



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata (FISSPA)**

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

***L'impatto della salute mentale materna nel periodo
perinatale sul temperamento infantile e sulla qualità
della relazione madre-bambino***

*The impact of maternal mental health in the perinatal period on
childhood temperament and the quality of the mother-child
relationship*

Relatrice:

Prof.ssa Alessandra Simonelli

Correlatrice:

Prof.ssa Chiara Sacchi

Laureanda: Martina Muner

Matricola: 2082988

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

.....	1
INTRODUZIONE	1
1. L'ANSIA MATERNA E LE DIFFICOLTA' NELLA REGOLAZIONE EMOTIVA NEL PERIODO PERINATALE	4
1.1. LA SALUTE MENTALE MATERNA IN EPOCA PRENATALE	4
1.1.1. L'ansia materna in gravidanza e le conseguenze sullo sviluppo del bambino.....	7
1.1.2. Il ruolo delle emozioni materne in gravidanza.....	12
1.2. LA SALUTE MENTALE MATERNA IN EPOCA POSTNATALE	14
1.2.1. Le problematiche ansiose materne nel postpartum	17
1.2.2. La disregolazione emotiva materna nei primi mesi di vita del bambino	20
2. IL TEMPERAMENTO DEL BAMBINO E LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON LA MADRE	25
2.1. IL TEMPERAMENTO DEL BAMBINO	25
2.1.1. Definizione e classificazioni del temperamento infantile	25
2.1.2. Principali fattori associati al temperamento infantile.....	27
2.1.2.1. Caratteristiche fisiologiche e influenze genetiche e ambientali.....	27
2.1.2.2. Salute mentale materna prenatale	29
2.1.2.3. Qualità del sonno infantile	30
2.1.2.4. Aspetti psicopatologici infantili	30
2.1.3. Temperamento infantile ed esiti sulla genitorialità e sull'interazione madre-bambino	31
2.1.4. Temperamento infantile e personalità adulta	33
2.1.5. La valutazione del temperamento del bambino	36
2.2. LA RELAZIONE TRA MADRE E BAMBINO NEI PRIMI MESI DI VITA	40
2.2.1. Teoria dell'attaccamento e sviluppo del legame	40
2.2.3. Caratteristiche principali della relazione e conseguenze per lo sviluppo infantile	47
2.2.4. Il clima emotivo presente nella relazione madre-bambino.....	49
3. RICERCA	52
3.1. PRESENTAZIONE DELLO STUDIO LONGITUDINALE	52
3.2. IPOTESI DI RICERCA E OBIETTIVI	53
3.3. METODO	55
3.3.1. Reclutamento del campione.....	55
3.3.2. Procedura.....	56
3.3.3. Strumenti.....	56

<i>State-Trait Anxiety Inventory – Form Y (STAI-ST)</i>	56
<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)</i>	57
<i>Infant Behaviour Questionnaire-Revised (IBQ)</i>	58
<i>Emotional Availability Scales (EAS)</i>	59
3.3.4. Analisi statistiche	62
4. RISULTATI DELLA RICERCA	63
4.1. ANALISI STATISTICHE DESCRITTIVE DEL CAMPIONE	63
4.1.1. Caratteristiche del campione.....	63
4.1.2. Caratteristiche psicometriche delle variabili prese in esame	65
4.2. VERIFICA DELLE IPOTESI	66
4.2.1. Analisi dei dati della prima ipotesi	66
4.2.2. Analisi dei dati della seconda ipotesi	69
4.2.3. Analisi dei dati della terza ipotesi	72
4.2.4. Analisi dei dati della quarta ipotesi.....	75
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	78
5.1. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	78
5.2. PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA	84
5.3. CONCLUSIONI E RICERCHE FUTURE	87
BIBLIOGRAFIA	90

INTRODUZIONE

Questa ricerca rappresenta una proposta di approfondimento circa l'impatto della salute mentale materna nel periodo perinatale sulle dimensioni temperamentali infantili e sulla qualità della relazione madre-bambino. Adottando una prospettiva di studio di tipo transazionale, che implica un'influenza dinamica e interattiva dei fattori coinvolti, il lavoro cerca di esplorare come la salute mentale della madre durante la gravidanza e nei primi mesi post-partum possa influenzare non solo le caratteristiche temperamentali del bambino, ma anche le modalità relazionali adottate dalla diade nei momenti di interazione. Tale approccio considera inoltre il temperamento del bambino e le modalità comportamentali della madre in un contesto di interazione reciproca, in cui entrambi i fattori si influenzano reciprocamente, con effetti che si riflettono sullo sviluppo complessivo del bambino e sulla qualità della relazione diadica. In questo contesto, la ricerca si propone di fornire una visione più completa delle complesse interazioni tra salute mentale materna, temperamento infantile e qualità relazionale, con l'obiettivo di esplorare come queste interazioni possano contribuire a determinare esiti positivi o negativi nello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino e della diade. Si auspica che i risultati ottenuti possano contribuire alla progettazione di programmi di prevenzione e intervento mirati e personalizzati, che rispondano alle specifiche esigenze delle diadi e promuovano uno sviluppo sano e armonioso del bambino. In definitiva, l'obiettivo è quello di fornire indicazioni che possano arricchire la conoscenza scientifica e clinica delle interazioni dinamiche tra la salute mentale materna e lo sviluppo infantile, fornendo suggerimenti utili per la pratica professionale e le direzioni future della ricerca.

Il primo capitolo approfondisce la salute mentale materna nel periodo perinatale, descrivendo le caratteristiche generali di questa fase cruciale nella vita della donna, analizzando due condizioni specifiche, quali l'ansia e le difficoltà nei processi di regolazione emotiva. Nella prima parte vengono esplorate le manifestazioni dell'ansia durante la gravidanza, i fattori di rischio ad essa associati e il modo in cui questa può incidere sul benessere e sullo sviluppo del nascituro, oltre che sulle dinamiche relazionali tra la madre e il suo bambino. Inoltre, è stato approfondito come, nel periodo gestazionale, le capacità materne di regolazione emotiva possano influenzare lo sviluppo del bambino e la qualità della loro relazione. Nella seconda parte del capitolo, vengono analizzate le

problematiche ansiose materne nel postpartum, con particolare attenzione alle manifestazioni cliniche e alle conseguenze di lungo termine per la madre e il bambino, oltre alle difficoltà nella regolazione emotiva che le madri possono incontrare nei primi mesi successivi alla nascita del figlio, evidenziando come queste possano influenzare il benessere del bambino e la dinamica relazionale diadica.

Il secondo capitolo si occupa dell'analisi del temperamento infantile e della relazione tra la madre e il bambino nei primi mesi successivi alla nascita, approfondendo come questi due elementi interagiscano e si influenzino reciprocamente. Viene fornita una panoramica delle principali prospettive teoriche e dei modelli utilizzati per comprendere e studiare il temperamento, esaminando successivamente i diversi fattori che lo influenzano, con l'obiettivo di analizzare come aspetti riguardanti la fisiologia, la salute mentale materna e la qualità del sonno infantile possano modellare le dimensioni temperamentali del bambino. Si prosegue poi con una discussione su come il temperamento infantile possa esercitare un impatto sulla genitorialità e sull'interazione con la madre, contribuendo allo sviluppo della personalità del bambino in età adulta. Al termine della prima sezione di questo capitolo, vengono esplorati i metodi e gli strumenti utilizzati nella ricerca per valutare e comprendere il temperamento infantile. La seconda sezione del capitolo, invece, si concentra sulla teoria dell'attaccamento e sullo sviluppo del legame, descrivendo i vari stili di attaccamento e le caratteristiche principali della relazione madre-bambino, oltre alle loro ripercussioni sullo sviluppo infantile. In ultimo, viene esaminato il clima emotivo presente nella relazione diadica, osservando come l'ambiente emotivo possa influire sul benessere e sullo sviluppo del bambino.

Nel terzo capitolo viene presentata la descrizione della ricerca, parte di uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, illustrando le ipotesi, gli obiettivi, il metodo e le analisi condotte.

Il quarto capitolo presenta i risultati ottenuti attraverso l'analisi dei dati raccolti durante la ricerca, oltre a fornire una panoramica dettagliata delle caratteristiche del campione studiato, inclusi i dati demografici e le principali caratteristiche psicometriche delle variabili esaminate. Ogni sezione del capitolo analizza dettagliatamente i dati per valutare

se e come le ipotesi siano state confermate o confutate, fornendo una base per le conclusioni e le implicazioni dello studio.

Il quinto e ultimo capitolo è dedicato alla discussione dei risultati e alle conclusioni derivanti dallo studio. Inizialmente si interpretano i risultati ottenuti alla luce delle ipotesi iniziali e delle teorie esistenti; successivamente si esaminano i principali punti di forza dello studio e le limitazioni che potrebbero aver influenzato l'interpretazione dei dati, limitando la ricerca. Infine, vengono descritte le principali conclusioni tratte, suggerendo possibili approfondimenti e sviluppi per ricerche future.

1. L'ANSIA MATERNA E LE DIFFICOLTA' NELLA REGOLAZIONE EMOTIVA NEL PERIODO PERINATALE

1.1. LA SALUTE MENTALE MATERNA IN EPOCA PRENATALE

Il costrutto di “salute mentale” viene definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come quello “*stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare lo stress della vita, realizzare le loro capacità, imparare bene e lavorare bene e contribuire alla comunità di appartenenza*” (WHO, 2022). La salute mentale viene indagata, soprattutto a livello materno, durante la maternità, il parto e i primi mesi successivi alla nascita del bambino poiché, essendo questi dei momenti che alterano la vita della donna a livello fisico e psicologico, possono intaccare negativamente la sua salute mentale, determinando nuovi disturbi mentali o peggiorando le condizioni precedenti di salute della stessa (WHO, 2022).

Il periodo di transizione alla maternità rappresenta un momento estremamente sensibile, sia per la madre che per il padre, ricco di cambiamenti che possono mettere a dura prova le risorse dei neo-genitori, facendo emergere aspetti di crisi e problematicità. Secondo i dati raccolti dall’OMS, una donna su cinque sperimenta una condizione di alterazione della propria salute mentale durante la gravidanza o nel primo anno di vita del figlio (WHO, 2022).

La gravidanza è un periodo molto particolare nella vita della donna: le trasformazioni che avvengono dentro di essa sono influenzate anche dallo sviluppo delle sue rappresentazioni mentali, riguardanti se stessa come madre, il nascituro e la loro futura relazione (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013). Essendo questa una situazione delicata, la madre è chiamata a modificare diversi aspetti della propria vita per imparare a relazionarsi con il suo futuro bambino; i processi di autoregolazione che la donna mette in atto andranno poi a costruire degli schemi che il nascituro imparerà con il tempo a riconoscere, memorizzare e anticipare.

A partire dagli studi di Daniel Stern, la relazione mamma-bambino diventa un vero e proprio oggetto di studio dei principali esponenti dell’Infant Research, assumendo la dicitura di “nuovo paziente prototipico” (Stern, 1995). Secondo lo studioso infatti, con la nascita di un figlio, in modo particolare il primogenito, le madri sviluppano in modo

rapido una specifica organizzazione psichica, unica della maternità, definita “costellazione materna”, di durata temporanea, che diventa la linea dominante organizzativa del funzionamento psichico della madre, posizionandosi davanti ad altre organizzazioni precedenti del Sé (Stern, 1995). All’interno della costellazione materna, Stern identifica quattro temi dominanti: il tema della vita-crescita, quello della relazionalità primaria, quello della matrice di supporto e, infine, il tema della riorganizzazione dell’identità; essi si inseriscono nella traiettoria di sviluppo del bambino, influenzando la sua crescita e lo sviluppo della genitorialità (Stern, 1995). La maternità diviene un periodo caratterizzato da innumerevoli trasformazioni, dove anche la psiche della madre è chiamata ad adattarsi alla nascita di una nuova vita, stimolando la donna stessa a sperimentare un profondo riallineamento interno: le sue preoccupazioni, gli interessi e le energie sono ora riferiti in maniera maggiore verso il suo bambino (Stern, 1995).

Durante la gestazione, si strutturano all’interno dello spazio intrapsichico della donna molteplici investimenti narcisistici che, al momento della nascita del bambino, si manifestano e si collocano nell’area interpersonale specifica che la madre costruisce relazionandosi con il figlio (Amato, 2021). Diventare genitori è dunque un processo trasformativo che dura per diverso tempo e che giunge a compimento in maniera graduale: è proprio grazie all’adattamento reciproco tra meccanismi di regolazione e di autoregolazione che si struttura la genitorialità come un processo specifico che lascia un’impronta indelebile nella psiche del bambino.

Gli studi presenti in letteratura evidenziano come la presenza di una psicopatologia materna durante il periodo della gravidanza, nello specifico quadri depressivi in comorbilità con disturbi ansiosi, risulti essere associata a rappresentazioni mentali materne negative, ridotte capacità di coping e a una percezione di ridotta efficacia rispetto al proprio ruolo di madre (Tambelli, Odorisio & Lucarelli, 2014; Hart & McMahon, 2006). Le ricerche rilevano infatti come lo stato mentale materno possa considerarsi predittivo rispetto allo stile genitoriale nelle interazioni precoci (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013; Tambelli et al., 2008) e anche rispetto al comportamento e alla salute mentale (Austin, 2004; O’Connor et al., 2003) e fisica del bambino fin dalla sua nascita (Field et al., 2009).

Tra le diverse forme di psicopatologia prenatale, la letteratura mostra come lo stress, i disturbi ansiosi e quelli depressivi, presentino una forte associazione con basso peso alla nascita, parto pretermine (Szegda et al., 2014; Littleton et al., 2010), ed esiti infausti anche rispetto al neurosviluppo, tra cui problematiche a livello emotivo, cognitivo e comportamentale (O'Donnell et al., 2009; Glover, 2011). Alcuni studiosi hanno inoltre riscontrato diversi meccanismi biologici che potrebbero sottostare all'associazione tra disturbi psicopatologici materni e complicanze mediche in gravidanza: uno potrebbe essere l'effetto promotore del disturbo stesso sul sistema immunitario, con un conseguente aumento dei livelli dei marker infiammatori circolanti (Christian, 2012). Un altro meccanismo possibile consiste nell'iperattività del sistema neuroendocrino materno, causata da stress psicologico prenatale e da una sintomatologia psichiatrica preesistente (Monk et al., 2000; Rondo, 2007). È necessario anche tenere presente l'effetto delle terapie psicofarmacologiche sulla salute della donna e del feto a breve termine: spesso, infatti, le madri che iniziano una gravidanza durante un periodo di trattamento farmacologico per una malattia psichiatrica si ritrovano all'interno di regimi terapeutici non ideali o, ancora più spesso, interrompono improvvisamente le terapie stesse, con una conseguente alta possibilità di ricaduta della sintomatologia (Freeman et al., 2005; Cohen et al., 2006; Spinelli, 2009).

Uno studio di Laplante e collaboratori (2004) ha evidenziato una correlazione importante tra il tono dell'umore materno durante la gravidanza e lo sviluppo del cervello fetale: un meccanismo possibile di alterazione precoce potrebbe aver luogo a livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene del feto (Egliston, McMahon & Austin, 2007; Velders et al., 2012). Il feto esposto a patologie psichiatriche materne e a condizioni psicosociali stressanti sembra inoltre essere maggiormente a rischio di condizioni precarie di salute generale (Sandman et al., 2012) e di sviluppare diverse malattie pediatriche (Tegethoff et al., 2011).

Diventa dunque fondamentale rivolgere molta attenzione clinica al livello strutturale della genitorialità, in particolare di quella parte a rischio psicopatologico, al fine di progettare programmi di prevenzione precoce (Tambelli & Volpi, 2015), che abbiano l'obiettivo di bloccare l'orientamento patologico della manchevolezza relazionale che contraddistingue le diadi costituite da madri con disturbi psicopatologici.

Pertanto, verranno descritte due diverse condizioni che possono intaccare la salute mentale materna durante la gravidanza, quali l'ansia e le difficoltà nella regolazione emotiva, e le loro possibili conseguenze a livello della genitorialità, della relazione mamma-bambino e dello sviluppo infantile.

1.1.1. L'ansia materna in gravidanza e le conseguenze sullo sviluppo del bambino

La gravidanza, rappresentando un vero e proprio periodo di crisi maturativa della madre, determina profondi cambiamenti a livello biologico e psicologico che danno avvio a un processo articolato di riorganizzazione dell'identità femminile (Ammaniti et al., 1995; Ferrara Mori, 2006). I disturbi psicopatologici che si riscontrano più frequentemente nel periodo della gravidanza sono i quadri depressivi e ansiosi (Brockington, McDonald & Wainscott, 2006; O'Hara et al., 2014). In questo sottoparagrafo ci si concentrerà sui disturbi ansiosi, evidenziando come essi siano diventati oggetto di studio a livello internazionale solo negli ultimi anni (Rubertsson et al., 2014).

È importante precisare come una componente di ansia in gravidanza, all'interno di un range di normalità, possa avere un valore specifico di attivazione e preparazione della futura madre al parto e al periodo post-partum (Ammaniti et al., 1995). La donna infatti, specialmente negli ultimi mesi della gestazione, inizia a predisporre al momento dell'incontro con il proprio bambino, sentendosi pervasa da uno stato di ansia (Ferrara Mori, 2006). Contemporaneamente a questa trasformazione, la donna accede a quello stato di assorbimento totale che Winnicott ha indicato come "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956): le sue preoccupazioni più intime e la sua grande sensibilità accrescono la capacità di prevedere i bisogni del bambino e di riconoscerne i segnali. In questo momento il padre acquisisce un ruolo strettamente attivo nel proteggere la madre da intrusioni provenienti dall'esterno, rendendola quindi sicura di poter essere "ansiosa" e di poter avere questa sola unica preoccupazione: "*la cura del bambino che è dentro al suo corpo o nelle sue braccia*" (Winnicott, 1956).

Quando però la quota di ansia diventa eccessiva e persistente nel corso del tempo, si possono innescare dei quadri di psicopatologia ansiosa, che necessitano di essere studiati a fondo, al fine di analizzare le conseguenze che essi possono causare sul bambino e sul suo sviluppo. Come evidenziano Brockington, McDonald e Wainscott (2006), nonostante

i disturbi d'ansia specifici della gravidanza si manifestino in modalità simili a quelli che compaiono in altri periodi della vita, è anche impensabile non ammettere che il loro focus sia associato in modo particolare al passaggio alla maternità. Nello specifico, l'ansia correlata alla gravidanza viene definita come la condizione materna caratterizzata da *“dimensioni multiple di preoccupazioni e paure riguardanti la gravidanza, compresi la salute del feto, la perdita del feto, la nascita del bambino, preoccupazioni riguardanti l'assistenza sanitaria, il benessere della madre, l'immagine corporea, il prendersi cura del bambino, preoccupazioni a livello economico e il supporto offerto dalla famiglia e dalla società di riferimento”* (Bayrampour et al., 2016).

I disturbi d'ansia che possono presentarsi nel periodo della gravidanza sono: disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico e fobie specifiche.

In riferimento alla prevalenza di questi disturbi nel periodo della gravidanza, un recente studio di Val e Miguez (2023) ha evidenziato come i sintomi ansiosi, rilevati attraverso strumenti self-report, fossero presenti in una percentuale compresa tra il 7.7% e il 35.5% delle donne europee.

Il *disturbo d'ansia generalizzato* (GAD) è descritto come una *“condizione patologica in cui si riscontrano ansia e preoccupazioni eccessive rispetto a eventi e attività quotidiane in modo continuativo per un periodo di tempo non inferiore a sei mesi”*, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5 (DSM-5; APA, 2013). Rispetto però alla gravidanza, secondo diversi autori questa definizione necessita di un riadattamento temporale, per il fatto che la gestazione dura complessivamente nove mesi, e quindi considerare una finestra di sei mesi potrebbe risultare eccessivo (Buist, Gotman & Yonkers, 2011). Secondo Val e Miguez (2023), utilizzando come strumento di assessment un'intervista clinica, la prevalenza del disturbo nelle donne in gravidanza risulta compresa tra lo 0.3% e il 10.8%. In letteratura sono stati identificati diversi fattori di rischio, tra i quali aver già sofferto in precedenza di GAD, eventi di vita stressanti, supporto sociale inadeguato, basso livello di istruzione ed essere stata vittima di un abuso/trauma in età infantile (Buist, Gotman & Yonkers, 2011).

Il *disturbo di panico* (DP) è caratterizzato dalla *“comparsa di ripetuti attacchi di panico specificatamente accompagnati dalla paura di un attacco futuro o da cambiamenti comportamentali volti a evitare situazioni che possano indurre gli attacchi”* (APA, 2013). La sintomatologia nel periodo gestazionale è simile a quella che caratterizza il disturbo

in altri periodi della vita adulta; spesso appare in comorbilità con una patologia depressiva e sembrerebbe anche esserci una maggiore inclinazione del disturbo stesso a presentarsi in modo temporaneo verso il secondo trimestre della gravidanza, ovvero quando vi sono maggiori modificazioni fisiche nel corpo della donna (Martini et al., 2015).

Rispetto alle *fobie specifiche*, che secondo il DSM-5 rappresentano il disturbo d'ansia più comune, strutturandosi come “*intense paure, persistenti e irragionevoli, che provocano evitamento e ansia nella persona, rispetto a circostanze, situazioni o oggetti specifici*”, la letteratura riguardante il periodo della gravidanza risulta essere abbastanza povera. È stato però di recente approfondito lo studio della tocofobia, la paura del parto che, secondo alcuni studi, è presente nel 6-10% delle donne gravide (Saisto & Halmesmäki, 2003; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009) e che può comparire in tutti e nove i mesi della gravidanza, durante il parto stesso e, in alcuni casi, essere associata anche alla paura di morire. Quando l'ansia specifica della madre per il parto o il timore di morire durante lo stesso evento sono talmente intensi da portare la donna a evitare il più possibile tale situazione, la paura diventa paralizzante e totalmente invalidante, sia a livello fisico, che emotivo (Scollato & Lampasona, 2013).

Negli ultimi anni è stato proposto un nuovo costrutto di “*ansie specifiche della gravidanza*” (*Pregnancy Specific Anxiety*”, PSA; o *Pregnancy-related Anxiety*), per descrivere uno scenario clinico materno caratterizzato da preoccupazioni e paure specifiche della condizione gestazionale. Queste ansie sono riferite spesso a timori rispetto ai cambiamenti nel proprio aspetto fisico, a una paura intensa di provare dolore o perdere il controllo durante il parto, al timore per la propria vita e quella del nascituro e a paure rispetto alla capacità di essere una buona madre (Huizink et al., 2004). Le PSA sembrano essere predittive dell'età gestazionale al momento del parto (Roesch et al., 2004); è stata inoltre riscontrata una correlazione tra queste specifiche ansie e un maggiore rischio di nascita prematura (Kramer et al., 2009; Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Diversi studi presenti in letteratura concordano nell'evidenziare una maggior frequenza e intensità dei sintomi ansiosi durante la gravidanza rispetto al periodo post-partum (Ross et al., 2003; Micali, Simonoff & Treasure, 2011). I livelli di ansia prenatale si rivelano più elevati nel primo e nel terzo trimestre rispetto al secondo (Teixeira et al., 2009; Figueireido & Conde, 2011; Liou, Wang & Cheng, 2014). I primi mesi di gravidanza sono

spesso caratterizzati da timori e paure per la novità dell'evento, per la manifestazione dei primi cambiamenti a livello fisico (come la comparsa della nausea) e per l'eventualità che la gravidanza stessa possa interrompersi: nel primo trimestre si registra una prevalenza di sintomi ansiosi nel 15% circa di donne (Teixeira et al., 2009; Rubertsson et al., 2014). La prevalenza dei disturbi d'ansia nel secondo trimestre appare più bassa, compresa tra il 6,6% e il 14% (Andersson et al., 2003; Heron et al., 2004): questo sembra essere infatti il periodo più tranquillo della gravidanza. Infine, nel terzo trimestre, la prevalenza si aggira tra il 21% e il 36% (Austin et al., 2005; Giardinelli, Cecchelli & Innocenti, 2008; Goodman & Tyer-Viola, 2010): è questo il momento in cui riemergono le ansie e i timori rispetto al momento del parto e alla divisione fisica dal bambino, assieme allo scaturirsi delle preoccupazioni per i futuri compiti di accudimento.

Un importante studio del 2006, condotto da Brockington, McDonald e Wainscott, ha esplorato le paure caratteristiche che affliggevano delle donne durante la gravidanza: paura per la comparsa di malformazioni nel feto, paura della morte fetale, paura di non essere una madre idonea, tocofobia e paura di godere di uno scarso supporto sociale. Tra queste, le paure che si sono rivelate maggiormente frequenti sono state le prime due (in particolare il 43% delle donne riferiva di aver provato la paura per malformazioni nel feto e il 40% per la morte dello stesso), successivamente il 32% affermava di provare paura di essere una madre inadeguata, e infine il 28% delle donne temeva il momento stesso del parto.

Tra i potenziali fattori predisponenti una sintomatologia ansiosa in gravidanza emergono: fattori socio-demografici (giovane età, scarso livello di istruzione e basso livello di status socio-economico), psicosociali (ridotto supporto sociale ed esperienze di vita avverse), psicologici (autostima carente e stile di personalità nevrotico), relazionali (conflitti con il partner e con la famiglia di origine) e clinici (gravidanza a rischio e parti multipli) (Saisto & Halmesmki, 2003; Giardinelli, Cecchelli & Innocenti, 2008; Teixeira et al., 2009;). In letteratura sono riportati anche altri predittori, quali paura del parto e pensieri negativi su di esso e sulla maternità, gravidanza non desiderata ed essere stata vittima di trauma e/o abuso sessuale o fisico prima della gestazione (Grant, MacMahon & Austin, 2008; Rubertsson et al., 2014; Martini et al., 2015). È inoltre fortemente predittivo l'aver sperimentato precedentemente un disturbo d'ansia (Rubertsson et al., 2014; Martini et al., 2015) o un disturbo depressivo (Skouteris et al., 2009; Rallis et al., 2014).

La sintomatologia ansiosa sperimentata dalla donna durante la gravidanza può avere importanti ripercussioni negative sul benessere e la salute della donna stessa, aumentando il rischio di sviluppare una depressione postpartum (Heron et al., 2004; Robertson et al., 2004; Vesga-Lopez et al., 2008), di avere un'ideologia negativa della gestazione e di sviluppare una vera e propria fobia nei confronti del momento specifico del parto (tocofobia). Spesso, a causa di queste associazioni, le donne tendono ad avere una rappresentazione di loro stesse come madri insufficientemente capaci di prendersi cura del loro bambino, oltre ad essere maggiormente predisposte a preferire un parto cesareo programmato, piuttosto di partorire naturalmente (Hart & McMahon, 2006; Rubertsson et al., 2014).

I disturbi d'ansia sofferti dalla madre durante la gestazione possono condurre a esiti negativi anche rispetto allo sviluppo fetale, neonatale e infantile a lungo termine (Glover, 2014). Più specificatamente, vi è l'ipotesi di un meccanismo diretto, intrauterino, attraverso il quale l'ansia prenatale materna influenza lo sviluppo fetale, ovvero la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene materno (Kinsella & Monk, 2009). Secondo Dunkel Schetter e Tanner (2012), alcune vulnerabilità preesistenti nella donna che interagiscono con diverse variabili a livello ambientale e psicosociale specifiche della gravidanza, porterebbero a un aumento del livello di ansia materna, con conseguenti effetti nocivi sulla funzione della placenta. Si suppone inoltre che alti livelli di ansia materna durante la gravidanza favoriscano il potenziamento di formazioni neurologiche che determinerebbero particolari tendenze temperamentali del neonato e, nei primi anni di vita del bambino, problematiche a livello comportamentale (O'Donnell et al., 2012). Nel primo anno di vita, i figli di madri con sintomatologia ansiosa prenatale, presentano difficoltà maggiori nei processi di autoregolazione, problematicità a livello psicosomatico, livelli superiori di cortisolo a fronte di stimoli stressanti, instabilità del sistema nervoso autonomo e temperamento difficile (Huizink et al., 2002). In particolare, l'ansia sperimentata dalla madre durante la gravidanza è risultata associata alla tendenza del neonato a manifestare una reattività temperamentale molto elevata (Poggi Davis et al., 2004), mostrando un pianto intenso e vivaci movimenti delle braccia e delle gambe di fronte a stimoli improvvisi. Questa alta reattività temperamentale rappresenta un fattore predittivo di una futura inibizione comportamentale del bambino (Kagan, Reiznick & Snidman, 1987), che può a sua volta essere considerata un fattore di rischio per

l'evoluzione di problematiche a livello internalizzante durante l'infanzia e di disturbi d'ansia in età adolescenziale e adulta (Hirshfeld-Becker et al., 2008; Henderson, Pine & Fox, 2015). Martini e collaboratori (2010) hanno identificato un'associazione significativa tra la percezione di ansia e stress durante la gestazione e la comparsa del Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e disturbi della condotta durante l'età infantile. Altri studi hanno evidenziato l'effetto dell'ansia prenatale sulla performance scolastica del bambino, individuando difficoltà cognitive e scarso rendimento (Barker et al., 2011; Davis & Sandman, 2012). Schwarze e collaboratori, in un recentissimo studio del 2024, hanno individuato un importante effetto dell'ansia materna prenatale sullo sviluppo del bambino: la sintomatologia ansiosa sembra prevedere tutti gli aspetti dell'autoregolazione infantile all'età di tre mesi, determinando nel bambino problematiche a livello del pianto, del sonno e dell'alimentazione.

In questo paragrafo sono stati descritti i principali disturbi ansiosi che possono riguardare la salute mentale materna in epoca prenatale, delineandone la sintomatologia, l'eziologia e le conseguenze che questi stessi contribuiscono a generare rispetto alla madre e rispetto al bambino.

Nel successivo paragrafo verrà approfondito il ruolo esercitato dalla capacità materna di regolare o meno le proprie emozioni durante il periodo della gravidanza, specificando i risvolti sia a livello materno, sia a livello infantile.

1.1.2. Il ruolo delle emozioni materne in gravidanza

La regolazione emotiva (*Emotion Regulation*, ER) rappresenta un aspetto essenziale del costrutto di competenza emotiva, ovvero di quell'insieme di capacità che comprendono anche l'espressione e la comprensione delle emozioni (Halberstadt, Denham & Dunsmore, 2001). Frijda (1986), uno dei primi studiosi che si è occupato in modo specifico di regolazione, ha descritto l'importanza di considerare il modo in cui le persone non solo provano le emozioni, ma anche come si comportano nei loro confronti, giudicandole positive o negative. Successivamente, Thompson (1994) ha espresso una definizione della regolazione emotiva, proponendola come l'"*insieme di processi intrinseci ed estrinseci di monitoraggio, valutazione e modificazione delle reazioni emotive, grazie ai quali le persone possono affrontare in modo efficiente diverse*

situazioni”. Infine, James Gross (2008) ha proposto un modello del processo di regolazione emotiva, descrivendo cinque tipologie principali di meccanismi regolatori: selezione della situazione, modifica della stessa, focalizzazione dell’attenzione, cambiamento cognitivo e modulazione della risposta. Secondo questo studioso, infatti, l’esercizio di regolazione si situa a diversi livelli del processo emotivo e provoca degli effetti a diversi punti dello stesso processo.

Come già descritto precedentemente, la gravidanza rappresenta uno dei viaggi più complessi e profondi nella vita di un individuo, includendo sostanziali trasformazioni a livello neurobiologico, ormonale e psicologico (Leckman et al., 2004; Feldman, 2007; Rutherford & Mayes, 2011; Swain, 2011). Durante la fase gestazionale, infatti, la donna può sperimentare diverse alterazioni a livello del tono dell’umore (Buckwalter et al., 2011), che influenzeranno lo stato emotivo della madre stessa e la sua modalità di relazionarsi con il bambino.

L’incapacità della donna di avere consapevolezza dei suoi stati emotivi, oltre che di comprenderli, accettarli ed eventualmente modificarli quando questi risultano essere inadatti alla situazione affrontata, rappresenta quelle che vengono definite le *difficoltà nella regolazione emotiva*. La disregolazione emotiva viene quindi presentata come la difficoltà o incapacità che caratterizza i modelli individuali di espressione ed esperienza emotiva in modalità che si dimostrano essere disadattive, inappropriate rispetto al contesto in cui vengono attuate e ostacolanti le azioni finalizzate ad un obiettivo (Thompson, 2019).

Diversi studi presenti in letteratura hanno indagato le conseguenze che le difficoltà materne nella capacità di regolazione emotiva durante la gravidanza portano a livello dello sviluppo e della salute del bambino. Ad esempio, Ostlund e collaboratori (2019), studiando la trasmissione intergenerazionale dei processi di regolazione emotiva, hanno scoperto che le difficoltà di ER in gravidanza risultano associate a un livello elevato di rischio neurocomportamentale di disregolazione emotiva nel bambino. La regolazione emotiva prenatale è collegata anche alla qualità delle interazioni infantili alimentari (de Campora et al., 2014) e all’attitudine genitoriale nei primi anni di vita del bambino: problematiche a livello di questi processi durante la gravidanza sono collegate infatti a una responsività fisiologica parentale più smorzata nei confronti del pianto infantile (Lin et al., 2019).

