $\text{cutoff}=14$ ) e presentano una sintomatologia depressiva moderata (Tabella 5.3).

**Tabella 5.3. Numero e percentuale di partecipanti rientrante in ciascuna delle categorie della depressione (N=30).**

| Depressione    | N mamme | Percentuale (%) |
|----------------|---------|-----------------|
| Livello minimo | 27      | 90              |
| Livello lieve  | -       | -               |

|                  |    |     |
|------------------|----|-----|
| Livello moderato | 3  | 10  |
| Livello grave    | -  | -   |
| Totale           | 30 | 100 |

### 5.1.3 Ansia di stato e di tratto

Vengono di seguito riportate le statistiche descrittive relative al costrutto dell'ansia calcolate attraverso la compilazione del questionario *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y) da parte del campione (N=30). La tabella 5.4 riporta media, deviazione standard, punteggio minimo e massimo ottenuti nelle due scale (ansia di stato e ansia di tratto) che compongono questo strumento di ricerca.

**Tabella 5.4. Media, Deviazione standard, punteggio minimo e massimo dell'ansia rilevato sul campione (N=30).**

| <b>Ansia materna</b> | <b>M</b> | <b>DS</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> |
|----------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Ansia di stato       | 34,43    | 9,08      | 22         | 61         |
| Ansia di tratto      | 36,13    | 8,78      | 24         | 60         |

Dai risultati delle statistiche descrittive relative ai punteggi ottenuti sull'asse che valuta l'ansia di stato emerge che 22 mamme non presentano una sintomatologia ansiosa, mentre 8 mamme superano il cutoff clinico (cutoff=40): in particolare, 6 donne mostrano una sintomatologia ansiosa lieve ( $40 < \text{cutoff} < 50$ ), una mamma presenta una sintomatologia ansiosa moderata ( $50 < \text{cutoff} < 60$ ) e l'altra mamma una sintomatologia ansiosa grave (cutoff=60) (Tabella 5.5).

**Tabella 5.5. Numero e percentuale di partecipanti (N=30) rientrante in ciascuna delle categorie dell'ansia di stato (N=30).**

| <b>Ansia di stato</b>  | <b>N mamme</b> | <b>Percentuale (%)</b> |
|------------------------|----------------|------------------------|
| Nessuna sintomatologia | 22             | 73,3                   |
| Livello lieve          | 6              | 20                     |
| Livello moderato       | 1              | 3,33                   |
| Livello grave          | 1              | 3,33                   |
| Totale                 | 30             | 100                    |

Invece, per quanto riguarda l'ansia di tratto è emerso che 19 mamme non presentano ansia di tratto, mentre 11 mamme superano il cutoff clinico (cutoff=40): 9 mamme presentano ansia di tratto lieve ( $40 < \text{cutoff} < 50$ ) e 2 mamme ansia di tratto moderata ( $50 < \text{cutoff} < 60$ ) (Tabella 5.6).

**Tabella 5.6. Numero e percentuale di partecipanti rientrante in ciascuna delle categorie dell'ansia di tratto (N=30).**

| <b>Ansia di tratto</b>  | <b>N mamme</b> | <b>Percentuale (%)</b> |
|-------------------------|----------------|------------------------|
| Nessuna sintomatologia  | 19             | 63,33                  |
| Sintomatologia lieve    | 9              | 30                     |
| Sintomatologia moderata | 2              | 6,67                   |
| Sintomatologia grave    | -              | -                      |
| Totale                  | 30             | 100                    |

#### **5.1.4 Supporto del *partner***

Per indagare l'influenza del *partner* sul benessere materno sono state prese in considerazione alcune domande qualitative del questionario socio-demografico. Dalle analisi preliminari del campione preso in considerazione (N=29) è emerso che 24 mamme (82,8%) hanno potuto beneficiare della presenza di qualcuno durante il parto e che, nella maggior parte dei casi, si è trattato del *partner* (75,9%) oppure del *partner* insieme alla propria madre (6,9%). Infine, è emerso che la presenza del *partner* durante il parto sia stato mediamente d'aiuto ( $M=4,17$ ;  $DS=1,09$ ) (Tabella 5.7).

Dal questionario socio-demografico in questione sono state prese in considerazione anche altre variabili qualitative che indagano il punto di vista materno su aspetti di co-genitorialità, come ad esempio la soddisfazione per la quantità di progetti condivisi con il marito, l'accordo sulle decisioni prese nella vita quotidiana, l'aiuto ricevuto nelle faccende domestiche, il considerare il compagno come un "bravo padre", la frequenza delle uscite di coppia e l'occasione di effettuare uscite di coppia. La tabella 5.7 riporta media e deviazione standard di queste variabili qualitative.

**Tabella 5.7. Media e Deviazione standard dei dati qualitativi del Questionario Sociodemografico riguardanti la percezione materna di supporto da parte del partner.**

Ad ogni item viene fornita una risposta su scala Likert da 1 (punteggio più basso) a 5 (punteggio più alto), fatta eccezione per la domanda riguardante la considerazione del compagno come un “bravo padre” a cui le partecipanti devono fornire una risposta su scala Likert invertita da 1 (punteggio più alto) a 5 (punteggio più basso).

Note: <sup>(1)</sup> per quanto riguarda la frequenza delle uscite di coppia, i valori della scala Likert sono da 1 (“mai”) a 5 (“più spesso di una volta a settimana”); <sup>(2)</sup> per quanto riguarda l’ultima domanda, che indaga la possibilità di poter effettuare uscite di coppia durante la settimana, i valori della scala Likert sono 1 (“mai”) oppure 2 (“sì”).

| <b>Supporto del partner</b>                                               | <b>M</b> | <b>DS</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Grado di supporto durante il parto (N=24)                                 | 4,17     | 1,09      |
| Soddisfazione per la quantità di progetti condivisi con il partner (N=29) | 3,83     | 1,10      |
| Accordo sulle decisioni della vita quotidiana (N=29)                      | 4,14     | 0,51      |
| Aiuto nelle faccende domestiche (N=29)                                    | 3,90     | 0,81      |
| Considerazione del partner come “bravo padre” (N=29)                      | 1,24     | 0,51      |
| Frequenza uscite di coppia durante la settimana <sup>(1)</sup> (N=29)     | 1,93     | 0,84      |
| Occasione di uscite di coppia durante la settimana <sup>(2)</sup> (N=28)  | 1,14     | 0,35      |

Analizzando le frequenze di risposte del campione a ciascuna variabile qualitativa presa in considerazione si può affermare che:

- Aiuto ricevuto durante il parto: 13 madri (54,16%) lo hanno giudicato totalmente d’aiuto, 5 madri (20,83%) discretamente d’aiuto, 3 madri sufficientemente d’aiuto (12,50%) e 3 madri poco d’aiuto (12,50%);

