UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

Sintomatologia post-traumatica da stress perinatale materna ed esiti sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino: il ruolo moderatore del supporto sociale

Maternal perinatal post-traumatic stress symptomatology and outcomes on child emotional and behavioral development: the moderating role of social support

Relatrice:
Prof.ssa Alessandra Simonelli
Correlatrice:
Prof.ssa Chiara Sacchi

Laureanda: Giulia Sorrentino
Matricola: 2089053

Anno Accademico 2024/2025

INTRODUZIONE……..……1

1. DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS PERINATALE E SUPPORTO SOCIALE…… 5

1.1 Definizione e prevalenza del Disturbo post-traumatico da stress perinatale...……5

1.2 Fattori di rischio perinatali: dalla gravidanza al post-partum……...……..7

1.2.1 Stress prenatale e storie di traumi precedenti……8

Determinanti psicosociali e ambientali……12

Correlati neurobiologici implicati nel Disturbo post-traumatico da stress…….14

1.2.2 Complicazioni mediche durante la gravidanza ed esperienze traumatiche del parto…….…16

Aborto spontaneo……...……..…….17

Morte fetale intrauterina (MFIU)…….18

Parto traumatico……...…….18

Cesareo d'urgenza……..……..…19

1.2.3 Fattori di rischio nel periodo post-partum……..…….19

1.3 Impatto del Disturbo post-traumatico da stress perinatale sulla salute mentale delle madri……...20

1.4 Effetti a breve termine sullo sviluppo del bambino/della bambina……...23

1.5 Effetti a lungo termine sullo sviluppo del bambino/della bambina……...…26

1.6 Strumenti di screening per le neo-madri con PTSD post-partum……..……28

1.7 Il ruolo del supporto sociale nella mitigazione del PTSD…….29

Sostegno del partner……..31

2. DISPONIBILITA' EMOTIVA MATERNA E SVILUPPO EMOTIVO E COMPORTAMENTALE DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA……..35

2.1 Transizione alla genitorialità e funzione genitoriale……..36

2.2.1 La regolazione affettiva nella relazione diadica……..……..39

2.2 Disponibilità emotiva materna e basi teoriche……..…41

2.2.1 Teoria dell'attaccamento di Bowlby……...43

2.2.2 Concetto di sensibilità materna di Ainsworth……45

2.2.3 Teoria delle emozioni di Emde……...47

2.2.4 Teorie sistemico-transazionali……...49

2.3 Il supporto sociale come fattore di protezione nella formazione del legame madre-bambino/a……51
2.4 Impatto del PTSD sulla sensibilità materna e sulla formazione del legame madre-bambino/a……...……...……53
2.4.1 Impatto del PTSD sulla capacità di caregiving……...……...56
2.5 Impatto della sensibilità emotiva e dell'ostilità materna sullo sviluppo emotivo e comportamentale dei bambini e delle bambine……57
2.5.1 Problematiche internalizzanti……..……..59
2.5.2 Problematiche esternalizzanti……..……60
3. IPOTESI E ARGOMENTI RICERCA……63
3.1 Presentazione dello studio longitudinale……...63
3.2 Ipotesi di ricerca e obiettivi……...……64
3.3 Metodo……...……...68
3.3.1 Reclutamento del campione……...……...68
3.3.2 Procedura…….…...…..68
3.3.3 Strumenti…….…...…...70
Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)……..70
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)……70
Emotional Availability Scales (EAS) ……71
Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1/5)……...……72
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)… ……...……..……...74
3.4 Analisi statistiche……...74
4. RISULTATI DELLA RICERCA……...77
4.1 Caratteristiche del campione……...…….……..77
4.1.2 Caratteristiche psicometriche delle variabili prese in esame……...78
4.2 Verifica delle ipotesi……...……...……....79
4.2.1 Analisi dei dati della prima ipotesi……79
4.2.2 Analisi dei dati della seconda ipotesi……80
4.2.3 Analisi dei dati della terza ipotesi……80
4.2.4 Analisi dei dati della quarta ipotesi……84
5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI……..89
5.1 Sintesi e discussione dei principali risultati……...……89

5.2 Punti di forza e limiti della ricerca……...……..98
5.3 Conclusioni e suggerimenti per le ricerche future……..99
BIBLIOGRAFIA…….103

INTRODUZIONE

È ormai rilevato in letteratura che il periodo perinatale costituisca una fase molto complessa nella vita di una donna, segnata da incisivi cambiamenti che quest'ultima affronta durante il processo di transizione alla genitorialità, la quale diviene una possibile finestra temporale caratterizzata da maggiore vulnerabilità per l'insorgenza di stress e disagi, quali appunto il Disturbo post-traumatico da stress perinatale. Numerosi studi hanno evidenziato come gli scambi bidirezionali che avvengono all'interno della diade madre-bambino/a rendano il neonato/la neonata particolarmente suscettibile all'umore materno. In letteratura, tra i principali fattori di rischio degli esiti negativi nello sviluppo infantile, emergono infatti la cattiva salute mentale della madre e bassi livelli di supporto sociale percepito. Esiste infatti un crescente corpus di ricerche che evidenziano come il PTSD perinatale possa interferire con la capacità della madre di regolare le proprie emozioni, portando a una minore sensibilità e a una maggiore distanza emotiva nella relazione con il bambino/la bambina. Al contempo, è comprovato che un adeguato supporto sociale possa costituire un importante fattore protettivo, capace di mitigare gli effetti negativi di tale sintomatologia sulla relazione madre–bambino/a e di favorire un ambiente familiare stimolante per il sano sviluppo infantile nei primi anni di vita.

Il presente lavoro di tesi si colloca all'interno del corpus di ricerche che esplorano la complessità delle relazioni esistenti tra sintomatologia post-traumatica perinatale materna, supporto sociale e disponibilità emotiva, e il loro impatto sullo sviluppo emotivo e comportamentale dei bambini/delle bambine a 18/24 e 36 mesi post-partum. L'obiettivo principale è stato quello di indagare come la sintomatologia post-traumatica, influenzata da variabili sociodemografiche e cliniche, interagisca con il supporto sociale percepito e la disponibilità emotiva materna, e come questi fattori possano contribuire a modulare lo sviluppo affettivo-comportamentale dei bambini e delle bambine.

Nel presente lavoro di tesi verrà esplorata, in primo luogo, la relazione tra sintomatologia post-traumatica durante la gravidanza e il supporto sociale percepito sei mesi dopo il parto. Successivamente, verrà analizzata l'associazione tra PTSD materno e la sensibilità e non ostilità materna nei primi due anni di vita del bambino/della bambina, e verrà chiarito come la disponibilità emotiva della madre possa influenzare a sua volta lo sviluppo emotivo e comportamentale della prole a 18/24 e 36 mesi. Inoltre, questo

elaborato si proporrà di indagare il ruolo del supporto sociale percepito a 6 mesi dopo il parto nel modulare la relazione tra sintomatologia post-traumatica materna e lo sviluppo del bambino/della bambina, al fine di comprendere se il supporto sociale possa attenuare gli effetti negativi del PTSD sulla relazione madre-bambino/a e favorire un sano sviluppo emotivo e comportamentale nei primi anni di vita del bambino/della bambina.

