



# **Università degli studi di Padova**

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea in

Scienze e tecniche psicologiche

**Revisione Bibliografica**

## **“La teoria dell’attaccamento attraverso la depressione materna post partum”**

Relatrice Professoressa Alessandra Simonelli

Laureanda Giulia Trubiano

Matricola 1226506

Anno accademico 2021/2022

## Abstract

## Indice

- *Introduzione alla teoria dell'attaccamento* Pag 2
- *Bowlby capostipite della teoria* Pag 3,4,5
- *I quattro stili di attaccamento classici* Pag 6
- *Modelli operativi interni* Pag 7
- *L' Adult Attachment Projective Picture System* Pag 8, 9
- *L'insorgenza dei disturbi depressivi* Pag 10
- *Criteri diagnostici* Pag 11
- *Conseguenze della depressione* Pag 12
- *Depressione e attaccamento* Pag 13
- *I quattro stili affettivo comportamentali nelle madri depresse* Pag 13, 14
- *Conclusioni* Pag 14
- *Bibliografia* Pag 15, 16

## Abstract

Con la presente revisione bibliografica si è potuto indagare le serie conseguenze della patologia depressiva sul benessere della donna e sulla qualità madre-bambino alla luce delle teorie classiche e quelle odierne. In questo contesto la figura dello psicologo è quanto mai importante sia un ambito terapeutico che preventivo, avendo uno sguardo attento sulle prime manifestazione del disagio femminile e materno.

## Metodi e strumenti

La revisione è stata condotta consultando libri di testo, articoli scientifici , linee guida, la banca dati dell' APA, dell'istituto Nazionale per la promozione della salute PUB MED e i siti web d'interesse psicologico.

## Sitografia

- . [www.centropsichedonna.it](http://www.centropsichedonna.it)
- . [www.harmoniamentis.it](http://www.harmoniamentis.it)
- . [www.depressionepostpartum.it](http://www.depressionepostpartum.it)
- . [www.sigo.it](http://www.sigo.it)

## Introduzione

Questa tesi si pone l'obiettivo di sviluppare ed approfondire il tema della depressione prenatale e post-partum delle madri che danno alla luce i propri figli. Il taglio bibliografico verterà sull'analizzare lo spazio potenziale e co-creato madre bambino, che si genera nelle prime fasi della maternità.

Con il termine maternità non possiamo soltanto considerare il periodo di gestazione del figlio e la sua nascita ma dobbiamo risalire ad alcune dimensioni, tanto psichicamente sottili, quanto comuni che vedono la madre fin da piccola, vivere l'immaginario della sua gravidanza e del suo bambino futuro. Quello che nell'età adulta verrà poi definito come bambino fantasmatico, accoglie in sé un bagaglio di elaborazioni e vissuti stratificati nel tempo che la madre ha esperito cognitivamente e affettivamente. Lo stesso desiderio di maternità nel corso della giovinezza determina l'investimento genitoriale e l'approccio emotivo all'arrivo del figlio. Stern, affermando che la nascita del figlio coincide con quella della madre, sottolinea la complessità nel costruire due nuove identità, frutto dello spazio potenziale creatosi fra la madre e il suo bambino. Gli studi della Deutsch (1945) vedono il desiderio di maternità, parte integrante della costruzione della personalità della donna e necessariamente influenzato dalle proprie figure genitoriali e quindi dai pattern più o meno funzionali di attaccamento. È proprio in questa fase delicata che la madre, grazie ad una fisiologica regressione è in grado di accudire il bambino ma allo stesso tempo è portata a rivivere le proprie angosce infantili, il rapporto con la madre e quindi le fasi di identificazione e separazione con la stessa. Questa fase di vulnerabilità permette alla donna di rielaborare il processo di individuazione-separazione, che se vissuto con consapevolezza, può coincidere con un'integrazione del proprio sé e della propria essenza di donna-madre, dall'altro lato invece può bloccare la donna in stadi infantili facendola ricadere in sofferenze passate. (Pines 1972)

Recalcati, in una sua *Lectio magistralis* afferma : << Io sono come mia madre mi ha guardato, la prima costituzione dell'immagine del mio corpo è data da come lo sguardo si è poggiato sul mio corpo >>. Il tempo in cui non sappiamo che volto abbiamo, possiamo solo osservare il modo in cui gli altri ci guardano. La nostra immagine è inizialmente specchiata negli occhi della madre, che è il primo vero specchio del mondo. Il volto e la sua espressività descrive il mondo che il bimbo non può ancora vedere. Se lo sguardo della madre depressa è vuoto e assente, al bimbo arriverà la descrizione di un mondo grigio e triste. Nella figura della madre ritrovo l'atto del dono, che è il dono della vita incondizionato e la richiesta, la richiesta del soddisfacimento di un ideale preesistente al bambino. Jacques Lacan parla di questa aspettativa della madre evocando metaforicamente l'esempio dell'uomo schiavo che porta dietro la nuca un tatuaggio. Un tatuaggio che lui non può vedere ma che ne condiziona l'esistenza. Egli porta su di sé la sua eredità, le aspettative dell'altro, l'immagine ideale che hanno costruito su di lui ancora prima della nascita. Citando Lacan : << Noi siamo una stratificazione di pagine scritte da altri. >> Ciò che la madre sperava e pensava del figlio traccia il cammino della soggettivazione dell'individuo. Il bimbo è fatto dalle parole dei genitori, delle immagini, dei desideri e dei loro vissuti. Ma ciò non è destino determinato, quanto più una memoria che può essere ripresa, integrata, arricchita e trasformata.

## **Bowlby – capostipite della teoria**

La teoria dell'attaccamento vede la sua prima teorizzazione grazie alla figura di John Bowlby che durante gli anni 50, lavorando alla World Health Organization, scrisse "Maternal Care and Mental Health"; rapporto in cui analizzò l'importanza delle cure materne sul futuro sviluppo della salute mentale del bambino.