- Soddisfazione per la quantità di progetti condivisi con il *partner*: 8 mamme (27,59%) si ritengono molto soddisfatte, 13 mamme (44,83%) soddisfatte, 5 madri (17,24%) provano sentimenti confusi a riguardo, una mamma (3,45%) è insoddisfatta e 2 mamme (6,9%) sono molto insoddisfatte;
- Accordo sulle decisioni prese nella vita quotidiana: 6 madri (20,69%) riportano di essere sempre d'accordo con il *partner*, 21 madri (72,41%) di esserlo spesso e 2 madri (6,9%) riferiscono di essere d'accordo con il compagno qualche volta;
- Aiuto nelle faccende domestiche: 7 madri (24,14%) riportano di essere sempre aiutate dal *partner* nelle faccende domestiche, 13 madri (44,83%) di esserlo spesso, 8 madri (27,59%) qualche volta e una madre (3,45%) quasi mai;
- Considerazione del *partner* come “bravo padre”: 23 madri (79,31%) si ritengono completamente d'accordo nel considerare il compagno come un “bravo padre”, 5 madri (17,24%) discretamente d'accordo e una madre (3,45%) sufficientemente d'accordo;
- Frequenza delle uscite di coppia: 10 madri (34,48%) riportano di non lasciare mai il bambino per trascorrere del tempo sola con il *partner*, 12 madri (41,38%) meno di una volta al mese, 6 madri (20,69%) circa una volta al mese e una sola madre (3,45%) circa una volta a settimana;
- Occasione di effettuare uscite di coppia: 24 madri (82,76%) riportano di non avere mai occasione di uscire la sera con il compagno, mentre 4 madri (13,79%) rispondono in modo affermativo.

### 5.1.5 Qualità delle interazioni madre-bambino

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative alla qualità dell'interazione diadica valutata attraverso le *Emotional Availability Scales* (EAS). Considerando che per ogni scala della disponibilità emotiva:

- Punteggi compresi tra 7 e 5.5 corrispondono a interazioni ottimali (3),
- Punteggi compresi tra 5 e 3.5 corrispondono a interazioni adeguate, ma non completamente funzionali in cui vengono individuati degli aspetti problematici (2),
- Punteggi uguali o inferiori a 3 indicano interazioni problematiche o complicate (1),

è stata calcolata la percentuale di soggetti che rientra all'interno di ogni categoria appena descritta. La tabella 5.8 riporta media e deviazione standard di ogni scala delle EAS e la percentuale di soggetti che rientra in ognuno dei range di punteggi individuati.

**Tabella 5.8. Media e Deviazione standard di ogni scala delle Emotional Availability Scales (EAS) e percentuale di soggetti rientrante in ognuno dei range di punteggi individuati (N=30).**

| <i>EAS</i>               | <b>M</b> | <b>DS</b> | <b>% (1)</b> | <b>% (2)</b> | <b>% (3)</b> |
|--------------------------|----------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Scale della madre</b> |          |           |              |              |              |
| Sensibilità              | 5,12     | 1,26      | 10           | 33,3         | 56,7         |
| Strutturazione           | 5,11     | 1,14      | 6,7          | 50           | 43,3         |
| Non intrusività          | 5,70     | 1,02      | -            | 36,7         | 63,3         |
| Non ostilità             | 6,40     | 0,77      | -            | 6,7          | 93,3         |
| <b>Scale del bambino</b> |          |           |              |              |              |
| Responsività             | 5,23     | 1,07      | 3,3          | 46,7         | 50           |
| Coinvolgimento           | 5,01     | 1,19      | 3,3          | 53,3         | 43,3         |

Dai risultati delle statistiche descrittive relative ai punteggi della EAS emerge che un numero consistente di soggetti si colloca nella fascia di punteggio che indica la presenza di interazioni diadiche ottimali (punteggi compresi tra 7 e 5.5). Contemporaneamente, un numero considerevole di partecipanti si colloca nella fascia intermedia (punteggi compresi tra 5 e 3.5), la quale indica la presenza di interazioni adeguate ma non così funzionali. Infine, una piccolissima percentuale di partecipanti si colloca nella fascia più bassa (punteggi uguali o inferiori a 3).

## **5.2 Correlazioni preliminari tra le variabili di interesse, l'età della madre e l'età del bambino**

Nelle analisi preliminari è stata indagata la correlazione tra le variabili che indagano i costrutti psicologici materni di interesse (PSI, BDI, STAI, EAS) e dati demografici (età della madre ed età del bambino).

Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman emerge la presenza di una correlazione diretta (positiva) statisticamente significativa tra la non intrusività materna e l'età

del bambino ( $r(30)=.449$ ,  $p=.013$ ). Ciò significa che all'aumentare dell'età del bambino, aumenta la tendenza della madre a essere più non intrusiva. Inoltre, è stata individuata la presenza di una correlazione diretta (positiva) statisticamente significativa tra la non ostilità materna e l'età della madre ( $r(30)=.434$ ,  $p=.017$ ) suggerendo che all'aumentare dell'età della madre, essa risulta essere meno ostile nelle interazioni con il proprio bambino.

**Tabella 5.9. Correlazioni (Spearman's Rho) tra le variabili di interesse (PSI, BDI, STAI, EAS) e l'età dei partecipanti.** Abbreviazioni: M= madre; B= bambino; PSI(TOT)= stress totale; PSI(PD)= distress genitoriale; PSI(DDI)= interazioni diadiche disfunzionali; PSI(DC)= bambino difficile.

Nota: <sup>(1)</sup> 22 mamme su 30 hanno compilato il questionario.

|                              | Età madre | Età bambino |
|------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Stress Genitoriale</b>    |           |             |
| PSI(TOT) <sup>(1)</sup>      | .057      | .150        |
| PSI(PD) <sup>(1)</sup>       | .099      | -.005       |
| PSI(DDI) <sup>(1)</sup>      | -.115     | .345        |
| PSI(DC) <sup>(1)</sup>       | .070      | .224        |
| <b>Benessere psicologico</b> |           |             |
| Depressione                  | .000      | .260        |
| Ansia Tratto                 | -.114     | -.132       |
| Ansia Stato                  | -.280     | -.014       |
| <b>EAS</b>                   |           |             |
| Sensibilità (M)              | .163      | -.023       |
| Strutturazione (M)           | .172      | -.024       |
| Non intrusività (M)          | .082      | .449*       |
| Non ostilità (M)             | .434*     | -.351       |
| Responsività (B)             | .207      | .087        |
| Coinvolgimento (B)           | .159      | .324        |

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

### 5.3 Correlazioni tra stress genitoriale materno, depressione e ansia

Per rispondere al primo obiettivo del presente studio, ossia indagare l'esistenza di una relazione tra lo stress genitoriale materno e la presenza di caratteristiche subcliniche di ansia e

depressione nel campione preso in considerazione, sono state analizzate le correlazioni tra il PSI (*Parenting Stress Index*) e tutte le sue sottoscale con BDI (*Back Depression Inventory*) e STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*) (Tabella 5.10).

Dal calcolo del coefficiente di Spearman non emerge la presenza di alcuna correlazione statisticamente significativa tra lo stress genitoriale materno e aspetti riconducibili al malessere psicologico genitoriale, come ansia e depressione. Da un punto di vista qualitativo, si nota la presenza di una debole tendenza alla significatività tra l'ansia di stato e lo stress materno legato al ruolo genitoriale ( $r(22)=.360, p=.100$ ). Ovvero, all'aumentare dell'ansia di stato, aumenta lo stress materno dovuto al ruolo genitoriale.