Il primo capitolo si proporrà di delineare l'incidenza, aspetti epidemiologici, sintomatologici ed eziopatologici del PTSD materno perinatale, con particolare focus sui fattori di rischio perinatali, evidenziandone l'impatto sulla salute mentale delle madri e gli effetti a breve e lungo termine sullo sviluppo del bambino/della bambina. In particolare, verrà approfondito il ruolo del supporto sociale come fattore di protezione per la salute mentale delle madri. Il secondo capitolo introdurrà inizialmente i concetti di genitorialità e funzione genitoriale, approfondendo in particolare il tema della disponibilità emotiva, ovvero la capacità di una diade di condividere una connessione emotiva e di godere di una relazione reciprocamente appagante e sana. A questo proposito, l'adozione dello strumento Emotional Availability Scales (EAS) consentirà di valutare la qualità delle interazioni tra madre e figlio/a. Delle sei dimensioni analizzate dalle scale verranno prese in considerazione in questa ricerca la sensibilità e la non ostilità materna. È chiaro che il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) nelle madri possa influenzare la capacità materna di regolare le emozioni, che a sua volta può influenzare le interazioni con i/le propri/e figli/e, esponendoli dunque a un rischio maggiore di sviluppare problematiche di tipo internalizzante ed esternalizzante, le quali verranno discusse nella seconda parte del capitolo. Per quanto concerne la valutazione dello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina, verranno presi in considerazione due importanti strumenti di valutazione ampiamente validati in letteratura, ovvero il Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1.5/5) e il Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ), che permettono di individuare, rispettivamente, di specifici problematiche relative alla sfera comportamentale ed emozionale di bambini e bambine di età compresa fra 1½ e 5 anni, e possibili indicatori precoci di rischio di problematiche internalizzanti ed esternalizzanti future.

Nel terzo capitolo verrà presentata la ricerca, parte di uno studio longitudinale svolto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, con un focus sugli obiettivi e ipotesi, il metodo adottato e il piano

di analisi. Successivamente, nel quarto capitolo, verranno illustrati i risultati ottenuti, i quali verranno successivamente discussi nel quinto capitolo. Quest'ultimo includerà inoltre una riflessione sui punti di forza e limiti dello studio, oltre a trarre le conclusioni del lavoro svolto e proporre suggerimenti per future ricerche.

1. DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS PERINATALE E SUPPORTO SOCIALE

1.1 Definizione e prevalenza del Disturbo post-traumatico da stress perinatale

Il *Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)* rappresenta una forma significativa di disagio psicologico che può emergere nel periodo perinatale (Howar & Khalifeh, 2020). Questo disturbo è riconosciuto dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) come un quadro clinico che si sviluppa in risposta a un'esperienza di trauma o all'esposizione diretta o indiretta a eventi traumatici, quali morte o minaccia di morte, lesioni gravi, o violenza sessuale, i quali comportano un pericolo per la vita e per l'integrità fisica. Il disturbo è caratterizzato dai seguenti cluster di sintomi, alla cui presenza si associa una compromissione più o meno estesa del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti della vita della persona:

- *intrusione*: rivivere l'evento traumatico attraverso incubi, pensieri intrusivi o flashback;
- *evitamento persistente* di situazioni, persone o pensieri associati all'evento traumatico;
- *alterazioni negative nei pensieri e negli stati emotivi* verso sé stessi o gli altri, che include sintomi come senso di colpa, vergogna, senso di distacco ed estraneità dagli altri o visioni pessimistiche del mondo;
- *alterazioni dell'arousal e della reattività*, come ipervigilanza, irritabilità, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e altre disregolazioni emotive.

Affinché possano essere soddisfatti i criteri per la diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress, è necessario che il paziente sia stato esposto direttamente o indirettamente all'evento traumatico, e che presenti la sintomatologia appartenente a ciascuna delle categorie previste, per un periodo pari o superiore a un mese (Barnhill, 2020). Nel DSM-IV, affinché fosse formulata una diagnosi, era fondamentale la considerazione della risposta soggettiva immediata al trauma, come paura, impotenza o orrore; tuttavia, nel passaggio all'attuale versione del Manuale, questa condizione è stata eliminata. Tale modifica è stata motivata dalla consapevolezza che molte persone possono sviluppare una psicopatologia dopo un'esperienza traumatica anche senza provare tali reazioni emotive (Friedman et al., 2011). Infatti, ai fini dello sviluppo di tale disturbo, è importante la percezione individuale dell'evento come potenzialmente in grado di mettere a rischio l'individuo, non la manifestazione emotiva dello stesso; grazie a questo passaggio è stato

possibile ampliare la cerchia di eventi che possano essere ritenuti stressanti, e di conseguenza è aumentato il numero delle persone incluse nella diagnosi di PTSD. Questo cambiamento nei criteri diagnostici nel passaggio dal DSM-IV al V è stato rilevante per quanto riguarda il PTSD perinatale e il successivo sviluppo del/la bambino/a anche per il fatto che consente di riconoscere che il trauma perinatale spesso non dipenda da reazioni emotive di particolare intensità, ma dalla percezione di rischio per sé o per il/la bambino/a. Infatti gli studi empirici confermano che le donne che sperimentano complicazioni ostetriche, emergenze mediche o un parto percepito come minaccioso possono sviluppare sintomi di PTSD anche in assenza di un'esperienza emotiva travolgente al momento dell'evento (Ayers et al., 2016). Questa prospettiva più inclusiva della diagnosi di PTSD permette comprendere le difficoltà psicologiche delle madri che vivono esperienze perinatali stressanti, sottolineando l'importanza di un adeguato supporto psicologico per prevenire conseguenze a lungo termine sulla salute materno-infantile.

Il DSM-V tuttavia non riserva etichette diagnostiche separate ai disturbi psichiatrici che emergono durante la gravidanza ed il periodo post-partum (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020); per quanto riguarda il caso specifico del PTSD post-partum, al fine di diagnosticare questa condizione si fa riferimento alla diagnosi generale del PTSD presente nel DSM-5, elencato con l'etichetta "*Disturbi legati a traumi e fattori di stress*". Generalmente viene definito come un disturbo che si sviluppa come conseguenza diretta di un parto difficile (vissuto soggettivo o oggettivo) o traumatico. Nonostante ciò, come già chiarito precedentemente, le donne possono soffrire di tale disturbo anche a seguito di un parto, dal punto di vista ostetrico, di successo, e avendo dato alla luce un bambino/una bambina sano/a (Liu et al., 2021).

In riferimento al nostro specifico caso di interesse, le donne possono sperimentare un PTSD nel periodo che precede la gravidanza o nel periodo *perinatale*. Con il termine ***Disturbo post-traumatico da stress perinatale (PPTSD)*** ci si riferisce a un quadro particolare di PTSD che si verifica durante il parto e solitamente nel post-partum nel contesto di un parto traumatico, e si ritiene che possegga caratteristiche peculiari e uniche, confrontato con gli altri quadri clinici di PTSD nella popolazione adulta non in attesa e inserita in contesti differenti (Vignato, 2017). Il PPTSD rimane un fenomeno poco studiato, con una definizione concettuale non del tutto chiara e una carenza di studi su

gruppi di popolazioni diversificate, rendendo necessaria ulteriore ricerca per migliorarne la comprensione (Grekin & O'Hara, 2014; Seng et al, 2011).

La durata e l'incidenza del Disturbo da stress post-traumatico durante la gravidanza e nel periodo post-partum varia ampiamente, e questa variabilità dipende da fattori come differenze nei campioni (es. clinici ad alto rischio vs comunità), metodi di misurazione e contesto culturale (Pringsheim et al., 2014). Il lavoro di meta-analisi di Yildiz e colleghi (2017) ha riportato tassi di prevalenza di sintomatologia riconducibile al PTSD del circa 3,3% nelle donne in gravidanza, mentre il 4% delle donne lo sperimenta nel periodo post-partum. I tassi di prevalenza sono più elevati nei campioni considerati ad alto rischio, ovvero per quelle donne che affrontano gravi complicazioni in gravidanza o durante il parto, con tassi del 15-18% (Grekin R & O'Hara, 2014). In particolare, includiamo nelle popolazione considerata a rischio le donne con storie psichiatriche, storie di traumi precedenti o altri fattori perinatali avversi come la preeclampsia, ovvero una complicazione durante la gravidanza che si caratterizza per la presenza di ipertensione e proteinuria (Grekin R & O'Hara, 2014). Rischi maggiori si osservano anche dopo un parto prematuro (Horsch et al., 2015a, u Chêne et al., 2015b), un taglio cesareo d'urgenza (Horsch et al., 2017) o in caso di morte perinatale (Horsch et al., 2015a, u Chêne et al., 2015). Il Disturbo post-traumatico da stress perinatale può avere un impatto negativo sulle gravidanze successive, aumentando il rischio di crescita fetale anomala, contrazioni o parto pretermine e iperemesi. In alcuni casi estremi, le neomadri possono scegliere di non avere altre gravidanze a causa di questo disturbo (Rogal et al., 2007).