La teoria prende a delinearsi nella trilogia "Attaccamento a perdita" in cui sosteneva che vi fosse innata nel bambino la tendenza a instaurare un forte legame emotivo con la figura di attaccamento che plasmerà in successivo sviluppo della sua personalità e i modelli relazionali. Il legame che si instaura permette la sopravvivenza del nascituro attraverso protezione, cura e assistenza che la madre rinnova costantemente. Bowlby ammette una distinzione tra comportamento di attaccamento e attaccamento vero e proprio. Il primo in quanto tendenza generalizzata a ricercare figure di riferimento in circostanze differenti e il secondo come legame stabile, duraturo ed emotivamente carico, instauratosi in un periodo definito come "sensibile" con una figura in particolare. Essa diventerà il fondamento, il pilastro per le sue esplorazioni future e quindi in termini tecnici la sua base sicura (Mary Ainsworth 1949), esistente nella realtà e nel suo mondo interno. Parleremo qui del rapporto con la figura di attaccamento in quanto madre e delle implicazioni bidirezionali che colorano questa diade.

Bowlby introdusse il concetto di "modelli operativi interni" secondo cui lo schema di attaccamento consolidato tende a ripetersi nelle relazioni future plasmando le nuove interazioni sociali del bambino lungo tutta la sua vita. Ciò detto apre la riflessione sulla trasmissione transgenerazionale dei modelli affettivi di madre in figlio entro la quale è possibile cogliere tendenze disfunzionali che si ripetono nel tempo e che vedono reiterarsi nella vita del soggetto esperienze molto simili. L'autore ipotizzava che la spiegazione del comportamento adulto affondasse le sue radici nell'infanzia, sulla soddisfazione di protezione, sicurezza e motivazione che ne permettessero il buon adattamento. Anche la Ainsworth che questa visione rappresentasse un approccio etologico oltre che psicologico che occorre alla formazione della personalità.

Dagli studi sui contesti familiari maltrattanti, condotti in ambito psichiatrico che faceva riferimento ad un paradigma di causalità diretta, emergeva che l'esistenza di un adulto maltrattante risalisse necessariamente al suo essere stato un bambino maltrattato. In ambito psicodinamico e nella psicopatologia evolutiva facciamo riferimento invece al Modello transazionale di Sameroff e Chandler che prende in considerazione la storia del genitore congiuntamente alle caratteristiche ambientali e alla relazione con il bambino. Questa visione abbraccia l'idea che vi sia una continuità tra processi di sviluppo e disturbi in età adulta e al contempo conferisce importanza alle influenze reciproche bambino-caregiver senza negare la fisiologica asimmetria di potere dell'adulto sul piccolo.

Se lasciamo momentaneamente la prospettiva del figlio e ci avviciniamo a quella materna notiamo quanto l'investimento materno sia difficoltoso e alla ricerca di un equilibrio. La madre attraversando il periodo definito "della regressione" sperimenta stati infantili, connettendosi più facilmente con i bisogni del piccolo. Quella che Winnicott definisce come preoccupazione materna primaria, è l'identificazione con il figlio al fine di cogliere tempestivamente le sue richieste. La vicinanza fisica si fonde così con quella psichica in una danza dai ritmi a tratti morbidi e a tratti frammentati. Proprio come in una danza la madre "sufficientemente buona" (D. Winnicott) deve essere responsiva ma non anticipare, sensibile ma non angosciata, contenitiva ma non oppressiva. Se la tendenza all'accudimento è innata nella madre, non lo è altrettanto la ricerca di un equilibrio, soprattutto se questa vive degli stati di malessere profondi quali la depressione. Quando lo stato emotivo di preoccupazione materna persiste, genera nella madre un ripiegamento narcisistico che focalizza tutte le sue energie all'accudimento del figlio trascurando se stessa. Questo è una delle situazioni tipiche delle depressioni post-partum ma non è l'unica. Vi sono numerose aree di indagine riguardo la depressione pre-natale che rivolgono lo sguardo alla storia della donna prima dell'avvento della maternità.

La nascita del figlio si confà ad un ricominciamento della vita, in cui la madre rivive se stessa come figlia mentre da alla luce una nuova esistenza che porta con sé un elemento dirompente, nella sua unicità.

Nella seconda versione il Manuale Psicodinamico Diagnostico aggiunge come elemento alla valutazione della personalità, la dimensione dell'attaccamento illuminando particolarmente il senso di sicurezza esperito dal bambino e la qualità della sua regolazione affettiva. In questa cornice teorica l'AAP (strumento che analizzeremo in seguito) si inserisce perfettamente come strumento di performance valutativo del modo con cui l'adulto percepisce, organizza, elabora le rappresentazioni del sé in relazione alle proprie figure di attaccamento.

Kohut fin dai suoi primi scritti identifica nell'empatia, il metodo cruciale per la terapia. Dall'incontro con i paziente vide che essi necessitavano che i loro bisogni venissero capiti ed accolti. Vi era un sottile desiderio di connessione al mondo interno del terapeuta che permettesse lui l'accesso a contenuti emotivi affettivi e rappresentazionali che non possono essere visti ne percepiti con i sensi. Kohut scrive: << La percezione empatica che il neonato ha del mondo circostante equivale alla fusione totale con lo stato emotivo dell'altro.>> La madre risulta infatti capace di sintonizzarsi con l'angoscia del bambino prestando così soccorso calmerà il bambino, avendo agito un'empatia attenuata, diversa invece da una forma totalizzante e fusionale che vede la risposta della madre angosciata, dare al bambino un carico emotivo che non riesce a gestire.

La madre dovrebbe con ciò sentire, comprendere, assecondare e rispondere il modo adeguato.

## I quattro stili di attaccamento classici

Dall'osservazione dei bambini attraverso la strange situation e dagli studi successivi di Main e Salomon si sono potuti individuare quattro stili di attaccamento.

**Sicuro:** in cui la madre è capace di porsi in risonanza emotiva, è sensibile alle esigenze del piccolo, è capace di consolarlo e al contempo è in grado di lasciarlo libero di esplorare e giocare. Il piccolo quindi mostra buone capacità di esplorare l'ambiente, di lasciarsi consolare dalla figura estranea e allo stesso tempo di protestare quando la madre esce dal suo campo visivo.