**Tabella 5.10. Correlazioni (Spearman's Rho) tra lo stress genitoriale materno (PSI), depressione (BDI), ansia di tratto e di stato (STAI-Y) (N=22).** Abbreviazioni: PSI(TOT)= stress totale; PSI(PD)= distress genitoriale; PSI(DDI)= interazioni diadiche disfunzionali; PSI(DC)= bambino difficile.

|          | Depressione | Ansia Tratto | Ansia Stato |
|----------|-------------|--------------|-------------|
| PSI(TOT) | .262        | .227         | .294        |
| PSI(PD)  | .274        | .209         | .360        |
| PSI(DDI) | .258        | .141         | .257        |
| PSI(DC)  | .200        | .153         | .154        |

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

#### 5.4 Correlazioni tra stress genitoriale materno e supporto del partner

In relazione al secondo obiettivo della presente ricerca, ossia indagare l'esistenza di una relazione tra lo stress genitoriale materno e il supporto percepito da parte del *partner*, sono state analizzate le correlazioni tra le sottoscale del PSI (*Parenting Stress Index*) e le domande del questionario socio-demografico che fanno riferimento ad aspetti di co-genitorialità (Tabella 5.11).

Dal calcolo del coefficiente di Spearman è emersa la presenza di una correlazione inversa (negativa) statisticamente significativa tra l'accordo sulle decisioni prese nella vita quotidiana con il *partner* e lo stress genitoriale totale ( $r(21)=-.611, p=.003$ ). Ciò significa che al diminuire del grado di accordo tra i *partner* aumenta lo stress genitoriale materno. Sempre in riferimento alla variabile che indaga il grado di accordo tra madre e padre sulle decisioni da

prendere nella vita quotidiana è emersa una correlazione inversa (negativa) statisticamente significativa con lo stress genitoriale dovuto a interazioni disfunzionali con il bambino ( $r(21)=-.691, p=.001$ ) e con lo stress genitoriale derivante dalla percezione del proprio bambino come difficile ( $r(21)=-.550, p=.010$ ). Nel primo caso, ciò significa che al diminuire del grado di accordo tra i *partner* aumenta lo stress genitoriale associato a interazioni disfunzionali con il bambino; nel secondo caso, invece, minore è il grado di accordo sulle decisioni prese nella vita quotidiana, maggiore è lo stress materno associato alla percezione del proprio bambino come difficile.

Inoltre, è emersa una correlazione diretta (positiva) statisticamente significativa tra la percezione materna del compagno come un “bravo padre” e lo stress genitoriale materno associato a interazioni disfunzionali con il bambino ( $r(21)=.468, p=.032$ ). Ciò significa che ad una migliore percezione materna del *partner* come un bravo padre si associano maggiori livelli di stress materno derivante da interazioni disfunzionali con il bambino.

Infine, è stata individuata una correlazione inversa (negativa) statisticamente significativa tra la possibilità di effettuare uscite di coppia e lo stress genitoriale associato a interazioni disfunzionali con il bambino ( $r(20)=-.469, p=.037$ ) suggerendo che al diminuire della possibilità per i due *partner* di organizzare uscite di coppia, aumenta lo stress materno derivante da interazioni disfunzionali con il figlio.

**Tabella 5.11. Correlazioni (Spearman's Rho) tra aspetti di co-genitorialità e stress genitoriale materno (PSI) (N=21).** Abbreviazioni: *PSI(TOT)*= stress totale; *PSI(PD)*= distress genitoriale; *PSI(DDI)*= interazioni diadiche disfunzionali; *PSI(DC)*= bambino difficile.

|                                                                              | PSI(TOT) | PSI(PD) | PSI(DDI) | PSI(DC) |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|----------|---------|
| Presenza di qualcuno al parto                                                | .324     | .195    | .204     | .398    |
| Grado di supporto durante il parto<br>(N=16)                                 | .009     | -.027   | .002     | .090    |
| Soddisfazione per la quantità di progetti<br>condivisi con il <i>partner</i> | -.330    | -.304   | -.367    | -.141   |
| Accordo sulle decisioni della vita<br>quotidiana                             | -.611**  | -.356   | -.691**  | -.550** |
| Aiuto nelle faccende domestiche                                              | -.027    | .090    | -.164    | -.001   |

|                                                      |       |       |        |       |
|------------------------------------------------------|-------|-------|--------|-------|
| Considerazione del <i>partner</i> come “bravo padre” | .232  | .046  | .468*  | .169  |
| Frequenza uscite di coppia                           | -.113 | -.110 | -.101  | -.035 |
| Occasione di uscite di coppia (N=20)                 | -.315 | -.120 | -.469* | -.261 |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### 5.5 Correlazioni tra stress genitoriale materno e qualità dell’interazione diadica

In relazione al terzo obiettivo della presente ricerca, volto ad indagare l’esistenza di una relazione tra lo stress genitoriale materno e la qualità delle interazioni diadiche madre-bambino, sono state analizzate le correlazioni tra il PSI (*Parenting Stress Index*) e le scale delle EAS (*Emotional Availability Scales*) (Tabella 5.12).

Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman non emerge la presenza di alcuna correlazione statisticamente significativa tra le variabili prese in considerazione.

**Tabella 5.12. Correlazioni (Spearman’s Rho) tra stress genitoriale materno (PSI) e scale della disponibilità emotiva diadica (EAS)(N=22).** Abbreviazioni: PSI(TOT)= stress totale; PSI(PD)= distress genitoriale; PSI(DDI)= interazioni diadiche disfunzionali; PSI(DC)= bambino difficile; SENS (M)= sensibilità materna; STRUT (M)= strutturazione materna; NONINT (M)= non intrusività materna; NONOST (M)= non ostilità materna; RESP (B)= responsività del bambino; COINV (B)= coinvolgimento del bambino.

|                 | SENS (M) | STRUT (M) | NONINT (M) | NONOST (M) | RESP (B) | COINV (B) |
|-----------------|----------|-----------|------------|------------|----------|-----------|
| <b>PSI(TOT)</b> | -.077    | -.154     | .201       | .016       | -.188    | -.072     |
| <b>PSI(PD)</b>  | .159     | -.014     | .117       | .154       | .014     | .032      |
| <b>PSI(DDI)</b> | -.266    | -.209     | .113       | -.262      | -.359    | -.209     |
| <b>PSI(DC)</b>  | -.083    | -.158     | .365       | .013       | -.151    | .030      |

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$



## Capitolo 6

### Discussione dei risultati

La maternità e i primi mesi post partum rappresentano degli eventi molto significativi nella vita di ciascun individuo e comportano una serie di grandi cambiamenti (fisiologici, neurobiologici, psicologici, sociali): alcuni di questi possono generare alti livelli di stress con conseguenti implicazioni per il genitore stesso, le interazioni familiari e lo sviluppo del bambino. Infatti, lo stress genitoriale può associarsi, nel genitore, a una maggiore vulnerabilità per ansia e depressione (Vismara et al., 2016); inoltre, può comportare la messa in atto di comportamenti genitoriali meno funzionali e più discontinui, di stili interattivi eccessivamente controllanti o punitivi e di un limitato coinvolgimento nelle interazioni diadiche (Dubois-Comtois et al., 2013).