Tuttavia, è probabile che la maggior parte degli studi sottostimi la reale prevalenza del disturbo, in quanto essi si concentrano prevalentemente su esperienze traumatiche legate al parto, non contemplando ulteriori forme possibili (Yildiz et al., 2017).

In conclusione, avendo definito il quadro clinico del Disturbo post-traumatico perinatale, è fondamentale, al fine di comprendere come quest'ultimo possa influenzare gli esiti dello sviluppo infantile, esaminare i principali fattori di rischio – prenatali, durante la gravidanza e nel post-partum – che ne favoriscono l'insorgenza e il mantenimento.

1.2 Fattori di rischio perinatali: dalla gravidanza al post-partum

Sono diversi i fattori che aumentano la suscettibilità delle donne allo sviluppo del Disturbo post-traumatico da stress perinatale. I fattori di rischio che possono concorrere

alla comparsa di quest'ultimo possono essere idealmente suddivisi nelle seguenti tre categorie (El Founti Khsim et al, 2022; Jenkins et al., 2024):

- *variabili in gravidanza*, che includono caratteristiche individuali, l'esperienza di vita e gli aspetti psicologici e sociali che precedono il parto. Si ritiene che questi fattori possano svolgere un ruolo importante nell'elaborazione emotiva dell'esperienza della gravidanza e del parto, e del conseguente impatto psicologico;
- *variabili intra-partum*: il momento del parto ed il travaglio rappresentano il momento più delicato e decisivo dell'intero processo riproduttivo, dal momento che coincidono con la nascita di una nuova vita, sia per il fatto che, da un punto di vista somatico, rappresentano un'esperienza fisicamente intensa e potenzialmente dolorosa per la madre. È dunque probabile che qualsiasi difficoltà vissuta durante questa fase, e qualsiasi evento accada in questa circostanza (complicazioni mediche, mancanza di supporto ecc), possa avere ripercussioni nel periodo post-natale, aumentando il rischio in termini di possibile sviluppo di una sindrome (Slade et al., 2022);
- *variabili post-partum:* rappresentando il post-partum una fase particolare della vita della donna, che racchiude aspetti emotivi e psicologici specifici che si sviluppano dal momento della nascita del bambino/della bambina, sono cruciali le sfide di adattamento al ruolo materno e la gestione di un/a neonato/a (che possono rappresentare una novità nel caso delle donne primipare, o situazioni già sperimentate nel caso delle donne pluripare), la qualità del supporto sociale e la qualità della relazione con il partner (Wang et al, 2021; Milgrom et al, 2019).

1.2.1 Stress prenatale e storie di traumi precedenti

Nonostante la gravidanza rappresenti una condizione di particolare vulnerabilità per lo sviluppo del disturbo, e nonostante quest'ultimo sia associato a esiti negativi della nascita o del periodo postnatale (Cook et al., 2018), gli studi relativi ai sintomi post-traumatici durante la fase prenatale sono meno numerosi rispetto a quelli inerenti al disturbo nel periodo postnatale, in particolare in relazione a eventi traumatici correlati alla nascita o al parto.

Vi è un disaccordo nella letteratura riguardo la riduzione vs. incremento dei sintomi di un pregresso PTSD con l'arrivo della gravidanza: alcuni ricercatori affermano che quest'ultima, in qualche modo, riesca a lenire la sintomatologia post-traumatica (Smith

et al., 2006). Di contro, gli studi di Onoye e colleghi (2013) hanno documentato che i sintomi del PTSD possano aumentare alcune settimane prima della nascita, fattore che può essere correlato al parto imminente. O ancora, alcune evidenze mostrano come un PTSD pregresso, derivante da esperienze di abuso sessuale infantile (Lev-Wiesel et al., 2009) possa rappresentare un importante fattore significativo nel mantenimento del disturbo durante la gravidanza. Inoltre, studi hanno esaminato le associazioni tra esperienze traumatiche infantili, esperienze dissociative e PTSD, indicando che i punteggi di dissociazione e Disturbo post-traumatico fossero più alti tra i soggetti con storie di abusi sessuali infantili (Hulette et al., 2008; Van Den Bosch et al., 2003). Anche Goutaudier e colleghi (2018) suggeriscono che la presenza di sintomatologia post-traumatica durante la gravidanza sia predittiva della sua persistenza nel periodo postnatale, evidenziando un possibile continuum tra reazioni pretraumatiche e post-traumatiche. Coerentemente con ciò, la letteratura più generale sul trauma indica che le reazioni di stress pretraumatico possano giocare un ruolo determinante nell'eziologia del disturbo; in particolare, l'intensità della paura del parto, o *tocofobia*, paura del dolore legato a quest'ultimo, e l'intensità di sintomi depressivi e ansiosi misurati in gravidanza, così come il supporto sociale amicale percepito, predicono significativamente l'intensità dei sintomi di stress pretraumatico (Goutaudier et al., 2018). Anche gli articoli pubblicati da Ayers e colleghi (2016) e Grekin e collaboratori (2021) esprimono questa ambivalenza nella letteratura scientifica riguardo al legame diretto tra sintomi prenatali di PTSD, FOC (paura del parto) e PTSD post-partum. La tocofobia assume livelli di severità intensi nelle donne, specialmente nelle primipare; rappresenta però un rischio maggiore di PTSD per le donne pluripare che hanno avuto precedenti esperienze traumatiche legate a parto, travaglio, nascita di un/a bambino/a in gravi condizioni di salute (Hofberg & Brockington, 2018).

Per le donne che non hanno mai avuto un'esperienza di parto personale, questo è noto come tocofobia primaria, e si sperimenta dunque in assenza di esperienza diretta (Hofberg & Brockington, 2018), mentre per altre le future scelte riproduttive possono essere influenzate da un elevato livello di paura, con conseguente ritardo o rifiuto della gravidanza (McKenzie-McHarg et al., 2015). Altre donne possono sviluppare una paura del parto e PTSD gravidico a causa di esperienze traumatiche di parto precedenti, come la morte intrauterina (Chung & Reed, 2017; Roseingrave et al., 2022). Inoltre, il PTSD

preesistente può peggiorare durante la gravidanza a causa della paura del parto, traumi non risolti o esami fisici intimi che scatenano ricordi traumatici per chi ha una storia di abuso (Shlomi Polachek et al., 2016). Le donne che sperimentano un aumento dei sintomi durante la gravidanza potrebbero affrontare implicazioni più gravi per loro stesse e per il/la bambino/a (Muzik et al., 2016).

Per le donne che hanno sviluppato, durante la loro storia di vita, un quadro clinico di PTSD o che hanno sperimentato pregresse di esperienze traumatiche, cambiamenti psicologici e psicosociali caratteristici della transizione alla maternità, potrebbero agire da trigger per l'insorgenza, o per la ri-emergenza, di sintomi post-traumatici durante la gravidanza (Sanjuan et al., 2021; Seng et al., 2011). In particolare, ciò potrebbe essere evidente nel caso di visite ginecologiche o controlli al seno in donne che hanno subito violenza sessuale o fisica e che hanno ricevuto una precedente diagnosi di PTSD. Per l'appunto, studi qualitativi suggeriscono che il parto possa innescare ricordi di traumi sessuali e possa provocare paura e risposte dissociative nelle donne con una storia di aggressione sessuale (Halvorsen et al., 2013).

Altre condizioni di traumi precedenti alla presenza di diagnosi di PTSD nella storia personale della neomamma, come il maltrattamento infantile, condizioni socioeconomiche a rischio (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020) e la violenza inflitta dal partner, sono considerati possibili fattori di rischio per l'insorgenza del disturbo stesso im epoca prenatale, interferendo con la capacità della donna di affrontare la gravidanza e il parto in modo sano e protettivo (Condon et al, 2019).