**Insicuro-ambivalente:** il bambino è costantemente preoccupato temendo l'abbandono, mostra comportamenti di protesta al distacco dalla madre e appare inconsolabile dall'estraneo. Il suo gioco è inibito e mostra rabbia alternata ad arrendevolezza con la madre. In questo caso la figura di attaccamento si è vista essere incostante ed imprevedibile verso i bisogni di accudimento, a volte mostrano accoglienza ed altre sono rifiutanti o svalutanti.

**Insicuro-evitante:** il bambino si mostra indifferente al distacco dalla madre e evitante nel momento del ricongiungimento. Si mostra inibito del gioco e nell'esprimere i propri bisogni. Le madri sono indisponibili, poco affettuose e sfuggenti al contatto fisico. Il piccolo apprende che i propri bisogni non possono essere accolti e inibisce la richiesta d'aiuto.

**Disorganizzato-disorientato:** in questo caso il bambino mostra comportamenti incoerenti, contraddittori e non finalizzati. A tratti cerca l'avvicinamento del genitore e a momenti vi sfugge, mostra espressioni mal direzionate e atteggiamenti stereotipati. Si possono notare comportamenti di paura nei confronti del genitore o momenti di immobilità del piccolo.

Dopo aver brevemente riassunto i tratti tipici dei quattro modelli di attaccamento possiamo interrogarci sulle cause che possono condurre a modelli disfunzionali di relazione, non necessariamente patologici ma che costituiscono un ostacolo allo sviluppo integrato del sé del bambino.

Gli studi condotti sulle osservazioni delle interazioni tra le madri depresse e i loro figli (Beebe et al., 2008; Feng, Shaw, & Skuban, 2007; Field, 1984; Field et al., 1985; Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988; Tronick, Asl, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) mettono in luce quanto la depressione influenzi il comportamento materno, limitando l'espressione emozionale e la qualità degli scambi relazionali all'interno del processo di mutua regolazione. È opinione ormai condivisa in letteratura che il bambino è un individuo attivo fin dalla nascita che si interfaccia con la madre attraverso due processi: l'autoregolazione e la regolazione interattiva. L'infant research, grazie all'utilizzo di tecniche osservative microanalitiche, ha provato l'esistenza di competenze relazionali precoci nel bambino, volte a promuovere degli scambi interattivi con la madre. È stato osservato che i bambini di poche settimane, se la madre non reagisce secondo le consegne dell'esperimento, essi smettono sospendendo l'esplorazione, tentano di suscitare un'emozione sul volto attraverso la propria espressività fino a piangere e disperarsi qual ora non arrivi la risposta attesa. Ciò dimostra che il neonato è sensibile alla forma e all'animazione del viso materno e contiene già aspettative sulla risposta materna, nel suo aspetto di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985) Tutto ciò si mostra problematico quando la madre attraversa un periodo depressivo che porta con sé un ampio spettro sintomatologico che ricade a cascata sulla percezione di sé come donna e madre e sulla relazione con il bambino.

## **I modelli operativi interni**

La teorizzazione di Bowlby sui modelli operativi interni, si poggia sul concetto freudiano della coazione a ripetere, per la quale vi sono schemi interiorizzati di rappresentazione del sé e della figura di attaccamento, che tendono a ripresentarsi nel corso della vita quando l'adulto entra in relazione con gli altri. Secondo Bowlby ognuno costruisce modelli interni sulla base del vissuto e li utilizza come chiave interpretative per adattarsi alle nuove esperienze. Una funzione biologica che consente un buon adattamento. Tali modelli si costruiscono nel corso dello sviluppo grazie alla ripetuta interazione con il caregiver e con la famiglia. I bambini con legami di attaccamento sicuro, in situazioni di minaccia si aspettano che la figura di attaccamento svolga il suo ruolo protettivo e si mostra così sensibile alle richieste di aiuto. Contemporaneamente sviluppano un'immagine di sé come degni di essere amati e capaci di sopportare le separazioni. Al contrario soggetti con attaccamento di tipo evitante, in situazioni di difficoltà si mostreranno ostili e incapaci di affrontare il pericolo, avendo un'immagine di sé vulnerabile. Gli individui con attaccamento disorganizzato svilupperanno modelli di sé contraddittori e poco coerenti sentendosi continuamente minacciati e al contempo impotenti. Infine chi ha sviluppato un attaccamento di tipo ambivalente formerà un modello mentale sulla realtà esterna come imprevedibile e inaffidabile vivendo psicologicamente una dimensione di insicurezza sul proprio agire. Questi schemi cognitivi somigliano, citando Kant, ad occhiali colorati i quali filtrano la realtà e ne conferiscono sfumature ed emozioni particolari per il soggetto. La loro esistenza non è rigida e immutabile ma in continua messa in atto, come la stessa coazione a ripetere sostiene. Essi integrano passato e presente in modelli più complessi e si traducono in comportamenti visibili e analizzabili.

Fin dalle teorizzazioni di Bowlby i modelli operativi interni dei genitori venivano incorporati nel bambino così profondamente da farli diventare parti del suo assetto psichico. Questo fenomeno permette al pattern comportamentale e affettivo della diade di tramandarsi attraverso le generazioni. Bowlby sosteneva che le madri con attaccamento insicuro, non riuscissero a rispondere in modo adeguato alle angosce del bambino creando i presupposti per la reiterazione di un modello disfunzionale. I tratti genitoriali vengono trasmessi così al figlio in modo inconsapevole. Nei momenti d'angoscia il genitore mette in atto dei meccanismi difensivi come l'esclusione, che lo allontana emotivamente dal problema ma impedisce l'incorporazione di nuovi agiti e di cambiamenti nell'elaborazione degli eventi negativi. Si consolida quindi l'incapacità caratteristica del proprio rapporto con il caregiver, rivissuta nel momento presente con il figlio. Come scrive Holmes: "Dalla costanza materna deriva il senso della storia: la affidabilità della risposta della madre al bambino diventa il nucleo della competenza autobiografica. Dall'holding materno deriva l'abilità di tenere se stessi nella propria mente: la capacità di autoriflessione e la possibilità di concepire se stessi e gli altri come persone che hanno una mente".