Sono state evidenziate diverse associazioni importanti anche tra la difficoltà materna di regolazione emotiva prenatale e diversi aspetti riguardanti la donna: un'alterazione a livello delle strategie regolatorie è associata a livelli elevati di cortisolo (Conradt et al., 2020), ricollegati all'utilizzo di fumo e sostanze (Bradizza et al., 2017), a problemi alimentari (de Campora et al. 2014) e disturbi del sonno (Kalmbach et al., 2020), sempre durante il periodo gestazionale. Inoltre, una scarsa regolazione prenatale sembra essere in relazione con livelli più elevati di una presenza sintomatologica di tipo depressivo, ansioso, o di un disturbo borderline di personalità, pensieri e comportamenti autolesionisti (Lin et al., 2019; Kalmbach et al., 2020). Infine, ricerche longitudinali hanno rivelato che le difficoltà nella regolazione emotiva materna nel periodo della gravidanza predicono sintomi di ansia e depressione, sia in epoca prenatale che postnatale (Cao et al., 2018; Coo et al., 2020).

Uno studio recente del 2023, condotto da Muzard e collaboratori, ha esplorato la relazione tra le difficoltà nella regolazione emotiva durante la gestazione e lo sviluppo socio-emotivo del bambino a due mesi di vita, evidenziando importanti risultati: le variabili predittive genitoriali dominanti rispetto alla presenza di difficoltà socio-emotive nel figlio risultano essere caratteristiche relative ad una disregolazione emotiva a livello genitoriale. Nel paragrafo a seguire, l'attenzione sarà focalizzata sulla salute mentale della donna nel periodo successivo alla nascita del bambino, approfondendo le stesse problematiche ansiose e le difficoltà nella regolazione emotiva che sono state descritte precedentemente a livello prenatale.

1.2. LA SALUTE MENTALE MATERNA IN EPOCA POSTNATALE

La nascita di un bambino è un'esperienza estremamente complessa a livello fisiologico ed emotivo, caratterizzata dalla presenza simultanea di stati emotivi tra loro discordanti: la felicità sperimentata dai genitori per la nuova vita è spesso accompagnata da un senso di smarrimento, insicurezza e ansia di fronte ad un evento che provocherà dei cambiamenti radicali, improvvisi e, a volte, incontrollabili nella loro vita.

La gravidanza e il parto, nonostante siano spesso descritti dalle culture di diversi paesi come dei momenti gioiosi ed emozionanti, possono anche indurre le future madri a vivere

delle sfide intese a livello fisico e psicologico, provocando ripercussioni sulla loro salute e su quella del nascituro (Dayan et al., 2002; Nelson 2003; Li et al., 2009).

Il postpartum è un periodo caratterizzato da una maggiore vulnerabilità per la donna rispetto all'insorgenza o alla ricaduta di disagi a livello psicologico, a causa delle numerose trasformazioni che si verificano (Smith et al., 2011; Biaggi et al., 2016). Dopo il parto, infatti, le donne si imbattono in un'infinità di fattori che potrebbero aumentare il loro rischio di soffrire di distress psicologico. Quest'ultimo sembrerebbe avere un impatto negativo sul loro stato di benessere e sullo sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale e sociale del bambino (Hung et al., 2011).

I disturbi psichiatrici che possono comparire nel periodo successivo alla nascita del bambino (*postpartum psychiatric disorders*, PDDs,) comprendono: la depressione postpartum, i disturbi d'ansia postpartum, il disturbo post-traumatico da stress e la psicosi puerperale. In misura minore, si riscontra la presenza anche di disturbi materni alimentari postnatali (che possono ripresentarsi o peggiorare quando il bambino attraversa la fase dello svezzamento) e il disturbo ossessivo compulsivo (Meltzer-Brody et al., 2018). L'eziologia dei disturbi sopra citati è data da una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali, comprendendo anche l'effetto che le variabili genetiche e ambientali hanno rispetto al rischio materno di sviluppare una di queste psicopatologie (Meltzer-Brody, 2011).

Un'importante condizione para fisiologica, transitoria e reversibile, che colpisce circa il 70/80% delle donne nella settimana successiva al parto, secondo i dati aggiornati al 2024 del Ministero della Salute e Istituto superiore di sanità (MSAL), è il cosiddetto "*baby blues*". Questa forma di disagio materno, dovuta principalmente ai cambiamenti ormonali tipici del periodo postnatale, è caratterizzata da diversi sintomi, quali: sbalzi umorali frequenti, tensione, irritabilità, pianto improvviso e incontrollabile, percezione di inadeguatezza e tristezza ingiustificata. È fondamentale precisare due caratteristiche ben specifiche di questa condizione che la differenziano da un disturbo depressivo postpartum: i sintomi si presentano nei giorni immediatamente successivi al parto ed hanno un carattere transitorio, perdurando fino ad un massimo di una/due settimane. Quando invece i sintomi persistono per oltre due settimane, insorgono durante la gravidanza o fino ai 12 mesi successivi al parto e interferiscono con le attività quotidiane della donna, inclusa l'attività di cura nei confronti di sé stessa e del bambino,

identificherebbero una vera e propria forma di psicopatologia depressiva, la *depressione postpartum* (APA, 2013).

Alcuni studi hanno evidenziato una forte associazione tra una sintomatologia ansiosa e depressiva prenatale e la depressione postnatale (O'hara & Swain, 2009; Beck, 2019). I disturbi depressivi e ansiosi che possono colpire le madri nel periodo successivo alla nascita del figlio risultano collegati anche a: minore allattamento al seno da parte della donna, ridotta sensibilità materna emotiva e comportamentale nei confronti del bambino, legame debole all'interno della diade, temperamento difficile e sviluppo neurologico atipico del bambino e problematiche a livello emotivo e comportamentale che possono affliggerlo durante il periodo della crescita (Field, 2010; Stein et al., 2014; Drury et al., 2016). Una ricerca di Obrochta e collaboratori (2020), condotta attraverso delle analisi statistiche sui risultati ottenuti dalle donne mediante l'utilizzo di una strumentazione self-report, ha mostrato come alcune misure di disagio psicologico prenatale possano predire altrettante forme di disagio psicologico postnatale: tra le 288 madri partecipanti allo studio, il 21.2% presentava segni di distress psicologico nel periodo antecedente alla nascita del figlio, e di queste il 70.5% aveva vissuto delle forme di distress nel periodo postpartum.

Sostenere una donna che ha partorito significa dunque lavorare con lei sulle sue insicurezze e sui sentimenti e le emozioni che questo evento può aver provocato: vuol dire riconoscere che sta affrontando un momento speciale della sua vita, caratterizzato da una miriade di sensazioni, positive e negative che siano, oltre che da un'enorme fragilità a livello emotivo, che la spinge a ricercare aiuto e supporto nelle persone a lei care e nel personale sanitario di riferimento. Fondamentale è non lasciare mai sola la neo mamma, non farla mai sentire inadeguata o non pronta a intraprendere questo nuovo ruolo: spesso infatti la donna può sperimentare alti livelli di solitudine nei primissimi tempi che seguono il parto ed è per questo importante costruire attorno a lei e al suo bambino una grande rete di sostegno, che la faccia sentire protetta e incoraggiata a vivere questa nuova fase della sua vita (MSAL, 2024).

1.2.1. Le problematiche ansiose materne nel postpartum

I primi momenti che seguono il parto rappresentano un periodo di transizione estremamente significativa per la donna: il boom ormonale, la diminuzione del sonno, lo stress fisiologico ed emotivo e i cambiamenti di ruolo che la madre vive a livello personale e sociale possono contribuire al rischio di insorgenza o acutizzazione di un disturbo d'ansia (Thorsness et al., 2018).

La maternità è spesso considerata dalle diverse culture come l'esperienza umana più importante e gratificante per una donna e la maggior parte delle madri presenta livelli stabili o aumentati di umore positivo durante gli ultimi mesi della gravidanza e nel primo postpartum, ma, ciononostante, questo evento può anche portare la donna stessa a vivere uno stato di agitazione e confusione che rende necessario un suo riadattamento a livello fisico, culturale e sociale (Razurel et al., 2011). Le preoccupazioni che possono affliggere le madri nel periodo postnatale riguardano principalmente aspetti connessi con la salute e l'aspetto fisico materni, la salute e lo sviluppo del neonato, la necessità di avere una quantità maggiore di tempo ed energie, la salvaguardia dei rapporti interpersonali e la capacità di prendersi cura adeguatamente del bambino (Fishbein & Burggraf, 1998; Huizink et al., 2004).

I disturbi ansiosi che possono colpire le donne nel periodo postnatale differiscono dalla sintomatologia ansiosa caratteristica della gravidanza per la loro intensità, persistenza e per l'impatto che hanno sul funzionamento materno (Thorsness et al., 2018). Il DSM-5 non specifica una diagnosi per un disturbo d'ansia postpartum e non esistono quindi dei criteri standardizzati: è ipotizzabile che, in alcuni casi, l'ansia che scaturisce nel momento seguente alla nascita del bambino rappresenti un aggravamento di un preesistente disturbo d'ansia generalizzato (GAD), o che, in altre situazioni, possa trattarsi di un disturbo transitorio causato da specifiche circostanze del periodo postnatale (Jordan & Minikel, 2019).

Nonostante i disturbi d'ansia si presentino spesso in comorbilità con la depressione postpartum, sono meno approfonditi dai vari studi presenti in letteratura e le stime della loro prevalenza sono inconcludenti (Pavlov et al., 2014). Una recente revisione di Field (2018), che ha preso in considerazione i dati presenti all'interno dei database PubMed e PsycINFO, pubblicati tra il 2010 e il 2017, ha evidenziato come la prevalenza dei disturbi

d'ansia nel periodo postnatale possa variare in relazione a diversi fattori: la definizione che si considera del costrutto di "disturbo d'ansia", la scala di valutazione dell'ansia che viene utilizzata e i punteggi di cut-off specifici della stessa, l'intensità della sintomatologia, la tempistica di assessment (quante settimane/mesi dopo il parto viene condotta la valutazione), il campione di reclutamento (campione clinico o popolazione generale) e il paese in cui viene condotta la ricerca. Per quanto riguarda le diverse scale di assessment che possono essere adoperate, quando si utilizzano la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), che presenta dei valori di cut-off sia per la depressione che per l'ansia postnatale (Bina & Harrington, 2016), e la Postpartum Worry Scale (PWS), che è sviluppata per rilevare l'ansia successiva al parto (Moran, Polanin & Wendzel, 2014), la prevalenza della sintomatologia ansiosa postpartum rientra in una percentuale compresa tra il 13% e il 40% (Field, 2018). Rispetto al momento in cui viene effettuata la valutazione, la prevalenza di ansia postnatale risulta essere inferiore quando viene misurata molto tempo dopo il parto: in uno studio condotto in Canada su 522 madri, la prevalenza dei sintomi ansiosi è diminuita dal 23% al 17% e infine al 15%, quando la misurazione è stata condotta, rispettivamente, a una, quattro e otto settimane postpartum (Dennis et al., 2013).

Field (2018) descrive quattro diverse categorie all'interno delle quali collocare i fattori di rischio per lo sviluppo di una sintomatologia ansiosa postnatale: fattori demografici (essere una giovane madre e svolgere un lavoro di impiegata), esperienze vissute durante il parto (tipo di parto e paure ad esso connesse), supporto familiare e sociale, e storia pregressa di disturbi psichiatrici e problematiche psicopatologiche (ansia e depressione prenatali, difficoltà a descrivere i propri sentimenti durante la gravidanza, strategie di coping inappropriate, autocolpevolizzazione e negazione della realtà). Altri studi hanno delineato un'associazione tra un disturbo d'ansia postpartum e i seguenti fattori di rischio: gravidanze a rischio, vissuti di stress durante la gravidanza, complicanze mediche, fumo, precedente morte fetale, prematurità ed esperienze avverse sperimentate durante il momento del parto (Guardino & Schetter Dunkel, 2014; Fairbrother et al., 2017; Gravensteen et al., 2018). Nel 2014, Shlomi Polachek e collaboratori, hanno evidenziato un'associazione importante tra la sintomatologia ansiosa materna postnatale e diverse variabili: paura antecedente nei confronti del parto, paura della morte (sia della madre stessa che del bambino), mancanza di controllo e di stima verso sé stessa e verso il sistema

sanitario. In letteratura viene riportata anche una differenziazione tra i fattori predittivi di una sintomatologia ansiosa materna che si presenta nel corso del primo anno di vita del bambino e una stessa sintomatologia che si verifica invece nei due anni seguenti al parto: la prima sembra essere predetta dalla frequenza di eventi di vita stressanti vissuti dalla madre e dalla nascita di un figlio prematuro, mentre la seconda sembrerebbe essere condizionata dall'aver preso parte precocemente ad esperienze traumatiche e/o stressanti (Agrati et al., 2015). Un elevato livello di istruzione e uno status socioeconomico medio-alto risultano essere dei fattori di protezione importanti rispetto allo sviluppo di un disturbo d'ansia nel periodo perinatale (Giardinelli, Cecchelli & Innocenti, 2008). Quando la sintomatologia ansiosa specifica della gravidanza si presenta in misura leggera sembra acquisire un ruolo protettivo nei confronti della madre, determinando livelli più bassi di ansia postnatale nei primi due anni successivi alla nascita del bambino (Agrati et al., 2015).

Le donne che soffrono di un disturbo d'ansia nel periodo seguente al parto spesso sono meno intenzionate ad allattare al seno il loro bambino, hanno più difficoltà con questo tipo di allattamento ed hanno anche una diversa composizione del latte, rispetto alle madri che non presentano questa sintomatologia (Serim Demirgoren et al., 2017). I disturbi ansiosi materni possono condurre a problematiche interattive nella relazione tra madre e bambino: il legame che si instaura sembra essere più debole rispetto a quello che si crea tra un bambino e una madre priva di una sintomatologia ansiosa (Tietz et al., 2014). Inoltre, la responsività delle madri ansiose in risposta alle vocalizzazioni dei loro bambini durante le interazioni, risulta essere minore rispetto alla capacità che le madri non ansiose hanno di rispondere ai bisogni dei propri figli (Stein et al., 2012). Anche il temperamento del bambino è condizionato negativamente dalla sintomatologia ansiosa materna postnatale, almeno durante i primi anni di vita: in uno studio condotto da Jover e collaboratori (2014), l'ansia misurata nelle madri nei primi giorni dopo il parto è risultata strettamente predittiva di tutti gli aspetti temperamentali del bambino, compresa l'irritabilità, oltre ad altre variabili quali la qualità del sonno infantile e le difficoltà di allattamento.

Alcuni studi presenti in letteratura hanno focalizzato il loro interesse sull'influenza dei disturbi ansiosi materni postpartum nei diversi settori di sviluppo del bambino: considerando questa variabile infantile a livello sociale, cognitivo, linguistico, grosso e

fine motorio, grazie all'utilizzo dell'Early Childhood Development Scale (ECD scale), è emersa una rilevante associazione tra l'ansia materna misurata nei primi trenta mesi successivi alla nascita del bambino e le cinque diverse aree di sviluppo dello stesso (Ali et al., 2013). I figli di madri ansiose presentano maggiori problematiche a livello sia internalizzante che esternalizzante rispetto ai bambini con madri che non presentano questa sintomatologia, così come risultano peggiori anche le loro abilità cognitive e le loro competenze interpersonali e sociali (Brennan et al., 2000; Kim-Cohen et al., 2005). Più precisamente, Barker e collaboratori (2011), con l'intenzione di evidenziare una diversità rispetto agli effetti dell'ansia e della depressione materni postnatali sui problemi internalizzanti ed esternalizzanti del bambino, hanno dimostrato che i sintomi ansiosi influenzano maggiormente le difficoltà sviluppate e mantenute all'interno del bambino stesso: potrebbero quindi esistere dei meccanismi specifici, maggiormente legati ad una sintomatologia ansiosa piuttosto che depressiva, volti ad influenzare queste problematiche. Una spiegazione di ciò potrebbe dipendere dal fatto che spesso la natura della depressione tende ad essere episodica, mentre la sintomatologia ansiosa risulta essere di più lunga durata (Weissman et al., 2006).

1.2.2. La disregolazione emotiva materna nei primi mesi di vita del bambino

Le emozioni umane, presentando una valenza sostanzialmente intersoggettiva (Trevarthen, 1993), regolano la relazione tra i due soggetti coinvolti in un'interazione, influenzando la loro reciproca espressione. Proprio per questo motivo, nei primi mesi di vita del bambino, il ruolo che il caregiver assume è di fondamentale importanza: appoggiandosi alla predisposizione innata del neonato all'interazione e al contatto diadico, il genitore guida la sua regolazione emotiva, promuovendo un ricco scambio intersoggettivo composto da gesti, sguardi, espressioni del volto e vocalizzazioni. È dunque indispensabile che la madre, in quanto spesso presentata come il caregiver primario del bambino, sia capace di attuare in primis un'adeguata autoregolazione delle proprie emozioni e dei propri sentimenti, per essere in grado di indirizzare correttamente la regolazione reciproca che si struttura tra lei e il figlio.

L'esperienza della maternità è senza dubbio associata a innumerevoli emozioni positive e negative e le strategie di regolazione emotiva adottate dalla madre nel periodo

successivo al parto, influenzate dalla sua personalità e dal suo temperamento, contribuiscono al benessere della donna stessa e del suo bambino (Haga et al., 2012).

Durante i primi mesi di vita, il bambino non ha ancora acquisito pienamente la capacità di regolare le proprie emozioni in modo autonomo e indipendente: lo scambio affettivo che si crea con la madre regola l'espressione delle sue emozioni e il suo stato di arousal (Sroufe, 2013). Il bambino, quindi, adattandosi al comportamento che la madre assume nei suoi confronti, sperimenta ripetutamente la regolazione del suo arousal e delle sue emozioni (Jaffe et al., 2001) ed impara progressivamente a gestirne il controllo (Gianino & Tronick, 1988). È importante precisare come lo sviluppo sano del bambino non determini il passaggio da una condizione di dipendenza dalla regolazione emotiva materna a una condizione di totale indipendenza: attraverso lo sviluppo, grazie alla capacità materna di trasmettere diverse strategie adattive nella regolazione dei processi emotivi, il bambino si ritrova a vivere in uno stato di interdipendenza con la madre, associato a una reciprocità di scambi emotivi ed affettivi. È proprio questa situazione di interdipendenza che rende necessaria un'abilità materna di regolazione adeguata delle proprie emozioni: quando la madre è dotata di una buona competenza in termini emotivi, è capace anche di sintonizzarsi con lo stato interno del bambino che, a sua volta, percependo la risposta materna, determina la realizzazione di un accordo affettivo reciproco.

Come testimoniano diversi studi condotti da Montirosso e Tronick (2007), già a partire dai primissimi mesi di vita, il bambino trasforma le proprie emozioni in risposta alla modificazione di quelle materne: una madre capace di esprimere, regolare e adattare le risposte emotive in relazione al contesto e alla situazione in cui le manifesta, sarà quindi una madre competente nel sostenere e guidare l'abilità infantile di autoregolazione emotiva. Questa capacità del bambino, come descritto precedentemente, si sviluppa proprio in relazione alla funzione materna di monitoraggio e di cambiamento delle emozioni: una buona regolazione emotiva materna favorisce anche l'instaurarsi di una relazione di attaccamento sicuro tra la donna e il suo bambino, caratterizzando le loro interazioni precoci con aspetti quali ripetuti momenti di sintonizzazione affettiva e condivisione di stati emotivi piacevoli, spesso correlati da interesse, divertimento ed eccitazione. La madre emotivamente distante e incapace di provvedere alla propria

regolazione emotiva contribuirà invece allo sviluppo di un attaccamento evitante nel bambino, con bassi livelli di sintonizzazione emotiva reciproca.

Vista l'importanza che viene affidata ai processi di regolazione emotiva e agli effetti negativi conseguenti una disregolazione sul funzionamento adattivo degli individui, diversi studi si sono proposti di indagare le conseguenze che si verificano a livello dello sviluppo del bambino, dovute all'incapacità di regolare le emozioni da parte dei genitori, in particolare da parte della madre, nei primi mesi postpartum.

Secondo una prospettiva di studio dinamica (Schmidt & Richardson, 2008; Vallacher & Nowak, 2009), la madre e il suo bambino costituiscono un sistema interattivo organizzato dalle risposte emotive e comportamentali di entrambi i componenti della diade: una delle caratteristiche fondamentali di questo sistema è la sincronia, ovvero la coordinazione esistente tra i comportamenti della madre e quelli del bambino. Molti studi presenti in letteratura, riportano che diverse forme di psicopatologia materna (quali depressione e ansia) possono danneggiare la sincronia madre-bambino (Field, 2010; Beebe et al., 2011; Martinez-Torteya et al., 2014), ma vi è poca chiarezza rispetto a quali fattori potrebbero causare questa associazione. Una possibile spiegazione risiederebbe nella capacità materna di regolare le proprie emozioni: quando è attuata in modo adattivo, è associata ad uno stato di salute psicologico (Hopp, Troy & Mauss, 2011) e ad un elevato funzionamento interpersonale (Gross & John, 2003). Al contrario, una disregolazione emotiva materna si correla con diverse forme di psicopatologia a livello della donna (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Werner & Gross, 2010), intaccando la sincronizzazione affettiva tra madre e bambino. La madre che presenta delle difficoltà in questi processi regolatori spesso si relaziona in modo inadeguato o inefficace con il figlio (Manian & Bornstein, 2009; Kiel et al., 2017), compromettendone lo sviluppo neuropsicologico nel corso del primo anno di vita (Laurent et al., 2016; Hendrix et al., 2018).

Nel momento in cui la donna presenta delle difficoltà a livello emotivo, si può incorrere nel rischio che il bambino sviluppi delle strategie di autoregolazione di tipo autoconsolatorio, che si strutturerebbero come dei meccanismi difensivi, risultando nel lungo periodo svantaggiosi. I figli di madri che presentano difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni sembrerebbero infatti avere un rischio elevato di sviluppare una

stessa disregolazione, oltre che essere maggiormente esposti a conseguenti problematiche a livello emotivo e comportamentale (Crespo et al., 2017).

In uno studio del 2012, centrato sulle problematiche relative alla regolazione emotiva che le donne possono sperimentare nel periodo postnatale, Haga e collaboratori, hanno evidenziato una maggiore prevalenza di donne con difficoltà nei processi di regolazione nel campione di madri che presentavano sintomi depressivi e ansiosi postpartum in comorbilità, rispetto alle madri con una sintomatologia solo ansiosa o a coloro che erano prive di una qualche forma di psicopatologia. All'interno della ricerca, è emerso inoltre come le donne che possiedono delle rappresentazioni di attaccamento insicuro rispetto a se stesse abbiano una tendenza maggiore ad adottare delle strategie di ruminazione delle proprie emozioni negative, che potrebbero a loro volta condizionare negativamente la loro capacità di percepire e regolare adeguatamente le emozioni vissute. La ruminazione è descritta come *“un processo cognitivo caratterizzato da uno stile di pensiero disfunzionale e maladattivo che si focalizza principalmente sugli stati emotivi negativi interni e sulle loro conseguenze negative”* (Martino, Caselli, Ruggiero & Sassaroli, 2013). La tendenza di una madre ad utilizzare questa forma di pensiero passivo, persistente e ripetitivo, può ostacolare la sua capacità di rispondere in modo adeguato ai segnali del bambino; la propensione a cercare di controllare le emozioni negative sembra compromettere anche la qualità dello stile comunicativo di cui la madre dispone nelle interazioni con il figlio (Beebe et al., 2007).

La disregolazione emotiva materna è risultata associata anche ad altre due caratteristiche specifiche che impediscono alla madre di interagire in modo appropriato con il bambino: alti livelli di intrusività (Mills-Koonce et al., 2009) e bassi livelli di sensibilità rispetto ai segnali del figlio (Ham & Tronick, 2006). Una mamma intrusiva è una mamma che *“attua dei comportamenti nei confronti del bambino volti a limitarne l'autonomia, sia durante i momenti di gioco, sia durante l'esplorazione dello spazio”* (Villotti et al., 2014); un atteggiamento di questo tipo può tradursi in modalità comportamentali che ostacolano il bambino, ma può anche riflettersi in una presenza eccessiva della madre che assiste esageratamente il figlio durante lo svolgersi di attività che sarebbe capace di mettere in atto autonomamente. La sensibilità rappresenta invece la capacità che la madre ha di *“comprendere e rispondere in maniera adeguata ai segnali del bambino”* (Villotti et al., 2014). La donna che possiede questa abilità sarà dunque capace di costruire un clima

diadico positivo e affettuoso, all'interno del quale i suoi segnali e quelli del bambino risulteranno tra loro coerenti (Birigen et al., 2014). Una madre che presenta bassi livelli di sensibilità avrà, al contrario, molte difficoltà a sintonizzarsi emotivamente con il proprio figlio, risultando incapace di individuare, capire e reagire in modo coerente agli atteggiamenti e ai comportamenti del bambino, non considerandolo una persona autonoma e indipendente. In uno studio recente del 2022, Price e Kiel sono stati tra i primi ad individuare un collegamento diretto tra la disregolazione emotiva materna e lo sviluppo di una problematica ansiosa nel bambino durante la prima infanzia: questo risultato evidenzia quindi l'importanza e la necessità di identificare dei fattori diagnostici a livello genitoriale, quali le difficoltà nella regolazione delle emozioni, al fine di strutturare degli interventi clinici sempre più completi per il trattamento dei disturbi ansiosi infantili.

In un recentissimo studio, Gao e collaboratori (2023) hanno evidenziato un importante risultato conseguente alla disregolazione emotiva materna, misurata dopo sette mesi dal parto: i figli di queste madri, a differenza degli altri bambini, hanno dimostrato di avere maggiori difficoltà a mantenere e a ristabilire la loro omeostasi interna, quale fondamentale capacità di autoregolazione degli esseri viventi. Inoltre, alti tassi di disregolazione materni risultavano correlati ad una difficoltà elevata della madre stessa a regolare lo stato fisiologico del bambino nel corso di situazioni stressanti.

2. IL TEMPERAMENTO DEL BAMBINO E LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON LA MADRE

2.1. IL TEMPERAMENTO DEL BAMBINO

2.1.1. Definizione e classificazioni del temperamento infantile

Fin dalla prima infanzia è possibile osservare delle notevoli differenze nello stile comportamentale ed emotivo dei bambini: in letteratura, queste prendono il nome di *temperamento* (Moscardino et al., 2017). Esso è definito infatti come l'insieme delle *“differenze individuali nell'attività, nell'affettività, nell'attenzione e nell'autoregolazione che si possono osservare precocemente nello sviluppo e che sono il risultato delle interazioni complesse tra fattori genetici, biologici e ambientali nel corso del tempo”* (Rothbart & Bates, 2006; Shiner et al., 2012). I tratti temperamentali del bambino sono quindi, in parte, dovuti a influenze ereditate dai genitori, ma gli studiosi che si occupano di genetica del comportamento hanno evidenziato come la loro espressione sia condizionata anche da eventi ambientali significativi, comprese le esperienze e le interazioni pre- e post-natali (Olino et al., 2010). Alcuni aspetti del temperamento, quali, ad esempio, i sistemi attentivi e le emozioni secondarie, infatti, non compaiono alla nascita, ma tendono a manifestarsi in momenti successivi dello sviluppo (Rothbart, Ahadi & Evans, 2000).

In letteratura, si identificano cinque diversi approcci volti allo studio e alla classificazione del temperamento in età evolutiva. Il primo approccio, in ordine temporale, è quello di Thomas e Chess (1977), i quali definiscono il temperamento come lo stile comportamentale di un individuo, identificandone tre tipi, o cluster: il temperamento facile, il temperamento difficile e quello lento a scaldarsi. Il primo profilo temperamentale è caratteristico di un bambino che ha generalmente un umore positivo, è in grado di stabilire una routine regolare durante l'infanzia (per esempio, mantenendo invariati gli orari dei pasti e del sonno), ed è capace di affrontare le nuove situazioni e le nuove sfide che gli si presentano nel corso dello sviluppo. Il secondo profilo appartiene invece ad un bambino che solitamente reagisce in modo negativo agli stimoli, piangendo spesso, obbligando i genitori a cambiare frequentemente le routine giornaliere e non accettando

serenamente i cambiamenti e le novità. Infine, un bambino “lento a scaldarsi” ha spesso un comportamento inappropriato al contesto, presenta un basso livello di attività e manifesta un tono dell’umore pressoché piatto. Una ricerca condotta da Pluess e Belsky (2009), ha rivelato che i bambini con un temperamento difficile risultano maggiormente sensibili alle modalità di cura che la madre fornisce loro all’interno della relazione diadica: questo stile temperamentale, infatti, sembra rendere i bambini più propensi a manifestare dei segnali di disagio durante l’interazione con la madre, quando sperimentano un basso livello di cura. I bambini con temperamento facile, al contrario, si relazionano in modo più proficuo con la madre, non esibendo problematicità rispetto alle modalità di cura materne di cui possono godere. Il secondo approccio appartiene a Goldsmith e Campos (1982), che studiano il temperamento sulla base delle differenze individuali rispetto all’esperienza, l’espressione e la regolazione delle emozioni primarie, ovvero gioia, tristezza, interesse, paura e rabbia. La terza proposta fa riferimento alla concezione del temperamento da parte di Buss e Plomin (1984): essi ritengono che i tratti temperamentali siano presenti anche nei primati, compaiano precocemente nel corso dello sviluppo, presentino un carattere ereditario e abbiano una certa continuità nel tempo, pur essendo influenzati dalla crescita del sistema nervoso e dall’esperienza. Secondo questi autori, dunque, esistono tre diversi tratti temperamentali, a base genetica ed ereditari: l’attività, la socievolezza e l’emozionalità. Il quarto approccio, che occupa una posizione importante nello studio delle differenze individuali, è quello di Kagan (2002, 2008, 2010), che ha focalizzato l’attenzione sulle differenze esistenti tra un bambino timoroso, pacato e timido e un bambino socievole ed estroverso. Lo studioso ha considerato la timidezza dei bambini verso gli estranei (gruppo dei pari o adulti esterni alla famiglia) come un fattore di una categoria più ampia di caratteri, definita *inibizione verso l’estraneo*. Sulla base di questi studi, Pfeifer e collaboratori (2002), hanno proposto una classificazione volta a suddividere i bambini in tre diversi raggruppamenti: molto inibiti, molto disinibiti e intermedi. Infine, nel quinto e ultimo approccio troviamo due autori, Rothbart e Bates (2006), che affermano come tre diverse dimensioni, ovvero estroversione/disinibizione (che include l’impulsività, la ricerca di sensazioni e l’anticipazione positiva), affettività negativa (che comprende l’irritabilità, la tristezza, la paura e la frustrazione) e autocontrollo/autoregolazione, o *effortful control*, definito come “l’efficienza dell’attenzione esecutiva, inclusa la capacità di inibire una risposta

dominante e/o di attivare una risposta sottodominante, di pianificare e rilevare errori” (Rothbart & Bates, 1998), possano rappresentare al meglio ciò che definisce la struttura del temperamento del bambino. L'*effortful control* implica l'autoregolazione da parte del bambino del proprio comportamento e dei processi cognitivi ed è essenzialmente coinvolto anche nella capacità di regolazione delle proprie emozioni (Rothbart & Bates, 2006). Un bambino che possiede un'adeguata capacità di regolazione emotiva, presenterà alti livelli di *effortful control*, ovvero sarà capace di focalizzare e regolare la propria attenzione, oltre ad inibire e controllare il proprio comportamento (Evans & Rothbart, 2007).

Un aspetto fondamentale da considerare circa i diversi profili temperamentali descritti sta nel riconoscere che i bambini non possiedono solamente una delle dimensioni del temperamento, quali, ad esempio, l'essere “difficile” o l'estroversione; infatti, una valida metodologia da applicare nella classificazione del temperamento consiste nel credere che quest'ultimo sia costituito da dimensioni multiple (Bates, 2008). Per esempio, un bambino potrebbe avere sia caratteristiche proprie dell'estroversione, sia alti livelli di emozioni negative, oltre che un buon livello di autoregolazione; allo stesso modo, un altro bambino potrebbe essere introverso, avere un basso livello di autocontrollo e sperimentare un'emozionalità negativa più di rado.

2.1.2. Principali fattori associati al temperamento infantile

Diversi fattori risultano essere correlati alle dimensioni temperamentali caratteristiche di un bambino (Rothbart & Bates, 2006; Shiner et al., 2012): caratteristiche fisiologiche e influenze genetiche e ambientali, salute mentale materna nel periodo prenatale, qualità del sonno infantile e aspetti psicopatologici.