Il termine ACE (Adverse Childhood Experiences) è stato introdotto da Felitti e colleghi nel 1998 per descrivere le esperienze infantili traumatiche che si verificano nei primi anni di vita e che possono avere un impatto significativo sullo sviluppo cerebrale e sulla salute mentale a lungo termine (Thurston et al., 2023). Queste esperienze includono abusi fisici, emotivi e sessuali, trascuratezza, esposizione alla violenza domestica, instabilità familiare e altri fattori di stress cronico come bullismo e violenza comunitaria (Burke et al., 2011; Mittendorfer-Rutz et al., 2012). Recenti revisioni sistematiche (Kalmakis & Chandler, 2015; Sahle et al., 2022) hanno evidenziato la correlazione tra ACE e problemi di salute mentale a lungo termine, tra cui PTSD (Swopes et al., 2013), abuso di sostanze e comportamenti sessuali a rischio. Tuttavia, l'impatto delle ACE varia in base alla tipologia degli eventi, con alcuni modelli esperienziali che generano effetti sinergici sulla salute

(Scott-Storey, 2011). Alcuni studi suggeriscono che la gravità delle esperienze traumatiche influisca più del numero totale di eventi subiti, supportando un approccio incentrato sulla persona nella valutazione dei rischi per la salute mentale (Schilling et al., 2008). Le conseguenze delle ACE si estendono anche in relazione all'aumento del rischio di gravidanze indesiderate (Soldati et al., 2025), parto prematuro (Christiaens et al., 2015; Leeners et al., 2014), comportamenti a rischio in gravidanza (Chung et al., 2017) e morte fetale (Hillis et al., 2004). Inoltre, le esperienze infantili avverse compromettono la capacità di esprimere un comportamento genitoriale sano, perpetuando la trasmissione intergenerazionale delle conseguenze negative (Holman et al., 2016; Hughes et al., 2017). L'abuso e la negligenza infantile influenzano negativamente il sistema immunitario e neuroormonale, alterando i meccanismi di risposta allo stress e le dinamiche socio-affiliative (Danese & Lewis, 2017; Heim et al., 2010; Pervanidou et al., 2007). Questi effetti spiegano la correlazione tra ACE e una vasta gamma di comorbilità in età adulta, che compromettono sia la salute fisica che le capacità decisionali e sociali in situazioni di stress (Chambers & Wallingford, 2017). Le ricerche evidenziano anche gli effetti intergenerazionali delle avversità infantili, che possono determinare cambiamenti epigenetici in grado di influenzare la salute e lo sviluppo delle generazioni successive (Racine et al., 2018; Galler & Rabinowitz, 2014). In particolare, le vittime di abusi sessuali infantili riferiscono una maggiore esposizione a traumi e livelli più elevati di sintomi di salute mentale nel corso della vita (Banyard et al., 2005).

Per quanto riguarda il maltrattamento infantile, i tassi di prevalenza variano dall'11% al 35% nei campioni della comunità (Gilbert et al, 2015), mentre nelle madri considerate ad alto rischio, ad esempio nelle mamme adolescenti o a basso reddito, le stime variano dal 47% all'80% (Smith et al, 2014). Il maltrattamento infantile correlato al PTSD perinatale è noto per essere particolarmente dannoso per gli esiti della nascita e lo sviluppo del bambino/della bambina, aumentando il rischio di basso peso alla nascita e gestazione più breve (Seng et al., 2011), di difficoltà di allattamento al seno e compromissione del legame (Muzik et al., 2016).

Secondo la letteratura esplorata, altre variabili di natura stressante potrebbero riguardare precedenti disturbi psichiatrici (storia di depressione, di ansia di tratto ed in particolare di PTSD), (Onoye et al., 2013) una storia di trauma sessuale (Verreault et al., 2012) di aborto spontaneo, una gravidanza a rischio o una gravidanza non pianificata, ed infine problemi

di salute durante la gravidanza (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020; Handelzalts et al., 2024).

Determinanti psicosociali e ambientali

Le difficoltà economiche rappresentano un importante fattore di rischio per lo sviluppo del PTSD perinatale, aumentando lo stress psicologico legato alla gravidanza e limitando l'accesso alle cure mediche adeguate, soprattutto per il supporto psicologico (Daalderop et al., 2023). Lo studio condotto da Daalderop e colleghi (ibid.) chiarisce infatti come, seppur complesse, esistano delle associazioni tra SES (Status Socio Economico), disagio psicologico e salute materna perinatale. Quest'ultimo evidenzia come le donne con basso reddito mostrino una maggiore propensione alla sintomatologia post-traumatica da stress e al parto pretermine in modo 2,5 volte superiore rispetto alle donne con SES medio-alto. Inoltre, le madri con difficoltà economiche hanno una maggiore probabilità di fumare in gravidanza, fattore che, unito al basso peso materno, aumenta il rischio di nascita pretermine e di mortalità infantile (Wilding et al., 2019). Altri studi hanno evidenziato ulteriori associazioni tra basso status socioeconomico e accesso tardivo e limitato all'assistenza prenatale (ISS, 2018), maggiore uso di droghe e alcool (Huizink et al., 2006) ed esposizione alla violenza domestica (Janssen et al., 2003). La metanalisi condotta da Thomson e colleghi (2021) su 17.130.631 nascite nel Regno Unito e in Irlanda ha rilevato che un'occupazione o una classe sociale inferiore è associata a un aumento del 40% del rischio di nati morti, mortalità neonatale, mortalità perinatale, parto pretermine e basso peso alla nascita (LBW). Le donne, in particolare le madri single, presentano un più elevato divario tra reddito e standard di vita adeguati, e hanno più probabilità di vivere in famiglie con insicurezza alimentare (O'Connell et al., 2019), altro indicatore della povertà. Inoltre, la disoccupazione e altri fattori socioeconomici individuali, come basso livello di istruzione, condizioni abitative precarie e il reddito insufficiente sono correlati a esiti avversi della gravidanza (Morales-Suárez-Varela et al, 2011; Varela et al., 2009). Un modello empirico sviluppato per analizzare l'influenza dello status socioeconomico sul disagio materno suggerisce che il reddito influisca sia direttamente che indirettamente sul benessere della donna, mediato dal sostegno sociale e dall'assistenza in gravidanza (Mahmoodi et al., 2017).

La letteratura si è posta inoltre l'obiettivo di esplorare i legami esistenti tra profili di personalità delle donne gravide e l'insorgenza di PTSD perinatale, evidenziando correlazioni positive con l'ansia di tratto misurata prima del parto, scarse capacità di coping e basso locus of control interno (Soet et al., 2003). Ayers e colleghi (2016) hanno messo in evidenza l'importanza di pregresse storie psicopatologiche, primiparità o condizione di madre single, tutti fattori legati a un rischio maggiore di PTSD perinatale.
Un altro aspetto degno di nota riguarda la violenza da parte del partner intimo (IPV), la quale ha implicazioni dirette sulla madre, dove il feto può rappresentare un bersaglio diretto di aggressione, o subirne le conseguenze indirettamente a causa dello stato psicologico di terrore sperimentato dalla madre (Holden, 2003). Sebbene la letteratura sulla correlazione tra gravidanza e IPV risulti relativamente recente, il fenomeno è ampiamente diffuso, indipendentemente da fattori quali cultura di appartenenza, etnia e contesto sociale (Salerno, 2015). Gli studi sottolineano l'urgenza di interventi preventivi, dal momento che la maggiore percentuale di casi di violenza domestica si riscontra in donne che hanno subito violenza in precedenza e sono maggiormente a rischio di subirne un'escalation di intensità e frequenza durante la gestazione (Martin et al., 2004). Diversi autori hanno analizzato la gravità del fenomeno in vari Paesi (Ludermir et al., 2010; Martin et al., 2006), e studi condotti negli Stati Uniti riportano che la percentuale di donne vittime di violenza in gravidanza raggiunga il 50% (Hellmut et al., 2013). In particolare, le donne con basso livello socioeconomico, appartenenti a minoranze etniche, sotto i 30 anni e con relazioni instabili risultano particolarmente vulnerabili (Amann Gainotti & Schiavulli, 2008). Inoltre, fattori come precedenti maltrattamenti, giovane età del partner, dipendenza da alcol o sostanze, isolamento sociale e stress cronico accrescono il rischio di violenza domestica (Bailey & Daugherty, 2007). È fondamentale cogliere la distinzione tra le diverse forme di violenza domestica (fisica, psicologica e sessuale) poiché ciascuna ha conseguenze specifiche sulla salute materna e fetale (Bailey & Daugherty, 2007). I maltrattamenti subiti in gravidanza possono causare traumi fisici come ematomi, fratture e lesioni addominali, oltre a complicanze ostetriche e conseguenze psicologiche quali depressione, ansia e disturbi post-traumatici (Rachana et al., 2022; Faramarzi et al., 2005). Questi dati evidenziano la necessità di strategie di prevenzione e supporto per proteggere le donne in gravidanza dall'IPV e mitigarne gli effetti dannosi sulla salute materno-fetale.