## **L'attaccamento adulto attraverso Adult Attachment Projective Picture System**

In ambito clinico e psicodinamico, le ricerche sulla rivelazione delle rappresentazioni mentali di genitori sono state lungimiranti per comprendere il tipo di legame che essi instaureranno con i propri figli. L'AAP è uno strumento ideato da Carol George e Malcom West per l'assessment del pattern di attaccamento in età adulta e in adolescenza. Uno strumento utilizzato in ambito clinico e di ricerca costituito di un set di immagini che evocando i temi dell'attaccamento lasciano analizzare risorse e difficoltà collegate alle dinamiche relazionali primarie. L'AAP si inserisce nella tradizione dei test proiettivi come il TAT (Murray) intendendo però il fenomeno della proiezione, non come primitivo meccanismo di difesa, ma come indice che rivela come le persone percepiscono, associano e organizzano le rappresentazioni del sé in relazione alle figure di attaccamento. L'impianto metodologico si basa sul concetto che costruire uno scenario narrabile degli eventi emotivo-affettivi è una caratteristica umana biologicamente innata (Barth) e che quindi la forma orale è in grado di veicolare forme sociali, culturali e morali non sono dell'individuo ma della storia in generale. La validità teorica dell'AAP è legata alla prospettiva evolutiva dell'attaccamento, gode di istruzioni che limitano i bias dell'intervistatore e viene proposto un setting standardizzato con regole e prompt pensati appositamente. L'audioregistrazione è obbligatoria e parallela al verbatim. I teorici dell'AAP concepiscono l'attaccamento come elemento primario che contribuisce all'omeostasi biologica con ripercussioni nella risposta agli stressor ambientali. L'AAP rievoca una sorta di mini-dramma, concepito dalla Ainsworth, attraverso le immagini che nell'adulto evocano rappresentazioni mentali che si configurano come tracce di esperienze vissute con il care-giver. Il monito è duplice: attivare l'attaccamento e l'eventuale distress collegato. Questo strumento è la prima valutazione empirica dell'attaccamento adulto basata su immagini. Permette

**1** osservare le rappresentazioni di attaccamento

**2** codifica e valuta i costrutti fondamentali

**3** è uno strumento di assessment valido per clinici e ricercatori

Se la metodologia "free response" da un lato è criticata perché poco standardizzata, permette l'evocazione di rappresentazioni complesse e spontanee da parte del soggetto.

La coerenza come condizione "sine qua non" per valutare l'attaccamento e la difesa sono dimensioni fondamentali per L'AAP. Configurazioni coerenti narrativamente di pattern di attaccamento deludenti risultano essere indice di un'elaborazione matura e quindi di attaccamento sicuro. Le difese al contrario sono fattori di rischio per l'attaccamento e portano ad esclusione o evitamento dei conflitti. Insieme a COERENZA E DIFESA si valutano 4 dimensioni

- Base sicura internalizzata
- Sincronia
- Connessione
- Goal corrected partnership



Il modello teorico dell' AAP è basato sulla tradizione Bowlby – Ainsworth. Ovvero un modello evolutivo riassunto nell'espressione WORKING INTERNAL MODEL ovvero rappresentazioni dinamiche della diade e della visione del sé, che permette di integrare, modificare ed elaborare nuove esperienze di attaccamento. È indubbio che questi modelli di responsività influenzano lo sviluppo del bambino e dell'adolescente.

Le componenti cognitive rappresentative includono aspetti ideativi. Bowlby con la sua "teoria informazionale" sostiene che le esperienze diadiche iniziali vengono iscritte nella memoria a configurarsi come modelli del sé e degli altri che guidano le esperienze adulte e le risposte alle successive relazioni, con aspettative e termini di paragone. In aggiunta secondo Model ed Edelman un organismo è in grado di modificare ed integrare i suoi schemi poiché ciò che viene immagazzinato nel cervello non ha una corrispondenza precisa con l'originale ma una potenzialità in attesa di attivazione, apta a costruire nuovi collegamenti. La memoria è quindi in continua associazione e trasformazione di se stessa. Gli affetti sono infatti definiti come marcatori biologici che supportano la memoria a selezionare ed interpretare informazioni soddisfacendo le richieste di omeostasi e adattamento globale. I segnali interni sono come bias interpretativi che conferiscono un determinato significato all'esperienza vissuta. La teoria neurobiologica del sé di Edelman, in cui il sé è una coscienza di ordine superiore che permette una consapevolezza interna capace di riflettere sui propri stati e sentimenti, integrare i vissuti e giungere ad una nuova struttura mentale, dotata di autonomia e libertà. L'attaccamento è quindi una categoria affettiva.

Lo strumento comprende due tipi di immagini: Alone e Dyadic in cui si indagano rispettivamente: nella prima la capacità di essere autonomo ( Agency of self) e nella seconda la capacità di stare nel rapporto intimo con il caregiver (Synchrony) . Per meglio comprendere l'HOS coincide con la capacità di autopercepirsi come agente attivo e integro rispetto alle memorie dei vissuti passati. Vi sono due sottodimensioni collegate: (IBS) la base sicura internalizzata che coincide con la rappresentazione di un legame autentico e duraturo con il caregiver, e la (ACT) capacity to act la quale sottende l'abilità di generare risposte personali efficaci e funzionali.

Nelle immagini che indagano le risorse Dyadic troviamo invece tre sottodimensioni: la "synchrony" in cui vi sono costellazioni di comportamenti materni e la possibilità di accedere alla memoria personale degli stati affettivi, " the goal corrected partnership" intesa come capacità di formare modelli coerenti stabili nel tempo e la "connectness" in quanto desiderio e capacità di essere coinvolto.

Lo strumento è in grado di rilevare sia risorse che difese nell'attivazione dell'attaccamento che costituiscono delle fratture fra stati mentali e comportamenti, presenti sia in qualità adattiva che patologica quando caratterizzate da intensità e persistenza. Vi sono tre tipi di difese: la Deactivation, la cognitive disconnection e il segregated system.