Il presente studio si è proposto di indagare l'influenza di alcuni fattori di rischio e di protezione ampiamente riconosciuti in letteratura, come la presenza di caratteristiche subcliniche di ansia e depressione e il supporto materno ricevuto da parte del *partner*, sul benessere psicologico materno generale e sulla qualità delle interazioni diadiche madre-bambino, prestando particolare attenzione, in quest'ultimo caso, al costrutto di disponibilità emotiva materna. Di seguito, verranno discussi i risultati emersi dallo studio.

#### 6.1 Variabili di interesse ed età del campione

Nella presente ricerca, prima di procedere con le indagini oggetto di studio, sono state eseguite delle correlazioni preliminari tra le variabili che indagano i costrutti psicologici materni di interesse (stress genitoriale, depressione, ansia, disponibilità emotiva diadica) e alcuni dati demografici (età della madre e del bambino) per verificare l'esistenza di una relazione tra queste.

Dalle analisi è emerso che all'aumentare dell'età del bambino, aumenta la tendenza della madre ad essere meno intrusiva. Dal momento che l'intrusività genitoriale può essere definita come la tendenza dell'adulto a farsi carico dei compiti che il bambino sta svolgendo o potrebbe svolgere in autonomia (Ispa et al., 2004), il dato emerso nella presente ricerca sembra dimostrare che man mano che il bambino cresce sviluppa un repertorio cognitivo, comportamentale e socio-emotivo più ampio che lo rende progressivamente più autonomo; di

conseguenza, la supervisione e la presenza costante della madre risulta essere meno necessaria man mano che il bambino cresce.

Inoltre, è emerso che all'aumentare dell'età della madre, aumenta la sua tendenza ad essere non-ostile durante le interazioni con il proprio bambino. Tale dato è in linea con gli studi presenti in letteratura, i quali dimostrano che l'età della donna rappresenta un indicatore critico del comportamento materno (Berlin et al., 2002): nello specifico, un comportamento genitoriale ostile, intrusivo e controllante è risultato essere più frequentemente osservato nelle giovani madri (Berlin et al., 2002; McFadden & Tamis-LeMonda, 2013). Ciò può essere dovuto alle minori competenze cognitive (come le strategie di coping, la capacità di problem solving e di autocontrollo) ed emotive possedute dalle giovani madri rispetto alle donne più adulte che, di conseguenza, potrebbero limitare la possibilità di mettere in atto un comportamento materno massimamente sensibile e responsivo verso il figlio.

## **6.2 Stress genitoriale materno, depressione e ansia**

Il primo obiettivo della ricerca consisteva nell'indagare l'esistenza di una relazione tra stress genitoriale materno e caratteristiche subcliniche di ansia e depressione. Nello specifico, basandosi sui dati presenti in letteratura, ci si aspettava che all'aumentare dei livelli di ansia e depressione aumentasse anche lo stress genitoriale. Infatti, la letteratura ha ampiamente dimostrato che lo stress genitoriale è associato positivamente ad ansia e depressione (Leigh & Milgrom, 2008; Saisto et al., 2008; Vismara et al., 2016). Da ciò deriva l'importanza di individuare tempestivamente e precocemente le madri che possiedono un rischio maggiore di sviluppare ansia e depressione e, di conseguenza, elevati livelli di stress genitoriale in quanto queste condizioni interferiscono, poi, con la messa in atto di comportamenti genitoriali adeguati e con lo sviluppo infantile.

Nel presente studio, non è emersa la presenza di relazioni significative tra le variabili prese in considerazione: bisogna tenere a mente, infatti, che il gruppo di mamme che hanno partecipato alla presente ricerca rappresenta un campione normativo. Tuttavia, i risultati ottenuti seguono la direzione attesa dalle ipotesi e che, quindi, il malessere psicologico del genitore comporta un aumento dello stress genitoriale. Per esempio, è stata rilevata una relazione non significativa ma indicativa tra l'ansia di stato e lo stress genitoriale. Nonostante ciò, bisogna ricordare che il questionario che valuta l'ansia di stato indaga i propri vissuti nel qui ed ora e, di conseguenza, il risultato ottenuto potrebbe essere spiegato dal fatto che la

compilazione dei questionari abbia portato la madre a percepire maggiori livelli di ansia per la partecipazione a una ricerca oppure per il sentirsi valutata nella sua veste di genitore.

### **6.3 Stress genitoriale materno e supporto del partner**

Il secondo obiettivo della ricerca era indagare l'esistenza di una relazione tra stress genitoriale materno e supporto ricevuto da parte del *partner*. In letteratura gli studi hanno analizzato principalmente l'influenza del supporto emotivo fornito dal *partner* sullo stress genitoriale materno e hanno dimostrato che effettivamente esso rappresenta un elemento critico in grado di modulare lo stress genitoriale percepito dalla donna (Meadows, 2011); tuttavia, non sono state indagate in modo approfondito altre tipologie di supporto del *partner*, come l'aiuto nella gestione della quotidianità o aspetti di cogenitorialità. Nella presente ricerca, il supporto fornito dal compagno alla madre è stato indagato attraverso alcune variabili mai utilizzate negli studi presenti in letteratura, fatta eccezione per l'aiuto nelle faccende quotidiane, come il supporto fornito durante il parto, la soddisfazione per i progetti condivisi, il grado di accordo sulle decisioni riguardanti la vita quotidiana, la considerazione del compagno come un "bravo padre" e la possibilità di dedicare del tempo esclusivamente alla coppia coniugale. Tutti questi aspetti fanno riferimento al costrutto di "coparenting", definito come il grado in cui due genitori collaborano e cooperano nel difficile compito di crescere un bambino (Feinberg, 2003). In generale, la letteratura dimostra che il coparenting si associa al benessere psicologico del singolo genitore, alla qualità dei comportamenti genitoriali, al buon funzionamento della coppia coniugale e agli esiti evolutivi infantili (Don, Biehle & Mickelson, 2013).

Dalle analisi è emersa la presenza di una relazione (inversa) significativa tra il grado di accordo sulle decisioni che riguardano la vita quotidiana e tre fattori che contribuiscono allo stress genitoriale: lo stress totale, la presenza di difficoltà nelle interazioni diadiche e un bambino con caratteristiche che lo rendono difficile da gestire. Ciò significa che al diminuire del grado di accordo tra i *partner* sulle decisioni che riguardano la vita quotidiana aumenta lo stress genitoriale materno derivante sia dalla gestione di un'interazione disfunzionale con il bambino sia dalle caratteristiche proprie del bambino. Nonostante la relazione tra l'accordo genitoriale sulle decisioni che riguardano la vita quotidiana e lo stress genitoriale materno non sia mai stata indagata direttamente, la letteratura ha dimostrato che la presenza di conflitti tra i genitori e l'incapacità di questi di trovare un accordo su questioni che riguardano la quotidianità e i figli possono avere un effetto deleterio sul benessere psicologico di ogni singolo componente

della famiglia e sulle interazioni intrafamiliari (Cookston, Harrist & Ainslie, 2003). In questa ricerca, tuttavia, l'accordo con il *partner* sulle decisioni riguardanti la vita quotidiana non possiede una relazione significativa con lo stress genitoriale dovuto al proprio ruolo di genitore probabilmente perché quest'ultimo rappresenta un aspetto legato maggiormente a caratteristiche di personalità proprie del genitore.