2.1.2.1. Caratteristiche fisiologiche e influenze genetiche e ambientali

Kagan (2002, 2010) afferma che il bambino eredita dai genitori aspetti fisiologici che incidono sulla tipologia di temperamento che egli stesso avrà. Diverse caratteristiche fisiologiche sono state infatti correlate a diversi stili temperamentali (Schmidt & Jetha, 2009). Nello specifico, un temperamento negativo o inibito risulta associato a un modello

fisiologico costituito da alti livelli dell'ormone cortisolo, ritmo cardiaco elevato e costante attivazione del lobo frontale destro (Kagan, 2008). Questa associazione, secondo Kagan (2010), potrebbe essere ricollegata all'eccitabilità dell'amigdala, un'importante struttura cerebrale che assume un ruolo fondamentale nei meccanismi di paura e di inibizione. È risultato inoltre che questo specifico profilo temperamentale, caratteristico di quei bambini che presentano alti livelli di irritabilità, agitazione e tristezza, può essere ricondotto alla presenza di un livello minimo del neurotrasmettitore serotonina, che provoca a sua volta un aumento della vulnerabilità del bambino verso la frustrazione e la paura (Pauli-Pott et al., 2009).

Inoltre, il temperamento infantile risulta essere influenzato anche dal sesso del/la bambino/a: diversi studi hanno infatti evidenziato come, solitamente, i maschi tendano ad avere livelli maggiormente elevati di attività, associati ad una maggiore impulsività, rispetto alle femmine, che mostrano invece migliori capacità di autoregolazione, maggiore controllo e mantenimento dell'attenzione, oltre a livelli più elevati rispetto alla capacità di regolazione emotiva (Weinberg et al., 1999; Else-Quest et al., 2006). Anche Garstein e Rothbart (2003), attraverso l'utilizzo dell'Infant Behavior Questionnaire (IBQ-R; Garstein & Rothbart, 2003), hanno trovato come i maschi risultino spesso maggiormente estroversi e con punteggi più elevati in termini di reattività emotiva, mentre le femmine mostrano maggiori capacità attentive e risultano anche maggiormente in grado di calmarsi con facilità.

Il temperamento può essere influenzato anche dalle esperienze vissute dal bambino fin dai primi mesi di vita (Vaughn & Bost, 2016). Sulla base delle situazioni che egli vive e dei soggetti con i quali si relaziona, il bambino, può infatti modulare alcuni aspetti del proprio temperamento. Come sostengono Thompson e Goodvin (2005), le caratteristiche temperamentali infantili risultano essere sempre più consolidate nel corso della crescita, a mano a mano che l'individualità dello stesso bambino si sviluppa all'interno di un insieme di autopercezioni, preferenze comportamentali ed esperienze sociali, la cui concatenazione porta allo sviluppo della sua personalità.

All'interno di un recente studio condotto da Liu e collaboratori (2023), è stata riscontrata un'influenza dovuta sia a fattori genetici che ambientali rispetto alle tre dimensioni qualificanti la struttura del temperamento, precedentemente descritte secondo l'approccio di Rothbart e Bates (2006). In particolare, i risultati di questo lavoro indicano come la

dimensione di estroversione/disinibizione, durante la fase prescolare, sia maggiormente influenzata da aspetti ambientali e/o sociali, dove quindi le esperienze che il bambino vive con i genitori e con i pari, insieme al loro comportamento, risulterebbero essere dei fattori capaci di condizionare lo sviluppo di questa stessa dimensione. Rispetto invece alle altre due dimensioni temperamentali, ovvero l'affettività negativa del bambino e la sua capacità di autoregolazione, i fattori genetici sembrano assumere una rilevanza maggiore, rispetto ai fattori ambientali e/o sociali.

2.1.2.2. Salute mentale materna prenatale

Diverse ricerche presenti in letteratura hanno evidenziato come alti livelli di distress sperimentati dalla madre durante il periodo della gravidanza risultino associati a caratteristiche temperamentali del bambino quali umore negativo, bassa adattabilità ed atteggiamento di ritiro (Austin et al., 2005; Davis et al., 2007; Haselbeck et al., 2017; Van den Bergh et al., 2020). Le ricerche condotte utilizzando come parametro psicobiologico del distress materno prenatale il livello di cortisolo della donna, hanno evidenziato maggiori problematiche a livello della capacità dei neonati di regolazione dello stress (Davis et al., 2011) e maggiori tratti temperamentali caratteristici dei bambini “difficili” (concezione riferita alla classificazione di Thomas e Chess, descritta precedentemente) (Davis et al., 2007). Conclusioni simili sono state riportate anche in uno studio più recente, condotto da Haselbeck e collaboratori (2017), dove alti livelli di distress materno prenatale sono risultati strettamente collegati ad un modello temperamentale infantile costituito da caratteristiche proprie dei bambini “difficili”, valutando il loro stesso temperamento a partire dai 16 mesi di vita.

Come brevemente riportato nel primo capitolo della presente tesi, un elevato numero di studi presenti in letteratura mostra come l'ansia sperimentata dalla madre durante il periodo della gravidanza possa essere ritenuta un importante possibile fattore predittivo di caratteristiche temperamentali “difficili” del bambino (Van den Bergh, 1990, 1992; O'Connor et al., 2002), tra le quali pianto frequente, ritmi alimentari e di sonno irregolari, difficoltà ad accettare i cambiamenti e ad interagire e rispondere a stimoli nuovi (Thomas & Chess, 1991). Anche Austin e collaboratori (2005), nel loro studio condotto su un campione di 970 soggetti, hanno riconfermato il ruolo ampiamente predittivo della

sintomatologia ansiosa materna nel terzo trimestre di gravidanza nei confronti del temperamento difficile del bambino a quattro-sei mesi di vita, anche tenendo sotto controllo la compresenza di sintomi depressivi materni nel periodo successivo alla nascita. Più precisamente, l'ansia materna prenatale è risultata predittiva di aspetti specifici riguardanti l'affettività negativa del bambino, quali la frustrazione, l'irritabilità e la tendenza a sperimentare maggiormente e con livelli più elevati di intensità emozioni negative (Spry et al., 2020).

2.1.2.3. Qualità del sonno infantile

Il temperamento infantile risulta essere anche un importante fattore endogeno associato alla qualità del sonno fin dai primi mesi di vita del bambino (De Marcas et al., 2015; Jian & Teti, 2016): ad esempio, alti livelli di affettività negativa (caratteristica dei bambini "difficili" di Thomas e Chess) sono strettamente associati ad una minore durata del sonno (Loutzenhiser & Sevigny, 2008; Kaley et al., 2012) e a frequenti risvegli notturni (Morrell & Steele, 2003; Scher et al., 2005). Inoltre, Morales-Muñoz e collaboratori (2020), hanno evidenziato un'associazione lineare tra alti livelli di affettività negativa, rilevati nel bambino a sei mesi, e problemi relativi alla qualità del sonno durante il primo anno di vita; inoltre, contrariamente alla loro ipotesi iniziale, hanno riscontrato una relazione importante tra una bassa capacità di autoregolazione a sei mesi ed una maggiore capacità del bambino di addormentarsi da solo a dodici mesi. Infine, questi studiosi non hanno rilevato alcuna associazione consistente tra la dimensione temperamentale di disinibizione/estroversione e problematiche qualitative del sonno: in accordo con ricerche precedenti (Moore et al., 2011; Jian & Teti, 2016), infatti, questo tratto temperamentale sembra assumere un ruolo minore di influenza rispetto allo sviluppo delle dinamiche del sonno infantile.

2.1.2.4. Aspetti psicopatologici infantili

Tra i diversi tratti temperamentali che si possono riscontrare nei bambini, alti livelli di affettività negativa sono risultati associati ad alti livelli sintomatologici internalizzanti ed esternalizzanti, sia durante l'infanzia, sia in età scolare più avanzata (Gartstein et al.,

2012); questo particolare profilo temperamentale è anche predittivo di disturbi a livello comportamentale, oltre che di veri e propri disturbi ansiosi e depressivi (Austin & Chorpita, 2004; Pardini & Frick, 2013). Inoltre, livelli oltremodo elevati di attivazione del bambino, correlati sempre ad un temperamento difficile, potrebbero assumere un ruolo predittivo rispetto ad una futura diagnosi di disturbo da deficit di attenzione/iperattività (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (Van den Bergh et al., 2006). Un recentissimo studio di Morales e collaboratori (2022) si è proposto di esaminare, per la prima volta, la specifica relazione longitudinale esistente tra il temperamento infantile e diverse psicopatologie: i risultati esposti hanno dimostrato che la dimensione temperamentale di estroversione/disinibizione, rilevata a quattro mesi di vita del bambino, risulta essere un fattore di rischio psicopatologico a sette e dodici anni. Inoltre, questa ricerca ha evidenziato come bassi livelli di affettività positiva sperimentati dal neonato nei primi mesi di vita possano predire psicopatologie specifiche a livello internalizzante nel corso della crescita: questo risultato è in linea con studi precedenti che hanno suggerito questa associazione (Olinio et al., 2014; Hankin et al., 2017), ma si dimostra innovativo per aver individuato, per la prima volta, una relazione di tipo longitudinale dalla prima infanzia alla fanciullezza.

2.1.3. Temperamento infantile ed esiti sulla genitorialità e sull'interazione madre-bambino

Un importante concetto sviluppato primariamente da Chess e Thomas (1977) è quello di *goodness of fit*, che si riferisce alla compatibilità tra il temperamento del bambino e le aspettative e le reazioni dei suoi genitori. Secondo gli autori, questa consonanza, quando si realizza in modo efficace, garantisce uno sviluppo positivo del bambino, senza però escludere totalmente la possibilità che si verifichino conflitti e tensioni all'interno delle sue relazioni con i genitori.

Al fine di indagare le conseguenze che il temperamento infantile può contribuire a causare a livello della genitorialità e dell'interazione tra la madre e il bambino, è bene riportare il pensiero di alcuni studiosi appartenenti al filone dell'*Infant Research* (Emde, 1989; Stern, 1987; 2001), che pone le sue radici nella psicoanalisi e nella psicologia dello sviluppo. L'*Infant Research* descrive la crescita del bambino sulla base di un modello teorico

centrale della psicologia dello sviluppo, ovvero il *modello transazionale* (Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff, 2010). Questo modello concettualizza l'idea di un'influenza reciproca, continua e costante tra le caratteristiche del bambino, quali il suo temperamento e le sue modalità comportamentali, le caratteristiche del genitore e quelle dell'ambiente di riferimento. Utilizzare dunque una prospettiva teorica di tipo transazionale, significa prevedere la possibilità che determinati aspetti del bambino possano acquisire una certa influenza nei confronti dei genitori e delle modalità relazionali che essi adottano nei suoi confronti (Sameroff & Mackenzie, 2003). Diversi studi presenti in letteratura hanno infatti focalizzato l'attenzione sull'effetto che un particolare stile temperamentale infantile può avere sul genitore, evidenziando come le caratteristiche temperamentali del bambino influenzino lo stile comportamentale adottato dal genitore che, a sua volta, condiziona la risposta emotiva e l'atteggiamento del piccolo, dando vita così a un rapporto di influenza biunivoca (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

Fonagy e collaboratori, ad esempio, (2002) hanno segnalato che il temperamento difficile del bambino determina una difficoltà materna rispetto alla capacità di sintonizzarsi affettivamente con lui, ponendo quindi la madre in una situazione di difficoltà rispetto all'abilità di cogliere in maniera corretta gli stati emotivi del figlio: da ciò si evince come il temperamento del bambino e la capacità materna di sintonizzazione affettiva-emotiva si influenzino reciprocamente, condizionando la qualità della loro interazione. Un altro studio ha evidenziato un importante collegamento bidirezionale tra la presenza di affettività negativa nel bambino e alti livelli di distress nella madre (Pesonen et al., 2008). Questi risultano poi essere associati ad una minore sensibilità materna e ad una maggiore intrusività (Belsky, 1984): alti livelli di affettività negativa nel bambino a sei mesi di vita possono, dunque, essere considerati dei fattori contribuenti all'aumento di distress materno negli anni successivi di sviluppo del bambino stesso.

Nel susseguirsi degli anni, una ricerca di Cerniglia e collaboratori (2014) è risultata confermativa rispetto ai risultati descritti negli studi precedenti: le caratteristiche temperamentali dei bambini "difficili" sembrano costituire degli importanti fattori di rischio rispetto all'instaurarsi di difficoltà nell'interazione madre-bambino, che risultano essere a loro volta predittive di situazioni infantili ad elevato rischio di sviluppo psicopatologico (Hilt et al., 2012).

Kim e collaboratori (2017), poi, hanno riscontrato un'importante associazione tra il temperamento del bambino e la qualità del parenting nel primo anno di vita: questa sembrerebbe svolgere un ruolo predittivo rispetto allo stile di attaccamento che il bambino svilupperà nei confronti della madre.

2.1.4. Temperamento infantile e personalità adulta

Questo sottoparagrafo è volto a descrivere ed analizzare le principali relazioni esistenti tra il temperamento infantile e la personalità adulta dei singoli individui. Prima di procedere con la descrizione di queste relazioni, vengono proposte diverse definizioni teoriche, presenti in letteratura, volte a definire il costrutto di "personalità".

La prima definizione che si riporta è quella di Gordon Allport (1937), che descrive la personalità come *"l'organizzazione dinamica, interna alla persona, di sistemi psicofisiologici che determinano il suo adattamento all'ambiente"*. Lo stesso autore, nel 1961, modifica la frase finale in questo senso: *"che determinano i modi caratteristici di comportarsi e di pensare"*, focalizzando quindi l'attenzione sulle qualità, costantemente in crescita e maturazione, che ciascuna persona possiede ed enfatizzando il contributo sia del sistema psichico che fisiologico. Successivamente, Caprara e Cervone (2003), propongono una definizione figlia dell'evoluzione della visione della personalità nel corso dei decenni, presentandola come *"quel complesso insieme dei sistemi psicologici che contribuiscono all'unicità e alla continuità della condotta e dell'esperienza individuale sia come viene espresso sia come viene percepito dall'individuo e dagli altri"*. In questa concettualizzazione, la personalità è concepita come l'insieme di caratteristiche e inclinazioni durature nel corso del tempo che forniscono all'individuo il senso della propria identità, distinguendolo dagli altri. Infine, un'ultima definizione di personalità degna di nota è quella di Carver e Scheier (2012) che, a partire da quella iniziale di Allport, ne modificano leggermente l'espressione, concependola come *"un'organizzazione dinamica, entro l'individuo, di sistemi psicofisici che determinano i pattern di comportamento, di pensiero e di emozioni tipici di ciascun individuo"*. Esaminando quest'ultima definizione nel dettaglio, notiamo come essa sia concettualizzata come un sistema complesso costituito da continue interconnessioni tra le componenti biologiche di una persona e quelle psicologiche; alla stessa personalità viene

poi attribuito un ruolo fondamentale rispetto alla determinazione futura della modalità tipica di un individuo di comportarsi, pensare e provare emozioni.

Così come constatato per il temperamento, anche rispetto allo studio della personalità sono riconosciuti in letteratura diversi approcci, in particolare i cinque seguenti: le teorie dei tratti e il modello dei “Big Five”, la prospettiva situazionista, gli approcci socio-cognitivi, le teorie psicoanalitiche e le teorie umanistico-fenomenologiche.

All’interno del primo approccio ricordiamo due teorizzazioni principali. La prima è la teoria trifattoriale di Eysenck (1970; 1990), che identifica tre tipologie di *superfattori* (fattori sovraordinati che si collocano ad un livello superiore di organizzazione dei tratti, più specifico): estroversione/introversione, nevroticismo/stabilità emotiva e psicoticismo. La seconda teoria è quella dei Big Five, di McCrae e Costa (1996; 2003), dove vengono enfatizzate le basi biologiche e la sostanziale stabilità dei seguenti cinque tratti bidimensionali di personalità: coscienziosità, amabilità/amicalità, nevroticismo, estroversione, e, infine, apertura all’esperienza.

La prospettiva situazionista affida all’ambiente un ruolo primario di influenza rispetto allo sviluppo della personalità: i principi per spiegare la personalità di un soggetto devono essere ricercati nelle leggi del condizionamento proposte da studiosi quali Pavlov, Watson e Skinner. Più specificatamente, Watson (1925) descrive la personalità come l’esito di processi abitudinari che sono appresi attraverso le leggi del condizionamento classico (Pavlov, 1927): uno stimolo neutro può provocare una risposta dopo che è stato associato ad uno stimolo che causa, in qualsiasi situazione, quella stessa risposta. Secondo Skinner (1938), la personalità è definita come un insieme di modelli di comportamenti, appresi dall’individuo attraverso un complesso articolato di rinforzi o punizioni.

L’approccio socio-cognitivo, che vede Bandura (1999) tra i suoi principali esponenti, concepisce la persona come agente attivo, che utilizza processi cognitivi di pensiero per comprendere gli eventi attuali e passati, programmare quelli futuri, comunicare con gli altri e selezionare le azioni da compiere: la personalità, dunque, si costituisce a partire dalle interpretazioni che il soggetto compie all’interno di contesti relazionali. In questo senso, le caratteristiche di personalità del singolo sarebbero determinate tanto dall’influsso di variabili personali, quali lo stile di pensiero, gli atteggiamenti e gli schemi di sé, quanto dall’ambiente e dalle relazioni che lo stesso soggetto vive. Secondo le teorie psicoanalitiche, la personalità è determinata da conflitti intrapsichici tra diverse istanze

della psiche del soggetto e dalla modalità in cui questi conflitti vengono superati; la natura della personalità va quindi indagata ad un livello profondo della persona e si forma in modo sostanzialmente indelebile fin dai primi anni di vita. Infine, l'ultima prospettiva, ovvero quella umanistico-fenomenologica, dove si colloca la proposta teorica di Rogers (1951), considera alla base della personalità dell'individuo i valori e le idee personali, attribuendo un ruolo centrale all'autorealizzazione del sé e al benessere della singola persona a discapito del suo inserimento all'interno di una società.

È possibile ora esaminare la relazione che intercorre tra le caratteristiche temperamentali di un bambino e lo sviluppo della sua personalità nell'età adulta. Le differenze temperamentali che si riscontrano tra i diversi bambini, infatti, sembrano predire altrettante diversità a livello della salute mentale (Lewis & Olsson, 2011), delle relazioni tra pari (Sanson, Hemphill, & Smart, 2004) e della personalità adulta (Prior et al., 2000). Alcuni studiosi hanno cercato di individuare un'associazione tra alcuni dei principali tratti temperamentali dei bambini, quali socievolezza, reattività e persistenza/focalizzazione dell'attenzione (Sanson & Oberklaid, 2013), e i cinque diversi tratti di personalità appartenenti alla classificazione precedentemente descritta dei Big Five (McCrae & Costa, 1996, 2003). La socievolezza, che indica quanto un bambino si senta a suo agio e si avvicini a nuove persone, o al contrario il suo essere timido e riservato (Sanson & Oberklaid, 2013), risulta essere associata al tratto di estroversione nella personalità adulta: i bambini socievoli sembrerebbero dunque essere maggiormente propensi a sperimentare emozioni positive, essere più assertivi e ricercare nuove emozioni e sensazioni (Prior et al., 2000). Alti livelli di estroversione, inoltre, sono predittivi di uno stato generale di benessere del soggetto e di una buona salute mentale (Strickhouser et al., 2017), determinando anche una maggiore soddisfazione personale, sia nei confronti della propria vita (Duckworth et al., 2012), sia rispetto alle relazioni interpersonali (Malouff et al., 2010). La reattività, ovvero il grado in cui il bambino è capace di modulare e valutare le proprie risposte emotive nei confronti di stimoli interni ed esterni (Sanson & Oberklaid, 2013), presenta una notevole associazione con il tratto di nevroticismo della personalità adulta, che è caratterizzato da aspetti quali ostilità, impulsività e vulnerabilità. Una personalità adulta definita da alti livelli di nevroticismo risulta predire conseguenze opposte rispetto a quelle descritte come conseguenti ad alti livelli di estroversione: questi soggetti presentano bassi livelli di salute a livello fisico e mentale (Strickhouser et al.,

2017), oltre ad essere scarsamente soddisfatti sia della propria vita (Duckworth et al., 2012), sia delle loro relazioni (Malouff et al., 2010). Infine, la capacità del bambino di mantenere focalizzata l'attenzione su un compito in fase di svolgimento è associata al tratto della personalità adulta di coscienziosità (Prior et al., 2000); questi bambini, con molta probabilità, saranno capaci di raggiungere importanti risultati a livello di rendimento scolastico (Schneider & Preckel, 2017) e diventeranno, verosimilmente, delle persone adulte soddisfatte della propria vita (Duckworth et al., 2012) e delle proprie relazioni (Malouff et al., 2010).

Nonostante esistano queste associazioni tra il temperamento infantile e la personalità adulta, è importante ricordare come questa relazione si sviluppi e si modifichi durante la crescita del soggetto sulla base di influenze sia a livello genetico sia a livello ambientale (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005; Smart & Sanson, 2005). La genetica comportamentale, infatti, evidenzia come il 50% della variabilità a livello di temperamento e personalità possa essere attribuita all'influenza di fattori di tipo genetico, implicando dunque come il restante 50% possa dipendere dall'ambiente (Saudino, 2005; van den Berg et al., 2014). Tra i diversi fattori ambientali che possono influenzare la relazione tra temperamento infantile e personalità adulta, si evidenziano il fumo materno durante la gravidanza (Sutin, Flynn, & Terracciano, 2018), lo stile genitoriale adottato dalla coppia (Sanson & Oberklaid, 2013) e lo status socio-economico della famiglia (Hart et al., 2007).

2.1.5. La valutazione del temperamento del bambino

Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi strumenti per la valutazione del temperamento del bambino; in generale, questa può essere svolta utilizzando misure dirette, che prevedono l'osservazione del bambino in contesti vari e in situazioni più o meno strutturate (casa, scuola, laboratorio), o indirette, attraverso cioè l'utilizzo di questionari compilati dai caregiver principali (genitori, insegnanti, educatori) (Moscardino et al., 2017).

Rispetto alle misurazioni dirette, esistono due diversi approcci per la valutazione del temperamento infantile: l'osservazione naturalistica, in contesti naturali, e l'osservazione in laboratorio (Moscardino et al., 2017). La prima tipologia, costituita dalle osservazioni a casa, assicura una maggiore validità esterna rispetto a quella condotta in laboratorio.

L'utilizzo di questa tipologia osservativa viene privilegiato soprattutto quando si vogliono esaminare le caratteristiche temperamentali di bambini di età prescolare, proprio perché si basa sul presupposto che, in questa fase della vita, l'ambiente casalingo rappresenti il contesto principale e più significativo per lo stesso bambino (Moscardino et al., 2017). Vengono dunque osservate le manifestazioni del temperamento del bambino a livello comportamentale durante le interazioni con il genitore. Il principale vantaggio di questa procedura sta nell'evitare il rischio di incorrere in distorsioni associate alla compilazione di questionari da parte dei genitori, poiché l'osservazione e la codifica dei comportamenti infantili sono realizzate da uno o più osservatori indipendenti (Pauli-Pott et al., 2003). Tra i limiti dell'osservazione naturalistica si evidenziano un controllo e una standardizzazione minima della situazione in cui viene osservato e registrato il comportamento del bambino, oltre al fatto che la codifica di un aspetto comportamentale durante una serie di sessioni osservative condotte in un contesto specifico possa causare delle distorsioni dovute alla ristretta capacità dell'osservatore di considerare la totalità dei comportamenti compiuti dal bambino (Moscardino et al., 2017). Inoltre, proprio perché vi è una grande variabilità nei comportamenti manifestati dal bambino all'interno di questi brevi intervalli di registrazione, l'affidabilità nel corso del tempo risulta essere abbastanza bassa (Rothbart & Bates, 2006). Un esempio di procedura osservativa naturalistica è il Behavioral Style Observation System (Karp et al., 2004), utilizzabile con bambini di età compresa tra i 12 e i 72 mesi, che, basandosi sull'approccio teorico di Thomas e Chess (1977), consente di identificare i bambini "facili" e i bambini "difficili", mediante l'osservazione dell'interazione madre-bambino in tre diverse situazioni: una prima situazione di gioco con un set predisposto di giocattoli, una seconda in cui viene chiesto alla madre di svolgere un'altra attività e, infine, durante un episodio di gioco libero.

Le osservazioni condotte in laboratorio, solitamente, sono composte da una serie di compiti strutturati dove vengono proposti al bambino diversi stimoli standardizzati con l'obiettivo di elicitare in lui una particolare risposta a livello temperamentale (Moscardino et al., 2017). Il vantaggio principale delle procedure condotte in laboratorio risiede nel fatto che queste prevedono delle prove standardizzate somministrate ai soggetti all'interno di un ambiente controllato, permettendo quindi di esaminare i tratti temperamentali in forma oggettiva (Moscardino et al., 2017). Ciononostante, un loro limite sta nell'incapacità di rivelare l'intero repertorio comportamentale del bambino,

poiché sono progettate per evocare risposte comportamentali specifiche; l'ambiente di laboratorio rappresenta poi un contesto nuovo per il bambino che, di conseguenza, potrebbe ribellarsi mettendo in atto delle reazioni legate alla novità contestuale (Gartstein, Bridgett & Low, 2012). Dati questi diversi limiti, le procedure osservative condotte in laboratorio sono spesso limitate al contesto della ricerca (Gartstein, Bridgett & Low, 2012). Una tra le procedure sperimentali più utilizzate è la *Laboratory Temperament Assessment Battery* (Lab-TAB), proposta da Goldsmith e Rothbart (1996), che prevede diverse versioni specifiche per bambini dall'infanzia all'età prescolare. Questo metodo osservativo, interamente videoregistrato, è costituito da episodi specifici della durata di tre-cinque minuti ciascuno che ricreano situazioni quotidiane vissute dal bambino, prevedendo la valutazione di una vasta gamma di dimensioni temperamentali, quali l'attività motoria, la focalizzazione dell'attenzione e la tendenza del bambino stesso all'esplorazione.

Entrando nel merito delle misurazioni indirette, i questionari rappresentano indubbiamente gli strumenti utilizzati più di frequente per valutare il temperamento infantile, grazie anche alla loro disponibilità nel poter essere adoperati per raccogliere informazioni da fonti diverse (genitori, educatori, insegnanti, medici e psicologi) (Moscardino et al., 2017). Per quanto riguarda le diverse tipologie di questionari, tra quelli disponibili in versione italiana (tradotti e/o validati), se ne evidenziano sette: il *Behavioral Style Questionnaire* (BSQ; McDevitt & Carey, 1978), il *Teacher Temperament Questionnaire* (TTQ; Thomas & Chess, 1977), l'*Infant Behavior Questionnaire-Revised* (IBQ-R; Gartstein & Rothbart, 2003), l'*Early Childhood Behavior Questionnaire* (ECBQ; Putnam, Gartstein & Rothbart, 2006), il *Children's Behavior Questionnaire* (CBQ; Rothbart et al., 2001), la *Highly Sensitive Child Scale* (HSCS; Pluess et al., 2017) e i *Questionari italiani del temperamento* (QUIT; Axia, 2002). Solitamente le valutazioni vengono effettuate dalle madri e dai padri poiché questi, essendo generalmente i caregiver principali del bambino, hanno maggiori possibilità di osservare e interagire con il figlio in una varietà di situazioni e contesti. Un'altra fonte di informazioni molto attendibile è rappresentata dalle figure professionali che operano nei diversi servizi educativi e scolastici, quali educatori degli asili nido o insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, o all'interno dell'ambito clinico-sanitario, tra i quali medici e psicologi, che operano negli ambulatori pediatrici o nei consultori familiari (Moscardino et al.,

2017). L'utilizzo dei questionari presenta innumerevoli vantaggi, tra i quali lo scarso dispendio economico e la facilità di somministrazione, oltre all'opportunità di utilizzo per la valutazione delle risposte comportamentali ed emotive del bambino in una grande molteplicità di situazioni e in riferimento a intervalli di tempo prolungati (Rothbart & Bates, 2006). Inoltre, il grande vantaggio conseguente alla compilazione dei questionari da parte di educatori e insegnanti sta nel fatto che queste figure professionali, grazie alla possibilità di comparare il comportamento di un bambino specifico con quello di altri suoi coetanei ed essendo meno coinvolti a livello emotivo rispetto ai genitori, possono fornire delle valutazioni meno condizionate da aspettative e preoccupazioni nei confronti del medesimo bambino (Seifer et al., 2004). L'utilizzo dei questionari comporta però anche diverse limitazioni, tra le quali si riscontra un certo livello di distorsione che intacca i resoconti dei genitori in quanto questi riflettono alcuni aspetti della personalità del genitore stesso, i suoi stati emotivi e le norme sociali e culturali del paese di residenza (Seifer et al., 2004; Kagan & Fox, 2006). Un altro aspetto di criticità è dato dal fatto che non sempre i genitori hanno a loro disposizione le informazioni sufficienti per valutare accuratamente lo stile temperamentale del loro figlio: spesso, infatti, in alcuni questionari viene richiesto di confrontare il comportamento del proprio bambino con quello di altri suoi coetanei e, tenendo conto che alcuni caregiver potrebbero avere pochi contatti con altri bambini della stessa età, può risultare loro difficile conoscere i comportamenti che solitamente si presentano ad un determinato livello di sviluppo (Mangelsdorf, Schoppe & Buur, 2000). Un ultimo aspetto critico risiede nell'eventualità che le correlazioni descritte tra il temperamento del proprio bambino e aspetti comportamentali di altri bambini siano dovute al fatto che la compilazione del questionario è ad opera di una sola persona, e potrebbe dunque essere un risultato influenzato anche dalle percezioni del compilatore (Seifer et al., 2004). Rispetto invece alle valutazioni espresse da educatori ed insegnanti è importante precisare che queste potrebbero essere influenzate anche dalle caratteristiche del contesto educativo o scolastico (Moscardino et al. 2017). In definitiva, si può affermare che il limite principale della valutazione attraverso l'utilizzo di questionari risieda nella loro natura di tipo soggettivo: questi strumenti, infatti, rispecchiano non solo il comportamento del bambino oggetto della valutazione, ma anche la percezione soggettiva del genitore, dell'educatore o dell'insegnante che compilano il questionario stesso (Rothbart & Bates, 2006).

Alla luce di tutti questi vantaggi e limiti, emerge la necessità di integrare i risultati ottenuti dall'utilizzo di diverse tecniche e da diversi informatori: la prospettiva ideale da adottare rispetto alla valutazione del temperamento infantile è dunque rappresentata da un approccio valutativo di tipo multi-metodo e multi-informant, integrando i dati che si raccolgono, con l'obiettivo di fornire un quadro più completo delle caratteristiche temperamentali di uno specifico bambino (Majdandzić & Van den Boom, 2007). Delineare un profilo delle specificità del temperamento può infatti rappresentare una risorsa estremamente utile per accompagnare il bambino lungo il suo percorso di crescita: diversi studi evidenziano infatti come sia importante indagare il ruolo del temperamento quale fattore di moderazione dell'efficacia di interventi in ambito familiare e scolastico, con l'obiettivo di programmare delle modalità di azione che siano strettamente aderenti alle caratteristiche del bambino stesso (Palladino, Nocentini & Menesini, 2012; Pluess & Boniwell, 2015).

2.2. LA RELAZIONE TRA MADRE E BAMBINO NEI PRIMI MESI DI VITA

2.2.1. Teoria dell'attaccamento e sviluppo del legame

L'organizzazione comportamentale e mentale dell'attaccamento e le configurazioni specifiche che questa acquisisce in termini di differenze individuali rappresentano uno dei principali aspetti oggetto di valutazione in psicologia dell'età evolutiva; la teoria dell'attaccamento classica (Bowlby, 1969; 1973; 1980), infatti, oltre al contributo che offre alla ricerca empirica, ha acquisito nel corso degli anni una rilevanza crescente anche in ambito clinico, psicodiagnostico e di intervento.