Infine, la pandemia di COVID-19 ha rappresentato un fattore di stress unico a livello globale, determinando un aumento del Disturbo da stress post-traumatico tra le donne in gravidanza (Hébert et al., 2022) a causa dell'aggravamento di fattori psicosociali preesisenti e già noti, quali tensioni relazionali, livelli aumentati di violenza da parte del partner, cambiamenti nell'assistenza prenatale e nelle esperienze di parto (Groulx et al, 2021; Liu et al., 2022), difficoltà finanziarie, disoccupazione, sfratto e insicurezza alimentare (Caparros-Gonzalez & Alderdice, 2020; Choi et al., 2020). Le revisioni sistematiche e le meta-analisi recenti suggeriscono che l'infezione prenatale da COVID-19 aumenti i casi di parto pretermine (<37 settimane) (Khalil et al., 2020), parto cesareo (Di Mascio et al., 2020) e ricovero in terapia intensiva materna (TIN), particolarmente rilevante per le donne di età avanzata e con comorbilità mediche preesistenti (Allotey et al., 2020). Inoltre, come verrà descritto nel secondo capitolo, le iniziative di sanità pubblica e linee guida sul distanziamento sociale hanno ridotto l'accesso alle relazioni sociali e al concreto supporto alloparentale per le donne pluripare in gravidanza, il quale impatto negativo ha riguardato richieste simultanee di assistenza all'infanzia, istruzione parentale e lavoro da remoto (Choi et al., 2020).

Correlati neurobiologici implicati nel Disturbo post-traumatico da stress

La ricerca sul PTSD ha rivelato cambiamenti neuroendocrini fisiologicamente occorrenti in epoca prenatale, come l'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio (HPO), che potrebbero incrementare la frequenza e l'intensità delle emozioni legate a memorie traumatiche (Liberzon & Abelson, 2016). A tal proposito, nello studio di Amstadter e colleghi (2011) viene esaminato il ruolo del gene del recettore 1 del corticotropin-releasing hormone (CRHR1) nello sviluppo del PTSD; è ormai ampiamente riconosciuto il ruolo del cortisolo nella risposta alla stress.

L'idea di trasmissione intergenerazionale del rischio suggerisce che la prole di donne con storie di maltrattamento infantile possa essere a maggior rischio di successive sfide di salute mentale e fisica (Buss et al., 2017). Nello specifico, i processi endocrini e immunitari, che svolgono un ruolo essenziale nello sviluppo fetale, possono essere interrotti, spiegando in parte la trasmissione del rischio dalla storia materna a esiti neuroevolutivi negativi tra i/le bambini/e (Moog et al., 2018) Ad esempio, Moog e colleghi (ibid.) hanno scoperto che neonati/e di donne con una storia di maltrattamento

infantile presentavano dimensioni del cervello e volume di materia grigia più piccoli alla nascita rispetto a bambini/e di madri senza tale storia. Il PTSD è associato a cambiamenti strutturali e funzionali nel cervello, i quali coinvolgono amigdala, corteccia prefrontale mediale (mPFC) e ippocampo (Martin et al., 2009; Shin et al., 2006). L'amigdala, responsabile della risposta alla paura, mostra iperattivazione nei pazienti con PTSD (Francati et al., 2007), mentre si trova una ipoattivazione della mPFC, coinvolta nella regolazione delle emozioni, il che porta a una riduzione della regolazione emozionale (Shin et al., 2006; Nicholson et al., 2017). L'ippocampo, che svolge un ruolo cruciale per la memoria e l'apprendimento, presenta un volume ridotto e funzionalità compromessa, legati a memoria alterata e flashback (Liberzon & Abelson, 2016). Altre regioni cerebrali risultano coinvolte nel Disturbo post-traumatico da stress: in particolare, osserviamo un'iperattivazione dell'insula, responsabile dell'elaborazione delle emozioni negative, (King et al., 2009), una disattivazione dell'area di Broca, la quale potrebbe spiegare la difficoltà delle pazienti di descrivere il trauma (Hull, 2002), talamo e corteccia retrospleniale (Doruyter et al., 2014). La corteccia retrospleniale risulta invece implicata nei sintomi intrusivi del PTSD (Sartory et al., 2013), mentre la disattivazione del talamo influisce sull'integrazione somatosensoriale e della memoria (Bergmann, 2008). Inoltre il cervelletto, coinvolto nel controllo motorio e nelle funzioni cognitive superiori, mostra funzionamento alterato e volume ridotto nei pazienti con PTSD, associato a gran parte della sintomatologia espressa e alle prime esperienze traumatiche (Chalavi et al., 2015).

Le esperienze infantili avverse, come abuso e maltrattamento, possono alterare i circuiti cerebrali coinvolti nella regolazione dello stress, tra cui l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, e influenzare la connettività tra il sistema limbico e la corteccia prefrontale mediale (Thomason et al., 2017). Tali esperienze aumentano il rischio di patologie in età adulta, come malattie cardiovascolari, metaboliche e infiammatorie (Su et al., 2015; Porti et al., 2019) Questo è particolarmente rilevante nel periodo perinatale, poiché stressor sia recenti che passati possono incidere sulla gravidanza, aumentando il rischio di ipertensione, alterazioni del flusso sanguigno uterino, parto pretermine e basso peso alla nascita (Yonkers et al., 2014; Christiaens et al., 2015).

Oltre ai fattori sociali e psicologici, le risposte biologiche allo stress e le predisposizioni genetiche giocano un ruolo cruciale nell'insorgenza e mantenimento del PTSD perinatale. Come accennato in precedenza, anche la trasmissione intergenerazionale del trauma ha

spazio in questo contesto: donne con predisposizione familiare a psicopatologia hanno una maggiore probabilità di sviluppare un PTSD durante la gravidanza (Howard & Khalifeh., 2020). La ricerca dei primi anni 2000 ha evidenziato come l'ambiente prenatale possa influenzare i successivi processi di regolazione infantile, lo sviluppo cognitivo e motorio, attraverso una "ri-programmazione" del feto (Barker, 2002). Questo si traduce in un temperamento più timoroso e inibito nel primo anno di vita, problemi emozionali e comportamentali in età prescolare, maggiore impulsività e problemi esternalizzanti nell'adolescenza (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Barker (1995) ha introdotto il concetto di "*Fetal programming hypothesis*" per descrivere come le condizioni dell'ambiente intrauterino possano causare alterazioni sullo sviluppo fenotipico del feto. Alcuni ricercatori hanno evidenziato come l'ambiente prenatale possa influire con conseguenze a medio-lungo termine sul metabolismo e sul sistema cardiovascolare, con ripercussioni che persistono fino all'età adulta (Gluckman & Hanson, 2005). Inoltre, lo studio di Bayri Bingol e Demirgoz Bal (2020), ha evidenziato come l'assunzione di farmaci psichiatrici prima della gravidanza fosse associata a punteggi PTSD più alti.
Anche l'insonnia prenatale rappresenta una variabile di rischio biologico per lo sviluppo di un Disturbo post-traumatico da stress, con effetti trasversali su più dimensioni (biologiche, psicologiche e sociali); è probabile l'ipotesi per la quale l'insonnia riscontrata nel terzo mese di gravidanza in circa il 40% delle donne contribuisca all'aggravamento o al mantenimento dei sintomi del PTSD (Biggs et al., 2020), a prescindere da altri sintomi psicologici, come depressione, ansia e PTSD (Wang et al., 2021).