La Deactivation presente nella narrativa ostacola la completa attivazione delle memorie di attaccamento e si manifesta come incapacità di sentire i bisogni di attaccamento, essa è tipica dell'attaccamento evitante dei bambini e in quello distanziante per gli adulti.

La Cognitive Disconnection tipica invece dell'attaccamento ambivalente-resistente dei bambini e preoccupato nell'adulto, si costituisce come un rumore mentale di sottofondo in cui vi è un'iperattivazione affettiva che mina la consistenza di attaccamento coerente portando ad una visione confusa e sconnessa dalla narrazione.

Il Segregated System è la difesa più estrema che si attiva in situazioni di lutto o perdita. Una sorta di lutto cronico non risolto che blocca l'accesso alla consapevolezza con autopercezioni falsate

interferenti con il funzionamento quotidiano. Questa difesa genera un trauma a livello istintivo preverbale, secondo gli autori e al livello fisiologico una stress ipotalamico, ipofisario e limbico.

## **L'INSORGENZA DEI DISTURBI DEPRESSIVI**

L'insorgenza dei disturbi depressivi nelle madri nel periodo peri e post natale è molto diffusa e la letteratura scientifica ci mostra come tali sintomi possano costruire fattori di rischio per lo sviluppo psichico del bambino e del legame di attaccamento. I dati epidemiologici supportano l'ipotesi di una stretta relazione tra gravidanza e stati depressivi in particolare per i mutamenti ormonali ai quali molte donne si dimostrano maggiormente sensibili. La sintomatologia di questi stati è caratterizzata dal pianto frequente, angoscia, preoccupazione, irritabilità, disturbi dell'appetito, del sonno e ridotta interazione con il bambino. (Beck, 2006; Bennett e Indman 2003; Imsiragic, Begic, & Martic-Biocina, 2009; Scrandis, Sheikh, Niazi, Tonelli, & Postolache, 2007; Spinelli, 1998).

La depressione post partum si definisce come una problematica di sanità pubblica le cui conseguenze ricadono sul benessere della donna e della relazione madre-bambino. La depressione è una realtà molto comune nelle donne in età fertile che esordisce nelle tre o quattro settimane dopo il parto.

Infatti, come sottolinea Bydlowski (2000), l'insorgenza della depressione perinatale è associata a ipotesi multifattoriali che vedono intrecciarsi componenti fisiologiche, cognitive, emotive, relazionali ed ambientali. Tra i fattori di rischio indagati in letteratura troviamo l'anemia da carenza di ferro (Beard, Hendricks, & Perez, 2005); problemi ginecologici e mancata assistenza durante il parto, soprattutto se cesareo, (Monti & Agostini, 2006; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004;) lo status socio economico basso, la mancanza di sostegno sociale e un livello di istruzione insufficiente. Quest'ultimo fattore sembra essere decisamente correlato ed eventi depressivi dopo il parto. (Campbell & Cohn, 1991; Eastwood, Phung, & Barnett, 2011) Anche gli eventi di vita stressanti nel periodo perinatale risultano significativamente correlati al rischio di depressione, soprattutto se sono presenti difficoltà con il partner e la donna vive la sensazione di solitudine o mancanza di sostegno. (Buist, 2006; Brown, 1993; Martin, Brown, Goldberg, & Brockington, 1989; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983; Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980). L'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (ONDA) ha evidenziato quattro fattori principali che causano episodi di depressione:

Fattori fisici : legati alla stanchezza dei ritmi che esige il bambino, le sue esigenze di attenzione e nutrizione. La fatica del parto e le alterazioni del sonno notturno contribuiscono ad affaticare la madre.

Fattori ormonali prodotta dalla caduta repentina dei livelli di estrogeni, progesterone e cortisolo dopo il parto i quali portano ad un rallentamento della funzione tiroidea e quindi ad una generale sensazione di stanchezza e pigrizia.

Fattori psicologici che vedono donne perfezioniste, con bassa autostima o con convinzioni disfunzionali riguardo le proprie capacità essere più vulnerabili.

Fattori sociali quali la scarsità d'aiuto, la giovane età, il basso status economico e l'assenza di una famiglia protettiva o del partner.

Fattori cognitivi legati alle aspettative sulla maternità e sul futuro nascituro.

Tra i fattori di rischio maggiormente impattanti troviamo la depressione prenatale che evolve facilmente in una depressione post partum ma anche la presenza di eventuali disturbi psichiatrici impattanti sul funzionamento quotidiano della persona.

Se i fattori di rischio possono essere maggiormente tangibili nel vissuto soggettivo, non è di facile analisi cogliere i sintomi depressivi soprattutto in ottica preventiva data la difficoltà del compito materno e le plurime differenze soggettive nel sperimentare emozioni negative. I sintomi più frequenti sono: instabilità, sbalzi emotivi, pensieri pessimistici, senso di inadeguatezza, sentimenti

ambivalenti verso il bambino, perdita di rapporti intimi con il partner, paure, disturbi del sonno ed ansia relativa alla morte.

### **Criteri Diagnostici**

Gli strumenti più utilizzati per la valutazione della depressioni post partum sono le interviste semi-strutturate e i questionari self-report, per esempio la SCID-II costruita sui criteri del DSM-IV che indaga la presenza di disturbi clinici o di disturbi della personalità. Data la complessità e le sfumature che i sintomi possono avere, nella pratica clinica si affiancano self-report come il BDI o il CES-D capaci di cogliere sintomi somatici, comportamentali, cognitivi, affettivi e interpersonali che si manifestano con frequenza settimanale. Un questionario self-report che possiede buone qualità psicometriche rispetto ai precedenti è il PDSS costituito da 35 item riguardanti i disturbi del sonno, dell'appetito, ansia, insicurezza, perdita dell'identità, senso di vergogna e pensieri sul farsi del male. In letteratura, dai risultati della somministrazione di questionari e self-report, è stato osservato che le rappresentazioni delle madri depresse appaiono distorte e incoerenti. Come sopra spiegato risulta utile indagare lo stile di attaccamento della donna stessa e del partner. L'AAI, L'ASI o L'AAP sono validi strumenti che ci permettono di cogliere difficoltà emergenti derivanti da situazioni infantili non elaborate. La figura della madre che fino ad ora è stata maggiormente di nostro interesse, non può essere l'unica ad essere presa in considerazione.