Bowlby, nella sua prima teorizzazione (1969), ha trasferito il concetto del sistema di attaccamento dall'etologia (lo studio degli animali nel loro habitat naturale), in cui esso era concepito come quel sistema comportamentale che veniva attivato dalla paura (Lorenz 1937), alla psicoanalisi. Lo studioso definisce l'attaccamento come quella "*propensione innata a cercare la vicinanza protettiva di un membro della propria specie quando si è vulnerabili ai pericoli ambientali per fatica, dolore, impotenza o malattia*" (Bowlby, 1969). La teoria dell'attaccamento, infatti, appropriandosi degli spunti provenienti da

diversi settori di studio, quali la biologia evoluzionistica e l'etologia, risulta costituita da una serie di ragionamenti interessanti e innovativi riguardanti l'interpretazione del legame madre-bambino. Bowlby, a partire da intuizioni teoriche e ricerche empiriche, descrive il legame presente all'interno della diade come l'esito di un sistema di schemi comportamentali, di natura innata, caratterizzati da un importante aspetto adattivo da rintracciare nel bisogno del bambino di protezione; questo bisogno, in tempi addietro, ha aumentato le possibilità di sopravvivenza del singolo individuo, tutelando la sopravvivenza della specie. Secondo lo studioso, dunque, il legame di attaccamento si costruisce attraverso scambi intensi e frequenti tra il bambino e il caregiver che si prende cura di lui in maniera continuativa: quest'ultimo, che nella maggior parte delle culture è impersonificato dalla figura materna, acquisisce la denominazione di *figura di attaccamento* (FDA). Fin da piccolo, nelle situazioni in cui percepisce un pericolo o suppone che questo stia per accadere, il bambino attua dei comportamenti di attaccamento pre-programmati, che sono parte di un sistema di controllo basato su processi di elaborazione delle informazioni; questi stessi comportamenti, quando il sistema decreta la fine del pericolo, scompaiono, ma si riattivano nel momento esatto in cui il bambino si ritrova nuovamente di fronte ad un segnale minaccioso. I comportamenti che il bambino mette in atto, come conseguenza dei frequenti e importanti scambi reciproci tra lui e la madre, si strutturano e si organizzano in misura sempre maggiore intorno alla figura stessa della madre, con l'obiettivo di garantire lui il contatto reciproco e la vicinanza, che, a livello biologico, si traducono in protezione. Il *comportamento di attaccamento*, dunque, viene definito come quella "*specifica modalità comportamentale attuata con il duplice fine di assicurare la vicinanza del bambino a una figura di attaccamento e di proteggerlo dai pericoli*" (Bowlby, 1969). Questo particolare comportamento è quindi di natura interazionale, ovvero è finalizzato alla ricerca dell'altro per un'interazione e non semplicemente per ottenere da lui ricompense o gratificazioni.

Bowlby (1969) descrive l'esistenza di un periodo privilegiato per la costruzione del legame di attaccamento, il cosiddetto *periodo sensibile*, all'interno del quale sono situate quattro fasi di sviluppo del legame, distribuite lungo il corso dei primi due-tre anni di vita del bambino. La prima fase (nei primi tre mesi di vita), definita di *pre-attaccamento*, è caratterizzata dalla presenza di segnali che il bambino rivolge, in modo aspecifico, a tutti gli adulti che gli offrono cura e conforto: è questo il periodo in cui il neonato si comporta

in modo da catturare l'attenzione dei caregiver, ricercando il contatto fisico. In questo primo periodo, il bambino inizia a dimostrare il piacere del contatto con le altre persone, attraverso l'espressione del primo sorriso sociale; in questi momenti interattivi, inoltre, è soprattutto l'adulto a "condurre" la relazione con il figlio, a mantenerne la vicinanza e a prendersene cura, mentre il bambino provoca l'accudimento in modo pressoché involontario, per mezzo del pianto. Attraverso questa modalità naturale di comunicazione infantile, iniziano a comparire i primi comportamenti di attaccamento: il pianto al momento della separazione, l'interruzione di questo al ricongiungimento, le vocalizzazioni e l'orientamento visuo-motorio. Questi primi segnali di attaccamento tra madre e bambino iniziano a intravedersi verso la fine della prima fase: inizia così il secondo periodo (che dura fino ai sei-otto mesi di vita circa), caratterizzato dalla sperimentazione da parte del bambino di reazioni ansiogene quando viene separato dalle altre persone. In questa fase, definita di *attaccamento indiscriminato*, tuttavia, egli non reagisce in modo particolare quando viene separato dalla madre, nonostante cominci ad abbozzare una prima forma, ancora però rudimentale, di orientamento nei confronti della madre stessa. Il terzo stadio, ovvero la fase di *formazione di attaccamento specifico*, coinvolge il bambino fino ai due anni ed è caratterizzata dalla rabbia manifestata dal bambino stesso quando viene separato in modo specifico dalla madre: egli cerca il suo contatto in condizioni di stress e pericolo, mostra un rifiuto nei confronti delle altre persone e utilizza la madre come *base sicura* durante l'esplorazione dell'ambiente che lo circonda. In questa fase, il bambino ha bisogno di vivere concretamente la vicinanza con la figura di attaccamento ed inizia ad attuare il comportamento di riferimento sociale, ovvero comincia a controllare in modo continuo e sistematico dove si trovi la madre, per assicurarsi che sia sempre vicina a lui, anche nei momenti di esplorazione e/o di gioco. Nel periodo finale, chiamato la fase di *formazione dei legami reciproci*, grazie alla costituzione di rappresentazioni mentali della relazione, i cosiddetti modelli operativi interni (MOI, Bowlby, 1973), il bambino comprende che l'assenza della madre non è definitiva: diventa dunque capace di costruire dentro di sé degli schemi mentali di sé, della madre e della loro relazione, che lo aiutano ad immaginarsi mentalmente la madre stessa e a prevedere il suo ritorno. Tanto più il bambino si sente sicuro della presenza concreta del caregiver, tanto più sarà capace di manifestare delle proposte di separazione o di riavvicinamento, a seconda della situazione vissuta, senza sperimentare stati

eccessivi di angoscia. Queste fasi descrivono dunque l'attaccamento non come un fenomeno statico, ma piuttosto come un processo dinamico ed evolutivo che assume un'importanza fondamentale nello sviluppo emotivo e sociale del bambino.

Se, nei primi mesi di vita, l'attaccamento è concepito su base innata, le tipologie di legami che si formano e i diversi MOI che il bambino costruisce durante il secondo e terzo anno di vita possono risultare estremamente diversi tra loro. Il legame di attaccamento, infatti, oltre ad essere influenzato dalle caratteristiche del bambino, quali il suo temperamento, è anche condizionato da due specifiche caratteristiche materne: la sensibilità, ovvero quell'aspetto che rende la madre capace di leggere e comprendere in modo accurato i segnali che provengono dal bambino (Bowlby, 1969), e la responsività, ossia la sua abilità nel replicare agli stessi segnali in modo consono rispetto alla situazione, al contesto e alla fase di sviluppo in cui si trova il figlio (Ainsworth et al., 1978). Questi fattori si intersecano negli scambi interattivi con gli aspetti caratteristici del bambino e del momento in cui la stessa interazione avviene, determinando differenze individuali negli stili di attaccamento. Tanto più la madre sarà sensibile e responsiva rispetto ai bisogni del bambino, tanto più quest'ultimo non avrà particolari difficoltà a distaccarsi da lei e ad esplorare l'ambiente, grazie anche ad un monitoraggio costante della posizione e della disponibilità materna (Birigen et al., 2014).

2.2.2. I diversi stili di attaccamento

Attraverso la metodica osservativa proposta da Mary Ainsworth e collaboratori (1969), chiamata *Strange Situation Procedure* (SSP), applicabile con bambini di età compresa tra i dodici mesi e i due anni, è possibile individuare tre tipologie specifiche di attaccamento madre-bambino, rapportandole con la storia di costruzione del legame da parte della diade nel corso del primo anno di vita del bambino. Questa procedura ha l'obiettivo di attivare e rafforzare i comportamenti di attaccamento che il bambino attua nei confronti della madre, quando si trova all'interno di una situazione di stress crescente nel tempo. Il setting in cui la SSP si svolge, infatti, è rappresentato dal contesto non familiare del laboratorio, prevede la presenza, oltre che della diade, anche di un adulto sconosciuto ed è costituito da due diversi momenti di separazioni e ricongiungimenti con la madre (Madigan et al., 2023). Le tre tipologie di stili di attaccamento originariamente

individuabili attraverso questa procedura, identificate con le prime tre lettere dell'alfabeto, ovvero le iniziali delle tre parole inglesi che le definiscono, sono: attaccamento sicuro (B), attaccamento insicuro-evitante (A) e attaccamento insicuro-ambivalente (C).

Lo stile di *attaccamento sicuro* è caratterizzato da aspetti quali: attenzione del bambino flessibile che si muove in modo adattivo tra opportunità di gioco e pericolo degli estranei, comportamento relazionale in direzione della figura di attaccamento con aspettative positive, capacità di adeguare flessibilmente il controllo dei propri impulsi e di regolare i propri stati emotivi in risposta alla domanda contestuale ed uso ragionevole sia dell'autoregolazione sia della regolazione diadica (Hill, 2015). Questo bambino è dunque capace di utilizzare il caregiver come una base sicura: si concentra sull'esplorazione, sa esprimere in modo chiaro il disagio eventualmente esperito durante le separazioni ed è in grado anche di segnalare i propri bisogni (Hill, 2015). Durante la SSP, quindi, il bambino esprimerà una normale quota di angoscia quando sarà lasciato solo con l'estraneo e anche quando sarà completamente solo ma, al momento del rientro in stanza della madre, la accoglierà a braccia alzate, aspettandosi che essa sia disponibile e capace di accoglierlo e consolarlo (Madigan et al., 2023). La percentuale di bambini italiani con questo stile di attaccamento, riscontrata in popolazioni non cliniche, risulta essere del 67% (Cassibba et al., 2013).

I bambini con uno stile di attaccamento insicuro, al contrario, riconoscono il caregiver come non pienamente responsivo in situazioni di bisogno e/o di pericolo e hanno maturato nel corso dello sviluppo dei comportamenti di attaccamento che sono complementari o in linea con il comportamento del caregiver stesso (Hill, 2015).

Lo stile di *attaccamento insicuro-evitante*, dunque, presenta le seguenti caratteristiche: attenzione infantile distolta dalla fonte di stress, comportamento relazionale volto all'allontanamento dalla madre e dal suo sguardo, presenza di stati prolungati di disregolazione affettiva e capacità di attuare unicamente delle strategie di autoregolazione, caratterizzate da stati prolungati di ipoarousal (Hill, 2015). Questo bambino, sulla base di interazioni passate con il caregiver che è sembrato in alcuni frangenti rifiutante, si concentra principalmente sul comportamento di esplorazione autonoma dell'ambiente circostante, a svantaggio della relazione di attaccamento (Hill, 2015). Nel corso della SSP, di conseguenza, il bambino non risulterà particolarmente

angosciato quando sarà lasciato solo con l'estraneo e, al ritorno della madre, si avvicinerà a lei ma senza rivolgerle lo sguardo e mostrando scarso interesse per la ricerca e il mantenimento del contatto, se non per finalità strumentali (Madigan et al., 2023). Quando verrà lasciato completamente da solo, sarà leggermente agitato, ma riuscirà a immergersi totalmente nel gioco, anche se con una quota minore di concentrazione (Madigan et al., 2023). Nel complesso, un bambino con uno stile di attaccamento insicuro-evitante appare caratterizzato da una minimizzazione delle manifestazioni del suo stato d'animo e dei suoi bisogni di protezione e conforto, mentre i suoi livelli di autonomia e indipendenza risultano particolarmente elevati (Hill, 2015). I bambini italiani con questo stile di attaccamento, in popolazioni non cliniche, sono circa il 33% (Cassibba et al., 2013).

Lo stile di *attaccamento insicuro-ambivalente*, invece, è connotato dai seguenti aspetti: stato di allerta eccessiva rispetto a qualsiasi possibile pericolo, comportamento relazionale rivolto contro la figura di attaccamento, stati prolungati di disregolazione affettiva (iperarousal) e capacità di ricorrere a delle strategie di regolazione unicamente diadica, risultando così assente una capacità autoregolatoria (Hill, 2015). Questo bambino, in risposta a ripetuti scambi interattivi con una madre disponibile e responsiva, ma in modo solitamente imprevedibile e intrusivo rispetto al gioco del figlio, non è capace di utilizzare la figura di attaccamento come base sicura: le sue possibilità di esplorazione sono, di conseguenza, compromesse (Hill, 2015). Durante la SSP, questo bambino mostrerà un forte bisogno di contatto con la madre, manifestando alti livelli di disagio durante le separazioni e non riuscendo a trovare conforto al momento del suo ritorno (Madigan et al., 2023). Questo si tradurrà in un atteggiamento ambivalente del bambino di ricerca della madre con comportamenti e segnali di rifiuto e resistenza; il rientro in stanza della madre non sembra dunque sufficiente a ripristinare il senso di sicurezza del bambino (Madigan et al., 2023). Di base, il bambino insicuro-ambivalente si mostra centrato sul genitore, dipendente dalla relazione con esso e sprovvisto di un sentimento interno di fiducia nei confronti di una figura di attaccamento stabile a cui fare riferimento (Hill, 2015). I bambini italiani con uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente, all'interno di popolazioni non cliniche, rappresentano circa il 14% (Cassibba et al., 2013). In ultimo, Mary Main, allieva di Mary Ainsworth, insieme a Solomon (1986), ha proposto una quarta categoria di stile di attaccamento per quei bambini difficilmente classificabili all'interno di una delle tre tipologie precedentemente descritte: lo stile *disorganizzato-*

disorientato (D), che raggiunge percentuali, nella popolazione infantile italiana, del 50-75% in campioni clinici e del 15% in gruppi non clinici (Speranza & Vergano, 2014). Questo stile di attaccamento è caratterizzato dalla presenza dei seguenti aspetti: attenzione caotica e disorientata, movimenti relazionali incoerenti o contraddittori, pattern caotico di iper- e ipoarousal (disregolazione affettiva) e assenza di mezzi necessari al fine di operare un'autoregolazione affettiva e una regolazione diadica (Hill, 2015). Il comportamento disorganizzato-disorientato si contraddistingue per l'assenza di un chiaro scopo o di una spiegazione comprensibile, evidenziando dunque il fallimento o il "crollo" di una strategia di attaccamento coerente attuata dal bambino nei confronti del caregiver (Hill, 2015). Rispetto alla procedura SSP, questi bambini mostreranno comportamenti contraddittori nei confronti della madre, ad esempio cambiando direzione o voltando la testa mentre si avvicina, e risulteranno molto confusi, a volte quasi congelato nei movimenti: gli stati di simil-trance sembrano suggerire una profonda dissociazione del bambino, che spesso può risultare associata a gravi patologie mentali, quali disturbi dissociativi, PTSD e disturbo borderline di personalità (Liotti, 1992; Dozier, Stoval & Albus, 1999; Lyons-Ruth, Jacobovitz, 1999; Lyons-Ruth et al., 2003). I comportamenti caratteristici dei bambini con questo stile di attaccamento sembrano essere il risultato di una combinazione di disorganizzazione (discordanza nelle intenzioni o nei piani comportamentali) e di disorientamento (scomparsa di orientamento nell'ambiente circostante); da questo ne deriva una persistente incapacità di orientare l'affettività e il comportamento (Hill, 2015).

Negli ultimi anni, diversi studiosi hanno evidenziato come le caratteristiche del legame tra la madre e il suo bambino nei primi mesi post-partum possano influenzare la qualità della loro relazione futura (Moehler et al., 2006; O'Higgins et al., 2013): quando, infatti, sono presenti delle interferenze nel legame, risulta essere maggiormente probabile una scarsa capacità genitoriale, oltre ad un atteggiamento di rifiuto da parte del bambino nei confronti del suo caregiver primario (Brockington, 2004).

A fronte di ciò, nei successivi sottoparagrafi verranno esplorati i principali aspetti della relazione che si struttura tra la madre e il suo bambino nei primi mesi di vita di quest'ultimo, con una specifica sul clima emotivo presente all'interno della diade.

2.2.3. Caratteristiche principali della relazione e conseguenze per lo sviluppo infantile

La relazione diadica adulto-bambino rappresenta un legame estremamente necessario alla sopravvivenza del piccolo; infatti, nonostante il bambino sia dotato di una certa plasticità e capacità di adattamento, per poter sopravvivere, sia a livello fisico sia psicologico, ha bisogno di una relazione stretta e costante con la madre: diversi autori, nel corso dei decenni, hanno evidenziato come l'assenza della madre o la presenza di una relazione diadica alterata, producano diverse conseguenze negative nei confronti del bambino e del suo sviluppo (Burlingham & Freud, 1944; Spitz, 1958; Bowlby, 1969; Rutter, 2002).

Questa relazione, quando è positiva, è caratterizzata da aspetti di reciprocità e sintonizzazione, anche rispetto alla capacità che entrambi i componenti hanno di regolare le proprie emozioni (Tronick, 1989). Il bambino, infatti può essere considerato un sistema autorganizzato capace di regolare precocemente le proprie emozioni, grazie alla comunicazione e all'interazione con la madre, definita anch'essa come un sistema autorganizzato di regolazione. Questi due sistemi, dunque, comunicando tra loro, creano un sistema diadico di regolazione reciproca (*Mutual Regulation Model*, MRM): se la capacità materna di regolazione fallisce, il bambino, di conseguenza, modifica la sua modalità di interazione con la madre stessa (Tronick, 1989). Secondo questa teoria, dunque, il bambino e l'adulto sono inseriti in un sistema di regolazione diadica, all'interno del quale entrambi i membri influenzano e caratterizzano le rispettive modalità interattive e relazionali, attraverso un canale di comunicazione verbale e un canale di comunicazione non verbale (Tronick, 1989).

Il rapporto che si crea tra l'adulto e il suo bambino rappresenta inoltre lo strumento fondamentale dello sviluppo psicologico del piccolo (Stern, 1987): è proprio nell'interazione specifica presente nella diade che l'espressività infantile guadagna significatività e viene letta come espressione a livello emotivo di uno stato interno corrispondente. Lo scambio che si instaura tra caregiver e bambino, a partire dai due mesi di vita del neonato (Tronick, 1989), rappresenta un vero e proprio dialogo che racconta le emozioni vissute dai due componenti della diade e che consente ad entrambi di reagire emotivamente alle comunicazioni altrui.

Secondo Schaffer (2006) le relazioni precoci che il bambino instaura con le sue figure principali di accudimento plasmano il contesto entro il quale maturano le sue funzioni psicologiche: tutto ciò si verifica grazie all'azione svolta dall'intersoggettività, definita come quello “*strumento innato, straordinariamente complesso, che rappresenta la base della comunicazione interpersonale*” (Trevarthen, 1980). Nei primi mesi di vita, dunque, durante l'interazione tra madre e bambino, essi rivolgono contemporaneamente l'attenzione verso un tema che è presente all'interno della stessa diade, ovvero nelle espressioni facciali, nelle vocalizzazioni e nei gesti che ogni componente produce e ai quali l'altro reagisce (*intersoggettività primaria*). Questa prima forma di intersoggettività rappresenta la capacità del neonato di entrare in una relazione diretta, di tipo corporeo, espressivo ed emotivo, con la persona che si prende cura di lui: è una forma di relazione caratterizzata da contatto fisico, sguardi e scambi vocali, dove l'aspetto fondamentale è dato dal tono affettivo che viene trasmesso attraverso le parole, più che il significato delle parole stesse (Trevarthen, 1980). Procedendo con lo sviluppo, solitamente a partire dal secondo semestre di vita, si verifica un cambiamento importante all'interno della modalità relazionale tra madre e figlio, che segnerà la svolta rispetto alla capacità del bambino di poter interagire in modo corretto anche con una terza persona: i due membri della diade rivolgono ora l'attenzione simultaneamente anche ad eventi, persone ed oggetti esterni, non più quindi esclusivamente presenti all'interno della struttura relazionale diadica (*intersoggettività secondaria*) (Schaffer, 2006).

La qualità dell'interazione tra madre e bambino si manifesta attraverso la capacità materna di fornire al figlio la cura e il supporto necessari al fine di raggiungere diversi obiettivi, a livello socio-emotivo (Cowan et al., 2005) e cognitivo (Landry et al., 2006; Dexter et al., 2013), e attraverso la costruzione e il mantenimento di un legame di attaccamento sicuro tra i due protagonisti della relazione (Nievar & Becker, 2008). Una buona relazione primaria tra la madre e il suo bambino pone quest'ultimo ad un livello di rischio minore rispetto allo sviluppo di problematiche a livello internalizzante e esternalizzante, oltre a promuovere un comportamento infantile altamente prosociale (Fearon et al., 2010; Pallini et al., 2014).

Lo sviluppo del bambino, dunque, dipende in larga misura dalla qualità della relazione con la madre: Rocha e collaboratori (2020), ad esempio, hanno riscontrato un'importante legame tra la qualità dell'interazione madre-bambino e lo sviluppo cognitivo, linguistico

e motorio durante il primo anno di vita. Questi esiti evolutivi sono risultati associati anche a diversi correlati genitoriali che la madre può manifestare nel corso dell'interazione con il bambino, tra i quali sensibilità, calore, reattività e mentalizzazione (Farkas et al., 2020). Anche lo sviluppo psico-motorio del bambino sembra essere influenzato dalla qualità dell'interazione diadica: una relazione positiva, caratterizzata da aspetti di sensibilità e attenzione reciproca, rappresenta un vero e proprio fattore di protezione rispetto al rischio che il bambino presenti dei ritardi nello sviluppo psico-motorio (Binda et al., 2019).

2.2.4. Il clima emotivo presente nella relazione madre-bambino

A partire dagli anni '70, diversi autori hanno utilizzato una terminologia diversa, specifica e non sempre esattamente coincidente, per riferirsi al clima emotivo positivo presente all'interno della relazione diadica tra madre e bambino, quale fattore necessario per il corretto sviluppo psicologico del bambino stesso.

Ad esempio, nel campo della teoria dell'attaccamento, Ainsworth, Bell e Stayton (1971) hanno proposto il costrutto di *sensibilità materna* che, come descritto precedentemente, identifica la capacità della madre di percepire e rispondere adeguatamente ai segnali e/o bisogni del bambino; questa abilità materna di reagire in modo consona al comportamento del figlio, renderà la loro relazione più sicura e stabile nel tempo.

Connesso a questo aspetto, qualche anno più tardi, è stato elaborato un altro concetto, la *sensibilità mentale*: tanto più la madre avrà la capacità di interagire e relazionarsi con il proprio bambino, ritenendolo una persona provvista di una mente e di stati mentali, tanto più il loro legame sarà positivo (Meins, 1997).

Fonagy e Target (1997) considerano invece la capacità della madre di rappresentarsi mentalmente il figlio come soggetto mentale, "trasmettendogli" questa rappresentazione: la *mentalizzazione* materna, in quanto abilità fondamentale al fine di creare un collegamento tra il versante affettivo e quello mentale del legame diadico, risulterebbe maggiormente esplicita all'interno di una relazione proficua.

Infine, intorno agli anni 2000, si è diffuso il costrutto di disponibilità emotiva materna (*emotional availability*, EA, Birigen, 2000), quale aspetto fondamentale della comunicazione affettiva diadica tra madre e bambino. Il concetto di "disponibilità emotiva" era già stato utilizzato precedentemente da altri autori per descrivere l'azione

supportiva della madre durante l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino (Mahler, Pine & Bergman, 1975), e successivamente anche per indicare la capacità da parte del terapeuta di sintonizzarsi con i bisogni del proprio paziente (Emde, 2000). A partire dagli studi di Biringen (2000), nella definizione della disponibilità emotiva viene data grande importanza sia alle caratteristiche temperamentali e comportamentali del caregiver, quali la sensibilità, l'abilità di strutturazione dell'ambiente, la non intrusività e la non ostilità rispetto alle attività del figlio, sia agli aspetti propri del bambino, quali la responsività e la capacità di coinvolgere l'adulto nell'interazione. In questo senso, la qualità diadica del costrutto di disponibilità emotiva evidenzia l'accettazione della natura estremamente diadica e bidirezionale della relazione madre-bambino, oltre al ruolo attivo del piccolo all'interno del legame stesso (Venuti et al., 2008): per esaminare il livello di disponibilità emotiva della madre, dunque, occorre considerare anche il suo comportamento in relazione a quello precedente o successivo del bambino. L'interazione tra madre e bambino sarà quindi caratterizzata dalla presenza di disponibilità emotiva quando vi sarà una prevalenza di emozioni positive manifestate da entrambi i membri della diade e quando la diade stessa sarà capace di tollerare e superare eventuali momenti di disagio e/o di conflitto (Venuti, 2007). La disponibilità emotiva nella relazione adulto-bambino rappresenta dunque il nucleo centrale per un sano adattamento e sviluppo socio-emozionale del bambino stesso (Easterbrooks et al., 2005; Bornstein et al., 2006); per questo motivo, grazie allo studio della relazione diadica e del costrutto di disponibilità emotiva è possibile trovare una via di accesso innovativa all'interno dell'analisi del benessere del bambino, a livello fisico e psicologico. Data l'importanza assunta, nel corso degli ultimi anni, dal costrutto di disponibilità emotiva quale importante fattore che correla con la qualità dell'attaccamento tra madre e bambino, e che può dunque essere utilizzata come parametro complessivo di valutazione della qualità degli scambi interattivi tra genitore e bambino (Venuti et al., 2008), è stato sviluppato un nuovo metodo, che tuttora dimostra di essere quello maggiormente utilizzato per la valutazione della disponibilità emotiva stessa, le *Emotional Availability Scales* (EAS; Biringen, 2008). Queste scale valutano un'ampia varietà di aspetti comportamentali ed emotivi della relazione tra il caregiver e il bambino e, a differenza di scale precedenti (Smith & Pederson, 1988), non considerano solamente l'aspetto della sensibilità materna, ma prendono in esame anche altre dimensioni: esse, infatti, consistono di quattro scale volte

a valutare il comportamento della madre (sensibilità, strutturazione, non intrusività e non ostilità) e di due scale relative al bambino (responsività nei confronti del caregiver e capacità di coinvolgimento del medesimo). Diversi studi presenti in letteratura hanno evidenziato che, attraverso l'utilizzo delle scale EAS, si riscontrano delle correlazioni importanti tra gli aspetti misurati a livello infantile e genitoriale e diversi fattori, quali la qualità del legame di attaccamento (Easterbrooks & Biringen, 2000) e la rappresentazione mentale materna di genitore (Biringen, 2000).

In linea con queste evidenze, ad oggi, è in costante aumento l'interesse degli studiosi rispetto alla proposta e all'applicazione di programmi rivolti alla coppia genitore-figlio, volti a sostenere e incrementare la disponibilità emotiva presente all'interno della loro modalità interattiva e relazionale (Saunders et al., 2015).

3. RICERCA

3.1. PRESENTAZIONE DELLO STUDIO LONGITUDINALE

La presente ricerca è parte di uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, svolto in collaborazione con il Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, situato all'interno della Clinica Ginecologica Ostetrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova. Lo studio si propone di esplorare le basi neurobiologiche e lo sviluppo socio-emotivo, affettivo-relazionale e comportamentale dei bambini nati con un Ritardo di Crescita Intrauterina (gruppo sperimentale) in confronto ai bambini nati da una gravidanza fisiologica (gruppo di controllo), durante il primo anno di vita del bambino.

All'interno dello studio sono previste quattro tappe: quella della gravidanza (t_0), dei 4 mesi post-partum (t_1), dei 9 mesi post-partum (t_2) e dei 12 mesi post-partum (t_3). Il protocollo, come verrà analizzato dettagliatamente nei successivi paragrafi, ha previsto fin dalla tappa della gravidanza la compilazione di diversi questionari self-report da parte della madre; successivamente, a t_1 e t_2 , la procedura valutativa è stata arricchita da un'osservazione dell'interazione madre-bambino, della durata di 15 minuti. A t_2 , inoltre, è stata aggiunta una breve intervista rivolta alla madre, con l'obiettivo di valutare la funzione riflessiva genitoriale. Infine, a t_3 , la valutazione è stata integrata da un'osservazione dello sviluppo cognitivo, linguistico, motorio, socio-emotivo e comportamentale del bambino. Ad ogni fase dello studio, le donne partecipanti hanno completato la valutazione dopo aver letto e firmato il modulo del consenso informato, accettando dunque di partecipare alla ricerca. Nello specifico, a t_0 , questo modulo era rivolto solo alle madri, mentre, a partire da t_1 , visto il coinvolgimento di un minore all'interno dello studio, è stata richiesta la firma di entrambi i genitori.

Nella presente ricerca, sono stati considerati dati provenienti dalle prime tre tappe dello studio, t_0 , t_1 e t_2 e unicamente dal gruppo di controllo, con l'obiettivo di indagare la salute mentale materna nel periodo perinatale, il temperamento infantile e la qualità della relazione madre-bambino nei primi mesi di vita di quest'ultimo.

3.2. IPOTESI DI RICERCA E OBIETTIVI

Lo scopo del presente lavoro di tesi è quello di approfondire l'impatto che la salute mentale materna perinatale ha sul temperamento infantile nella prima metà (4 mesi) e nella seconda metà (9 mesi) del primo anno di vita e sulla qualità della relazione tra la madre e il bambino a 4 mesi post-partum.

Più specificatamente, come primo obiettivo, la presente ricerca si propone di indagare la relazione tra due specifiche dimensioni della salute mentale materna perinatale, ovvero la presenza di una sintomatologia ansiosa e di difficoltà nella regolazione emotiva, e alcune dimensioni del temperamento infantile, quali l'estroversione, l'affettività negativa e la capacità di autoregolazione a 4 e 9 mesi post-partum.

Come riportato nei capitoli precedenti, diversi studi in letteratura affermano che i figli di madri affette da una sintomatologia ansiosa prenatale presentano spesso difficoltà maggiori nei processi di autoregolazione, aspetti di problematicità a livello psicosomatico, elevata reattività temperamentale e maggiore predisposizione a sperimentare emozioni negative (Huizink et al., 2002; Poggi Davis et al., 2004; Spry et al., 2020). Allo stesso modo, è stata evidenziata l'esistenza di una trasmissione intergenerazionale dei processi di regolazione emotiva tra madre e bambino: le difficoltà nella regolazione delle emozioni sperimentate dalla donna durante il periodo della gravidanza risultano, infatti, associate ad un rischio elevato di disregolazione emotiva nel bambino stesso (Ostlund et al., 2019). A fronte di ciò, si ipotizza che maggiori sintomi di ansia e difficoltà nella regolazione emotiva riportati in gravidanza ($t0$) siano associati, a 4 mesi post-partum ($t1$), a maggiori livelli di attività e irritabilità, maggiore affettività negativa e minori capacità di autoregolazione del bambino o della bambina, riportati dalla madre stessa.

Analogamente, come dichiarato nel primo capitolo della presente ricerca, i disturbi ansiosi che possono affliggere le madri nei primi mesi post-partum sono spesso associati ad un temperamento infantile difficile, irritabilità e problematiche emotive e comportamentali che possono colpire il bambino nel corso della sua crescita (Field, 2010; Jover, 2014; Stein et al., 2014; Drury et al., 2016). Così come dichiarato per le difficoltà materne a livello di regolazione emotiva presenti durante la gravidanza, similmente, è stata evidenziata un'importante associazione tra la disregolazione emotiva sperimentata

dalla madre nei primi mesi post-partum, e la probabilità che il figlio sperimenti una forma simile di disregolazione, posizionandosi inoltre ad un livello di rischio maggiore, rispetto ai figlio di madri capaci di regolare adeguatamente le proprie emozioni, di sviluppare problematiche internalizzanti ed esternalizzanti (Crespo et al, 2017).

Per questo motivo, si presume che una salute mentale materna maggiormente compromessa, riflettente una sintomatologia ansiosa e la presenza di disregolazione emotiva in epoca postnatale, specificatamente nei primi 4 mesi successivi al parto ($t1$), sia predittiva di minore socievolezza e reattività positiva infantile, maggiori livelli di affettività negativa e minori capacità di autoregolazione del bambino o della bambina riportati dalla madre a 9 mesi post-partum ($t2$).

Il secondo obiettivo dello studio è indagare se una peggiore condizione di salute mentale materna nel periodo perinatale possa generare delle conseguenze rispetto alla qualità della relazione madre-bambino, valutando, all'interno del campione considerato, l'esistenza di una relazione predittiva tra la presenza di una sintomatologia ansiosa e di difficoltà nella regolazione emotiva della madre, sia in gravidanza, sia a 4 mesi post-partum, e la qualità dell'interazione con il suo bambino a 4 mesi post-partum. Come emerso in studi descritti nei capitoli precedenti, infatti, i disturbi ansiosi che possono colpire la madre nei primi mesi post-partum risultano spesso associati ad una ridotta sensibilità materna nei confronti del bambino e ad un legame fragile tra i membri della diade (Field, 2010; Stein et al., 2014; Drury et al., 2016). Similmente, anche la disregolazione emotiva materna è spesso collegata ad alti livelli di intrusività e bassi livelli di sensibilità rispetto al figlio, che minacciano la qualità relazione diadica (Mills-Koonce et al., 2009; Ham & Tronick, 2006).

Con questa ipotesi, dunque, si prevede che alti livelli di ansia e difficoltà nella regolazione emotiva sperimentati dalla madre durante il periodo gestazionale ($t0$) siano predittivi di una peggiore qualità della relazione madre-bambino osservata a 4 mesi post-partum ($t1$). Inoltre, ci si aspetta che alti livelli di ansia e difficoltà nella regolazione emotiva sperimentati dalla madre nei primi 4 mesi post-partum ($t1$) siano associati ad una concomitante peggiore qualità della relazione tra madre e bambino sempre osservata a 4 mesi post-partum ($t1$).