Diversamente da quanto dimostrato in letteratura (Sampson, Villareal & Padilla, 2015), nella presente ricerca l'aiuto fornito dal *partner* nelle faccende domestiche quotidiane non risulta essere significativamente associato a una diminuzione dello stress genitoriale materno. Invece, è emersa una relazione significativa tra la percezione materna del compagno come un bravo padre e lo stress materno associato a interazioni diadiche disfunzionali: ciò significa che ad una migliore percezione materna del *partner* come un bravo padre si associano maggiori livelli di stress materno derivante da interazioni disfunzionali con il bambino. In letteratura non è mai stata indagata direttamente la relazione tra lo stress genitoriale materno e la percezione del compagno come un bravo padre; tuttavia, alcuni studi hanno dimostrato che la percezione materna circa le competenze genitoriali possedute dal *partner* influenza il suo coinvolgimento nella quotidianità del bambino (Fagan & Barnett, 2003). Alla luce di quanto dimostrato in letteratura e nel presente studio, in futuro sarebbe interessante indagare se la presenza di migliori competenze genitoriali dimostrate dal compagno e percepite dalla madre implichi un maggior coinvolgimento paterno nella cura del figlio; successivamente, si può ipotizzare che tutto ciò può comportare un aumento dello stress genitoriale materno dovuto a interazioni disfunzionali con il bambino in quanto quest'ultimo esperisce stili interattivi completamente diversi man mano che interagisce sia con la madre che con il padre.

Infine, è emersa una relazione (inversa) significativa tra la possibilità di effettuare uscite di coppia e lo stress genitoriale associato a interazioni disfunzionali con il bambino, suggerendo che al diminuire della possibilità per i due *partner* di organizzare uscite di coppia, aumenta lo stress materno derivante da interazioni disfunzionali con il figlio. Infatti, dal momento che diversi studi in letteratura hanno dimostrato che l'arrivo di un figlio può comportare una significativa diminuzione della soddisfazione coniugale (Cowan & Cowan, 2000) e che questo incide, poi, sul benessere psicologico dei singoli genitori e sul successivo sviluppo del bambino, risulta importante per il genitore riuscire a ritagliarsi del tempo da dedicare esclusivamente al *partner* e alla loro relazione in quanto coniugi, affidando temporaneamente il figlio ad altre persone (baby sitter, nonni, amici). In questo modo, la possibilità di poter effettuare libere uscite

con il *partner* senza il bambino può rappresentare per la madre una buona opportunità per alleviare lo stress derivante da interazioni quotidiane difficili con il proprio bambino e per mantenere vivace la relazione coniugale.

A fronte dei risultati ottenuti, quindi, non è possibile confermare con assoluta certezza l'ipotesi iniziale, ossia che il supporto del *partner* consenta di alleviare lo stress genitoriale materno; tuttavia, essi sembrano dimostrare che il coparenting svolga una funzione fondamentale nel modulare il benessere psicologico materno. Tali risultati dovrebbero essere indagati ulteriormente in futuro su un campione di numerosità maggiore con lo scopo di ottenere informazioni più precise circa l'esistenza di relazioni statisticamente significative tra le variabili che indagano il supporto materno ricevuto dal *partner* e lo stress genitoriale materno.

#### **6.4 Stress genitoriale materno e qualità delle interazioni diadiche**

Il terzo e ultimo obiettivo della presente ricerca consisteva nell'indagare l'esistenza di una relazione tra lo stress genitoriale materno e la qualità dell'interazione madre-bambino, prestando particolare attenzione al costrutto di disponibilità emotiva diadica. Nello specifico, è stato ipotizzato che all'aumentare dello stress genitoriale materno corrisponda una minore disponibilità emotiva materna e, in particolare, una minore sensibilità e strutturazione accompagnate da maggiore ostilità e intrusività. In letteratura, pochi studi hanno analizzato direttamente la relazione tra lo stress materno e la disponibilità emotiva diadica attraverso l'utilizzo delle *Emotional Availability Scales* (EAS). Tra questi, lo studio di Stack e colleghi (2012) ha dimostrato che lo stress materno è in grado di predire la qualità delle interazioni diadiche madre-bambino: nello specifico, elevati livelli di stress materno si associano a un atteggiamento materno ostile e, al contrario, bassi livelli di stress genitoriale si accompagnano a una maggiore sensibilità e strutturazione.

A dispetto di quanto atteso, nella presente ricerca non è emersa la presenza di relazioni significative tra le variabili prese in considerazione. Di conseguenza, l'ipotesi iniziale non trova conferma nella presente ricerca. Visti i pochi studi che hanno indagato la relazione tra lo stress materno e la qualità dell'interazione diadica, tale indagine dovrebbe essere replicata nuovamente in futuro utilizzando le *Emotional Availability Scales* (EAS) e prendendo in considerazione un campione di numerosità maggiore. Sono necessarie, quindi, indagini più approfondite.

## 6.5 Limiti e prospettive future

Il presente elaborato non è esente da limiti che potrebbero essere utilizzati per orientare le ricerche future.

Il primo limite riguarda il fatto che in questa ricerca l'influenza del *partner* sul benessere materno è stata indagata attraverso domande qualitative contenute all'interno del questionario socio-demografico. In futuro, quindi, dovrebbero essere condotti studi più sistematici volti ad indagare la relazione tra specifiche variabili riguardanti la cogenitorialità e lo stress genitoriale materno.

Inoltre, sarebbe interessante indagare in che modo il benessere psicologico del *partner* e la sua propensione ad aiutare la compagna siano a loro volta influenzati dallo stress materno. Un altro aspetto che potrebbe essere interessante indagare riguarda la qualità dell'interazione madre-bambino valutata in un contesto ecologico in cui è presente fisicamente il padre con lo scopo di analizzare in che modo la presenza di quest'ultimo durante le interazioni diadiche madre-bambino possa influenzare direttamente lo stress materno. Infine, studi futuri potrebbero indagare l'influenza esercitata dalle diverse fonti di supporto (*partner*, familiari, amici) sul benessere psicologico materno per verificare quale di queste rappresenta il fattore di protezione più significativo e importante per la madre.

Il secondo limite riguarda la ridotta numerosità del campione che non ha consentito lo svolgimento di ulteriori analisi statistiche né di generalizzare i risultati. Infatti, un campione più ampio offrirebbe la possibilità di svolgere ulteriori analisi per indagare in modo più approfondito i costrutti di interesse. Per tale motivo, le ricerche future dovrebbero coinvolgere un numero più elevato di partecipanti in modo da aumentare la replicabilità e la generalizzazione.