La depressione post partum può essere diagnosticata utilizzando il manuale statistico diagnostico DSM-V il quale propone una sintomatologia ampia in cui la donna deve presentare cinque o più sintomi per un periodo di almeno due settimane. I sintomi del DSM-V comprendono:

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno
2. Mancato interesse o piacere per quasi tutte le attività
3. Perdita o aumento di peso in assenza di diete
4. Insonnia o ipersonnia
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio
6. Mancanza di energia
7. Sentimenti di autosvalutazione o colpa eccessivi
8. Perdita di energia
9. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi
10. Pensieri ricorrenti di morte o suicidio

## Conseguenze della depressione

Effetti sulla donna, sul bambino e sul partner.

Le madri depresse che sperimentano con facilità stati emotivi negativi e ansiosi sono limitate nell'espressione dell'affettività e nella sintonizzazione con il bambino. La depressione interferisce con l'esperienza della maternità impedendo di vivere a pieno la gioia del miracolo della nascita. Interferendo sulle funzioni e sull'accudimento genitoriale, la madre sente di essere insufficiente e tale disagio crea una ridotta responsività sui segnali del bambino e quindi la compromissione di un modello di attaccamento sicuro. L'etichetta diagnostica successiva alla conclamazione del disturbo tende ad isolare la donna dai suoi rapporti sociali, creandole una barriera verso quei fattori protettivi quali la protezione di familiari e conoscenti. La madre sente dover accudire il nuovo nato mentre ha estremo bisogno di prendersi cura di se stessa, riposandosi ed evitando le mansioni che le spettano. Questo sentimento genera in lei frustrazione e la percezione di non poter essere una buona madre. Molti studi negli ultimi anni hanno evidenziato come la depressione materna abbia influenze negative sullo sviluppo del bambino al livello comportamentale, cognitivo ed emotivo (Agosti, Monti, Marano Baiamonte, 2004). I bambini manifestano con maggiore probabilità problemi comportamentali, ritardi nello sviluppo cognitivo, disregolazione emotiva e sociale, insorgenza precoce della malattia depressiva (Gaffney et al., 2014), problemi di sonno e allattamento, manifestazioni di evitamento (distoglimento dello sguardo, allontanamento del corpo), regolazione affettiva deficitaria, disturbi dell'alimentazione e della crescita (Field, 2010). Diversi studi mostrano anche che l'umore depresso fa sì che i bambini siano meno stimolati dalla voce delle madri e quindi tendono ad avere meno interesse nei loro confronti. Questo problema spesso continua anche dopo la guarigione dalla depressione. L'inadeguata interazione madre-figlio può ripercuotersi negativamente a livello della morfologia e fisiologia cerebrali, della reattività allo stress, delle abilità sociali, emotive e cognitive, riscontrabili fino all'età puberale e persino adulta (Brand e Brennan, 2009).

Le difficoltà della madre si riversano sulla relazione di coppia, con aumento dei disturbi dell'umore anche nel partner (Lovestone e Kumar 2007). Le donne percepiscono il loro rapporto con il partner in mood negativo e distorto creando fratture nella coppia che vengono accompagnate da litigi e climi di tensione spesso non compresi dal partner. Tale ostilità nella coppia si ripercuote anche nel contesto familiare allargato che spesso viene escluso dal problema. Spesso le donne depresse valutano come più carente la relazione con il partner, intesa nelle dimensioni dell'accordo, della soddisfazione e del sostegno reciproco, imputabile quindi alla dimensione cognitiva alterata. (Milgrom e McCloud 2006).

## **Depressione e attaccamento**

Possiamo comprendere quanto la capacità di autoregolazione materna giochi un ruolo importante in questa fase delicata. La madre adatterà infatti i propri modelli sviluppati con la sua figura di attaccamento reiterando uno scenario già vissuto, ed è proprio l'attaccamento con la madre che ha permesso di sviluppare la capacità auto-regolativa e co-regolativa (Beeb e Lachman). I modelli operativi interni (IWM) adottati dalla madre guideranno la risposta emozionale nei confronti del bimbo e l'elaborazione cognitiva dell'esperienza intima con lui. La depressione materna, potrebbe configurarsi come asserisce Seligman ad una sorta di impotenza appresa e ad una fallimentare sintonizzazione reciproca degli stati affettivi che perdura nel tempo. L'evidenza empirica ha, infatti, dimostrato che i soggetti con depressione presentano prevalentemente stili di attaccamento insicuro o persino disorganizzazione del sistema d'attaccamento (Bifulco et al., 2006; Fonagy et al., 1996; Van IJzendoorn & BakermansKranenburg, 1996).

Come afferma la Dott. Patricia M. Crittenden in una sua lezione magistrale "L'attaccamento collega tutto ciò che è individuale con il portato dei genitori su di sé come individui sulle loro relazioni, sulle famiglia d'origine e sul contesto culturale in cui vivono." Questa affermazione sembra tracciare una sorta di filo rosso che collega le relazioni madre-bambino lungo tutta la linea generazionale, come un'eredità implicita che si tramanda.

Mary Ainsworth nel 1969 elaborò un metodo per osservare ed interpretare il legame di attaccamento, ovvero la "strange situation" in cui si riproduce una situazione di stress attraverso alternarsi di momenti di separazione dalla madre e introduzione di figure estranee, che il bambino è chiamato a gestire. La Ainsworth osservò che vi erano delle rappresentazioni interne, tanto soggettive e diverse che guidavano il bambino a rispondere all'evento di stress. "Vere e proprie differenze individuali nei modelli procedurali del sé e della figura di attaccamento" (Crittenden)

Anche AAP, in qualità di strumento più recente si propone di indagare nell'adulto tale dimensione a partire dalla presentazione di un mini-dramma in cui si attivino attaccamento ed eventuale distress associato. Ciò consente di attivare rappresentazioni dell'attaccamento, ovvero quelle tracce che hanno conseguenze nel momento presente, ciò che Main, Kaplan e Cassidy chiamano "stato della mente attuale".