Con il terzo e ultimo obiettivo della presente indagine, vi è l'interesse di indagare le implicazioni che particolari dimensioni temperamentali del bambino a 4 mesi di vita

possono avere sulla qualità della relazione diadica, considerando la medesima a 4 mesi post-partum. Come descritto nel capitolo 2, infatti, il temperamento del bambino influenza la capacità della madre di relazionarsi con lui in maniera adeguata: caratteristiche temperamentali difficili determinano spesso difficoltà materne rispetto alla capacità di sintonizzazione affettiva durante i momenti di interazione (Fonagy et al., 2002). Alti livelli di affettività negativa del bambino, caratteristici di un temperamento difficile, risultano inoltre associati ad una maggiore intrusività da parte della madre durante i loro scambi interattivi (Pesonen et al., 2008). Di conseguenza, con l'ultima ipotesi, si ipotizza che alti livelli di affettività negativa e scarse capacità regolatorie del bambino a 4 mesi di vita (*t1*) siano associati ad una scarsa qualità interattiva tra la madre e il bambino stesso, considerata a 4 mesi post-partum (*t1*). Allo stesso modo, si ipotizza che alti livelli di estroversione dimostrati dal bambino a 4 mesi (*t1*) siano associati a livelli maggiormente elevati di sensibilità materna e di non intrusività all'interno della relazione diadica a 4 mesi post-partum (*t1*).

3.3. METODO

3.3.1. Reclutamento del campione

Il campione della presente tesi è stato ricavato dalla coorte di donne, appartenenti al gruppo di controllo, che hanno preso parte allo studio longitudinale condotto dal DPSS. Nello specifico, questa comprende le donne che, durante il terzo trimestre di gravidanza, hanno dato il loro consenso a partecipare alla prima fase della ricerca, rendendosi disponibili a essere ricontattate per le successive tappe dello studio. Il reclutamento si è strutturato attraverso la somministrazione di una batteria di questionari self-report, riguardanti il benessere bio-psico-sociale della donna in stato di gravidanza e della sua famiglia. I criteri di esclusione erano: gravidanze complicate, disturbi neurocognitivi, età della madre inferiore ai 18 anni, disturbo da uso di sostanze e situazioni a rischio di disturbi psichiatrici. Rispetto al bambino, i criteri di esclusione includevano malattie genetiche, infezioni fetali, malformazioni congenite (ad esempio alterazioni a livello cardiaco), disturbi metabolici e cromosomici neonatali, anomalie a livello cerebrale,

disturbi neurologici e nascita prematura (parto prima della 37° settimana di gestazione). Il numero totale di donne considerate nel campione della presente tesi a t_0 è stato $n = 40$.

3.3.2. Procedura

Il reclutamento a t_0 si è quindi basato sulla partecipazione volontaria da parte delle future mamme che, all'interno della Clinica Ginecologica Ostetrica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, sono state contattate per lo svolgimento di una batteria di questionari self-report. Attraverso questi sono state raccolte informazioni relative al benessere e alla salute mentale delle donne, oltre ai dati anagrafici, tra i quali l'età, la nazionalità, lo stato civile e il livello di istruzione.

Nella seconda tappa della ricerca (t_1), condotta a 4 mesi post-partum, sono stati presentati alle madri diversi questionari self-report con lo scopo di indagare l'esperienza della gravidanza e del parto, lo stato di benessere e la salute mentale materna nel primo periodo post-natale. Dunque, in questa fase, sono stati riproposti i questionari somministrati durante il periodo della gestazione relativi alla salute mentale materna e, inoltre, sono stati aggiunti dei questionari relativi ad aspetti connessi al temperamento infantile, lo stress parentale, l'adattamento della coppia alla nuova nascita e l'attaccamento tra madre e figlio. Oltre a questo, la tappa prevedeva anche la video-registrazione di una breve interazione tra la madre e il suo bambino, di circa 15 minuti, successivamente codificata attraverso le Emotional Availability Scales (EAS), per valutare la qualità degli scambi diadici.

La successiva tappa dello studio è stata svolta a 9 mesi post-partum (t_2) e ha previsto la somministrazione dei medesimi questionari self-report delle precedenti fasi e la video-registrazione dell'interazione madre-bambino.

3.3.3. Strumenti

State-Trait Anxiety Inventory – Form Y (STAI-ST)

Lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-ST; Spielberger et al., 1983) è un questionario self-report che misura, negli adulti, sia la presenza e la gravità dei sintomi d'ansia

segnalati nel momento presente, sia la tendenza generale all'ansia (Julian, 2011). Esso è costituito da due scale, la State Anxiety Scale (S-Anxiety), volta alla valutazione dello stato attuale di ansia della persona, e la Trait Anxiety Scale (T-Anxiety) che misura invece gli aspetti più di tratto relativi all'ansia stessa. Ciascuna scala è composta da 20 item, valutati su una scala Likert a 4 punti (1= “per nulla”, 2= “un po’”, 3= “abbastanza”, 4= “moltissimo”). Il punteggio totale di ogni scala, quale somma dei punteggi ai singoli item, varia tra 20 e 80; punteggi elevati, in particolare ≥ 40 sono indicativi di elevati livelli di ansia nel soggetto.

Nella presente ricerca è stata utilizzata esclusivamente la scala “S-Anxiety”, per valutare la presenza di ansia materna nel periodo contestuale alla compilazione del questionario, in particolare, durante la gravidanza e nei primi 4 mesi post-partum.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Il Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gartz & Roemer, 2004) è un questionario self-report volto a misurare le difficoltà del soggetto nella regolazione emotiva. Lo strumento è composto da 36 item, valutati su una scala Likert a 5 punti (1= “quasi mai”, 2= “a volte”, 3= “circa metà delle volte”, 4= “molte volte”, 5= “quasi sempre”). Gli item sono suddivisi in 6 scale, ciascuna delle quali indaga un aspetto specifico della difficoltà nella regolazione delle proprie emozioni. Le scale sono:

- non acceptance (non accettazione): valuta la difficoltà del soggetto nel tollerare o accettare le proprie emozioni, specialmente quelle negative
- goals (obiettivi): misura la difficoltà di rimanere concentrati sui propri obiettivi nel corso di situazioni emotivamente difficili e/o stressanti
- impulse (impulsi): indaga la capacità di controllare le proprie reazioni a fronte di stati emotivi intensi
- awareness (consapevolezza): misura la capacità di riconoscere e avere consapevolezza delle proprie emozioni
- strategies (strategie): indaga l'insieme di strategie utilizzate dal soggetto per gestire e regolare le proprie emozioni
- clarity (chiarezza): valuta la capacità di comprendere e distinguere adeguatamente le proprie emozioni

Il punteggio totale, ottenuto dalla somma dei punteggi alle 6 scale, può variare tra 36 e 180, e punteggi elevati, sia a livello delle singole scale, sia a livello globale, indicano la presenza di difficoltà nel soggetto rispetto alla capacità di regolazione emotiva.

Infant Behaviour Questionnaire-Revised (IBQ)

L'Infant Behaviour Questionnaire-Revised (IBQ; Rothbart & Garstein, 2002) è un questionario parent-report che valuta lo stile temperamentale del bambino con un'età compresa tra i 3 e i 12 mesi. Lo strumento è costituito da 191 item che vengono suddivisi in 14 diverse scale, le quali convergono a formare 3 fattori: Surgency (Estroversione), Negativity (Affettività Negativa) e Regulation (Regolazione). Durante la compilazione del questionario, viene chiesto al genitore di valutare la frequenza di un determinato comportamento messo in atto dal proprio figlio nell'arco della settimana antecedente (ultimi sette giorni), scegliendo tra le opzioni presentate su una scala Likert a 7 punti (1= "mai", 2= "molto raramente", 3= "meno della metà del tempo", 4= "circa la metà del tempo", 5= "più della metà del tempo", 6= "quasi sempre", 7= "sempre"). Nel caso in cui il genitore non riconoscesse la presenza di uno specifico comportamento nel figlio può decidere di indicare l'opzione "non applicabile" all'item relativo a quel comportamento. Il fattore Surgency è composto dalle seguenti 6 scale: Activity Level (livello di attività), Vocal Reactivity (reattività vocale), High-Intensity Pleasure (piacere ad alta intensità), Smiling and Laughter (sorrisi e risate), Approach (approccio) e Perceptual Sensitivity (sensibilità percettiva). Il fattore Negativity è costituito dalle seguenti 4 scale: Sadness (tristezza), Distress to Limitations (distress per le limitazioni), Fear (paura) e Falling Reactivity (reattività iniziale). Infine, il fattore Regulation è composto da queste ultime 4 scale: Lip Smacking (masticazione delle labbra), Cuddliness (affettuosità), Duration of Orienting (durata dell'orientamento) e Soothability (facilità di calmarsi). Il punteggio ottenuto dal bambino in ognuna delle 14 scale sarà dato dalla media dei punteggi ottenuti dalle risposte agli item che compongono la stessa scala. Tanto più il punteggio alla singola scala o al fattore che la contiene sarà elevato, tanto maggiore sarà la frequenza con la quale il bambino ha messo in atto quello specifico comportamento nel corso dell'ultima settimana.

Emotional Availability Scales (EAS)

Le Emotional Availability Scales (EAS; Birigen, 2008) costituiscono uno strumento che si basa sul concetto di disponibilità emotiva, che misura con attenzione e affidabilità la qualità delle interazioni diadiche, tenendo conto dei processi di regolazione reciproca (Oppenheim, 2012), mediante l'osservazione di interazioni video-registrate tra caregiver e bambino. La quarta edizione delle scale EAS è la più recente (Birigen, 2008) e comprende due diversi manuali di codifica a seconda dell'età del bambino: una versione è destinata ai bambini con età compresa tra 0 e 5 anni (Infancy/Early Childhood Version), mentre l'altra è rivolta ai bambini di età scolare e pre-adolescenziale (Middle Childhood/Youth Version; 6-14 anni) (Birigen et al., 2010). Il setting in cui si svolge l'interazione tra caregiver e bambino può variare in base a ciò che si vuole esaminare: esso può essere allestito in contesti semi-strutturati, dove il principale oggetto di valutazione è rappresentato proprio dalla qualità globale degli scambi affettivi diadici (Birigen et al., 2005; Dolev et al., 2009), oppure in contesti maggiormente strutturati e stressanti dove l'obiettivo è quello di valutare aspetti più specifici dell'interazione, quali le abilità relazionali dei singoli componenti della diade.

All'inizio della procedura osservativa viene chiesto al genitore di "interagire con il bambino come di consueto", per un periodo di circa 15-20 minuti (Birigen, 2008); sono possibili anche interazioni più brevi, di 3-5 minuti, dove però, generalmente, vengono predisposte delle situazioni specifiche volte ad elicitare alti livelli di distress (Easterbrooks, Biesecker & Lyons-Ruth, 2000; Kogan & Carter, 1996). È importante tenere in considerazione che la video-registrazione costituisce sempre una fonte di stress per il bambino, così come per il caregiver, ma, nonostante ciò, queste scale godono di un enorme vantaggio, ovvero offrono la possibilità di ottenere misurazioni ravvicinate nel tempo e con caregivers differenti, permettendo di valutare minimi cambiamenti nelle modalità interattive all'interno della diade (Birigen et al., 2014).

Le EAS consistono in sei diverse scale che, complessivamente, forniscono una valutazione rispetto alla qualità della relazione tra caregiver e bambino; queste, inoltre, rappresentano uno strumento di valutazione accurato e sensibile della qualità affettivo-emotiva della diade, capace di prevedere lo sviluppo socio-emotivo del bambino e la qualità del suo legame di attaccamento con il caregiver specifico (Birigen et al., 2014).

Nella fase di codifica, viene assegnato un punteggio totale da 1 a 7 su una scala Likert a ciascuna scala, la quale consiste a sua volta in sette sotto-scale, che rappresentano le caratteristiche principali di ogni dimensione indagata. Alle prime due sotto-scale di ogni scala il punteggio che può essere attribuito varia da 1 a 7, mentre alle altre 5 sotto-scale si può attribuire un punteggio da 1 a 3. Alti punteggi riflettono una migliore qualità dell'interazione diadica; nello specifico, punteggi superiori a 5.5 sono indicativi di abilità ottimali di interazione, punteggi compresi tra 3.5 e 5 indicano la presenza di alcune carenze che a volte possono compromettere la qualità dell'interazione, e infine, punteggi inferiori a 3.5 descrivono la presenza di una scarsa qualità all'interno degli scambi tra caregiver e bambino, che risultano dunque caratterizzati da difficoltà interattive e bassa disponibilità emotiva diadica. Le prime quattro scale sono relative ai comportamenti dell'adulto, mentre le ultime due si riferiscono ai comportamenti del bambino. Di seguito verranno descritte le principali caratteristiche di ciascuna scala.

Sensitivity (sensibilità) – Questa prima scala fa riferimento alla capacità dell'adulto di essere emotivamente connesso e di fornire calore al bambino, esprimendo a livello verbale e non verbale affetti positivi, in modo congruente tra loro, e alla presenza di scambi affettivi positivi e appropriati all'interno della relazione, implicando appropriatezza e autenticità dell'esperienza affettiva.

Structuring (strutturazione) – La seconda scala dell'adulto riguarda la capacità del caregiver di fungere da guida (scaffolding) per le attività del figlio e di definire dei limiti al comportamento del bambino, stabilendo delle regole e chiedendo che queste vengano rispettate.

Non-Intrusiveness (non intrusività) – Questa scala descrive la capacità dell'adulto di restare emotivamente disponibile al bambino, in assenza di stimolazioni eccessive, interferenze o iper-protezione, ovvero senza minare l'autonomia del piccolo.

Non-Hostility (non ostilità) – L'ultima scala dell'adulto si riferisce a tutta quella serie di comportamenti ed espressioni facciali che potrebbero celare aspetti di affettività negativa o di ostilità; si potrebbero notare sia aspetti di ostilità aperta, dove il caregiver manifesta in maniera evidente le proprie risposte ostili, attraverso segnali corporei e verbali, ma anche aspetti di ostilità velata, quali manifestazioni di noia o impazienza durante l'interazione.

Child Responsiveness (responsività del bambino) – La prima scala del bambino considera la dimensione di responsività emotiva infantile, quale capacità di coinvolgersi volontariamente con l'adulto, dopo un indizio di quest'ultimo, che si manifesta attraverso l'entusiasmo e il chiaro desiderio del bambino di voler partecipare all'interazione. In questa scala si fa riferimento anche alla regolazione emotiva espressa dal bambino nei confronti del caregiver, oltre che all'affettività positiva dimostrata negli scambi e all'organizzazione comportamentale.

Child Involvement (coinvolgimento dell'adulto da parte del bambino) – L'ultima scala si riferisce alla capacità e al desiderio da parte del bambino di richiamare e coinvolgere il caregiver all'interno dell'interazione, per renderlo partecipe o semplice spettatore dell'attività in corso, ad esempio facendo domande o mostrando degli oggetti.

3.3.4. Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte attraverso l'utilizzo dei software R (Rcore Team, 2013) ed Rstudio (Rstudio Team, 2016).

Innanzitutto sono state svolte delle analisi descrittive con l'obiettivo di misurare la frequenza, la media e la deviazione standard dei seguenti aspetti: caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche delle donne e caratteristiche perinatali dei bambini e delle bambine costituenti il campione.

Al fine di valutare le ipotesi della ricerca, sono state condotte delle analisi di regressione. Nello specifico, sono stati utilizzati dei *Modelli di Regressione Lineare*, tenendo sotto controllo alcune variabili potenzialmente confondenti come: età, stato civile, livello di istruzione, gravidanza a rischio e sesso del bambino.

Rispetto alla prima ipotesi, è stato analizzato un modello di regressione lineare che stabilisse una relazione tra ogni ipotetico fattore predittivo e ogni ipotetico risultato. L'obiettivo era quello di osservare se una sintomatologia ansiosa e/o una disregolazione emotiva riportati dalla madre durante la gravidanza fossero predittivi degli aspetti temperamentali del bambino descritti dalla madre a 4 mesi post-partum.

Per testare la seconda ipotesi è stato condotto un procedimento simile al precedente considerando la salute mentale materna a 4 mesi post-partum per verificare se, nel campione di studio, questa fosse predittiva degli aspetti temperamentali del bambino riportati dalla madre a 9 mesi post-partum.

Rispetto alla terza ipotesi, utilizzando sempre dei modelli di regressione lineare, si è deciso di analizzare se ci fosse una relazione statisticamente significativa tra la salute mentale materna riportata durante il periodo della gravidanza e nei primi 4 mesi post-partum e la qualità della relazione madre-bambino, considerata a 4 mesi post-partum.

Infine, con la quarta e ultima ipotesi, ci si è proposti di approfondire l'influenza del temperamento infantile sulla qualità della relazione diadica, testando dei modelli di regressione lineare che prendessero in esame le caratteristiche temperamentali del bambino riportate dalla madre a 4 mesi di vita e la qualità dell'interazione tra madre e bambino, valutata a 4 mesi post-partum.

4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1. ANALISI STATISTICHE DESCRITTIVE DEL CAMPIONE

4.1.1. Caratteristiche del campione

Le caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche relative alle madri partecipanti, e le caratteristiche perinatali dei bambini e delle bambine sono riportate nella **Tabella 1**. Rispetto alle variabili di natura categoriale sono state riportate le frequenze assolute e relative, mentre rispetto alle variabili di natura numerica la media, la deviazione standard e il campo di variazione.

Tabella 1. Variabili sociodemografiche, clinico-ostetriche e perinatali (N = 40)

<i>Variabili</i>	<i>Valori</i>
Variabili sociodemografiche	
Età, media, ds (range)	35.27, 5.21 (18-47)
Nazionalità, N (%)	
Italiana	38 (95%)
Altro	2 (5%)
Stato civile, N (%)	
Convivente	17 (42.5%)
Sposata	23 (57.5%)
Livello di istruzione, N (%)	
Licenza media superiore	10 (25%)
Laurea di Primo Livello (triennale)	5 (12.5%)
Laurea di Secondo Livello (magistrale)	18 (45%)
Dottorato o Specializzazione	7 (17.5%)
Variabili clinico-ostetriche	
Difficoltà psicologiche, N(%)	
No	31 (77.5%)
Sì	9 (22.5%)
Età gestazionale a $t0$, media, ds (range)	37.22, 2.74 (29-41)
Perdite fetali, N (%)	
No	27 (67.5%)
Sì	13 (32.5%)
Tipo di parto, N (%)	
Parto vaginale non assistito	9 (22.5%)
Parto vaginale assistito	17 (42.5%)
Parto cesareo programmato	5 (12.5%)
Parto cesareo d'urgenza	9 (22.5%)

Numero di figli/e, N (%)	
Primipara	20 (50%)
Pluripara	20 (50%)
Corso di accompagnamento alla nascita, N (%)	
No	25 (62.5%)
Sì	15 (37.5%)
Gravidanza a rischio, N (%)	
No	26 (65%)
Sì	14 (35%)
Problematiche durante il parto, N (%)	
Emorragie	2 (5%)
Complicazioni durante il parto	3 (7.5%)
Altro	4 (10%)
No	31 (77.5%)
<hr/>	
Variabili perinatali	
Età gestazionale alla nascita, media, ds (range)	39.25, 1.48 (35-41)
Sesso, N (%)	
Maschio	20 (50%)
Femmina	20 (50%)
Peso alla nascita (g), media, ds (range)	3265, 589.72 (2100-5400)
Tipo di allattamento, N (%)	
In modo esclusivo	27 (67.5%)
In modo predominante	2 (5%)
In modo complementato	8 (20%)
No allattamento al seno	3 (7.5%)

4.1.2. Caratteristiche psicometriche delle variabili prese in esame

Nella **Tabella 2** sono riportate le caratteristiche psicometriche (media, deviazione standard e campo di variazione, o range) delle variabili considerate a *t0*, *t1* e *t2*.

Tabella 2. Variabili relative alla salute mentale materna, al temperamento infantile e alla qualità della relazione madre-bambino

<i>Variabili</i>	<i>Valori</i>
Salute mentale materna	
STAI a t0 (punteggio totale), media, ds (range)	36.65, 7.38 (26-51)
DERS a t0 (punteggio totale), media, ds (range)	62.9, 15.04 (39-98)
STAI a t1 (punteggio totale), media, ds (range)	33.62, 8.82 (20-51)
DERS a t1 (punteggio totale), media, ds (range)	63.25, 18.78 (25-108)
Temperamento infantile	
IBQ (“Surgency”) a t1, media, ds (range)	4.38, 0.83 (2.03-5.90)
IBQ (“Negativity”) a t1, media, ds (range)	3.00, 0.57 (1.62-4.36)
IBQ (“Regulation”) a t1, media, ds (range)	4.99, 0.55 (3.48-5.81)
IBQ (“Surgency”) a t2, media, ds (range)	4.98, 0.55 (3.97-6.34)
IBQ (“Negativity”) a t2, media, ds (range)	3.13, 0.61 (1.76-4.31)
IBQ (“Regulation”) a t2, media, ds (range)	4.86, 0.46, (4.00-6.27)
Qualità della relazione madre-bambino	
EAS (“Sensitivity”) a t1, media, ds (range)	5.47, 0.99 (3.5-7)
EAS (“Structuring”) a t1, media, ds (range)	5.26, 0.96 (3.5-7)
EAS (“Non Intrusiveness”) a t1, media, ds (range)	5.35, 0.96 (3.5-7)
EAS (“Non Hostility”) a t1, media, ds (range)	6.35, 0.71 (4-7)
EAS (“Child Responsiveness”) a t1, media, ds (range)	4.92, 1.06 (3-7)
EAS (“Child Involvement”) a t1, media, ds (range)	4.12, 1.19 (1-6)

4.2. VERIFICA DELLE IPOTESI

Nel presente paragrafo, vengono illustrati i risultati delle analisi di Regressione Lineare svolte. Nelle tabelle 3, 4 e 5 sono stati trascritti i risultati delle analisi effettuate prendendo in considerazione, rispetto alla salute mentale materna perinatale, i punteggi totali raggiunti dalle madri allo STAI-ST e al DERS. Allo stesso modo, nelle tabelle 3, 4 e 6 sono riportati i risultati delle analisi condotte che hanno considerato, rispetto al temperamento infantile, i valori a livello dei tre fattori che si vengono a definire attraverso l'utilizzo dell'IBQ. Per quanto riguarda invece i risultati delle analisi che hanno considerato i punteggi a livello delle sei scale del DERS e delle quattordici scale dell'IBQ, sono descritte esclusivamente le associazioni statisticamente significative, stabilendo un valore di soglia per la significatività statistica di $p\text{-value} < 0.05$.

4.2.1. Analisi dei dati della prima ipotesi

Rispetto alla prima ipotesi, le analisi di regressione lineare, eseguite includendo nei modelli un insieme di variabili confondenti (covariate), quali età della madre, stato civile, livello di istruzione, gravidanza a rischio e sesso del bambino, non sono emerse associazioni significative fra i livelli di ansia materna e le difficoltà nella regolazione emotiva prenatali, considerate a livello dei punteggi totali all'interno dello STAI-ST e del DERS, e le dimensioni temperamentali infantili considerate nell'ipotesi.

Ciò nonostante, è emersa una relazione statisticamente significativa tra la presenza di difficoltà nella consapevolezza emotiva materna prenatale e difficoltà del bambino a regolare le proprie emozioni (scala "Awareness" del DERS e fattore "Regulation" dell'IBQ, $p=.01$). Tuttavia, con l'inclusione delle covariate nel modello, la significatività statistica non è stata preservata ($p=.09$). Infine, la consapevolezza emotiva della madre durante la gravidanza è risultata predittiva della capacità del bambino di calmarsi quando è turbato (scala "Awareness" del DERS e scala "Soothability" dell'IBQ, $p=.005$). Anche includendo nel modello le variabili confondenti, la significatività statistica è stata mantenuta ($p=.007$), e anche globalmente il modello era significativo ($p=.04$). Per il resto, gli effetti dei predittori sugli esiti non sono risultati significativi nelle analisi, a prescindere dal fatto che le covariate fossero incluse o escluse dal modello.

I risultati delle analisi di regressione sono presentati nella **Tabella 3**, dove, come accadrà nelle tabelle successive, è stata riportata parte delle matrici di regressione emerse dalle analisi condotte. Nelle tabelle vengono mostrati i valori stimati per l'intercetta e il coefficiente di regressione del presunto predittore (β), la probabilità a essi riferita, sia associata al modello privo di covariate (p), sia associata al modello con l'inclusione delle covariate ($p\text{-adj}$). Viene infine riportata la probabilità relativa al modello di ciascuna analisi con le covariate ($p\text{-value}$).

Tabella 3. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla salute mentale materna prenatale ed esiti relativi al temperamento infantile a 4 mesi post-partum.

Salute mentale a t0

Mod.1a: Surgency_t1 ~ STAI_t0				Mod.1b: Negativity_t1 ~ STAI_t0			Mod.1c: Regulation_t1 ~ STAI_t0				
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	4.916	<.001	.002	Intercept	2.798	<.001	.005	Intercept	5.337	<.001	<.001
STAI_t0	-.014	.425	.382	STAI_t0	.005	.664	.770	STAI_t0	-.009	.443	.473
p-value			.928	p-value			.977	p-value			.678
Mod.1d: Surgency_t1 ~ DERS_t0				Mod.1e: Negativity_t1 ~ DERS_t0			Mod.1f: Regulation_t1 ~ DERS_t0				
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	4.907	<.001	.002	Intercept	3.145	<.001	.001	Intercept	5.479	<.001	<.001
DERS_t0	-.008	.351	.380	DERS_t0	-.002	.715	.591	DERS_t0	-.007	.195	.344
p-value			.928	p-value			.965	p-value			.623

4.2.2. Analisi dei dati della seconda ipotesi

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, le analisi di regressione lineare hanno rivelato alcune relazioni statisticamente significative tra aspetti relativi alla salute mentale materna a *t1* e le dimensioni temperamentali infantili a *t2*. Nello specifico, è emersa una relazione significativa tra i livelli di ansia materni riportati a *t1* e la capacità di autoregolazione del bambino a *t2* ($p=.03$), e tale relazione si è mantenuta significativa anche inserendo le covariate nel modello ($p=.04$), e globalmente il modello è risultato statisticamente significativo ($p=.03$). Inoltre, le difficoltà nella regolazione emotiva sperimentate dalla madre a *t1* sono risultate predittive della medesima capacità regolatoria del bambino a *t2*, sia nell'analisi senza covariate ($p=.001$), sia nell'analisi con le covariate ($p=.015$). Anche il modello comprensivo delle covariate è apparso statisticamente significativo ($p=.014$).

È stata poi riscontrata un'associazione statisticamente significativa tra le difficoltà della madre ad accettare le proprie emozioni a *t1* e la capacità di regolazione emotiva del bambino a *t2* (scala "Non Acceptance" del DERS e fattore "Regulation" dell'IBQ, $p=.02$). Anche le difficoltà materne nel raggiungere i propri obiettivi nel corso di situazioni emotivamente difficili e/o stressanti a *t1* sembrano avere un impatto sullo sviluppo della capacità di regolazione emotiva del bambino a *t2* (scala "Goals" del DERS e fattore "Regulation" dell'IBQ, $p=.04$). Tuttavia, in questi due ultimi casi riportati, le relazioni non sono rimaste statisticamente significative in seguito all'inserimento delle covariate nei modelli ($p=.19$; $p=.34$). Similmente, la consapevolezza emotiva dimostrata dalla madre a *t1* è risultata predittiva della capacità del bambino di regolare le proprie emozioni e comportamenti a *t2* (scala "Awareness" del DERS e fattore "Regulation" dell'IBQ, $p=.01$). La stessa relazione si è mantenuta statisticamente significativa anche inserendo nel modello le covariate ($p=.03$), e, globalmente, il modello era statisticamente significativo ($p=.02$). Allo stesso modo, è emersa una relazione statisticamente significativa tra le difficoltà della madre a utilizzare strategie efficaci per gestire le proprie emozioni a *t1* e una minore capacità del bambino di regolare le proprie emozioni a *t2* (scala "Strategies" del DERS e fattore "Regulation" dell'IBQ, $p=.007$), che si è mantenuta significativa, a livello della soglia di significatività, anche successivamente l'inserimento

delle covariate nel modello ($p=.05$). Anche globalmente, il modello che includeva le covariate è apparso statisticamente significativo ($p=.03$).

Attraverso la conduzione di analisi di regressione lineare, volte a valutare gli esiti relativi al temperamento infantile a $t2$ a livello delle specifiche scale dell'IBQ, sono emerse le seguenti relazioni statisticamente significative: le difficoltà materne nel raggiungere i propri obiettivi nel corso di situazioni emotivamente difficili e/o stressanti sono risultate associate ad una minore durata dell'attenzione del bambino (scala "Goals" del DERS e scala "Duration of Orienting" dell'IBQ, $p=.03$). Anche la consapevolezza emotiva della madre è risultata predittiva della frequenza del comportamento di masticazione delle labbra del bambino (scala "Awareness" del DERS e scala "Lip Smacking" dell'IBQ, $p=.03$). Tuttavia, nei due casi menzionati, i modelli che includono le covariate non sono risultati statisticamente significativi ($p=.70$; $p=.07$). La stessa consapevolezza materna è risultata associata anche alla capacità del bambino di essere calmato (scala "Awareness" del DERS e scala "Soothability" dell'IBQ, $p=.02$), e tale associazione è rimasta statisticamente significativa anche inserendo nel modello le covariate ($p=.02$), ma, globalmente, il modello non era statisticamente significativo ($p=.11$). Infine, le problematiche della madre nel ricorrere a tecniche efficaci per la gestione delle emozioni sono risultate predittive di una minore durata attentiva del bambino (scala "Strategies" del DERS e scala "Duration of Orienting" dell'IBQ, $p=.04$). Tuttavia, con l'inserimento delle covariate nel modello, l'associazione non è rimasta statisticamente significativa ($p=.21$).

Tabella 4. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla salute mentale materna postnatale ed esiti relativi al temperamento infantile a 9 mesi post-partum.

Salute mentale a t1

Mod.2a: Surgency_t2 ~ STAI_t1				Mod.2b: Negativity_t2 ~ STAI_t1			Mod.2c: Regulation_t2 ~ STAI_t1				
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	5.507	<.001	.208	Intercept	3.528	<.001	.801	Intercept	5.654	<.001	.009
STAI_t1	-.016	.232	.881	STAI_t1	-.011	.425	.782	STAI_t1	-.023	.028	.039
p-value			.498	p-value			.347	p-value			.028

Mod.2d: Surgency_t2 ~ DERS_t1				Mod.2e: Negativity_t2 ~ DERS_t1			Mod.2f: Regulation_t2 ~ DERS_t1				
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	5.281	<.001	.200	Intercept	2.941	<.001	.479	Intercept	5.807	<.001	.004
DERS_t1	-.004	.444	.794	DERS_t1	.002	.715	.309	DERS_t1	-.014	.001	.015
p-value			.492	p-value			.252	p-value			.014

4.2.3. Analisi dei dati della terza ipotesi

Rispetto all'associazione tra la salute mentale materna nel periodo perinatale e la qualità della relazione madre-bambino a 4 mesi post-partum ($t1$), è emersa un'associazione tra la presenza di una sintomatologia ansiosa materna a $t1$ e la sua capacità di strutturare le interazioni con il bambino, sempre a $t1$ ($p=.04$), che però non è stata mantenuta statisticamente significativa con l'inserimento delle covariate nel modello ($p=.22$).

Inoltre, il livello di consapevolezza emotiva della madre a $t0$ è risultato predittivo del suo comportamento non ostile e accogliente verso il bambino a $t1$ (scala "Awareness" del DERS e scala "Non-Hostility" delle EAS, $p=.01$), ma, con l'inserimento delle covariate, l'associazione perde di significatività ($p=.07$).

Sono emerse delle relazioni statisticamente significative anche tra la scala "Clarity" del DERS a $t1$ e la qualità della relazione diadica osservata sempre a $t1$. La capacità materna di percepire e comprendere chiaramente le proprie emozioni è risultata predittiva della sua capacità di essere emotivamente connessa al bambino (scala "Sensitivity" delle EAS, $p=.0004$), che si è mantenuta statisticamente significata con l'inserimento delle covariate ($p=.009$). Anche globalmente il modello è risultato statisticamente significativo ($p=.02$). La stessa capacità materna è risultata associata alla capacità di strutturare le interazioni con il bambino (scala "Structuring" delle EAS, $p=.01$); tuttavia, successivamente l'inclusione delle covariate, la significatività non è stata preservata ($p=.14$). Allo stesso modo, è stata riscontrata un'associazione tra la stessa capacità materna di comprendere e distinguere le proprie emozioni e la non ostilità dimostrata all'interno dell'interazione diadica (scala "Non-Hostility" delle EAS, $p=.007$), che però, anche in questo caso, non si è mantenuta statisticamente significata con l'inserimento delle covariate ($p=.10$). Infine, la capacità materna di percepire e classificare le proprie emozioni è risultata associata alla responsività emotiva infantile (scala "Child Responsiveness" delle EAS, $p=.003$), e alla capacità del bambino di richiamare e coinvolgere il caregiver all'interno dell'interazione (scala "Child Involvement" delle EAS, $p=.0007$). In queste ultime due analisi, la significatività dell'associazione è stata preservata successivamente l'inserimento delle covariate ($p=.05$; $p=.01$), tuttavia, nel primo caso il modello con le covariate non è risultato globalmente statisticamente significativo ($p=.06$), mentre nel secondo caso si ($p=.03$).