1.2.2 Complicazioni mediche durante la gravidanza ed esperienze traumatiche del parto

Nonostante la presenza del disturbo rappresenti una condizione preoccupante in qualsiasi momento di incidenza, la comparsa di sintomi post-traumatici durante la gravidanza rappresenta una sfida particolarmente delicata. Questa condizione non solo desta preoccupazione in qualsiasi fase della vita, ma durante la gestazione aumenta il rischio di complicazioni ostetriche e può influire negativamente sulla salute fisica e psico-biologica del feto al momento della nascita (Garthus-Niegel et al, 2017). Le gravidanze complicate

da problematiche mediche aumentano il rischio di PTSD postnatale (Shlomi Polachek et al., 2016).

Tra le covariate esaminate in questo elaborato di tesi figurano gli aborti precedenti e le complicazioni durante la gravidanza; secondo i Centers for Disease Control and Prevention (2023) le complicazioni più gravi comprendono aborto spontaneo, parto prematuro, parto morto, basso peso alla nascita, difetti congeniti e morbilità o morte materna e infantile. Le donne con una storia di complicazioni della gravidanza, tra cui una precedente perdita dovuta ad aborto spontaneo o morte intrauterina, sono sottorappresentate nella ricerca clinica. Lo sviluppo di PTSD in relazione a un evento solitamente previsto e/o programmato, come il parto, offre la possibilità per il personale sanitario di identificare precocemente le donne con un potenziale rischio di andarvi incontro e di fornire gli opportuni interventi.

Aborto spontaneo

Negli Stati Uniti, i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definiscono l'aborto spontaneo come la perdita spontanea e involontaria di un feto prima delle 20 settimane di gestazione, che si verifica in una stima del 10%-20% delle gravidanze note. Il CDC riconosce 3 categorie di aborti: *precoci* (20-27 settimane), *tardivi* (28-36 settimane) e *a termine* (dopo le 36 settimane). La gravità del PTSD nelle perdite del feto risulta maggiore al terzo trimestre, (Turton et al., 2001), e sembra essere analogo anche per quanto riguarda i padri. La letteratura scientifica ha messo in evidenza come le donne che hanno subito aborti spontanei nelle gravidanze precedenti o gravidanze extrauterine sono a rischio di sviluppare disturbo da stress post-traumatico durante la gravidanza in atto (Farren et al., 2016). Infatti, una revisione sistematica di San Lazaro Campillo e colleghi (2017) ha evidenziato il rischio potenziale, per le donne che hanno avuto un aborto spontaneo, di stress materno durante la loro successiva gravidanza, il quale è associato a esiti avversi correlati alla gravidanza. Un ulteriore studio ha rilevato che un mese dopo la perdita della gravidanza, il 29% delle donne ha riportato sintomi di PTSD, il 24% ha sofferto di ansia da moderata a grave e l'11% ha riportato depressione da moderata a grave (Farren et al., 2016).

Morte fetale intrauterina (MFIU)

Per le donne pluripare che hanno già vissuto questa condizione in precedenza, una complicazione in gravidanza che potrebbe contribuire allo sviluppo del PTSD è la morte fetale intrauterina (Muzik et al., 2016), ovvero uno degli esiti ostetrici avversi più comuni e un'esperienza traumatica per i genitori e soprattutto per la madre, nonostante fosse, fino a pochi anni fa, una tematica ampiamente ignorata. Ad aggravare il dolore della perdita, si unisce il fatto che il rischio di parto di un feto morto nelle gravidanze successive è 5 maggiore nelle donne che sperimentano un parto morto nella prima gravidanza, con fattori come distacco della placenta, preeclampsia e diabete mellito gestazionale (Lamont et al., 2015). Le donne che sperimentano questo trauma hanno maggiori probabilità di provare ansia e depressione durante le gravidanze successive (Armstrong et al., 2009) e sono propense a cercare maggiore supporto prenatale dai servizi di maternità (Lee et al., 2013). Queste donne mostrano principalmente sintomi riferiti alla risperimentazione del trauma, come flashback dissociativi persistenti e ricordi intrusivi del parto.

Parto traumatico

Il parto traumatico può includere da un lato le nascite fisicamente traumatiche, sia a termine che pretermine, che includono l'uso di forpice, complicazioni anestetiche, rimozione manuale della placenta, gravi lacerazioni ed emorragie post-partum, dissociazione durante il travaglio e dolore eccessivo durante il travaglio (Verreault et al., 2012), che portano a un senso di perdita di controllo e assenza di supporto percepito, in particolare da parte del padre del nascituro e del personale sanitario, (Halperin et al., 2015), e d'altro lato, nascite percepite e vissute come traumatiche, anche se ostetricamente semplici (Taylor Miller et al., 2021). Circa il 30% di tutte le donne che partoriscono, a seconda della propria percezione soggettiva, descrivono la propria esperienza di parto come traumatica (Horsch et al., 2024; De Schepper et al., 2016), ma solo tra il 2,8 e il 5,6% di queste donne rientra nei criteri diagnostici per lo sviluppo del disturbo a sei settimane dal parto. Molti di questi sintomi tendono a diminuire naturalmente con il tempo, con una netta riduzione a sei mesi dal parto (Ayers & Pickering, 2001), mentre altre donne, pur riconoscendo come traumatica l'esperienza del parto, non sembrano mostrare forme di sofferenza psichica, oppure possono riportare alcuni dei sintomi post-traumatici (come pensieri intrusivi, comportamenti di evitamento,

irritabilità generalizzata) che, tuttavia, non soddisfano i criteri per una diagnosi di PPTSD (Ayers, 2004).

Dunque, a seguito di un parto traumatico, può verificarsi un PTSD, specialmente nei casi in cui la madre percepisca un rischio tangibile di morte o di grave danno per sé stessa o per il nascituro (Halvorsen et al., 2013). Il PTSD da parto potrebbe in questo senso rappresentare un sottotipo del disturbo più generale (Horesh et al., 2021), poiché il contesto all'interno del quale si sviluppa è socialmente percepito come positivo, presentando caratteristiche cliniche, biologiche e fenomenologiche distinte per le donne e per l'impatto che arreca all'intera famiglia. Citando lo studio di Devita e colleghi (2024) sono quattro i principali fattori correlati ai sintomi del PTSD legato al parto: sintomi di ansia, depressione, esperienza di stress durante il parto e gravità medica alla nascita.

Cesareo d'urgenza

L'esperienza di un taglio cesareo d'urgenza e non programmato rappresenta, più di altre modalità di parto, un fattore di rischio per l'emergenza di sintomi post-traumatici post-natali; in particolare, le donne hanno dichiarato bassa autostima e depressione (Creedy et al., 2001) e di percepire in misura minore il controllo della situazione e il supporto da parte del personale ostetrico, rispetto alle donne che, sottoposte allo stesso intervento, non presentano una sintomatologia post-traumatica successiva alla nascita. L'allattamento al seno a seguito di questa esperienza traumatica si è dimostrato essere un fattore protettivo per l'insorgenza del disturbo, dal momento che è stata riportata una percezione del dolore ridotta e un calo significativo dei livelli di ansia, con conseguente aumento della stabilità della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna (Philips, 2013).