## **I quattro stili affettivo-comportamentali nelle madri depresse**

L'osservazione delle interazioni faccia a faccia tra madre depressa e bambino ha portato all'individuazione di quattro stili affettivo-comportamentali:

**Lo stile intrusivo**, stile ritirato, stile positivo e stile misto (Cohn & Tronick, 1989) Le madri intrusive si mostrano particolarmente invadenti e iperstimolanti, gli atteggiamenti di accudimento risultano incoerenti, agitati e a tratti ostili. I loro figli sfuggono allo sguardo della madre, spesso respingendola fisicamente, altre volte tentano episodi di riparazione avvicinandosi in tal modo costruendo modelli di interazioni irregolari e poco coerenti. Il bambino internalizza lo stato di rabbia tipico della madre cercando di anticipare i suoi stati intrusivi come risposta difensiva.

**Lo stile ritirato** invece è tipico delle madri scarsamente connesse al contatto visivo e fisico, con un'affettività piatta e che mostrano ritiro o indifferenza. La madre non riesce a rispondere coerentemente agli stati emotivi del figlio generando passività e confusione nell'interiorizzazione e concettualizzazione degli stati affettivi quali la rabbia, la paura o la sorpresa. La madre risponde al sorriso del bambino spesso con indifferenza o addirittura pianto. È stato dimostrato da Tronick & Weinberg che vi sono differenze di genere nella responsività a questi primi due stili. Le femmine essendo meno orientate socialmente, mostrano una minore reattività affettiva e una maggiore capacità di autoregolazione mentre i maschi

dimostrano essere più vulnerabili allo stile materno ritirato, poiché li priverebbe della funzione autoregolativa di cui necessitano. Ciò è sostenuto anche dalla maggior prevalenza nei maschi di disturbi esternalizzanti, come iperattività e aggressività mentre nelle femmine di disturbi internalizzanti di natura depressiva.

**Lo stile positivo** sembra essere molto simile a quello delle madri non depresse, se non per la ridotta interazione faccia e faccia che nel complesso di una relazione sufficientemente articolata, costituisce piccoli elementi di frattura che potrebbero costituire fattori di rischio se accompagnati da eventi ambientali negativi.

**Lo stile materno misto** invece presenta sia tratti intrusivi, ritratti che positivi. Di non facile individuazione presenta alterazioni del pattern di risposta dei piccoli che rendono le interazioni osservate poco coerenti e aderenti ai modelli precedenti. Una categoria quindi sfumata che potrebbe necessitare di più attente riflessioni.

I diversi stili interattivi materni sono caratterizzati da specifici profili fisiologici, biochimici ed elettroencefalografici molto diversi. Le madri ritirate, a confronto con quelle intrusive, mostrano una maggior attività elettroencefalografica frontale destra, contemporaneamente a bassi livelli di dopamina e lo stesso pattern si riscontra nei figli delle madri ritratte. (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, & Kuhn, 2003; Hart, Jones, Field, Lundy, 1999b; Jones, Field, Hart, Lundy, & Davalos, 2001)

La metanalisi di Beck su 19 studi di letteratura e le ricerche di Murray, Stanley, Hooper, King, & Fiori-Cowley hanno osservato che la depressione materna ha un forte impatto sul comportamento interattivo, primariamente sulla responsività e in secondo luogo sulla connessione emozionale del bambino con la madre e con tutto il contesto sociale. Lo stesso Stern nel "Complesso della madre morta" definisce la figura di attaccamento come fisicamente presente ma psicologicamente assente. Ciò costituisce una frattura nel mondo interno del bambino tra ciò che è visibile e ciò che è sentito internamente. Come ci dimostra il Paradigma dello Still Face (Tronick, Asl, Adamson, Wise e Brazelton) il bambino, di fronte all'immobilità della madre tenta una sua "rianimazione" aumentando le espressioni emotive con vocalizzazioni, espressioni facciali e gestuali fino al pianto e alla disperazione quando non ottiene risposta. Si crea nel bambino quello che Stern definisce come "vuoto affettivo" che reiterato nel tempo può portare ad una forma stabile di modello interattivo.

Un recente studio pubblicato nell'International Journal of Developmental and Educational Psychology" del dipartimento di psicologia di Bologna a cui di Agostini, F. Monti e F. y Salvatori si è posto l'obiettivo di studiare le caratteristiche dell'interazione madre-bambino a 3 mesi attraverso un campione di 85 diadi di 15 madri depresse e 70 non depresse. I risultati mostrano che le madri depresse mostrano minor responsività, sensibilità e stati affettivi positivi, un comportamento non verbale intrusivo e ritratto. I bambini di madri depresse mostrano maggiori difficoltà interattive, in termini di evitamento, meno vocalizzazioni positive, maggiore distress e irritabilità. Il gruppo sperimentale ha ottenuto punteggi significativamente più bassi di quello di controllo in tutte le sottoscale riguardanti la qualità globale dell'interazione.

Se gli studi sulle prime fasi della vita del bambino mostrano i chiari effetti di una relazione disfunzionale, è necessario soffermarsi sulle possibili declinazioni dello sviluppo in età scolare e sull'adolescenza. Nei colloqui psicologici in età evolutiva, possiamo notare come dagli strumenti per indagare la qualità dell'attaccamento, come il TAT o il CAT, emergano temi conflittuali. La figura della madre, che nelle tavole del TAT è associata all'accudimento, al nutrimento e alla base sicura, può risultare estranea al bambino che la trasforma con altre qualità, più simili alla sua esperienza di madre.