Tabella 5. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla salute mentale materna perinatale ed esiti relativi alla qualità della relazione madre-bambino a 4 mesi post-partum.

Salute mentale a t0

Mod.3a: Sensitivity_t1 ~ STAI_t0				Mod.3b: Structuring_t1 ~ STAI_t0				Mod.3c: Non-Intrusiveness_t1 ~ STAI_t0			
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	6.521	<.001	.001	Intercept	5.760	<.001	.001	Intercept	5.291	<.001	.026
STAI_t0	-.028	.189	.347	STAI_t0	-.013	.522	.891	STAI_t0	.001	.940	.705
p-value			.207	p-value			.365	p-value			.439
Mod.3d: Non-Hostility_t1 ~ STAI_t0				Mod.3e: Child Responsiveness_t1 ~ STAI_t0				Mod.3f: Child Involvement_t1 ~ STAI_t0			
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	6.986	<.001	<.001	Intercept	5.642	<.001	.025	Intercept	4.370	<.001	.488
STAI_t0	-.017	.268	.319	STAI_t0	-.019	.402	.693	STAI_t0	-.006	.795	.843
p-value			.010	p-value			.223	p-value			.233
Mod.3g: Sensitivity_t1 ~ DERS_t0				Mod.3h: Structuring_t1 ~ DERS_t0				Mod.3i: Non-Intrusiveness_t1 ~ DERS_t0			
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	5.974	<.001	.002	Intercept	4.984	<.001	.008	Intercept	4.783	<.001	.037
DERS_t0	-.007	.462	.694	DERS_t0	.004	.671	.532	DERS_t0	.008	.387	.210
p-value			.263	p-value			.326	p-value			.286
Mod.3j: Non-Hostility_t1 ~ DERS_t0				Mod.3k: Child Responsiveness_t1 ~ DERS_t0				Mod.3l: Child Involvement_t1 ~ DERS_t0			
	β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>		β	<i>p</i>	<i>p-adj</i>
Intercept	6.976	<.001	<.001	Intercept	5.436	<.001	.044	Intercept	4.256	<.001	.541
DERS_t0	-.009	.193	.296	DERS_t0	-.008	.478	.622	DERS_t0	-.002	.867	.972
p-value			.010	p-value			.217	p-value			.236

Salute mentale a t1

<i>Mod.3m: Sensitivity_t1 ~ STAI_t1</i>				<i>Mod.3n: Structuring_t1 ~ STAI_t1</i>				<i>Mod.3o: Non-Intrusiveness_t1 ~ STAI_t1</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.145	<.001	.004	Intercept	6.506	<.001	.001	Intercept	5.643	<.001	.037
STAI_t1	-.019	.312	.592	STAI_t1	-.036	.044	.227	STAI_t1	-.008	.648	.858
p-value			.252	p-value			.231	p-value			.453

<i>Mod.3p: Non-Hostility_t1 ~ STAI_t1</i>				<i>Mod.3q: Child Responsiveness_t1 ~ STAI_t1</i>				<i>Mod.3r: Child Involvement_t1 ~ STAI_t1</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	7.033	<.001	<.001	Intercept	5.898	<.001	.038	Intercept	5.421	<.001	.367
STAI_t1	-.020	.147	.177	STAI_t1	-.028	.165	.414	STAI_t1	-.038	.098	.553
p-value			.007	p-value			.188	p-value			.210

<i>Mod.3s: Sensitivity_t1 ~ DERS_t1</i>				<i>Mod.3t: Structuring_t1 ~ DERS_t1</i>				<i>Mod.3u: Non-Intrusiveness_t1 ~ DERS_t1</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.042	<.001	.005	Intercept	5.501	<.001	.007	Intercept	5.579	<.001	.028
DERS_t1	-.009	.340	.846	DERS_t1	-.003	.678	.969	DERS_t1	-.003	.691	.737
p-value			.273	p-value			.366	p-value			.443

<i>Mod.3v: Non-Hostility_t1 ~ DERS_t1</i>				<i>Mod.3w: Child Responsiveness_t1 ~ DERS_t1</i>				<i>Mod.3x: Child Involvement_t1 ~ DERS_t1</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	7.052	<.001	<.001	Intercept	5.771	<.001	.044	Intercept	4.771	<.001	.485
DERS_t1	-.011	.094	.290	DERS_t1	-.013	.178	.546	DERS_t1	-.010	.361	.828
p-value			.010	p-value			.208	p-value			.232

4.2.4. Analisi dei dati della quarta ipotesi

In riferimento alla quarta e ultima ipotesi, sono emerse alcune associazioni statisticamente significative tra le dimensioni temperamentali infantili a *tI* e la qualità della relazione madre-bambino osservata sempre a *tI*.

Nello specifico, il livello di negatività del bambino è risultato associato alla capacità materna di mantenere una struttura organizzata nelle interazioni (scala “Structuring” delle EAS, $p=.02$). Tale associazione è rimasta statisticamente significativa anche con l’inserimento delle covariate ($p=.03$), e globalmente il modello era statisticamente significativo ($p=.03$). Inoltre, il livello di vivacità e attività del bambino è risultato associato alla capacità materna di mantenere un comportamento non invadente nell’interazione (scala “Non-Intrusiveness” delle EAS, $p=.01$). Questa significatività è stata mantenuta successivamente l’inclusione delle covariate ($p=.02$), e globalmente il modello era statisticamente significativo a livello della soglia di significatività ($p=.05$).

Attraverso la conduzione di analisi di regressione lineare, volte a valutare gli esiti rispetto alla qualità della relazione diadica a *tI*, considerando l’influenza degli aspetti temperamentali infantili relativi alle scale dell’IBQ, considerati sempre a *tI*, sono emerse diverse relazioni statisticamente significative. Il comportamento di avvicinamento del bambino è risultato associato alla capacità della madre di mantenere un comportamento non intrusivo nell’interazione (scala “Approach” dell’IBQ e scala “Non-Intrusiveness” delle EAS, $p=.007$), e tale relazione è rimasta statisticamente significativa anche inserendo nel modello le covariate ($p=.01$), ma, globalmente, il modello non era statisticamente significativo ($p=.06$). È emersa una relazione statisticamente significativa anche tra la reattività vocale del bambino e la capacità della madre di non essere intrusiva (scala “Vocal Reactivity” dell’IBQ e scala “Non-Intrusiveness” delle EAS, $p=.01$), che si è mantenuta statisticamente significativa successivamente l’inclusione delle covariate ($p=.02$), tuttavia, globalmente, il modello non era statisticamente significativo ($p=.06$). Infine, il livello di piacere intenso del bambino è risultato connesso alla capacità della madre di mantenere un comportamento non intrusivo (scala “High-Intensity Pleasure” dell’IBQ e scala “Non-Intrusiveness” delle EAS, $p=.01$). Questa associazione è rimasta statisticamente significativa anche con l’inserimento delle covariate ($p=.03$), ma, complessivamente, il modello è risultato privo di significatività statistica ($p=.06$).

Tabella 6. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi al temperamento infantile a 4 mesi di vita ed esiti relativi alla qualità della relazione madre-bambino a 4 mesi post-partum.

Temperamento infantile a t1

Mod.4a: Sensitivity_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)				Mod.4b: Sensitivity_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)			Mod.4c: Sensitivity_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)				
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.033	<.001	.002	Intercept	6.415	<.001	.001	Intercept	4.723	.002	.034
SUR_t1	-.126	.514	.536	NEG_t1	-.312	.263	.303	REG_t1	.151	.604	.796
p-value			.244	p-value			.195	p-value			.271
Mod.4d: Structuring_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)				Mod.4e: Structuring_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)			Mod.4f: Structuring_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)				
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	5.724	<.001	.003	Intercept	7.052	<.001	<.001	Intercept	6.699	<.001	.004
SUR_t1	-.105	.576	.726	NEG_t1	-.596	.023	.030	REG_t1	-.287	.307	.326
p-value			.353	p-value			.034	p-value			.272
Mod.4g: Non-Intrusiveness_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)				Mod.4h: Non-Intrusiveness_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)			Mod.i: Non-Intrusiveness_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)				
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	7.242	<.001	<.001	Intercept	6.556	<.001	.002	Intercept	7.087	<.001	.001
SUR_t1	-.432	.011	.017	NEG_t1	-.401	.135	.142	REG_t1	-.347	.216	.076
p-value			.052	p-value			.195	p-value			.170

<i>Mod.4j: Non-Hostility_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)</i>				<i>Mod.4k: Non-Hostility_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)</i>				<i>Mod.4l: Non-Hostility_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.667	<.001	<.001	Intercept	6.597	<.001	<.001	Intercept	5.520	<.001	<.001
SUR_t1	-.071	.608	.655	NEG_t1	-.080	.688	.733	REG_t1	.167	.420	.733
p-value			.015	p-value			.015	p-value			.015
<i>Mod.4m: Child Responsiveness_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)</i>				<i>Mod.4n: Child Responsiveness_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)</i>				<i>Mod.4o: Child Responsiveness_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	5.773	<.001	.029	Intercept	6.268	<.001	.013	Intercept	5.334	.001	.083
SUR_t1	-.193	.350	.352	NEG_t1	-.447	.130	.122	REG_t1	-.081	.793	.652
p-value			.175	p-value			.101	p-value			.220
<i>Mod.4p: Child Involvement_t1 ~ Surgency_t1 (SUR_t1)</i>				<i>Mod.4q: Child Involvement_t1 ~ Negativity_t1 (NEG_t1)</i>				<i>Mod.4r: Child Involvement_t1 ~ Regulation_t1 (REG_t1)</i>			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	4.700	<.001	.386	Intercept	5.475	<.001	.165	Intercept	3.300	.068	.785
SUR_t1	-.132	.572	.561	NEG_t1	-.452	.178	.107	REG_t1	.163	.642	.757
p-value			.211	p-value			.094	p-value			.229

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

La presente tesi si è proposta di esaminare la relazione esistente tra la salute mentale materna nel periodo perinatale e il temperamento del bambino e della bambina, specificatamente a 4 e 9 mesi di vita. Inoltre, è stata ulteriormente indagata la presenza di una relazione tra la salute mentale materna perinatale, il temperamento infantile a 4 mesi di vita e la qualità della relazione madre-bambino, sempre considerata a 4 mesi post-partum.

Il primo obiettivo dello studio consisteva nell'indagare la presenza di una relazione tra la salute mentale materna in gravidanza, esaminando specificatamente la presenza di una sintomatologia ansiosa prenatale e di difficoltà nella donna rispetto alla sua capacità di regolazione emotiva, e le caratteristiche temperamentali del bambino nei primi 4 mesi di vita. Ci si aspettava dunque che alti livelli di ansia e difficoltà nella regolazione emotiva sperimentate dalla donna durante il periodo della gestazione fossero associati a livelli più elevati di attività e irritabilità, maggiore affettività negativa e ridotte abilità di autoregolazione del bambino o della bambina, riportati dalla madre a 4 mesi post-partum. In seguito alla conduzione di analisi di correlazione, solo un'associazione è rimasta statisticamente significativa anche considerando l'influenza di variabili sociodemografiche e perinatali potenzialmente confondenti. Nello specifico è stato evidenziato il ruolo fortemente predittivo delle difficoltà della madre nel riconoscere e comprendere correttamente le proprie emozioni in gravidanza nei confronti della capacità del bambino di essere tranquillizzato a 4 mesi di vita: una minore consapevolezza emotiva materna durante il periodo gestazionale è associata ad una minore facilità nel calmare il bambino nei primi mesi post-partum, e questo potrebbe indicare dunque una possibile influenza della consapevolezza emotiva materna sulle capacità di autoregolazione del bambino. Infatti, i bambini le cui madri dimostrano di avere difficoltà nella capacità di riconoscere e gestire adeguatamente le proprie emozioni durante la gravidanza, sono soliti avere elevate difficoltà a calmarsi, oltre che problemi nella regolazione emotiva stessa (Rutherford et al., 2015). La predittività della scarsa consapevolezza emotiva prenatale della madre su un aspetto temperamentale specifico del bambino, quale la capacità di

calmarsi, è in linea con quanto riportato dallo studio di Lin e collaboratori (2019). Risulta infatti che le problematiche vissute dalla donna, durante la fase gestazionale, a livello dei processi di regolazione emotiva possano avere un impatto diretto sulla capacità dei neonati di regolarsi emotivamente, inclusa la capacità di calmarsi (Lin et al., 2019). In modo sorprendente e inatteso, in questo studio, non sono emerse relazioni statisticamente significative fra i punteggi totali all'interno dello STAI-ST e del DERS e le dimensioni temperamentali infantili. Questa mancanza di associazioni non è in linea con quanto emerso dalla letteratura esistente, che evidenzia invece come la presenza di alti livelli di ansia nella madre durante il periodo gestazionale sia associata ad alta reattività temperamentale e difficoltà nei processi di autoregolazione infantile nei primi mesi di vita (Huizink et al., 2002; Poggi Davis et al., 2004), oltre al suo importante ruolo predittivo rispetto ad alti livelli di affettività negativa sperimentati dal bambino (Spry et al., 2020). Possono però essere fatte alcune importanti considerazioni in merito alla discrepanza tra i risultati ottenuti in questa ricerca e quanto viene riportato in letteratura. È di primaria importanza precisare infatti come la media dei punteggi ottenuti alla STAI-ST in gravidanza fosse inferiore al cut-off clinico che indicherebbe la presenza di una problematica ansiosa nelle madri, e, inoltre, il periodo di valutazione, di soli 4 mesi, potrebbe non essere sufficientemente lungo per evidenziare effetti ritardati dell'ansia materna prenatale; diversi studi presenti in letteratura hanno infatti suggerito che l'impatto dell'ansia prenatale sul temperamento e sulla capacità infantile di regolazione emotiva sia più marcato a partire dai primi anni di vita del bambino, piuttosto che nei primi mesi (Van den Bergh et al., 2004; Davis & Sandman, 2010). È emersa inoltre una relazione statisticamente significativa tra la presenza di difficoltà nella consapevolezza emotiva della madre durante la gravidanza e successive difficoltà del bambino a regolare le proprie emozioni; tuttavia, considerando l'influenza di fattori sociodemografici e perinatali potenzialmente confondenti, la significatività statistica non si è mantenuta. Questo risultato si discosta da quanto evidenziato in studi precedenti: l'incapacità della donna di riconoscere e avere consapevolezza delle proprie emozioni nel periodo gestazionale risulta infatti associata ad un elevato rischio di sviluppo di disregolazione emotiva nel bambino (Ostlund et al., 2019). Questa discrepanza potrebbe essere spiegata anche dall'inclusione di fattori potenzialmente fuorvianti all'interno delle analisi. Il sesso del bambino, considerato una delle covariate nelle analisi condotte, è difatti considerato

in diversi studi uno dei possibili fattori che moderano l'impatto della disregolazione emotiva materna prenatale sulla capacità di regolazione del bambino: solitamente, i neonati maschi tendono ad essere maggiormente vulnerabili agli effetti negativi della disregolazione prenatale sperimentata dalla madre, dimostrando differenze significative nella regolazione emotiva e comportamentale, rispetto alle femmine (Davis & Sandman, 2010; Buss & Sandman, 2011). È dunque possibile che l'inserimento del sesso infantile come covariata nelle analisi di correlazione tra la disregolazione emotiva materna prenatale e la capacità di regolazione infantile possa aver celato o attenuato gli effetti della disregolazione emotiva materna sulla regolazione infantile.

Rispetto alla seconda ipotesi, si è indagato il ruolo predittivo della salute mentale materna a 4 mesi post-partum sulle caratteristiche temperamentali infantili a 9 mesi. È emersa una relazione statisticamente significativa tra alti livelli di ansia materna a 4 mesi post-partum e la capacità di autoregolazione del bambino a 9 mesi: alti livelli di ansia sperimentati dalla madre nei primi mesi successivi alla nascita del figlio sono associati ad una diminuzione della capacità infantile di regolazione. Questo risultato è in linea con quanto emerso dallo studio di Jover e collaboratori (2014): livelli moderatamente elevati di ansia materna postnatale esercitano un effetto negativo sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino, influenzando tutti i suoi aspetti temperamentali. Anche le difficoltà sperimentate dalla madre nella regolazione emotiva a 4 mesi post-partum sono risultate estremamente predittive della stessa capacità regolatoria del bambino a 9 mesi. Ciò è coerente con quanto evidenziato da Crespo e collaboratori (2017), ovvero che i figli di madri che presentano difficoltà a regolare le proprie emozioni nei primi mesi successivi al parto, sono spesso collocati ad un livello di rischio elevato rispetto alla probabilità di sviluppare la medesima disregolazione. Le analisi poi condotte, volte ad indagare il ruolo predittivo di aspetti specifici della disregolazione emotiva materna a 4 mesi post-partum sulle caratteristiche temperamentali infantili a 9 mesi, hanno messo in luce alcune associazioni ma, considerata l'influenza di variabili sociodemografiche e perinatali potenzialmente confondenti, solamente due relazioni sono rimaste statisticamente significative. Nello specifico, è emerso come difficoltà nella consapevolezza emotiva della madre a 4 mesi post-partum risultino associate ad una peggiore regolazione emotiva e comportamentale del bambino a 9 mesi di vita; allo stesso modo, maggiori difficoltà sperimentate dalla madre nell'utilizzo di strategie di regolazione emotiva efficaci nei

primi 4 mesi successivi al parto sono predittive di una bassa capacità del bambino di regolare i propri comportamenti e la propria risposta emotiva a 9 mesi. Come riscontrato dagli studi di Montiroso e Tronick (2007), infatti, nei primi mesi di vita, il bambino adatta le proprie emozioni in reazione ai cambiamenti delle emozioni materne; se, dunque, la madre ha difficoltà nella consapevolezza e nella gestione delle proprie emozioni, potrebbe avere difficoltà a rispondere adeguatamente ai bisogni emotivi del figlio, intaccando di conseguenza lo sviluppo delle capacità regolatorie dello stesso bambino.

Con la terza ipotesi, poi, ci si aspettava che alti livelli di ansia e difficoltà nella regolazione emotiva sperimentate dalla madre in gravidanza fossero predittivi di una peggiore qualità della relazione madre-bambino osservata a 4 mesi post-partum. Allo stesso modo, si prevedeva che i medesimi aspetti della salute mentale materna valutati a 4 mesi post-partum fossero associati ad un abbassamento della qualità della relazione diadica sempre considerata a 4 mesi post-partum. La prima parte di tale ipotesi è stata solo parzialmente dalle nostre analisi: non sono infatti emerse relazioni statisticamente significative tra i predittori scelti e i risultati, se non per il fatto che è stato rilevato il ruolo predittivo della consapevolezza emotiva materna durante la gravidanza rispetto alla non ostilità manifestata nelle interazioni con il proprio bambino nei primi 4 mesi post-partum: tanto più la madre è capace di identificare e comprendere le proprie emozioni nel periodo gestazionale, tanto minore sarà la sua tendenza a manifestare ostilità nelle prime interazioni con il figlio. Rispetto a questa relazione, però, la significatività statistica, considerando l'influenza di fattori potenzialmente interferenti, non è stata mantenuta. La mancanza di associazioni statisticamente significative tra la presenza di alti livelli di ansia materna durante la gravidanza e la qualità della relazione diadica si discosta da quanto emerso da diversi studi presenti in letteratura: le madri che presentano elevati livelli di ansia nel periodo gestazionale, infatti, tendono a manifestare comportamenti distanti e meno sensibili nelle interazioni con i loro figli, dimostrando maggiore tensione e minore responsività, predisponendo la formazione di uno stile di attaccamento insicuro e intaccando negativamente la qualità della relazione diadica (O'Connor et al., 2003; Austin et al., 2005; Grant, MacMahon & Austin, 2008). Similmente, anche la mancanza di associazioni tra la disregolazione emotiva sperimentata dalla madre in gravidanza e la

qualità della relazione diadica differisce da ciò che è stato rilevato in vari studi presenti in letteratura: alti livelli di disregolazione emotiva vissuti dalla madre durante la gestazione sono spesso correlati a gravi disturbi della relazione diadica, determinando una minore sintonia emotiva tra la madre e il bambino, oltre ad elevate difficoltà da parte della donna nel creare e preservare un legame affettivo sicuro con il figlio (Brockington et al., 2006; Laurent et al., 2012). Rispetto alla seconda parte di questa ipotesi, è risultato che elevati livelli di ansia materna nei primi mesi post-partum siano associati a maggiori difficoltà nel strutturare le interazioni con il bambino, senza però considerare l'influenza delle variabili potenzialmente confondenti. L'assenza di una relazione tra alti livelli di ansia materna postnatale e problematiche a livello della relazione tra madre e bambino si discosta da quanto evidenziato da ricerche presenti nella letteratura: spesso, infatti, il legame emotivo che si crea tra la madre e il suo bambino, quando questa presenta elevati livelli di ansia nel periodo successivo al parto, risulta essere meno saldo, determinando dunque un peggioramento della qualità della relazione diadica, rispetto a quando si verifica nelle diadi in cui la madre non manifesta alti livelli di ansia (Tietz et al., 2014). È importante però precisare che quest'ultimo studio citato, così come la maggioranza degli studi presenti in letteratura, analizza il legame madre-figlio in contesti caratterizzati da alti livelli di ansia materna postnatale e depressione post-partum: è importante dunque che ricerche future si propongano di approfondire maggiormente gli esiti a livello della relazione madre-bambino in presenza di madri con esclusivamente alti livelli di ansia post-natale, escludendo quindi i casi di comorbidità con la depressione post-partum. Sulla base delle analisi condotte per esaminare questa ipotesi, sono comunque emerse delle associazioni statisticamente significative tra l'abilità materna di percepire, comprendere e distinguere chiaramente le proprie emozioni nei primi 4 mesi successivi alla nascita del figlio e diversi aspetti connessi alla qualità della relazione diadica, sempre osservati a 4 mesi post-partum, delle quali solamente due si sono mantenute statisticamente significative considerando l'influenza delle covariate. Nello specifico, è emerso che una maggiore difficoltà della madre a comprendere e identificare le proprie emozioni è associata ad una minore sensibilità nei confronti del suo bambino e ad una minore capacità del bambino di partecipare attivamente e di coinvolgere la madre nei momenti di interazione. Questi risultati sono compatibili con quanto è emerso in studi precedenti, ovvero il fatto che una madre con difficoltà nei suoi processi di regolazione emotiva tenda

spesso a mostrare una minore sensibilità verso i segnali del figlio (Ham & Tronick, 2006). Una madre che dimostra un ridotto livello di sensibilità, dunque, avrà numerose difficoltà a creare un clima relazionale positivo e accogliente, rivelandosi incapace di sintonizzarsi emotivamente con il figlio e di rispondere adeguatamente ai suoi segnali (Birigen et al., 2014). Rispetto all'associazione tra la capacità materna di percepire e classificare correttamente le proprie emozioni nei primi mesi post-partum e la capacità del bambino di richiamare e coinvolgere la madre nelle interazioni, è bene ricordare le conclusioni rilevanti degli studi condotti da Montirosso e collaboratori (2007), che affermano come la capacità del bambino di regolare le proprie emozioni e di rispondere alle dinamiche relazionali, interagendo con la madre, si sviluppi già a partire dai primi mesi di vita. In particolare, la capacità del bambino di regolare il proprio comportamento relazionale e la propria risposta emotiva ai segnali interattivi materni si evolve in relazione alla capacità della madre stessa di identificare, interpretare e regolare adeguatamente le proprie emozioni: tanto più efficace sarà la regolazione emotiva materna, tanto più la relazione diadica sarà caratterizzata da alti livelli di sintonizzazione affettiva, oltre che da maggior coinvolgimento reciproco.

Infine, con la quarta e ultima ipotesi, si prevedeva di osservare la presenza di relazioni statisticamente significative tra le dimensioni temperamentali infantili, indagate a 4 mesi di vita, e la qualità della relazione madre-bambino, sempre osservata a 4 mesi post-partum. Questa ipotesi è stata parzialmente confermata: nello specifico, sono emerse due associazioni statisticamente significative che hanno dunque evidenziato l'importanza del temperamento del bambino sulla qualità del legame interattivo che egli crea assieme alla madre. In particolare, una maggiore tendenza del bambino a mostrare comportamenti negativi o irrequieti è risultata associata ad una minore capacità della madre di strutturare adeguatamente l'ambiente e le interazioni diadiche. Inoltre, una elevata tendenza del bambino ad agire comportamenti esplorativi, attivi e vivaci influenza la capacità materna di mantenere interazioni rispettose e non invasive nei suoi confronti: tanto più il bambino è propenso a mettere in atto comportamenti di attività ed esplorazione, tanto più la madre potrebbe trovarsi in difficoltà a relazionarsi in modo non intrusivo, dimostrandosi dunque più propensa a intervenire frequentemente durante l'interazione per orientare o gestire il comportamento del bambino. L'idea che la capacità materna di strutturare le interazioni con il figlio sia influenzata in modo specifico dai comportamenti negativi del bambino è

supportata da diversi studi presenti in letteratura, che evidenziano come i neonati con temperamenti più difficili, caratterizzati da alti livelli di negatività, tendano ad influenzare negativamente la capacità delle madri di gestire in modo adeguato i segnali emotivi e comportamentali dei loro figli, che può quindi tradursi in una minore qualità delle interazioni diadiche. In questa situazione, infatti, la madre, a cause delle problematiche ulteriori attribuibili al temperamento del bambino, tende ad avere maggiori difficoltà a strutturare delle interazioni appropriate con il figlio, dimostrando anche minori livelli di sensibilità nei suoi confronti (Putnam et al., 2002; Kivijärvi et al., 2005; Robison et al., 2005). Allo stesso modo, anche l'associazione evidenziata tra la tendenza del bambino a mettere in atto comportamenti attivi e vivaci e la difficoltà materna a stabilire e mantenere modalità di interazione poco invasive nei suoi confronti trova riscontro in diverse ricerche riportate nella letteratura. Si evidenzia infatti come un temperamento infantile caratterizzato da alta vivacità e attività possa influenzare negativamente la capacità della madre di instaurare e mantenere interazioni appropriate con il bambino stesso, determinando quindi un comportamento materno maggiormente invasivo (Putnam et al., 2002; Kochanska & Kim, 2013; Vaccaro et al., 2021).

5.2. PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA

La presente tesi nasce con l'obiettivo di approfondire il ruolo della salute mentale materna perinatale sul temperamento infantile e sulla qualità della relazione madre-bambino nei primi mesi post-partum. Questo studio mira dunque ad espandere le conoscenze presenti in ricerche precedenti, evidenziando inoltre l'importanza di esaminare il ruolo che il temperamento del bambino assume rispetto alle pratiche genitoriali adottate dalla madre. Un punto di forza di questa ricerca consiste nell'aver evidenziato come anche elevati livelli di ansia sperimentati dalla madre nei primi mesi successivi alla nascita del figlio, oltre alla presenza di difficoltà materne nei processi di regolazione delle proprie emozioni, possano esercitare un ruolo fortemente predittivo rispetto alla capacità del bambino di regolare le proprie emozioni e il proprio comportamento, proponendo quindi degli spunti utili per future ricerche che vorranno approfondire tale associazione. Sono emerse inoltre importanti relazioni tra le difficoltà che la madre dimostra di avere rispetto alla sua abilità

di riconoscere e comprendere chiaramente le proprie emozioni nei primi mesi post-partum ed un concomitante peggioramento della qualità della relazione con il suo bambino, considerando sia le modalità relazionali della madre, sia quelle del figlio. Quest'ultimo risultato assume un'importanza cruciale nell'evidenziare come un aspetto della salute mentale propria della madre influenzi non solo il modo in cui la madre stessa interagisce con il figlio, ma anche il modo in cui il bambino si relaziona con essa e la coinvolge durante l'interazione. Un ulteriore punto di forza è l'influenza del temperamento infantile sulle modalità relazionali adottate dalla madre adottata durante le interazioni diadiche. Questo offre un'indicazione chiara di quanto determinati aspetti infantili, e non solo materni, possano influire significativamente sulla qualità dell'interazione, modificando notevolmente il modo in cui la madre si relaziona con lui. Questo concetto si allinea con una prospettiva teorica di tipo transazionale, secondo cui esiste un'interazione reciproca e continua tra le caratteristiche del bambino, le qualità della madre e le dinamiche interattive che quest'ultima mette in atto nei suoi confronti.

Questo lavoro, tuttavia, presenta anche dei limiti. Innanzitutto la numerosità del campione è piuttosto ridotta, e ciò potrebbe aver influito largamente sulla mancanza di associazioni significative, in particolar modo rispetto a quanto indagato nella prima ipotesi. Nell'ambito della letteratura, infatti, la dimensione del campione assume un'importanza cruciale nel garantire risultati validi, ma soprattutto generalizzabili e rappresentativi della popolazione di interesse: maggiore è la dimensione del campione, maggiore sarà la possibilità di ottenere risultati precisi e affidabili, riducendo i margini di errore (Andrade 2020; Faber & Fonseca, 2024).

Un secondo limite consiste nell'aver utilizzato, per indagare la salute mentale materna perinatale, unicamente dei questionari self-report. Questo tipo di valutazione, spesso preferita dati i bassi costi e la facilità di somministrazione, per il fatto che si basa sulle risposte e sulle percezioni del soggetto, non può fornire misurazioni cliniche oggettive dirette sulla salute mentale della donna, risultando anche soggetta a distorsioni, quali il "social desirability bias", ovvero la tendenza della madre a fornire delle risposte che ritiene essere socialmente desiderabili o accettabili, piuttosto che veritiere (Holtgraves, 2004; Gagné et al., 2023). Inoltre, per valutare la presenza di ansia nella madre, sia durante il periodo della gravidanza, sia nei primi mesi post-partum, è stata utilizzata

esclusivamente la State Anxiety Scale (S-Anxiety), attraverso la quale è stata misurata l'ansia di stato manifestata dalla madre contestualmente al momento della compilazione del questionario, che non descrive dunque gli aspetti relativi all'ansia di tratto, quale caratteristica più persistente della sua personalità, che potrebbe avere un'influenza più duratura sullo sviluppo del bambino e sulla qualità della relazione diadica (Meades & Ayers, 2011).

Inoltre, anche per quanto riguarda la valutazione del temperamento del bambino, è stato utilizzato un unico strumento parent-report, attraverso il quale si chiedeva alla madre di verificare la frequenza di un comportamento specifico manifestato dal proprio figlio nella settimana antecedente. Questa valutazione però, nonostante implichi un basso dispendio economico, ampia facilità di somministrazione e la possibilità di esaminare le reazioni comportamentali ed emotive del bambino in molteplici contesti, non può essere intesa come una misurazione oggettiva del temperamento infantile. Essa, infatti, non riflette unicamente il comportamento del bambino oggetto della valutazione, ma anche le percezioni della madre, alcuni aspetti della sua personalità e le sue emozioni provate durante la compilazione (Seifer et al., 2004; Kagan & Fox, 2006; Rothbart & Bates, 2006).

Ancora, data la natura evolutiva della relazione madre-bambino, che si evolve con il tempo e con le diverse fasi dello sviluppo infantile, esaminare le dinamiche interattive unicamente nei primi 4 mesi post-partum potrebbe non cogliere appieno gli effetti della salute mentale materna e del temperamento infantile sulla relazione diadica. Le dinamiche interattive, infatti, possono modificarsi significativamente nei primi mesi e anni di vita del bambino e, dunque, i risultati ottenuti limitandosi ai primi 4 mesi potrebbero non essere rappresentativi dei cambiamenti e delle sfide evolutive che emergono in seguito. Le interazioni tra una madre e il suo bambino sono altamente dinamiche e la loro qualità è influenzata, di conseguenza, dalla salute mentale materna, dal temperamento infantile e dai bisogni reciproci che si evolvono nel corso del tempo (Perea-Velasco et al., 2023).

Infine, un ultimo limite della ricerca consiste nel non aver considerato la possibilità che altri fattori, oltre a quelli analizzati, potessero influenzare i risultati ottenuti. Di fatto, la multidimensionalità del temperamento infantile e della qualità della relazione madre-

bambino che maturano e si modificano durante il periodo evolutivo, necessiterebbero di studi che si preoccupino di valutare l'impatto che alcune variabili, quali la qualità delle pratiche genitoriali, il supporto sociale e le strategie di coping, che non sono stati direttamente esaminati nel nostro studio, potrebbero esercitare.

5.3. CONCLUSIONI E RICERCHE FUTURE

A partire dal periodo gestazionale, all'interno della donna, si creano delle rappresentazioni mentali di come sarà lei in quanto madre, suo figlio e la loro futura relazione, che si modificherà e si arricchirà nel susseguirsi degli anni (Ammaniti, Tambelli & Odorisio, 2013). Queste rappresentazioni, che risultano essere influenzate dalle esperienze personali pregresse, dalle aspettative sociali e culturali e delle interazioni quotidiane vissute dalla donna, oltre che dalle esperienze di cura e attaccamento che lei stessa ha vissuto con la propria madre, sono fondamentali per l'instaurarsi del legame di attaccamento e per la costruzione della relazione madre-bambino (Barlow, 2018). La qualità del legame di attaccamento, così come le dinamiche relazionali adottate dalla madre e dal bambino durante i loro momenti di interazione, subirebbero l'influenza della salute mentale materna, la quale inciderebbe anche sulle dimensioni temperamentali infantili.