1.2.3 Fattori di rischio nel periodo post-partum

La ricerca in merito al PTSD nel periodo postnatale, sebbene sia ben più ampia rispetto a quella relativa al periodo prenatale, è spesso caratterizzata da una fusione di *depressione postpartum* e PPTSD (Grekin & O'Hara, 2014). Infatti, Czarnocka e Slade (2000) evidenziano che nel periodo post-partum si tenda a concentrarsi prevalentemente sui vissuti depressivi materni, con una seguente sottovalutazione di possibili traumi psicologici. Questo è dovuto a una maggiore conoscenza della depressione, grazie anche alla validazione di strumenti diagnostici come l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression*

Scale; Cox e colleghi, 1987; validazione italiana di Benvenuti e colleghi, 1999), nonché alla maggiore prevalenza di diagnosi cliniche. Conseguentemente, circa il 25% delle donne che manifestano una sintomatologia post-traumatica da stress non viene identificata dai servizi sanitari, in quanto le donne in esame non mostrano evidenti segni di depressione. Nello specifico, uno studio condotto da Cirino e Knapp (2019) ha individuato 4 tipologie differenti di fattori di rischio post-traumatici postnatali:

- *ostetrici*, i quali riguardano gravi condizioni patologiche materne (come emorragie postnatali e iperemesi gravidica), essere ricoverate in unità di terapia intensiva neonatale e materna (TIN), l'aver messo al mondo bambini/e con anomalie o difficoltà (es basso punteggio APGAR al momento del parto e bambini/e il cui peso alla nascita è inferiore a 1Kg), problemi con l'allattamento al seno (Gankanda et al., 2021). Pierrehumbert e colleghi (2003) evidenziano l'impatto traumatico della prematurità sulla salute mentale delle madri, chiarendo come tra il 26% e il 41% delle madri sperimenti una sintomatologia post-traumatica perinatale, che tende a persistere per tutto il primo semestre di vita del neonato/della neonata;
- *sociali*, quali il basso supporto sociale perinatale, compreso al momento del parto, ma soprattutto un'esperienza negativa per quanto concerne la mancata privacy personale e atteggiamenti irrispettosi del team medico (Bayri Bingol & Demirgoz Bal, 2020);
- *psichiatrici,* come casi di disturbi pregressi o concomitanti alla gravidanza, quali depressione, stress e scarsa capacità di adattamento (Heyne et al., 2022), esperienze di vita traumatiche e fobia del parto (FOC);
- *distress soggettivo del parto,* che riguarda la percezione del dolore fisico, dissociazione perinatale, paura incessante di aver recato un danno al/la proprio/a figlio/a, soprattutto nei casi dei cesarei d'urgenza, e sensazione di perdita del controllo. La letteratura ostetrica chiarisce come le madri percepiscano un parto come traumatico soprattutto nel caso in cui non siano opportunatamente supportate (Vesel & Nickasch, 2015) e laddove non vi sia una buona comunicazione con gli operatori ospedalieri (Vignato et al., 2017).

1.3 Impatto del Disturbo post-traumatico da stress perinatale sulla salute mentale delle madri

La salute mentale materna varia considerevolmente a seconda che gli eventi stressanti che riguardano l'insorgenza del disturbo si siano verificati prima, durante la gravidanza, o

successivamente, con il post-partum. La precoce individuazione dei fattori di vulnerabilità individuale e dei sintomi post-traumatici dovrebbe infatti rappresentare una priorità, al fine di sostenere le competenze genitoriali e ridurre la sofferenza psichica.

È noto come il cervello materno subisca delle modificazioni che lo rendono più suscettibile alla risposta alla stress; dal punto di vista dei meccanismi fisiologici che collegano il PPTSD alla gravidanza, possiamo individuare due principali alterazioni:

- l'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio (HPO), che regola gli ormoni sessuali, aumentando i livelli di progesterone ed estrogeno, e sembra avere effetti cruciali sull'umore, sulla cognizione della madre e sullo sviluppo del feto (Seng et al., 2005);
- l'asse ipotalamo-ipofisi surrene (HPA), il quale aumenta i livelli dell'ormone corticotropina, ricoprendo un ruolo cruciale nella gestione dello stress, influenzando sonno, memoria e umore materno. L'esposizione prolungata della madre al cortisolo contribuisce infatti all'insorgenza di sintomatologia ansiosa e depressiva e a ritardi nello sviluppo del cervello fetale (Leight et al., 2010).

Come accennato in precedenza, la letteratura evidenzia l'alta comorbidità tra Disturbo post-traumatico da stress perinatale e sindrome depressiva (Dekel et al., 2020), sebbene si tratti di due disturbi distinti che presentano caratteristiche comuni, quali senso di estraniamento dagli altri, difficoltà di concentrazione e nel sonno, ristretta gamma di affetti e sentimenti e marcato disinteresse per le attività (Ballard et al., 1995; Reynolds, 1997). Le donne che soffrono di PTSD post-partum hanno ripercussioni su molti aspetti della loro vita quotidiana, soprattutto nei casi di comorbidità con depressione maggiore, associati a difficoltà nella cura dei bambini/delle bambine e nel legame, apprensione nei rapporti sessuali e verso gravidanze future; inoltre, il loro rischio di suicidio è significativamente aumentato (Lopez et al., 2017). Per questo motivo, la conoscenza approfondita di entrambi i disturbi da parte degli operatori sanitari potrebbe svolgere un ruolo essenziale nella prevenzione, supporto e trattamento delle madri colpite da questi disturbi.

Quando il PTSD è consequenziale a un parto traumatico, tra gli effetti negativi più riscontati troviamo l'astensione dai rapporti sessuali (Fones, 1996) e, nei casi estremi, di aborti volontari (Goldbeck-Wood, 1996). Il ricordo della paura di morire o di perdere il/la bambino/a vissuta durante un travaglio difficile influisce sulle strategie di evitamento della gravidanza e sulla scelta di parti cesarei programmati (Carter et al., 2022),

specialmente in assenza di supporto adeguato o dell'équipe medica (Ryding et al., 2000) o da parte del partner (Creedy et al., 2001). Le donne possono manifestare scarsa autostima e sentimenti di fallimento, sintomi di iperattivazione, quali ipervigilanza, irritabilità, difficoltà nelle relazioni coniugali (Iles et al., 2011), comportamenti a rischio (quali assunzione di alcool e droghe), eccessivo aumento di peso durante la gravidanza, mancato allattamento al seno (Witt et al., 2014; Rogal et al., 2007), con conseguente difficoltà di regolazione emotiva e sullo sviluppo del neonato (Enlow et al., 2017; Parfitt et al., 2013).

Le donne vittime di violenza da parte del partner nel periodo gestionale, oltre ai danni fisici che possono comprendere ematomi, complicazioni ostetriche (aborto, parto prematuro, difficoltà nell'allattamento al seno), riportano conseguenze psicologiche evidenti, tra le quali PTSD, ansia e depressione, una maggiore propensione verso i comportamenti a rischio come abuso di sostanze, e anche un maggior rischio di suicidio (Akyuz et al., 2012). Questa esposizione ripetuta influenza le percezioni del/la nascituro/a in negativo, e le donne sviluppano rappresentazioni mentali distorte di sé stesse come madri, condizionate dalla paura di non essere attente e sensibili e incapaci di chiedere aiuto, e che compromettono il legame affettivo che sta per instaurarsi, ma anche le rappresentazioni (Alhusen et al., 2015). Oltre al trauma stesso della violenza, le conseguenze si estendono anche ai correlati biologici dello stress materno, influenzando lo sviluppo cerebrale del feto e le risposte allo stress del/la nascituro/a (Levendosky et al., 2011). Inoltre l'IPV può portare anche a un sempre minore accesso alle cure prenatali, esacerbando i rischi per la salute mentale materna e del feto (Hellmuth et al., 2013).