Infine, il terzo limite riguarda la prima fase dello studio, ossia la compilazione online dei vari questionari: nonostante questa modalità di somministrazione consenta di raccogliere dati molto velocemente, le partecipanti, potendolo compilare ovunque e in qualsiasi momento, potrebbero essere state esposte a numerose fonti di disturbo oppure indotte a saltare la risposta ad alcune domande.

## 6.6 Conclusioni

Il presente elaborato si è posto l'obiettivo di indagare l'influenza di alcuni fattori di rischio e di protezione ampiamente riconosciuti in ambito scientifico, come la presenza di una psicopatologia genitoriale e il supporto materno ricevuto dal *partner*, sul benessere psicologico materno e, in particolare, sui livelli di stress genitoriale. Successivamente, si è voluto verificare se una condizione di malessere psicologico, caratterizzata da elevati livelli di stress genitoriale, possa influenzare la qualità dell'interazione diadica madre-bambino, prestando particolare attenzione al costrutto di disponibilità emotiva materna.

Condizioni psicopatologiche caratterizzate da ansia e/o depressione non sono risultate essere significativamente correlate ai livelli di stress genitoriale materno nel campione preso in considerazione.

Alcuni aspetti di coparenting e inerenti la presenza di un *partner* supportivo sono risultati essere significativamente correlati ai livelli di stress genitoriale materno. Nello specifico, sono risultati essere particolarmente importanti l'accordo tra i *partner* sulle decisioni che riguardano la vita quotidiana, la considerazione del *partner* come un "bravo padre" e la possibilità di poter effettuare uscite di coppia.

Infine, non è emersa la presenza di alcuna correlazione statisticamente significativa tra lo stress genitoriale materno e la disponibilità emotiva materna.



## Bibliografia

- \*Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and applied social psychology*, 6, 111-129. DOI: 10.1207/s15324834basp0602\_2
- \*Abidin, R. R. (1995). *Manual for the Parenting Stress Index*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- \*Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113, 284-288. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Maternal sensitivity scales. *Power*, 6, 1379-1388.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange Situation. *Determinants of infant behavior*, 4, 111-136.
- \*Akanke, A. (1994). What meaning and effects does fatherhood have in child development. *Early Child Development and Care*, 101, 51-58. DOI: 10.1080/0300443941010105
- \*Aktas, S., & Calik, K. Y. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17. DOI: 10.5812/2Fircmj.16640
- Altenburger, L. E., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2020). New fathers' parenting quality: Personal, contextual, and child precursors. *Journal of Family Psychology*, 34, 857. DOI: 10.1037/fam0000753
- American Psychiatric Association, D. S. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5)*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13, 167-182. DOI: 10.1002/1097-0355(199223)13:2%3C167::AID-IMHJ2280130207%3E3.0.CO;2-M
- \*Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47, 552-567. DOI: 10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c

- \*Ayers, L. W., Missig, G., Schulkin, J., & Rosen, J. B. (2011). Oxytocin reduces background anxiety in a fear-potentiated startle paradigm: peripheral vs central administration. *Neuropsychopharmacology*, 36, 2488-2497. DOI: 10.1038/npp.2011.138
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*. DOI: 10.1037/t00742-000
- \*Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Tr.it. Raffaello Cortina.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96. DOI: 10.2307/1129836
- Berlin, L. J., Brady-Smith, C., & Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in the Early Head Start Research and Evaluation Project. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 23, 104-129. DOI: 10.1002/imhj.10007
- \*Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. *International journal of psycho-analysis*, 43, 306-310.
- Biringen, Z. (2008). Emotional Availability Scales, IV ed. *Department of Human Development and Family Studies*.
- Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *American journal of Orthopsychiatry*, 61, 258-271. DOI: 10.1037/h0079238
- \*Bohlin, G., & Hagekull, B. (2009). Socio-emotional development: From infancy to young adulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 592-601. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00787.x
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, vol. I: L'attaccamento alla madre*. Torino: Tr. it. Boringhieri.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Tr.it Raffaello Cortina.
- \*Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale*. Cambridge: Cambridge University Press.
- \*Bridges, R. S. (1984). A quantitative analysis of the roles of dosage, sequence, and duration of estradiol and progesterone exposure in the regulation of maternal behavior in the rat. *Endocrinology*, 114, 930-940. DOI: 10.1210/endo-114-3-930

- \*Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of women's mental health*, 9(5), 253-263. DOI: 10.1007/s00737-006-0134-z
- Brosch, T., Sander, D., & Scherer, K. R. (2007). That baby caught my eye... Attention capture by infant faces. *Emotion*, 7, 685–689. DOI: 10.1037/1528-3542.7.3.685
- \*Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. (2008). The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1124, 1-38. DOI: 10.1196/annals.1440.011
- \*Cabrera, N. J., Fitzgerald, H. E., Bradley, R. H., & Roggman, L. (2014). The ecology of father-child relationships: An expanded model. *Journal of Family Theory & Review*, 6, 336-354. DOI: 10.1111/jftr.12054
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: Influence is bidirectional and unrelated to periodic cycles in either partner's behavior. *Developmental psychology*, 24, 386. DOI: 10.1037/0012-1649.24.3.386
- Cookston, J. T., Harrist, A. W., & Ainslie, R. C. (2003). Affiliative and instrumental marital discord, mother's negative affect, and children's negative interactions with unfamiliar peers. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 185-200. DOI: 10.1023/A:1022810832436
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- \*Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127, 612-618. DOI: 10.1542/peds.2010-1779
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8, 1-11. DOI: 10.1186/1471-2393-8-30
- \*Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 315-323. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- Don, B. P., Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2013). Feeling like part of a team: Perceived parenting agreement among first-time parents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30, 1121-1137. DOI: 10.1177/0265407513483105

- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of abnormal child psychology*, 41, 1311-1324. DOI: 10.1007/s10802-013-9764-6
- \*Easterbrooks, M., & Biringen, Z. (2005). The Emotional Availability Scales: Methodological refinements of the construct and clinical implications related to gender and at-risk interactions. *Infant Mental Health Journal*. DOI: 10.1002/imhj.20053
- \*Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of women's mental health*, 6, 211-216. DOI: 10.1007/s00737-003-0020-x
- \*Emde, R. N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In Taylor, P.M. (A cura di), *Parent-infant relationship*. Orlando: Grune & Stratton.
- \*Emde, R.N. & Easterbrooks, M.A. (1985). Assessing emotional availability in early development. In Frankenburg, D.K., Emde, R.N., & Sullivan, J.W. (A cura di), *Early identification of children at risk: an international perspective* (pp. 79-101). New York: Plenum Press. DOI: 10.1007/978-1-4899-0536-9\_5
- Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 66, 2104-2115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x
- Fagan, J., & Barnett, M. (2003). The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *Journal of family issues*, 24, 1020-1043. DOI: 10.1177/0192513X03256397
- \*Fawcett, J., Tulman, L., & Myers, S. T. (1988). Development of the inventory of functional status after childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 33, 252-260. DOI: 10.1016/0091-2182(88)90080-8
- \*Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: science and practice*, 3, 95-131. DOI: 10.1207/S15327922PAR0302\_01
- \*Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period

predict mother-infant bonding. *Psychological science*, 18, 965-970. DOI: 10.1111/2Fj.1467-9280.2007.02010.x

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Field, T. (2018). Paternal prenatal, perinatal and postpartum depression: a narrative review. *Journal of Anxiety and Depression*, 1, 102.