La presente tesi ha illustrato l'impatto di determinati aspetti deficitari della salute mentale materna perinatale, quali la presenza di alti livelli di ansia e di difficoltà nei processi coinvolti a livello della regolazione emotiva, sul temperamento infantile e sulla qualità della relazione diadica, evidenziando l'impatto dello stesso temperamento infantile su alcune modalità relazionali specifiche impiegate dalla madre e dal bambino nel corso delle loro interazioni, nei primi mesi successivi al parto. La gravidanza, così come il postpartum, rappresenta un momento molto delicato nella vita della donna, che la rende maggiormente vulnerabile rispetto all'emergere o alla ricaduta di problematiche psicologiche derivanti dalle continue trasformazioni che essa vive a livello fisico e psicologico. Sulla base di ciò, questa ricerca, evidenziando il ruolo predittivo assunto da problematicità a livello della salute mentale della donna, sia nel periodo gestazionale, sia

nei primi mesi che seguono la nascita del bambino, si propone quale studio confermativo rispetto all'importanza di attuare seri programmi di supporto alle madri che vivono questo significativo momento della loro vita. Una madre che vive in modo sereno questa fase di cambiamento, supportata a livello sociale e culturale, sarà una madre maggiormente predisposta a relazionarsi con il proprio figlio in modo sensibile, attento e sempre adeguato al contesto. Al contrario, come testimoniato dai risultati qui ottenuti, una madre che sperimenta alti livelli di ansia e difficoltà emotive, legate a problematiche associate alla consapevolezza e alla gestione delle emozioni, influenzerà negativamente la qualità della relazione con il suo bambino, contribuendo ad un generale abbassamento delle capacità di regolazione emotiva e comportamentale infantile. In aggiunta, il temperamento infantile assume una grande importanza nel condizionare le modalità interattive adottate dalla madre all'interno della loro relazione: non solo dunque le caratteristiche temperamentali del bambino sono influenzate dalla salute mentale materna, ma queste stesse caratteristiche esercitano un effetto nell'indirizzare la madre ad attuare determinati comportamenti nei suoi confronti. Questo studio vuole pertanto confermare l'importanza di adottare sempre una visione olistica rispetto alla valutazione e al trattamento delle specifiche dinamiche relazionali tra madre e bambino. Esso, infine, invita a considerare non solo l'impatto della salute mentale materna sulle caratteristiche temperamentali del bambino e sulla qualità della loro interazione, ma anche come tali caratteristiche possano influenzare le decisioni e i comportamenti della madre. Solamente mediante un approccio che integri questi elementi, è possibile favorire un ambiente familiare più sano e armonioso, migliorando il benessere sia della madre che del bambino.

A partire dai risultati ottenuti nella presente ricerca si auspica che questi possano stimolare l'interesse di studi futuri, volti ad approfondire ulteriormente il ruolo impattante della salute mentale materna perinatale sullo sviluppo infantile e sulla qualità della relazione madre-bambino. Future ricerche potrebbero, in primo luogo, ampliare il campione di studio di riferimento, con l'obiettivo di rendere i risultati maggiormente generalizzabili ed estendere dunque le conclusioni ad una popolazione più ampia e diversificata. Potrebbe essere interessante anche considerare variabili aggiuntive, quali il supporto familiare, il contesto socioeconomico e i fattori culturali e sociali caratteristici dell'ambiente di vita dei soggetti, che potrebbero condizionare la relazione tra la salute mentale materna e lo sviluppo del bambino. Ulteriori ricerche potrebbero utilizzare misurazioni distribuite nel

corso del tempo, con lo scopo di monitorare l'evoluzione della salute mentale della madre e il suo impatto sulle caratteristiche temperamentali del bambino nei primi anni di vita, approfondendo come la qualità della relazione madre-bambino possa subire importanti modificazioni durante le diverse fasi dello sviluppo infantile. È importante inoltre ricordare come la letteratura evidenzi la necessità di studiare il temperamento infantile attraverso la combinazione di strumenti capaci di fornire misurazioni oggettive, quali prove standardizzate o misurazioni fisiologiche, con strumenti che presentano invece una natura di tipo soggettivo, quali i questionari parent-report utilizzati nel presente studio. Ciò si dimostra importante anche per poter predisporre degli interventi sul bambino più efficaci e mirati, basati su una comprensione approfondita delle sue caratteristiche temperamentali. Attraverso l'integrazione di valutazioni oggettive e soggettive, dunque, studi futuri consentirebbero di ottenere una visione più completa del bambino, permettendo di identificare con maggiore precisione eventuali punti di forza e di debolezza. Un approccio di ricerca di questo tipo può facilitare lo sviluppo di interventi personalizzati, capaci di rispondere alle esigenze specifiche del bambino e di supportare il suo sviluppo comportamentale, emotivo e sociale in maniera più equilibrata e adattiva. Infine, un ultimo aspetto rilevante che le ricerche future potrebbero esaminare riguarda l'efficacia di proporre interventi preventivi e terapeutici mirati alla promozione della salute mentale materna durante il periodo perinatale, e come questi possano influenzare positivamente lo stato di benessere del bambino e la qualità della relazione diadica. Potrebbe essere interessante esaminare come diverse tipologie di intervento, ad esempio psicoterapie focalizzate sul miglioramento delle competenze genitoriali o programmi di supporto psicologico, possano contribuire a ridurre gli effetti negativi dell'ansia materna e delle sue difficoltà nei processi di regolazione emotiva sullo sviluppo infantile.

BIBLIOGRAFIA

- Agostini, F., & Minelli, M. (2016). Disturbi d'ansia nel periodo perinatale. In P. Grussu e A. Bramante (a cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale: Profili psicopatologici e modalità di intervento* (pp. 87-146). Trento: Erikson
- Agrati, D., Browne, D., Jonas, W., Meaney, M., Atkinson, L., Steiner, M., Fleming, A.S., & MAVAN research team (2015). Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. *Arch Womens Ment Health*, 18(5), 693-705. <https://doi.10.1007/s00737-014-0491-y>
- Ainsworth, M.D. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale (NJ) <https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2021/01/Ainsworth-Patterns-of-Attachment.pdf>
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M.V., & Stayton, D.J. (1971). Individual differences in Strange-Situation behaviour at one years olds. In H.R. Schaffer (a cura di), *The origins of human social relations*, New York, Academic Press, 17-58 <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED056742.pdf>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotionregulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237. <https://doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ali, N. D., Mahmud, S., Khan, A., & Ali, B. S. (2013). Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: A quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*, 13, 274–296. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-274>
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*, New York, Henry Holt; trad. it. *Psicologia della personalità*, Roma, Las, 1977 <https://ia904700.us.archive.org/34/items/in.ernet.dli.2015.155561/2015.155561.Personality-A-Psychological-Interpretation.pdf>
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*, New York, Holt, Rinehart and Winston; trad. it. *Psicologia della personalità*, Zürich, PAS-Verlag, 1969 https://ia601408.us.archive.org/30/items/in.ernet.dli.2015.199562/2015.199562.Pattern-And-Growth-In-Personality_text.pdf
- Amato, M. (2021), *Come vincere la depressione. Durante e dopo la gravidanza*. Roma: Armando Editore.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza: Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy, *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & LaStrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 148-154. <https://doi:10.1067/mob.2003.336>

- Andrade, C. (2020). Sample Size and its Importance in Research. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(1), 102-103. https://doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_504_19
- Ann Easterbrooks, M., & Biringen, Z. (2000). Guest editors' introduction to the special issue: Mapping the terrain of emotional availability and attachment. *Attachment & Human Development*, 2(2), 123-129. <https://doi.org/10.1080/14616730050085518>
- Austin, A.A., & Chorpita, B.F. (2004). Temperament, anxiety, and depression: Comparisons across five ethnic groups of children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(2), 216–226. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3302_2
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: Where to from here, *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), 1-6. <https://doi:10.1007/s00737-003-0034-4>
- Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament, *Early Human Development*, 81(2), 183-190. <https://doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.07.001>
- Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81(2), 183–190. <https://doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.07.001>
- Axia, G. (2002). QUIT. Questionari italiani del temperamento, Erickson, Trento
- Baby blues, cos'è e perché è diverso dalla depressione post partum (2022). IRCCS Ospedale San Raffaele. Retrieved from <https://www.hsr.it/news/2022/ottobre/baby-blues-cose-differenza-depressione-post-partum> on May 25th 2024
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.) <https://admin.umt.edu.pk/Media/Site/STD1/FileManager/OsamaArticle/26august2015/Bandura1999HP.pdf>
- Barker, E.D., Jaffee, S.R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment, *Depression & Anxiety*, 28(8), 696-702. <https://doi:10.1002/da.20856>
- Barlow, J. (2018). Maternal representations in pregnancy: Importance of the mothers' relationship with their unborn babies. In P. Leach (Ed.), *Transforming infant wellbeing: Research, policy and practice for the first 1001 critical days* (pp. 37–46). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315452890-5>
- Bates, J. E. (2008). Unpublished review of J.W. Santrock’s *Children*, 11th ed. (New York: McGraw-Hill)
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D.A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115-30. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
- Beck, C.T. (2019). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45(5), 297–303 <https://doi:10.1097/00006199-199609000-00008>
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Blatt, S., Kaminer, T., Feldstein, S., & Andrews, H. (2007). Six-week postpartum maternal self-criticism and dependency and 4-month mother-infant self-and interactive contingencies. *Developmental Psychology*, 43(6), 1360–1376. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1360>

- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Chen, H., Cohen, P., Kaitz, M., Markese, S., Andrews, H., Margolis, A., & Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety symptoms and mother-infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 174–206. <https://doi:10.1002/imhj.20274>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi:10.2307/1129836>
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908. <https://doi:10.1037/a0017376>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.*, 191, 62–77. <https://doi:10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bina, R., & Harrington, D. (2016). The Edinburgh Postnatal Scale: Screening tool for postpartum anxiety as well? Findings from a confirmatory factor analysis of the Hebrew version. *Maternal and Child Health Journal*, 20(4), 904–914. <https://doi:10.1007/s10995-015-1879-7>
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019). Baja calidad de interacción madre-hijo/a en lactantes en riesgo psicosocial se asocia con riesgo de retraso del desarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(3), 260. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>
- Biringen Z. (2008). *The Emotional Availability (EA) Scales Manual*, 4th Edn. Boulder, CO: International Center for Excellence in Emotional Availability
- Biringen, Z. (2000). Emotional Availability: Conceptualization and Research Findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/h0087711>
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M.A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834–856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Bornstein, M.H., Gini, M., Putnick, D.L., Haynes, O.M., Painter, K.M., & Suwalsky, J.T.D. (2006). Short-Term Reliability and Continuity of Emotional Availability in Mother-Child Dyads Across Contexts of Observation. *Infancy*, 10(1), 1–16. https://doi:10.1207/s15327078in1001_1
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol.1: Attachment, Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol.2: Separation: Anxiety and Anger, Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*, vol.3: Sadness and Depression, Basic Books, New York.
- Bradizza, C.M., Stasiewicz, P.R., Zhuo, Y., Ruszczyk, M., Maisto, S.A., Lucke, J.F., Brandon, T.H., Eiden, R.D., Slosman, K.S., & Giarratano, P. (2017). Smoking cessation for pregnant smokers: development and pilot test of an emotion regulation

- treatment supplement to standard smoking cessation for negative affect smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(5), 578–584. <https://doi:10.1093/ntr/ntw398>
- Braungart-Rieker, J. M., Hill-Soderlund, A. L., & Karrass, J. (2010). Fear and anger reactivity trajectories from 4 to 16 months: The roles of temperament, regulation, and maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 46(4), 791–804. <https://doi.org/10.1037/a0019673>
- Brennan, P.A., Hammen, C., Andersen, M.J., Bor, W., Najman, J.M., & Williams, G.M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36(6), 759–766. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.6.759>
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363(9405), 303-10. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(03\)15390-1](https://doi:10.1016/S0140-6736(03)15390-1)
- Brockington, I.F., Aucamp, H.M., & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243-251. <https://doi:10.1007/s00737-006-0133-0>
- Brockington, I.F., McDonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsession and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 253-263. <https://doi:10.1007/s00737-006-0134-z>
- Buckwalter, J.G., Buckwalter, D.K., Bluestein, B.W., Stanczyk, F.Z. (2001). Pregnancy and post partum: changes in cognition and mood. *Progress in Brain Research*, 133, 303-319. [https://doi:10.1016/s0079-6123\(01\)33023-6](https://doi:10.1016/s0079-6123(01)33023-6)
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K.A. (2011). Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 277-283. <https://doi:10.1016/j.jad.2011.01.003>
- Burlingham, D., Freud, A. (1944). *Infants without families*. Allen & Unwin, London (tr.it. *Bambini senza famiglia*. Astrolabio, Roma, 1971)
- Buss, C., Davis, E.P., Hobel, C.J., & Sandman, C.A. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress*, 14(6), 665-76. <https://doi:10.3109/10253890.2011.623250>
- Cao, H., Zhou, N., Leerkes, E.M., & Qu, J. (2018). Multiple domains of new mothers' adaptation: Interrelations and roots in childhood maternal nonsupportive emotion socialization. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 575–587. <https://doi:10.1037/fam0000416>
- Caprara, G.V. & Cervone, D. (2003). *Personalità: Determinanti, dinamiche e potenzialità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2012). *Perspectives on personality (7th Edition)*. Boston: Pearson.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913>
- Cassiano, R.G.M., Provenzi, L., Linhares, M.B.M., Gasparido, C.M., & Montiroso, R. (2020). Does preterm birth affect child temperament? A meta-analytic study. *Infant Behavior and Development*, 58, 101417. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2019.101417>
- Cassibba, R., Sette, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). Attachment the Italian way: In search of specific patterns of infant and adult attachments in Italian typical and atypical samples. *European Psychologist*, 18(1), 47–58. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000128>

- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2/3), 228-249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984163/>
- Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2014). Mother-child and father-child interaction with their 24-month-old children during feeding, considering paternal involvement and the child's temperament in a community sample. *Infant Mental Health Journal*, 35(5), 473–481. <https://doi:10.1002/imhj.21466>
- Christian, L.M. (2012). Psychoneuroimmunology in pregnancy: Immune pathways linking stress with maternal health, adverse birth outcomes, and foetal development. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 36(1), 350-361. <https://doi:10.1016/j.neubiorev.2011.07.005>
- Cohen, L.S., Altshuler, L.L., Harlow, B.L., Nonacs, R., Newport, D.J., Viguera, A.C., Suri, R., Burt, V.K., Hendrick, V., Reminick, A.M., Loughhead, A., Vitonis, A.F., & Stowe, Z.N. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication. *JAMA*, 295(5), 499-507. <https://doi:10.1001/jama.295.5.499>
- Conradt, E., Shakiba, N., Ostlund, B., Terrell, S., Kaliush, P., Shakib, J.H., & Crowell, S.E. (2020). Prenatal maternal hair cortisol concentrations are related to maternal prenatal emotion dysregulation but not neurodevelopmental or birth outcomes. *Developmental Psychobiology*, 62(6), 758–767. <https://doi:10.1002/dev.21952>
- Coo, S., García, M.I., Prieto, F., & Medina, F. (2020). The role of interpersonal emotional regulation on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(1), 3-21. <https://doi:10.1080/02646838.2020.1825657>
- Cowan, N., Elliott, E. M., Scott Saults, J., Morey, C. C., Mattox, S., Hismjatullina, A., & Conway, A. R. A. (2005). On the capacity of attention: Its estimation and its role in working memory and cognitive aptitudes. *Cognitive Psychology*, 51(1), 42-100. <https://doi.org/10.1016/j.cogpsych.2004.12.001>
- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2797–2809. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8>
- Creswell, C., Apetroaia, A., Murray, L., & Cooper, P.J. (2013). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 26. <https://doi:10.1037/a0029516>
- Davis, E.P., & Sandman, C.A. (2012). Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1224-1233. <https://doi:10.1016/j.psyneuen.2011.12.016>
- Davis, E.P., & Sandman, C.A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development*, 81(1), 131-48. <https://doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01385.x>
- Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737–746. <https://doi:10.1097/chi.0b013e318047b775>

- Davis, E.P., Glynn, L.M., Waffarn, F., & Sandman, C.A. (2011). Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 119–129. <https://doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02314.x>
- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C., & Thouin, A. (2002). Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*, 155(4), 293–301. <https://doi:10.1093/aje/155.4.293>
- de Campora, G., Giromini, L., Larciprete, G., Li Volsi, V., & Zavattini, G.C. (2014). The impact of maternal overweight and emotion regulation on early eating behaviors. *Eating Behaviors*, 15(3), 403–409. <https://doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.013>
- De Marcas, G. S., Soffer-Dudek, N., Dollberg, S., Bar-Haim, Y., & Sadeh, A. (2015). Reactivity and sleep in infants: A longitudinal objective assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 49–69. <https://doi.org/10.1111/mono.12144>
- Dennis, C. L., Coglán, M., & Vigod, S. (2013). Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1217–1220. <https://doi:10.1016/j.jad.2013.05.049>
- Dexter, C. A., Wong, K., Stacks, A. M., Beeghly, M., & Barnett, D. (2013). Parenting and attachment among low-income African American and Caucasian preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 629–638. <https://doi.org/10.1037/a0033341>
- Dollar, J. M., & Calkins, S. D. (2019). The development of anger. In V. LoBue, K. Pérez-Edgar, & K. A. Buss (Eds.), *Handbook of emotional development* (pp. 199–225). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17332-6_9
- Dozier, M., Stoval, K.C., & Albus K. (1999). “L’attaccamento e la psicopatologia nell’età adulta”. Tr. It. in Cassidy, J. Shaver, P. (a cura di), *Manuale dell’attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2010, pp. 566-590
- Drury, S.S., Scaramella, L., & Zeanah, C.H. (2016). The Neurobiological Impact of Postpartum Maternal Depression: Prevention and Intervention Approaches. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 179-200. <https://doi:10.1016/j.chc.2015.11.001>
- Duckworth, A. L., Weir, D., Tsukayama, E., & Kwok, D. (2012). Who does well in life? Conscientious adults excel in both objective and subjective success. *Frontiers in Psychology*, 3(356), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00356>
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research and practice. *Current Opinion Psychiatry*, 25(2), 141-148. <https://doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Easterbrooks, M.A., & 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*, 26(4), pp. 291–294. <https://doi:10.1002/imhj.20053>
- Egliston, K.A., McMahon, C., & Austin, M.P. (2007). Stress in pregnancy and infant HPA axis function: Conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 1-13. <https://doi:10.1016/j.psyneuen.2006.10.003>
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 33–72. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.33>

- Emde, R. N. (2000). Next steps in emotional availability research. *Attachment & Human Development*, 2(2), 242-248. <https://doi.org/10.1080/14616730050085590>
- Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2007). Developing a model for adult temperament. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 868-888. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.11.002>
- Eysenck, H.J. (1970). *The structure of human personality*, 3^o ed. London: Methuen
- Eysenck, H.J. (1990). Biological dimensions of personality. In L.A. Pervin (a cura di), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244-276). New York: Guilford.
- Faber, J. & Fonseca, L. M. (2024). Understanding sample size determination in research: A practical guide. *Educational Administration Theory and Practice*, 30(5), 1-15. <https://doi:10.53555/kuey.v30i5.6040>
- Fairbrother, N., Young, A.H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M.M. (2017). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 311-319. <https://doi:10.1007/s00737-016-0704-7>
- Farkas, C., Álvarez, C., Cuellar, M. del P., Avello, E., Gómez, D. M., & Pereira, P. (2020). Mothers' competence profiles and their relation to language and socioemotional development in Chilean children at 12 and 30 months. *Infant Behavior and Development*, 59, 101443. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101443>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81(2), 435-456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony: biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (6), 340-345. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00532.x>
- Ferrara Mori, G. (2006). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Edizioni Pendragon.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueired, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S, & Kuhn, C. (2009). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255. <https://doi:10.1007/s00737-011-0217-3>
- Fishbein, E.G., & Burggraf, E. (1998). Early postpartum discharge: how are mothers managing? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(2), 142-148. <https://doi:10.1111/j.1552-6909>
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Freeman, M.P., Wright, R., Watchman, M., Wahl, R., Sisk, D.J., & Fraleigh, L. (2005). Postpartum depression assessments at well-baby visits: Screening feasibility, prevalence, and risk factors. *Journal of Women's Health, 14*(10), 929-935. <https://doi:10.1089/jwh.2005.14.929>
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gagné, T., Henderson, C., & McMunn, A. (2023). Is the self-reporting of mental health problems sensitive to public stigma towards mental illness? A comparison of time trends across English regions (2009-19). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58*(4), 671-680. <https://doi:10.1007/s00127-022-02388-7>
- Gao, M.M., Vlisides-Henry, R.D., Kaliush, P.R., Thomas, L., Butner, J., Raby, K.L., Conradt, E., & Crowell, S.E. (2023). Dynamics of mother-infant parasympathetic regulation during face-to-face interaction: The role of maternal emotion dysregulation. *Psychophysiology, 60*(6). <https://doi:10.1111/psyp.14248>
- Garstein, M.A., & Rothbart, M.K. (2003). Studying Infant Temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development, 26*(1), 64-86. [https://10.1016/S0163-6383\(02\)00169-8](https://10.1016/S0163-6383(02)00169-8)
- Gartstein, M.A., Bridgett, D.J. & Low, C.M. (2012). Asking Questions about Temperament: Self and Other Report Measures across the Lifespan. In M. Zenter, R.L. Shiner (eds.), *Handbook of Temperament*, Guildford Press, New York, 183-208
- Gartstein, M.A., Putnam, S.P., & Rothbart, M.K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal, 33*(2), 197–211. <https://doi.org/10.1002/imhj.21312>
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The Mutual Regulation Model: The infant's self and interactive regulation coping and defense. In T. M. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.). *Stress and coping across development*, 47–68. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:210533211>
- Giardinelli, L., Cecchelli, C., & Innocenti, A. (2008). Disturbi psichiatrici in gravidanza. *Giornale Italiano di Psicopatologia, 14*, 211-219 <https://old.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/08/Giardinelli1.pdf>
- Glover, V. (2011). Annual Research Review: prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 356–367. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x>
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome: What needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 25-35. <https://doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Goldsmith, H.H., Campos, J.J. (1982). Toward a Theory of Infant Temperament. In: Emde, R.N., Harmon, R.J. (eds) *The Development of Attachment and Affiliative Systems. Topics in Developmental Psychobiology*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4076-8_13
- Goodman, J.H., & Tyler-Viola, L. (2010). Detection, treatment and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health, 19*(3), 477-490. <https://doi:10.1089/jwh.2008.1352>
- Grant, K.A., MacMahon, C., & Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*(1-2), 101-111. <https://doi:10.1016/j.jad.2007.10.002>

- Gravensteen, I.K., Jacobsen, E.M., Sandset, P.M., Helgadottir, L.B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 41. <https://doi:10.1186/s12884-018-1666-8>
- Gravidanza e post-partum, come affrontarle nel modo giusto? (2023). *Humanitas Medical Care*. Retrieved from <https://www.humanitas-care.it/news/gravidanza-e-post-partum-come-affrontarle-nel-modo-giusto/> on May 25th 2024
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi:10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J.J. (2008). Emotion regulation, In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.). *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 497–512). The Guilford Press. <https://coachingadistancia.com/wp-content/uploads/2020/09/61-262-Handbook-of-emotions-Michael-Lewis-Jeannette-M-Haviland-Jones-And-Lisa-Feldman-Barrett.pdf>
- Guardino, C.M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates and consequences. *Zero to Three*, 12-21. https://www.researchgate.net/publication/285496474_Understanding_pregnancy_anxiety_concepts_correlates_and_consequences
- Haga, S., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 175–184. <https://doi:10.1007/s00737-012-0274-2>
- Halberstadt, A.G., Denham, S.A., & Dunsmore, J.C. (2001). Affective social competence. *Social Development*, 10(1), 79-119. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00150>
- Halverson, C.F., & Deal, J.E. (2001). Temperamental change, parenting, and the family context. In T.D. Wachs & G.A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in context* (pp. 61–79). New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ham, J., & Tronick, E.Z. (2006). Infant resilience to the stress of the still-face infant and maternal psychophysiology are related. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 297–302. <https://doi:10.1196/annals.1376.038>
- Hankin, B.L., Davis, E.P., Snyder, H., Young, J.F., Glynn, L.M., & Sandman, C.A. (2017). Temperament factors and dimensional, latent bifactor models of child psychopathology: Transdiagnostic and specific associations in two youth samples. *Psychiatry Research*, 252, 139–146. <https://doi:10.1016/j.psychres.2017.02.061>
- Hart, D., Eisenberg, N., & Valiente, C. (2007). Personality change at the intersection of autonomic arousal and stress. *Psychological Science*, 18(6), 492–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01927>
- Hart, R., & McMahon, C.A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), 329-337. <https://doi:10.1007/s00737-006-0141-0>
- Haselbeck, C., Niederberger, U., Kulle, A., Wache, K., Brauner, E., Gutermuth, M., Holterhus, P.M., Gerber, W.D., Siniatchkin, M. (2017). Prenatal maternal distress seems to be associated with the infant's temperament and motor development: an explorative study. *Journal of Neural Transmission*, 124(7), 881-890. <https://doi:10.1007/s00702-017-1712-0>

- Henderson, H.A., Pine, D.S., & Fox, N.A. (2015). Behavioral inhibition and developmental risk: A dual-processing perspective. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 207-224. <https://doi:10.1038/npp.2014.189>
- Hendrix, C.L., Stowe, Z.N., Newport, D.J., & Brennan, P.A. (2018). Physiological attunement in mother-infant dyads at clinical high risk: The influence of maternal depression and positive parenting. *Development and Psychopathology*, 30(2), 623–634. <https://doi:10.1017/S0954579417001158>
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. & ALSPAC Study Team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Company. Tr. It. in Tambelli R. (a cura di), *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano, 2017: Raffaello Cortina Editore
- Hilt, L.M., Armstrong, J.M., & Essex, M.J. (2012). Early family context and development of adolescent ruminative style: moderation by temperament. *Cognition and Emotion*, 26(5), 916–926. <https://doi:10.1080/02699931.2011.621932>
- Hirshfeld-Becker, D.R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J., & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, 25, 357-367. <https://doi.org/10.1002/da.20490>
- Holtgraves, T. (2004). Social desirability and self-reports: testing models of socially desirable responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 161-72. <https://doi:10.1177/0146167203259930>
- Hopp, H., Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). The unconscious pursuit of emotion regulation: Implications for psychological health. *Cognition and Emotion*, 25(3), 532–545. <https://doi:10.1080/02699931.2010.532606>
- Huizink, A.C., De Medina, P.G.R., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1078-1085. <https://doi:10.1097/00004583-200209000-00008>
- Huizink, A.C., Mulder, E.J., Robles de Medina, P.G., Visser, G.H., & Buitelaar, J.K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91. <https://doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Hung, C.H., Lin, C.J., Stocker, J., & Yu, C.Y. (2011). Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 666–674. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03555.x>
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., & Jasnow, M. D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2), 1–132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11428150/>
- Jian, N., & Teti, D. M. (2016). Emotional availability at bedtime, infant temperament, and infant sleep development from one to six months. *Sleep Medicine*, 23, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.001>
- Jordan, V. & Minikel, M. (2019). Postpartum anxiety: More common than you think. *Journal of Family Practice*, 68(3), 165-168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31039214/>
- Jover, M., Colomer, J., Carot, J.M., Larsson, C., Bobes, M.T., Ivorra, J.L., Martín-Brufau, R., & Sanjuan, J. (2014). Maternal anxiety following delivery, early infant

- temperament and mother's confidence in caregiving. *Spanish Journal of Psychology*, 17, 95–99. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.87>
- Kagan, J. (2002). Behavioral inhibition as a temperamental category. In R.J. Davidson, K.R. Scherer, H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University Press
- Kagan, J. (2008). The Biological Contributions to Temperaments and Emotions. *International Journal of Developmental Science*, 2(1-2), 38-51. <https://doi.org/10.3233/DEV-2008-21204>
- Kagan, J. (2008). Fear and wariness. In M.M. Haith & J.B. Benson (Eds.), *Encyclopedia of infant and early childhood development*. Oxford, UK: Elsevier
- Kagan, J. (2010). Emotions and temperament. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of cultural developmental science* (pp. 175-194). New York: Psychology Press
- Kagan, J., & Fox, N.A. (2006). Biology, Culture, and Temperamental Biases. In W. Damon, R.M. Lerner (eds.), *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development*, (6th ed., pp. 167-225). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kagan, J., Reznick, S., & Snidman, N. (1987). The physiology and Psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58(6), 1459-1473. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3691195/>
- Kaley, F., Reid, V., & Flynn, E. (2012). Investigating the biographic, social and temperamental correlates of young infants' sleeping, crying and feeding routines. *Infant Behavior & Development*, 35(3), 596–605. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.03.004>
- Kalmbach, D.A., Cheng, P., Ong, J.C., Ciesla, J.A., Kingsberg, S.A., Sangha, R., Swanson, L.M., O'Brien, L.M., Roth, T., & Drake, C.L. (2020). Depression and suicidal ideation in pregnancy: exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Medicine*, 65, 62–73. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.010>
- Karp, J., et al. (2004). An Observational Measure of Children's Behavioral Style: Evidence Supporting a Multi-Method Approach to Studying Temperament. *Infant and Child Development*, 13, 135-158. <https://doi.org/10.1002/icd.346>
- Kiel, E.J., Viana, A.G., Tull, M.T., & Gratz, K.L. (2017). Emotion socialization strategies of mothers with borderline personality disorder symptoms: The role of maternal emotion regulation and interactions with infant temperament. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 399–416. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_256
- Kim, B.R., Chow, S.M., Bray, B., & Teti, D.M. (2017). Trajectories of mothers' emotional availability: relations with infant temperament in predicting attachment security. *Attachment & Human Development*, 19(1), 38-57. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1252780>
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T.E., Taylor, A., Pawlby, S.J., & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 173–181. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.173>
- Kinsella, M.T. & Monk, C. (2009). Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 425-440. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b52df1>
- Kivijärvi, M., Räihä, H., Kaljonen, A., Tamminen, T., & Piha, J. (2005). Infant temperament and maternal sensitivity behavior in the first year of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(5), 421-8. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2005.00473.x>
- Klein, V. C., Cosentino-Rocha, L., Martinez, F. E., Putnam, S. P., & Linhares, M. B. M. (2013). Temperament and behavior problems in toddlers born preterm and very low

- birth weight. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-9.
<https://doi.org/10.1017/sjp.2013.30>
- Kochanska, G., & Kim, S. (2013). Difficult temperament moderates links between maternal responsiveness and children's compliance and behavior problems in low-income families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(3), 323-32. <https://doi:10.1111/jcpp.12002>
- Kramer, M.S., Lydon, J., Séguin, L., Goulet, L., Kahn, S.R., McNamara, H., Genest, J., Dassa, C., Chen, M.F., Sharma, S., Meaney, M.J., Thomson, S., Van Uum, S., Koren, G., Dahhou M., Lamoureux, J., & Platt, R.W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American Journal of Epidemiology*, 169(11), 1319-1326. <https://doi:10.1093/aje/kwp061>
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, 42(4), 627-642. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.4.627>
- Laplante, D.P., Barr, R.G., Brunet, A., Galbaud du Fort, G., Meaney, M.L., Saucier, J.F., Zelazo, P.R. & King, S. (2004). Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatric Research*, 56(3), 400-410. <https://doi:10.1203/01.PDR.0000136281.34035.44>
- Laurent, H.K., & Ablow, J.C. (2012). A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(2), 125-34. <https://doi:10.1093/scan/nsq091>
- Laurent, H.K., Harold, G.T., Leve, L., Shelton, K.H., & Van Goozen, S.H.M. (2016). Understanding the unfolding of stress regulation in infants. *Development and Psychopathology*, 28(4), 1431-1440. <https://doi:10.1017/S0954579416000171>
- Leckman, J., Feldman, R., Swain, J., Eicher, V., Thompson, N., & Mayes, L. (2004). Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *Journal of Neural Transmission*, 111 (7), 753-771. <https://doi:10.1007/s00702-003-0067-x>
- Lewis, A. J., & Olsson, C. A. (2011). Early life stress and child temperament style as predictors of childhood anxiety and depressive symptoms: Findings from the longitudinal study of Australian children. *Depression Research and Treatment*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2011/296026>
- Li, D., Liu, L., & Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(1), 146-153. <https://doi:10.1093/humrep/den342>
- Lin, B., Kaliush, P.R., Conrardt, E., Terrell, S., Neff, D., Allen, A.K., Smid, M.C., Monk, C., & Crowell, S.E. (2019). Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part I. Psychopathology, self-injury, and parasympathetic responsivity among pregnant women. *Development and Psychopathology*, 31(3), 817-831. <https://doi:10.1017/S0954579419000336>
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. In *Dissociation*, 5, pp. 196-204
- Liou, S.R., Wang, P. & Cheng, C.Y. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30(6), 795-801. <https://doi:10.1016/j.midw.2013.11.007>