## Conclusioni

Al termine del percorso triennale del corso di Scienze e Tecniche psicologiche ho deciso di elaborare la tesi riguardo il tema dell'attaccamento dagli albori della teoria, all'esplorazione delle abilità relazionali del bambino per giungere al rapporto diadico nei casi di madri depresse. È emerso il ruolo fondamentale della madre nella costruzione dei modelli operativi interni e delle abilità relazionali del bambino fin dai primi giorni della nascita. Parallelamente è stata riservata molta importanza al compito materno come periodo delicato e complesso della vita della madre che rivive momenti della sua infanzia e può far emergere contenuti non elaborati, proiettandoli sul bambino. La diade, per quanto somigli ad uno stato di fusione madre-bambino, risente dell'influenza esterna nei vari sistemi in cui è inserita. I rapporti con il partner, con la famiglia, con i pari, le dinamiche sociali, sul luogo di lavoro, l'appartenenza culturale o religiosa, le configurazioni socio-economiche e politiche influenzano le modalità, i tempi e il contenuto emotivo dei due membri, in particolare quello della madre che si trova a dover gestire le più disparate situazioni.

Le cure materne sono un elemento cruciale nello sviluppo psicologico, cognitivo, emotivo e sociale del piccolo, per questo il CPNn Comitato Percorso Nascita nazionale costituito nel 2011 e riconosciuto nel 2018 ha redatto le linee guida per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. In particolare misura le politiche sanitarie, integra territorio-ospedale, diffonde le raccomandazioni, si occupa delle procedure per il controllo del dolore del parto e nel travaglio, formare gli operatori e la sicurezza per una gravidanza fisiologica.

## Bibliografia

1. STUDIO SULLA DEPRESSIONE POST PARTUM E INTERAZIONE MADRE – BAMBINO A 3 MESI AGOSTINI, F., MONTI, F. Y SALVATORI, P. DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA, BOLOGNA, VIALE BERTI Y FACOLTÀ DI PSICOLOGIA, PIAZZA ALDO MORO, CESENA
2. CUMMINGS EM, DAVIES PT. DEPRESSIONE MATERNA E SVILUPPO DEL BAMBINO. J CHILD PSYCHOL PSICHIATRIA. 1994; 35 :73-112.
3. INSIPIDO RC. EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI AFFETTIVI: UNA REVISIONE. PUÒ J PSICHIATRIA.
4. ASSOCIAZIONE PSICHIATRICA AMERICANA. MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI. 4A ED. WASHINGTON, DISTRETTO DI COLUMBIA: ASSOCIAZIONE PSICHIATRICA AMERICANA; 1994
5. O'HARA MW. LA NATURA DEI DISTURBI DEPRESSIVI POSTPARTUM MURRAY L, COOPER P. POSTPARTUM DEPRESSION AND CHILD DEVELOPMENT NEW YORK, NEW YORK: GUILFORD PRESS; 1997
6. CAMPBELL SB, COHN JF, MEYERS T. DEPRESSIONE NELLE MADRI PER LA PRIMA VOLTA: INTERAZIONE MADRE-BAMBINO E CRONICITÀ DELLA DEPRESSIONE. DEV PSYCHOL. 1995; 31 :349-57.

7. DANIELA DI RISO, ADRIANA LIS : PSICODINAMICA DEI PATTERN DI ATTACCAMENTO IN ETÀ ADULTA E ADOLESCENZA
8. ADRIANA LIS, DANIELA DI RISO, CLAUDIA MAZZESCHI, DEPHNE CHESSA : LA VALUTAZIONE DELL'ADATTAMENTO PSICOLOGICO DEL BAMBINO
9. OLGA CODISPOTI, PAOLA BASTIANONI: LA DIAGNOSI PSICOLOGICA IN ETÀ EVOLUTIVA
10. ADRIANA LIS, SILVIO STELLA, GIULIO CESARE ZAVATTINI: MANUALE DI PSICOLOGIA DINAMICA
11. LOVESTONE, S., KUMAR, R. (2007). POSTNATAL PSYCHIATRIC ILLNESS: THE IMPACT ON PARTNERS. THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY : THE JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 163, 210- 216.
12. MENCACCI, C. & ANNIVVERNO, R. (2010). LA DEPRESSIONE POST PARTUM IN ITALIA: FOTOGRAFIA DEL PROBLEMA. MANUALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA. 9(1), 35-52
13. MERZAGORA, F. & MENCACCI, C. (2005). DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA E NEL POST-PARTUM. OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA (ONDA), 30(1), 39-60.
14. D'AGATI, S., TEODORO, M. C., TOMASELLI, T., BARBERA, N., D'AGATI, A., & ZARBO, G. (2011).
15. DEPRESSIONE POST-PARTUM: VALUTAZIONE CLINICA E MEDICO-LEGALE. GIORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA, 33(1), 24-29.
16. DSM-5 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. ARLINGTON: AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING
17. COX, J., & HOLDEN, J. (2008). MATERNITÀ E PSICOPATOLOGIA. GUIDA ALL'USO DELL'EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE EDIZIONI ERICKSON.
18. DEPRESSIONE POST-PARTUM: VALUTAZIONE CLINICA E MEDICO-LEGALE. GIORNALE ITALIANO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA, 33(1), 24-29.
19. ACETI, F., AVENI, F., BAGLIONI, V., CARLUCCIO, G., COLOSIMO, D., GIACCHETTI, N., ET AL. (2012). DEPRESSIONE PERINATALE E NEL POSTPARTUM: TRA ATTACCAMENTO E PERSONALITÀ.
20. AGOSTINI, F., MONTI, F., MARANO, G., & BAIAMONTE, C. (2004). INTERAZIONI MADRE DEPRESSA E BAMBINO A 9 MESI: DIFFERENZE DI GENERE. PSYCHOFENIA: RICERCA ED ANALISI PSICOLOGICA, (11), 89-104.
21. RIGHETTI-VELTEMA, M., BOUSQUET, A., & MANZANO, J. (2003). IMPACT OF POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMS ON MOTHER AND HER 18-MONTH-OLD INFANT. EUROPEAN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 12, 75-83.
22. RIGHETTI-VELTEMA, M., CONNE-PERRÉARD, E., BOUSQUET, A., & MANZANO, J. (2002). POSTPARTUM DEPRESSION AND MOTHER-INFANT RELATIONSHIP AT THREE MONTHS OLD. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 70, 291-306.
23. ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T., & STEWART, D. E. (2004). ANTENATAL RISK FACTORS FOR POSTPARTUM DEPRESSION: A SYNTHESIS OF RECENT LITERATURE. GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY, 26, 289-295.