\*Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Milano: Tr.it. Raffaello Cortina.

\*Floyd, F. J., Gilliom, L. A., & Costigan, C. L. (1998). Marriage and the parenting alliance: Longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors. *Child Development*, 69, 1461-1479. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06224.x

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62, 891-905. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x

\*Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)61442-4

Gatta, M., Balottin, L., Mannarini, S., Birocchi, V., Del Col, L., & Battistella, P. A. (2016). Stress genitoriale e psicopatologia in età evolutiva. Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 51, 251-259. DOI: 10.1708/2596.26726

Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36, 305-318. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*.

George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 649-670.

Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C., & Lennon, M. C. (2007). Income is not enough: Incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child development*, 78, 70-95. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.00986.x

- \*Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In Field, T.M., McCabe, P.M., Schneiderman, N. (a cura di), *Stress and coping across development* (pp. 47-68). Hillsdale: Erlbaum.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29, 624-643. DOI: 10.1002/imhj.20199
- \*Gottfried, A. E., Gottfried, A. W., & Bathurst, K. (1988). Maternal employment, family environment, and children's development. In I. A. (Eds.), *Maternal employment and children's development. Longitudinal research* (pp. 11-58). New York: Plenum. DOI: 10.1007/978-1-4899-0830-8\_2
- \*Guintivano, J., Sullivan, P. F., Stuebe, A. M., Penders, T., Thorp, J., Rubinow, D. R., & Meltzer-Brody, S. (2018). Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychological medicine*, 48, 1190-1200. DOI: 10.1017/S0033291717002641
- \*Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, 13, 673.
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., ... & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature neuroscience*, 20, 287-296. DOI: 10.1038/nn.4458
- \*Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. Yale: Department of Sociology, Yale University.
- \*Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Valle, C. D., & Pickens, J. (1994). Infants of “depressed” mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-357. DOI: 10.1002/1097-0355(199424)15:4%3C348::AID-IMHJ2280150404%3E3.0.CO;2-Y
- \*House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Series on Occupational Stress.
- \*Inagaki, T. K., & Orehek, E. (2017). On the benefits of giving social support: When, why, and how support providers gain by caring for others. *Current directions in psychological science*, 26, 109-113. DOI: 10.1177%2F0963721416686212
- Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, N. (2008). L'intervista microanalitica nell'esplorazione della costellazione materna. *Infanzia e adolescenza*, 7, 149-158. DOI: 10.1710/387.4564
- Ispa, J. M., Fine, M. A., Halgunseth, L. C., Harper, S., Robinson, J., Boyce, L., ... & Brady-Smith, C. (2004). Maternal intrusiveness, maternal warmth, and mother–toddler relationship outcomes: Variations

across low-income ethnic and acculturation groups. *Child development*, 75, 1613-1631. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00806.x

Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X., & Swain, J. E. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral neuroscience*, 124, 695. DOI: 10.1037/a0020884

Kim, P., Rigo, P., Mayes, L. C., Feldman, R., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2014). Neural plasticity in fathers of human infants. *Social neuroscience*, 9, 522-535. DOI: 10.1080/17470919.2014.933713

Kohn, J. L., Rholes, S. W., Simpson, J. A., Martin III, A. M., Tran, S., & Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: The role of adult attachment orientations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1506-1522. DOI: 10.1177/0146167212454548

\*Lamb, M. E. (1977). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child development*, 48, 167-181. DOI: 10.2307/1128896

\*Lamb, M. E., Pleck, J. H., Charnov, E. L., & Levine, J. A. (1987). A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In Lancaster, J.B., Altmann, J., Rossi, A.S., Sherrod, L.R. (A cura di), *Parenting across the life span* (pp. 111-142). Aldine Publishing Co.

Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 183-191. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2006.10.003

Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8, 1-11. DOI: 10.1186/1471-244X-8-24

\*Lester, E. P., & Notman, M. T. (1988). Pregnancy and object relations: Clinical considerations. *Psychoanalytic inquiry*, 8, 196-221. DOI: 10.1080/07351698809533715

\*Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides*, 28, 1162-1169. DOI: 10.1016/j.peptides.2007.04.016

Lorberbaum, J. P., Newman, J. D., Dubno, J. R., Horwitz, A. R., Nahas, Z., Teneback, C. C., ... & B M. S. (1999). Feasibility of using fMRI to study mothers responding to infant cries. *Depression and anxiety*, 10, 99-104.

Lorberbaum, J. P., Newman, J. D., Horwitz, A. R., Dubno, J. R., Lydiard, R. B., Hamner, M. B., ... & George, M. S. (2002). A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. *Biological psychiatry*, 51, 431-445. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01284-7

- \*Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20, 561-592. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00100-7
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3, 667-695.
- \*Macdonald, K., & Feifel, D. (2013). Helping oxytocin deliver: considerations in the development of oxytocin-based therapeutics for brain disorders. *Frontiers in neuroscience*, 7, 35. DOI: 10.3389/fnins.2013.00035
- \*Maggioni, G. (Ed.). (2000). *Padri nei nostri tempi: ruoli, identità, esperienze*. Donzelli Editore.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104. DOI: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- \*Manzano, J., Palacio-Espasa, F., & Zilkha, N. (2001). *Scenari della genitorialità: la consultazione genitore-bambino*. Milano: Tr.it. Raffaello Cortina.
- \*McBride, B. A., & Rane, T. R. (1997). Role identity, role investments, and paternal involvement: Implications for parenting programs for men. *Early Childhood Research Quarterly*, 12, 173-197. DOI: 10.1016/S0885-2006(97)90013-2
- McFadden, K. E., & Tamis-LeMonda, C. S. (2013). Maternal responsiveness, intrusiveness, and negativity during play with infants: Contextual associations and infant cognitive status in a low-income sample. *Infant Mental Health Journal*, 34, 80-92. DOI: 10.1002/imhj.21376
- \*McHale, J. P. (1997). Overt and covert coparenting processes in the family. *Family process*, 36, 183-201. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1997.00183.x
- \*McHale, J. P. (2010). *La sfida della cogenitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Meadows, S. O. (2011). The association between perceptions of social support and maternal mental health: A cumulative perspective. *Journal of Family Issues*, 32, 181-208. DOI: 10.1177%2F0192513X10375064

- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., ... & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1-18. DOI: 10.1038/nrdp.2018.22
- Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social support—a protective factor for depressed perinatal women?. *International journal of environmental research and public health*, 16, 1426. DOI: 10.3390/ijerph16081426
- \*Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30, 161-167. DOI: 10.1016/j.infbeh.2006.08.005
- Numan, M. (2006). Hypothalamic neural circuits regulating maternal responsiveness toward infants. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 5, 163-190. DOI: 10.1177/01534582306288790
- \*Numan, M., & Callahan, E. C. (1980). The connections of the medial preoptic region and maternal behavior in the rat. *Physiology & behavior*, 25, 653-665. DOI: 10.1016/0031-9384(80)90367-4
- Numan, M., & Insel, T.R. (2003). *The neurobiology of parental behavior*. New York: Springer.
- Numan, M., Numan, M. J., Pliakou, N., Stolzenberg, D. S., Mullins, O. J., Murphy, J. M., & Smith, C. D. (2005). The effects of D1 or D2 dopamine receptor antagonism in the medial preoptic area, ventral pallidum, or nucleus accumbens on the maternal retrieval response and other aspects of maternal behavior in rats. *Behavioral neuroscience*, 119, 1588. DOI: 10.1037/0735-7044.119.6.1588
- Numan, M., & Stolzenberg, D. S. (2009). Medial preoptic area interactions with dopamine neural systems in the control of the onset and maintenance of maternal behavior in rats. *Frontiers in neuroendocrinology*, 30, 46-64. DOI: 10.1016/j.yfrne.2008.10.002
- \*Nylen, K. J., O'Hara, M. W., & Engeldinger, J. (2013). Perceived social support interacts with prenatal depression to predict birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 427-440. DOI: 10.1007/s10865-012-9436-y
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28, 3-12. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- \*Parke, R. D. (2002). Fathers and Families. *Handbook of Parenting: Being and becoming a parent*, 3, 27.

- \*Pedersen, C. A., Caldwell, J. D., Walker, C., Ayers, G., & Mason, G. A. (1994). Oxytocin activates the postpartum onset of rat maternal behavior in the ventral tegmental and medial preoptic areas. *Behavioral neuroscience*, 108, 1163. DOI: 10.1037/0735-7044.108.6.1163
- Pines D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 333-343. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x
- Priel, B., & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 23, 343-360. DOI: 10.1002/imhj.10021
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and anxiety*, 28, 471-477. DOI: 10.1002/da.20814
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Rosen, N. O., Dawson, S. J., Leonhardt, N. D., Vannier, S. A., & Impett, E. A. (2021). Trajectories of sexual well-being among couples in the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 35, 523. DOI: 10.1037/fam0000689
- \*Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing Company.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & HalmesmÄäki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 219-228. DOI: 10.1080/01674820802000467
- Sampson, M., Villarreal, Y., & Padilla, Y. (2015). Association between support and maternal stress at one year postpartum: Does type matter?. *Social Work Research*, 39, 49-60. DOI: 10.1093/swr/svu031
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta paediatrica*, 97(2), 153-158. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x
- \*Schieman, S., Glavin, P., & Milkie, M. A. (2009). When work interferes with life: Work-nonwork interference and the influence of work-related demands and resources. *American Sociological Review*, 74, 966-988. DOI: 10.1177%2F000312240907400606

- \*Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *The journal of sexual medicine*, 13, 1455-1465. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.08.006
- \*Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F., & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 9-34. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.01.009
- Selye, H. (1950). *Physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta.
- \*Selye, H. (1976). Further thoughts on "stress without distress". *Medical times*, 104, 124-144.
- \*Sethna, V., Murray, L., Edmondson, O., Iles, J., & Ramchandani, P. G. (2018). Depression and playfulness in fathers and young infants: A matched design comparison study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 364-370. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.107
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- \*Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D. H., & Meinlschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, 36, 1886-1893. DOI: 10.1038/npp.2011.74
- Smallen, D., Eller, J., Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2022). Perceptions of partner responsiveness across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 36, 618. DOI: 10.1037/fam0000907
- \*Spanier, G. B. (1989). *Dyadic adjustment scale*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, T.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Girouard, N., Enns, L. N., Bentley, V. M., Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (2012). The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. *Development and psychopathology*, 24(1), 93-105. DOI: 10.1017/S095457941100068X
- \*Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384, 1800-1819. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0
- \*Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Tr. it. Bollati Boringhieri.
- \*Stern, D.N. (1995). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Torino: Tr.it. Bollati Boringhieri.

- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34, 2655-2666. DOI: 10.1038/npp.2009.103
- \*Strauss, R., & Goldberg, W. A. (1999). Self and possible selves during the transition to fatherhood. *Journal of family psychology*, 13, 244. DOI: 10.1037/0893-3200.13.2.244
- Swain, J. E. (2011). The human parental brain: in vivo neuroimaging. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 1242-1254. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2010.10.017
- Swain, J. E., Kim, P., Spicer, J., Ho, S. S., Dayton, C. J., Elmadih, A., & Abel, K. M. (2014). Approaching the biology of human parental attachment: Brain imaging, oxytocin and coordinated assessments of mothers and fathers. *Brain research*, 1580, 78-101. DOI: 10.1016/j.brainres.2014.03.007
- Swain, J. E., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Constable, R. T., & Schultz, R. T. (2003). The neural circuitry of parent-infant attachment in the early postpartum. In *American College of Neuropsychopharmacology 42nd Annual Meeting*.
- Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48, 262-287. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01731.x
- Tambelli, R. (A cura di). (2017). *Manuale di psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- \*Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *The American Psychologist*, 44, 112-119. DOI: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- \*Tronick, E. Z. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Tr.it. Raffaello Cortina.
- \*Uguz, F., Gezginc, K., Kayhan, F., Sarı, S., & Büyüköz, D. (2010). Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *General hospital psychiatry*, 32, 213-215. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2009.11.002
- Vakrat, A., Apter-Levy, Y., & Feldman, R. (2018). Sensitive fathering buffers the effects of chronic maternal depression on child psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 779-785. DOI: 10.1007/s10578-018-0795-7
- Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms.

A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2004.10.007

Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2017). Sexual distress and sexual problems during pregnancy: Associations with sexual and relationship satisfaction. *The journal of sexual medicine*, 14, 387-395. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.12.239

Velotti, P., Castellano, R., & Zavattini, G. C. (2011). Adjustment of couples following childbirth: The role of generalized and specific states of mind in an Italian sample. *European Psychologist*, 16, 1. DOI: 10.1027/1016-9040/a000022

Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., ... & Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: a 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in psychology*, 7, 938. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00938

Von Mohr, M., Mayes, L. C., & Rutherford, H. J. (2017). The transition to motherhood: Psychoanalysis and neuroscience perspectives. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70, 154-173. DOI: 10.1027/1016-9040/a000022

\*Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173, 117-127. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15010124

Wilson, K. R., & Prior, M. R. (2011). Father involvement and child well-being. *Journal of paediatrics and child health*, 47, 405-407. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2010.01770.x

\*Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal preoccupation. The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*. London: Routledge.

\*Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.

Xie, R. H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2010). Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and new zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 50, 340-345. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2010.01185.x

Yan, X. (2022). Race, Socioeconomic Status, and Mothers' Parental Stress. *Society and Mental Health*, 12, 99-118. DOI: 10.1177/21568693221091690

\*opere non direttamente consultate