- Littleton, H.L., Bye, K., Buck, K., & Amacker A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 31(4), 219–228. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.518776>
- Liu, C., Zheng, Y., Ganiban, J.M., & Saudino, K.J. (2023). Genetic and environmental influences on temperament development across the preschool period. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 59-70. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13667>
- Lorenz, K. Z. (1937). The Companion in the Bird's World. *The Auk*, 54(3), 245–273. <https://doi.org/10.2307/4078077>
- Loutzenhiser, L., & Seignny, P. R. (2008). Infant sleep and the quality of family life for first-time parents of three-month-old infants. *Fathering*, 6(1), 2–19. <https://doi.org/10.3149/fth.0601.2>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobovitz, D. (1999). La disorganizzazione dell'attaccamento. Fattori genetici, contesti genitoriali e trasformazioni evolutive dall'infanzia all'età adulta. Tr. It. in Cassidy, J., Shaver, P. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 768-804). Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bronfman, E., Sherry, & S., Llanas, L. (2003). Hostile-helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work. In Atkinson, L., Zucker, K. (a cura di), *Clinical Applications of Attachment*. New York: Guilford Press
- Madigan, S., Fearon, R. M. P., Van IJzendoorn, M. H., Duschinsky, R., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., Ly, A., Cooke, J. E., Deneault, A.-A., Oosterman, M., & Verhage, M. L. (2023). The first 20,000 strange situation procedures: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(1–2), 99–132. <https://doi.org/10.1037/bul0000388>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/frontdoor/index/index/docId/28284>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern, in T.B. Brazelton, M.W. Yogman (eds.), *Affective Development in Infancy* (95-124). Norwood (NJ): Ablex.
- Majdandzić, M., & Van den Boom, D.C. (2007). Multimethod Longitudinal Assessment of Temperament in Early Childhood. *Journal of Personality*, 75(1), 121-168. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00435.x>
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2010). The five-factor model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 124–127. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.09.004>
- Mangelsdorf, S.C., Schoppe, S.J., & Buur, H. (2000). The Meaning of Parent Reports: A Contextual Approach to the Study of Temperament and Behaviour Problems in Childhood. In V.J. Molfese, D.L. Molfese (eds.), *Temperament and Personality Development across the Life Span*, (pp. 121-140). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Manian, N. & Bornstein, M.H. (2009). Dynamics of emotion regulation in infants of clinically depressed and nondepressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1410–1418. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02166.x>

- Martinez-Torteya, C., Dayton, C. J., Beeghly, M., Seng, J. S., McGinnis, E., Broderick, A., Rosenblum, K., & Muzik, M. (2014). Maternal parenting predicts infant biobehavioral regulation among women with a history of childhood maltreatment. *Development and Psychopathology*, 26(2), 379–392. <https://doi:10.1017/S0954579414000017>
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R. & Wittchen, R. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86(5), 305-310. <https://doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.04.004>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Hofler, M. & Wittchen, H.U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395. <https://doi:10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Martino, F., Caselli, G., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2013). Collera e ruminazione mentale [Anger and mental rumination]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19(3), 341–354. <https://psycnet.apa.org/record/2013-41053-005>
- Mattera, J.A., Waters, S.F., Lee, S., Connolly, C.P., & Gartstein, M.A. (2022). Prenatal internalizing symptoms as a mediator linking maternal adverse childhood experiences with infant temperament. *Early Human Development*, 168, 105577. <https://doi:10.1016/j.earlhumdev.2022.105577>
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 587-597. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(85\)90008-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90008-X)
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1999), A five-factor theory of personality, in L.A. Pervin (a cura di), *Handbook of personality*, II ed., New York, Guilford Press, 139-153
- McCrae, R.R. e Costa, P.T. Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J.S. Wiggins (a cura di), *The Five-Factor Model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford Press
- McCrae, R.R. e Costa, P.T. Jr. (2003). *Personality in adulthood: a five-factor theory perspective* (seconda edizione). New York, New York: Guilford Press
- McDevitt, S., & Carey, W.B. (1978). The Measurement of Temperament in 3- to 7- Years Old Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 245-253. <https://doi:10.1111/j.1469-7610.1978.tb00467.x>
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 1-15. <https://doi:10.1016/j.jad.2010.10.009>
- Meins, E. (1997). *Sicurezza e sviluppo sociale della conoscenza. Nuove prospettive per la teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89–100. <https://doi:10.31887/DCNS.2011.13.1/smbrody>
- Meltzer-Brody, S., Howard, L.M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18022. <https://doi:10.1038/nrdp.2018.22>
- Micali, N., Simonoff, E. & Treasure, J. (2011). Pregnancy and postpartum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 150-157. <https://doi:10.1016/j.jad.2010.09.034>

- Mills-Koonce, W.R., Propper, C., Garipey, J., Barnett, M.A., Moore, G.A., Calkins, S.D., & Cox, M.J. (2009). Psychophysiological correlates of parenting behavior in mothers of young children. *Developmental Psychobiology*, 51(8), 650–661. <https://doi:10.1002/dev.20400>
- Ministero della Salute e Istituto superiore di sanità, 2024. Argomenti – Percorso nascita, Depressione post-partum. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278. <https://doi:10.1007/s00737-006-0149-5>
- Monk, C., Fifer, W.P., Myers, M.M., Sloan, R.P., Trien, L., & Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on foetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, 36(1), 67-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10607362/>
- Montirosso, R., Premoli, B., Cozzi, P., Borgatti, R., & Tronick E. (2007). Regolazione emozionale in bambini tra i 3 e i 6 mesi: applicazione del paradigma still-face. *Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale*, 1, 193-222. <https://doi:10.1421/24084>
- Montirosso, R., Provenzi, L., Fumagalli, M., Sirgiovanni, I., Giorda, R., Pozzoli, U., Beri, S., Menozzi, G., Tronick, E., Morandi, F., Mosca, F., & Borgatti, R. (2016). Serotonin transporter gene (SLC6A4) methylation associates with neonatal intensive care unit stay and 3-month-old temperament in preterm infants. *Child Development*, 87(1), 38-48. <https://doi.org/10.1111/cdev.12492>.
- Moore, M., Slane, J., Mindell, J. A., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2011). Sleep problems and temperament in adolescents. *Child: Care, Health and Development*, 37(4), 559–562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01157.x>
- Morales, S., Tang, A., Bowers, M.E., Miller, N.V., Buzzell, G.A., Smith, E., Seddio, K., Henderson, H.A., Fox, N.A. (2022). Infant temperament prospectively predicts general psychopathology in childhood. *Development and Psychopathology*, 34(3), 774-783. <https://doi:10.1017/S0954579420001996>
- Morales-Muñoz, I., Nolvi, S., Virta, M., Karlsson, H., Paavonen, E.J., & Karlsson, L. (2020). The longitudinal associations between temperament and sleep during the first year of life. *Infant Behaviour and Development*, 61, 101485. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2020.101485>
- Moran, T. E., Polanin, J. R., & Wenzel, A. (2014). The Postpartum Worry Scale-Revised: An initial validation of a measure of postpartum worry. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 41–48. <https://doi:10.1007/s00737-013-0380-9>
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24, 447–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.10072>
- Moscardino, U., Marci, T., & Lionetti, F., (2017). La valutazione del temperamento dall'infanzia alla preadolescenza. In S. Bonichini (a cura di), *La Valutazione Psicologica dello Sviluppo* (pp. 201-226). Roma: Carocci Editore
- Muzard, A., Olhaverly, M., Nuñez, C., Vaccarezza, S., Franco, P., Morán, J., Sieverson, C., León, M.J., & Apter, G. (2023). Parental personality traits and emotion regulation: Its relationship with infants' socioemotional development during the perinatal period.

- General Hospital Psychiatry, 83, 20-26.
<https://doi:10.1016/j.genhosppsy.2023.04.004>
- Nelson, A.M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477. <https://doi:10.1177/0884217503255199>
- Newland RP, Crnic KA. Developmental Risk and Goodness of Fit in the Mother-Child Relationship: Links to Parenting Stress and Children's Behaviour Problems. *Infant Child Dev.* 2017 Mar-Apr;26(2):e1980. doi: 10.1002/icd.1980.
- Nieminen, K., Stephansson, O. & Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: A cross-sectional study at various stage of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. <https://doi:10.1080/00016340902998436>
- Nievar, M. A., & Becker, B. J. (2008). Sensitivity as a Privileged Predictor of Attachment: A Second Perspective on De Wolff and van IJzendoorn's Meta-analysis. *Social Development*, 17(1), 102-114. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00417.x>
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: A test of a programming hypothesis. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1025-1036. <https://doi:10.1111/1469-7610.00187>
- O'Donnell, K., O'Connor, T.G., & Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 285–292. <https://doi:10.1159/000216539>
- O'Donnell, K.J., Bugge Jensen, A., Freeman, L., Khalife, N., O'Connor, T.G. & Glover, V. (2012). Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11β-HSD2. *Psychoneuroendocrinology*, 37(6), 818-826. <https://doi:10.1016/j.psyneuen.2011.09.014>
- O'Hara, M.W., & Swain, A.M. (2009). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M.W., Wisner, C.L., Asher, N. & Asher, H. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 381-389. <https://doi:10.1007/s00737-013-0354-y>
- Obrochta, C.A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*, 33(6), 583-591. <https://doi:10.1016/j.wombi.2020.01.009>
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508. <https://doi:10.1192/bjp.180.6.502>
- O'Higgins, M., Roberts, I.S., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 381-389. <https://doi:10.1007/s00737-013-0354-y>

- Olino, T.M., Dougherty, L.R., Bufferd, S.J., Carlson, G.A., & Klein, D.N. (2014). Testing models of psychopathology in preschool-aged children using a structured interview-based assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(7), 1201–1211. <https://doi:10.1007/s10802-014-9865>
- Olino, T.M., Lopez-Duran, N.L., Kovacs, M., George, C.J., Gentzler, A.L., & Shaw, D.S. (2011). Developmental trajectories of positive and negative affect in children at high and low familial risk for depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 792–799. <https://doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02331.x>
- Ostlund, B.D., Vlisides-Henry, R.D., Crowell, S.E., Raby, K.L., Terrell, S., Brown, M.A., Tinajero, R., Shakiba, N., Monk, C., Shakib, J.H., Buchi, K.F., & Conradt, E. (2019). Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part II. Developmental origins of newborn neurobehavior. *Development and Psychopathology*, 31(3), 833–846. <https://doi:10.1017/S0954579419000440>
- Palladino, B.E., Nocentini, A., & Menesini, E. (2012). Online and Offline Peer Led Models against Bullying and Cyberbullying. *Psicothema*, 24(4), 634-639. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079363/>
- Pallini, S., Baiocco, R., Schneider, B., Madigan, S., & Atkinson, L. (2014). Early Child-Parent Attachment and Peer Relations: A Meta-Analysis of Recent Research. *Journal of Family Psychology*, 28(1), 118-123. <https://doi.org/10.1037/a0035736>
- Parade, S. H., Armstrong, L. M., Dickstein, S., & Seifer, R. (2017). Family context Moderates the association of maternal postpartum depression and Stability of infant temperament. *Child Development*, 89(6), 2118–2135. <https://doi.org/10.1111/cdev.12895>
- Pardini, D., & Frick, P.J. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 20–25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565711/>
- Partridge, T., & Lerner, J.V. (2007). A latent growth-curve approach to difficult temperament. *Infant and Child Development*, 16(3), 255–265. <https://doi.org/10.1002/icd.465>
- Paschetta, E. (2016). Psicopatologia perinatale. In P. Grussu e A. Bramante (a cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale: Profili psicopatologici e modalità di intervento* (pp. 23-46). Trento: Erikson
- Pauli-Pott, U., Friedl, S., Hinney, A., & Hebebrand, J. (2009). Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR), environmental conditions, and development negative emotionality and fear in early childhood. *Journal of Neural Transmission*, 116(4), 503-512. <https://doi:10.1007/s00702-008-0171-z>
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Beckmann, D. (2003), Parental Perceptions and Infant Temperament Development. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 27-48. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(02\)00167-4](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00167-4)
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Oxford England: Oxford University Press
- Pavlov, M., Steiner, N., Kessous, R., Weintraub, A.Y., & Sheiner, E. (2014). Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(13), 1339-42. <https://doi:10.3109/14767058.2013.858242>
- Perea-Velasco, L.P., Martínez-Fuentes, M.T., & Pérez-López, J. (2023). Changes in patterns of Early Mother-Child Interaction: A longitudinal study of the first 18 months of life. *Infant Behavior & Development*, 72. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2023.101858>

- Pesonen, A.-K., Räikkönen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Järvenpää, A.-L., & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: Evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development, 17*(2), 326–340. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x>
- Pfeifer, M., Goldsmith, H.H., Davidson, R.J., & Rickman, M. (2002). Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child Development, 73*(5), 1474-1485. <https://doi:10.1111/1467-8624.00484>
- Pluess, M. et al. (2017). Low, Medium and High Sensitive Children: Evidence for Distinct Sensitivity Groups, poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, April 6-8, Austin (TX)
- Pluess, M., & Boniwell, I. (2015). Sensory-Processing Sensitivity Predicts Treatment Response to a School-Based Depression Prevention Program: Evidence of Vantage Sensitivity. *Personality and Individual Differences, 82*, 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.011>
- Poggi Davis, E., Snidman, N., Wadhwa, P.D., Glynn, L.M., Dunkel Schetter, C. & Sandman, C.A. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy. *Infancy, 6*(3), 319-331. https://doi.org/10.1207/s15327078in0603_1
- Price, N.N. & Kiel, E.J. (2022). Longitudinal Links among Mother and Child Emotion Regulation, Maternal Emotion Socialization, and Child Anxiety. *Research on Child and Adolescent Psychopathology, 50*(2), 241-254. <https://doi:10.1007/s10802-021-00804-1>
- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (2000). Pathways from Infancy to Adolescence: Australian Temperament Project 1983-2000. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies
- Putnam, S. P., Sanson, A. V., & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (2nd ed., pp. 255–277). Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Putnam, S.P., Gartstein, M.A., & Rothbart, M.K. (2006). Measurement of Fine-Grained Aspects of Toddler Temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development, 29*(3), 386-401. <https://doi:10.1016/j.infbeh.2006.01.004>
- Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. & Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth, 27*(1), 68-71. <https://doi:10.1016/j.wombi.2013.12.004>
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery, 27*(2), 237-242. <https://doi:10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E., (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295. <https://doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Robison, S.D., Frick, P.J., & Sheffield Morris, A. (2005). Temperament and parenting: implications for understanding developmental pathways to conduct disorder. *Minerva Pediatrics, 57*(6), 373-88.
- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A

- systematic review. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 365–385. <https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Roesch, S.C., Dunkel-Schetter, C., Woo, G. & Hobel C.J. (2004). Modelling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 17(1), 87-102. <https://doi.org/10.1080/1061580031000123667>
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin (trad. it. *La terapia centrata sul cliente*, Firenze: Martinelli 1970; Firenze: La Nuova Italia, 1997)
- Rondo, P.H.C. (2007). Maternal stress/distress and low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction: A review. *Current Women's Health Review*, 3(1), 13-29. <https://doi.org/10.2174/157340407779941886>
- Roque, L., Verissimo, M., Fernandes, M., & Rebelo, A. (2009). Emotion regulation and attachment: relationships with children's secure base and mothers' attachment representations, during different situational and social contexts in naturalistic settings. Poster presentato al Congresso Biennale SRCD, Denver, Aprile 2009
- Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M. & Romach, M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0155-1>
- Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 55–66. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.55>
- Rothbart, M., & Bates, J.E. (2006). Temperament, in W. Damon, R.M. Lerner (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol.3: Social, Emotional, and Personality Development, ed. by N. Eisenberg, Wiley, New York, 99-166. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0303>
- Rothbart, M.K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207–212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x>
- Rothbart, M.K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. New York, NY: Guilford Press. <https://www.guilford.com/excerpts/rothbart.pdf?t=1>
- Rothbart, M.K. et al. (2001). Investigations of Temperament at 3-7 Years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72(5), 1394-1408. <https://doi:10.1111/1467-8624.00355>
- Rothbart, M.K., & Rueda, M.R. (2005). The development of effortful control. In M.I. Posner (Ed.), *Developing individuality in the human brain: A tribute to* (pp. 167–188). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11108-009>
- Rothbart, M.K., & Bates, J.E. (1998). Temperament. In: Damon, W.; Eisenberg, N., editors. *Handbook of child psychology*, Vol. 3. Social, emotional, and personality development. 5th ed. Wiley; New York: 1998. p. 105-176
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., & Evans, D.E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-35. <https://doi:10.1037//0022-3514.78.1.122>
- Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M. & Sydsjo, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 221-228. <http://hdl.handle.net/11343/283255>

- Rutherford, H.J.V., & Mayes, L.C. (2011). Primary maternal preoccupation: using neuroimaging techniques to explore the parental brain. *Psyche* 65, 973–988. https://www.researchgate.net/publication/279550834_Primary_maternal_preoccupation_Using_neuroimaging_techniques_to_explore_the_parental_brain
- Rutter, M. (2002). Maternal deprivation. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 181–202). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/2002-02522-008>
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201–208. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- Sameroff, A.J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6–22. <https://doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*, 4, 187–244
- Sameroff, A.J., & Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.
- Sameroff, A.J., & Mackenzie, M.J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15(3), 613–640. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000312>
- Sandman, C.A., Davis, E.P., Buss, C. & Glynn, L.M. (2012). Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology*, 95(1), 8–21. <https://doi:10.1159/000327017>
- Sanson, A., & Oberklaid, F. (2013). Infancy and early childhood. In S. Vassallo & A. Sanson (Eds.), *The Australian Temperament Project: The first 30 years* (pp. 4–5). Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies
- Sanson, A., Hemphill, S. A., & Smart, D. (2004). Connections between temperament and social development: A review. *Social Development*, 13(1), 142–170. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9507.2004.00261>
- Saudino, K. J. (2005). Behavioral genetics and child temperament. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 214–223. <https://doi.org/10.1097/00004703-200506000-00010>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., Thornhill, A., & Bristow, A. (2015). Understanding research philosophy and approaches to theory development (M. N. K. Saunders, P. Lewis, & A. Thornhill, Eds.; pp. 122–161). Pearson Education. <http://catalogue.pearsoned.co.uk/educator/product/Research-Methods-for-Business-Students/9781292016627.page>
- Schaffer, H.R. (2006). *Key concepts in developmental psychology*, London, Sage Publications; trad. it. *I concetti fondamentali della psicologia dello sviluppo*, Milano: Cortina
- Scher, A., Zukerman, S., & Epstein, R. (2005). Persistent night waking and settling difficulties across the first year: early precursors of later behavioural problems? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 77–88. <https://doi.org/10.1080/02646830512331330929>
- Schmidt, L. A., & Jetha, M. K. (2009). Temperament and affect vulnerability: Behavioral, electrocortical, and neuroimaging perspectives. In M. de Haan & M. R. Gunnar (Eds.), *Handbook of developmental social neuroscience* (pp. 305–323). The Guilford Press

- Schmidt, R.C. & Richardson, M.J. (2008). Dynamics of interpersonal coordination. In A. Fuchs, & V. K. Jirsa (Eds.), *Coordination: Neural, Behavioral and Social Dynamics* (pp. 281-308). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74479-5_14
- Schneider, M., & Preckel, F. (2017). Variables associated with achievement in higher education: A systematic review of meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 143(6), 565–600. <https://doi.org/10.1037/bul0000098>
- Schwarze, C.E., Von Der Heiden, S., Wallwiener, S. & Pauen S. (2024). The role of perinatal maternal symptoms of depression, anxiety and pregnancy-specific anxiety for infant's self-regulation: A prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 346, 144-153. <https://doi:10.1016/j.jad.2023.10.035>
- Scollato, A. & Lampasona, R. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 1-18. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2013.1.893>
- Seifer, R., Dickstein, S., Parade, S., Hayden, L.C., Magee, K.D., & Schiller, M. (2014). Mothers' appraisal of goodness of fit and children's social development. *International Journal of Behavior Development*. 2014; 38(1), 86–97. <https://doi.org/10.1177/0165025413507172>
- Seifer, R., Sameroff, A., Dickstein, S., Schiller, M., & Hayden, L.C. (2004). Your Own Children Are Special: Clues to the Sources of Reporting Bias in Temperament Assessment, *Infant Behavior and Development*, 27(3), 323-341. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2003.12.005>
- Serim Demirgoren, B., Ozbek, A., Ormen, M., Kavurma, C., Ozer, E., & Aydın, A. (2017). Do mothers with high sodium levels in their breast milk have high depression and anxiety scores? *Journal of International Medical Research*, 45(2), 843-848. <https://doi:10.1177/0300060517700013>
- Shaffer, H.R. (2006). *Key Concepts in Developmental Psychology*. English language edition published by Sage Publications of London, Thousand OAKS and New Delhi (tr.it. I concetti fondamentali della psicologia dello sviluppo, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008)
- Shiner, R.L., Buss, K.A., McClowry, S.G., Putnam, S.P., Saudino K.J., & Zentner, M. (2012). What Is Temperament Now? Assessing Progress in Temperament Research on the Twenty-Fifth Anniversary of Goldsmith et al. *Child Development Perspectives*, 6(4), 436-444. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00254.x>
- Shlomi Polachek, I., Huller Harari, L., Baum, M., & Strous, R.D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(2), 128-134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25372562/>
- Siegel D.J. (2013). *La mente relazionale*. II ed., Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simonelli, A., & Parolin, M. (2017). Strumenti per la valutazione del legame di attaccamento. In S. Bonichini (a cura di), *La Valutazione Psicologica dello Sviluppo* (pp. 227-260). Roma: Carocci Editore
- Skinner, B.F. (1938), *The behavior of organisms: An experimental analysis*, New York, Appleton/Century/Crofts
- Skouteris, H., Wertheim, E.H., Rallis, S., Milgrom, J. & Paxton S. (2009). Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 303-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.002>

- Smart, D., & Sanson, A. (2005). A comparison of children's temperament and adjustment across 20 years. *Family Matters*, 72, 50–57. https://aifs.gov.au/sites/default/files/ds%282%29_0.pdf
- Smith P.B., & Pederson D.R. (1988). Maternal sensitivity and patterns of infant-mother attachment. *Child Development*, 59(4), 1097-1101. <https://doi:10.1111/j.1467-8624.1988.tb03262.x>
- Smith, M.V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., & Yonkers, K.A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a healthy start project. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 401–409. <https://doi:10.1007/s10995-010-0595-6>
- Speranza, A.M., & Vergano, C.M. (2014). La genitorialità nei disturbi di attaccamento infantile, in A. Simonelli (a cura di), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 301-330
- Spinelli, M.G. (2009). Postpartum psychosis: Detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*, 166(4), 405-408. <https://doi:10.1176/appi.ajp.2008.08121899>
- Spitz, R.A. (1958). *Le premiere annee de la vie de l'enfant*. PUF, Paris (tr.it. *Il primo anno di vita del bambino*. Giunti Barbera, Firenze, 1962)
- Spry, E., Aarsman, S., Youssef, G., Patton, G., Macdonald, J., Sanson, A., Thomson, K., Hutchinson, D.M., Letcher, P., & Olsson, C.A. (2020). Maternal and paternal depression and anxiety and offspring infant negative affectivity: a systematic review and metaanalysis. *Developmental Review*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2020.100934>
- Spry, E., Moreno-Betancur, M., Becker, D., Romaniuk, H., Carlin, J.B., Molyneaux, E., Howard, L.M., Ryan, J., Letcher, P., McIntosh, J., Macdonald, J.A., Greenwood, C.J., Thomson, K.C., McAnally, H., Hancox, R., Hutchinson, D.M., Youssef, G.J., Olsson, C.A., & Patton, G.C. (2020). Maternal mental health and infant emotional reactivity: a 20-year two-cohort study of preconception and perinatal exposures. *Psychological Medicine*, 50(5), 827-837. <https://doi:10.1017/S0033291719000709>
- Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4 Pt 2), 1215–1224. <https://doi:10.1017/S0954579413000576>
- Stein, A., Craske, M.G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., Goodwin, J., Murray, L., Cortina-Borja, M., & Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 795–809. <https://doi:10.1037/a0026847>
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., & Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956), 1800-1900. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stern, D.N. (1987). *The interpersonal world of the infant: A view from Psychoanalysis*. New York: Basic Books. <https://doi.org/10.1007/BF03174535>
- Stern, D.N. (1995). *Motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books
- Stern, D.N. (2001). Putting time back into our considerations of infant experience: A micro diachronic view. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 21-28. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2<21::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<21::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-Z)

- Strickhouser, J. E., Zell, E., & Krizan, Z. (2017). Does personality predict health and well-being? A metasynthesis. *Health Psychology, 36*(8), 797–810. <https://doi:10.1037/hea0000475>
- Strickhouser, J.E., & Sutin, A.R. (2020). Family and neighborhood socioeconomic status and temperament development from childhood to adolescence. *Journal of Personality, 88*(3), 515-529. <https://doi:10.1111/jopy.12507>
- Sun, J., Mohay, H., & O' Callaghan, M. (2009). A comparison of executive function in very preterm and term infants at 8 months corrected age. *Early Human Development, 85*(4), 225-230. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.10.005>.
- Sutin, A. R., Flynn, H. A., & Terracciano, A. (2018). Maternal smoking during pregnancy and offspring personality in childhood and adulthood. *Journal of Personality, 4*, 652–664. <https://doi.org/10.1111/jopy.12342>
- Swain, J.E. (2011). The human parental brain: In vivo neuroimaging. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 35* (5), 1242–1254. <https://doi:10.1016/j.pnpbp.2010.10.017>
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E.R., & Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 27*(9), 960–967. <https://doi:10.3109/14767058.2013.845157>
- Tambelli, R., & Volpi, B. (2015). *Family Home Visiting. Promuovere la salute mentale dei bambini e delle loro famiglie*. Bologna: Il Mulino.
- Tambelli, R., Odorisio, F., & Lucarelli L. (2014). Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: Exploring the influences on mother-infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal, 35* (4), 376-388. <https://doi.org/10.1002/imhj.21448>
- Tambelli, R., Odorisio, F., Trentini, C., & Ammaniti, M. (2008). Le rappresentazioni materne prima e dopo la nascita del bambino, in condizioni a rischio e non a rischio: Indicatori predittivi della relazione madre-bambino nel primo anno di vita. *Rivista di studi Familiari, 3*(2), 115-133. <https://hdl.handle.net/11573/761494>
- Tegethoff, M., Greene, N., Olsen, J., Schaffner, E. & Meinlschmidt, G. (2011). Stress during pregnancy and offspring pediatric disease: A national cohort study. *Environmental Health Perspectives, 119*(11), 1647-1652. <https://doi:10.1289/ehp.1003253>
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. & Costa, R. (2009). Anxiety depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119*(1-3), 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- Tellegen, A. (1991), *Personality traits: Issues of definition, evidence, and assessment*, in W.M. Grove e D.Cicchetti (a cura di), *Thinking clearly about psychology*, vol. II: *Personality and psychopathology*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 10-35
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel
- Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2005). The Individual Child: Temperament, Emotion, Self, and Personality. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (5th ed., pp. 391–428). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. https://www.researchgate.net/publication/232498020_The_individual_child_Temperament_emotion_self_and_personality

- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52, 250–283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Thompson, R.A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805–815
- Thorsness K.R., Watson C., & LaRusso E.M. (2018). Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(4), 326-345. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.05.017>
- Tietz, A., Zietlow, A.L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 433-442. <https://doi:10.1007/s00737-014-0423-x>
- Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. *The Social Foundations of Language and Thought: Essays in Honor of Jerome S. Bruner*. 316-342. https://www.researchgate.net/profile/ColwynTrevarthen/publication/313142125_The_foundations_of_intersubjectivity_Development_of_interpersonal_and_cooperative_understanding_in_infants/links/5e6355f1a6fdcc37dd0b7182/Thefoundations-of-intersubjectivity-Development-of-interpersonal-and-cooperative-understanding-in-infants.pdf
- Trevarthen, C. (1993). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. In C. Riva Crugnola (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino* (pp. 73-108). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vaccaro, S.M., Tofighi, D., Moss, N., Rieger, R., Lowe, J.R., Phillips, J., & Erickson, S.J. (2021). The association of infant temperament and maternal sensitivity in preterm and full-term infants. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 374-385. <https://doi:10.1002/imhj.21915>
- Val, A., & Míguez, M.C. (2023). Prevalence of Antenatal Anxiety in European Women: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1098. <https://doi:10.3390/ijerph20021098>
- Vallacher, R.R. & Nowak, A. (2009). The dynamics of human experience: Fundamentals of dynamical social psychology. In S. J. Guastello, M. Koopmans, & D. Pincus (Eds.), *Chaos and complexity in psychology: The theory of nonlinear dynamical systems* (pp. 370–401). New York: Cambridge University Press <https://awspntest.apa.org/record/2008-18181-012>
- van den Berg, S.M., de Moor, M.H.M., McGue, M., Pettersson, E., Terracciano, A., Verweij, K.J.H., ... & Boomsma, D. I. (2014). Harmonization of neuroticism and extraversion phenotypes across inventories and cohorts in the genetics of personality consortium: An application of item response theory. *Behavior Genetics*, 44(4), 295–313. <https://doi.org/10.1007/s10519-014-9654-x>
- Van den Bergh, B.R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5(2), 119–130. <https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1041624/INFLUEN2.PDF>
- Van den Bergh, B.R., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75(4), 1085-97. <https://doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x>
- van den Bergh, B.R., Mennes, M., Stevens, V., van der Meere, J., Borger, N., Stiers, P., Lagae, L. (2006). ADHD deficit as measured in adolescent boys with a continuous

- performance task is related to antenatal maternal anxiety. *Pediatric Research*, 59(1), 78–82. <https://doi:10.1203/01.pdr.0000191143.75673.52>
- Van den Bergh, B.R.H. (1992). Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour. In J. G. Nijhuis (Ed.), *Fetal behaviour: Developmental and perinatal aspects* (pp. 157-178). Oxford University Press
- Van den Bergh, B.R.H., van den Heuvel, M.I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S.R., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S., Schwab, M. (2020). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 26-64. <https://doi:10.1016/j.neubiorev.2017.07.003>
- Vaughn, B.E., & Bost, K.K. (2016). Attachment and temperament as intersecting developmental products and interacting developmental contexts throughout infancy and childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 202–222). The Guilford Press
- Velders, F.P., Dieleman, G., Cents, R.A.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Jaddoe, V.W., Hofman, A., Van Ijzendoorn, M.H., Verhulst, F.C. & Tiemeier H. (2012). Variation in the glucocorticoid receptor gene at rs41423247 moderates the effect of prenatal maternal psychological symptoms on child cortisol reactivity and behavior. *Neuropsychopharmacology*, 37(11), 2541-2549. <https://doi:10.1038/npp.2012.118>
- Velotti, P., & Zavattin, G.C. (2011). Attaccamento adulto e relazione di coppia: schemi del passato e disconnessioni del presente. In *Psiche - ISSN 1721-0372* (2011). <https://hdl.handle.net/11573/381840>
- Venuti, P. (2007). *Percorsi Evolutivi. Forme tipiche e atipiche*. Carocci, Roma
- Venuti, P., Giusti, Z., Gini M., & Bornstein, M.H. (2008). La disponibilità emotiva madre-gemelli in bambini italiani nel secondo anno di vita. In *Psicologia clinica dello sviluppo*, XII. 41-67
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F. & Hasin D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815. <https://doi:10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Villotti, P., Bentenuto A., & Venuti, P. (2014). Metodi osservativi dell'interazione adulto-bambino: Emotional Availability Scales. In A. Simonelli (a cura di), *La funzione genitoriale* (pp. 301-330). Milano: Raffaello Cortina Editore
- Watson, J.B. (1925). *Behaviorism*. New York: Norton
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., & Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35(1), 175–188. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.175>
- Weissman, M.M., Pilowsky, D.J., Wickramaratne, P.J., Talati, A., Wisniewski, S.R., Fava, M., Hughes, C.W., Garber, J., Malloy, E., King, C.A., Cerda, G., Sood, A.B., Alpert, J.E., Trivedi, M.H., Rush, A.J., & STAR*D-Child Team (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology. *Journal of the American Medical Association*, 295(12), 1389–1398. <https://doi:10.1001/jama.295.12.1389>
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). New York: Guilford Press <https://psycnet.apa.org/record/2009-21674-001>

- WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva, World Health Organization, (2022).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35467813>
- Winnicott, D.W. (1975). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli
- Wright, A.J., & Jackson, J.J. (2022). Childhood temperament and adulthood personality differentially predict life outcomes. *Scientific Reports*, 12, 10286.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-14666-0>