Infine, il Disturbo post-traumatico da stress perinatale rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo delle funzioni materne, compromettendo la qualità delle interazioni affettive e della formazione del legame madre-bambino/a (Vismara, 2017). Sentimenti di colpa e senso di vergogna per un parto ad alto rischio possono rendere difficile l'assunzione e l'adattamento al nuovo ruolo di madre, specialmente se il bambino/la bambina viene accusato/a di essere un fattore scatenante dei suoi sintomi e rappresentare l'esito del ricordo traumatico vissuto. Il periodo post-partum risulta molto impegnativo per le nuove responsabilità che la madre si trova ad affrontare: nel caso di grandi vulnerabilità, stimoli legati alla maternità e i continui cambiamenti ormonali non permettono alla donna di superare l'evento. Infine, lo studio di Kjerulff e colleghi (2021),

ha reso noto che il PTSD post-partum fosse associato a livelli più bassi di legame materno-infantile durante il primo anno di vita.
Uno studio interessante sulla trasmissione intergenerazionale del trauma (Chamberlain et al., 2019), tratta della situazione nella quale la propria esperienza personale del legame di accudimento traumatico influenzi la genitorialità nel periodo perinatale, tramite due esiti possibili: da un lato, la donna può convincersi di non essere in grado di prendersi cura del proprio/a bambino/a così come è successo a sé stessa, perpetuando una catena di relazioni disfunzionali; dall'altra, la donna potrebbe cercare di rifuggire da questa esperienza, col rischio di adattarsi in modo eccessivo o insufficiente ai bisogni del/la bambino/a (ibid.).
In conclusione, problemi di salute materne mentale durante la gravidanza e dopo il parto influiscono negativamente sui comportamenti agiti, considerati un rischio per il proprio benessere e per quello del/la bambino/a.

1.4 Effetti a breve termine sullo sviluppo del bambino/della bambina

È noto in letteratura come gli eventi traumatici e stressanti che influiscono sulla comparsa del PTSD perinatale nelle neo-madri influiscano anche sullo sviluppo del/lla bambino/a a breve e a lungo termine, a seconda della natura, incidenza e timing dello stressor (Stein et al., 2014). Un altro aspetto centrale riguarda i meccanismi attraverso i quali lo stress materno possa influire sul benessere del feto, e quindi direttamente, sia indirettamente, tramite meccanismi di trasmissione biologica (Moog et al., 2018). Gli studi DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) si concentrano sull'idea che eventi o esperienze precoci, comprese le esperienze prenatali, possano influenzare significativamente la salute a lungo termine di un individuo. Nel contesto del PTSD in gravidanza, gli studi DOHaD esplorano come l'esperienza emotiva e lo stress della madre durante la gravidanza possano influenzare il feto e lo sviluppo del bambino/della bambina, predisponendo a possibili disturbi mentali, tra cui il PTSD, sia nella madre che nel/la bambino/a (Jiang et al., 2019). Vi sono due principali limiti che riguardano lo studio del DOHaD prenatale: la prima è collegata al fatto che gli studi osservazionali includano informazioni riguardanti principalmente il periodo post-partum, anziché durante la gravidanza, e la seconda risiede nel fatto che la salute mentale sia endogena ai comportamenti del bambino/della bambina, e individuare una variabile esogena è di difficile realizzazione (von Hinke et al., 2022). Questi due vincoli portano gli studi a

utilizzare il modello ITT (Intention-To-Treat), che si propone di stimare gli effetti della variazione esogena nell'ambiente che si presume inducano stress o ansia nelle madri durante la gravidanza, con conseguenze sullo sviluppo del/la bambino/a.

Sicuramente, gli eventi avversi che si verificano in utero o nei primissimi momenti post-partum sono tra i più impattanti e hanno effetti duraturi sui risultati successivi dello sviluppo. A confermare questa affermazione, lo studio longitudinale di Garthus-Niegel e colleghi (2017) condotto su un campione di 1472 donne, ha messo in luce come la sintomatologia del PTSD post-partum a 8 settimane successive alla nascita del/la bambino/a fosse associata a una scarsa competenza socio-emotiva a 2 anni, soprattutto nei/lle bambini/e con un temperamento difficile precoce.

Persson e Rossin-Salter (2018) indicano come lo stress in gravidanza alteri i comportamenti materni e le condizioni di salute fisica, come ad esempio le esposizioni al fumo, cambiamenti nelle abitudini alimentari o anche partorire in un ambiente ospedaliero diverso da quello pianificato, variabili che intensificano l'impatto dello stress materno sullo sviluppo prenatale. Lo stesso studio ha inoltre confrontato lo sviluppo dei/lle bambini/e le cui madri avevano sperimentato un lutto durante la gravidanza con le donne incinte che hanno vissuto l'evento a un anno dalla nascita, confermando l'impatto precoce dello stress prenatale e il ruolo della salute mentale materna nel modellare le traiettorie di sviluppo della prole (Persson & Rossin-Salter, ibid.).

Innanzitutto, tra gli esiti più comuni del PTSD materno sul/la bambino/a figurano lo stile di attaccamento compromesso e basso peso alla nascita (APA, 2013). Inoltre gli studi di Lehrner e colleghi (2014) evidenziano come i traumi materni influenzino la predisposizione biologica della prole a rispondere in maniera acuta a eventi di vita traumatica. La prole di madri esposte a stress prenatale mostra una maggiore paura, risposte ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) intensificate allo stress e compromissioni cognitive, in particolare nelle funzioni esecutive (ibid.). Inoltre, la programmazione fetale potrebbe essere influenzata dal cortisolo senza necessariamente portare ad un aumento dello stesso nella madre: l'esposizione prolungata allo stress, così come anche nei casi di depressione con la quale il PTSD perinatale è spesso in comorbidità, può favorire un maggiore passaggio del cortisolo al feto attraverso la placenta (O'Donnell et al., 2009). In particolare, così come dimostrato da studi sui ratti, potrebbe essere la riduzione dell'attività dell'enzima 11β-HSD2 a causare un'aumentata esposizione fetale ai

glucocorticoidi, di conseguenza al cortisolo. L'ippocampo, regione del cervello fondamentale nei processi mnemonici e di apprendimento, svolge un ruolo di rilievo nella regolazione dell'asse HPA (Jacobson & Sapolsky, 1991); di conseguenza, danni o alterazioni dell'ippocampo in bambini/e esposti a stress traumatici possono portare a una sovrapproduzione di cortisolo, o ipercortisolemia. Anche la serotonina rappresenta un altro fattore di rilievo attraverso cui lo stress prenatale influenza lo sviluppo cerebrale e comportamentale del feto (Oberlander et al., 2009). Durante la gravidanza questo neurotrasmettitore svolge un ruolo essenziale nella maturazione delle cellule cerebrali, ed è responsabile nei meccanismi di sinaptogenesi, differenziazione e divisione cellulare (ibid.). Ulteriori studi hanno dimostrato come la placenta umana possieda un meccanismo proprio e unico di produzione serotoninergica, suggerendo un possibile ruolo delle alterazioni di questo neurotrasmettitore placentare nella programmazione fetale (Bonnin et al, 2011). Fra i possibili fattori ambientali precoci risulta infatti di particolare importanza l'esposizione continua a livelli elevati di stress materno prenatale, che comportano un incremento del rischio di sviluppare, nella prole, tratti di affettività negativa, un temperamento difficile (Martini et al., 2022), e incorrere in problematiche affettive e comportamentali, bilanciando anche le possibili influenze di altre variabili compresenti in epoca prenatale e post-natale (Ayers et al., 2016, Creedy et al., 2001). Martini e colleghi (2022) parlano di "traumatizzazione da parto" come conseguenza del PTSD materno sul bambino/sulla bambina, e grazie al loro studio longitudinale è stato possibile osservare, a due anni dalla nascita, problematiche sullo sviluppo cognitivo, sociale, emotivo.

Un tema interessante riguarda le conseguenze dirette e indirette sul feto della ripetuta violenza esercitata dal partner in gravidanza, soprattutto per quanto riguarda il successivo sviluppo emotivo e comportamentale. I figli/le figlie di madri vittime di violenza risultano essere più vulnerabili a sviluppare a loro volta un Disturbo post-traumatico da stress, ansia, difficoltà nella gestione e controllo delle emozioni e iperattività (Levendosky et al., 2011; Salerno, 2015). In particolare, la regolazione emotiva di questi/e bambini/e è particolarmente compromessa, aumentando la possibilità di sviluppare sintomi psicopatologici (Cummings et al, 2009). Queste problematiche potrebbero trovare la loro origine nelle ripercussioni delle rappresentazioni mentali incoerenti e instabili della madre e nell'instaurarsi di stili di attaccamento insicuro (Lannert et al., 2014).

1.5 Effetti a lungo termine sullo sviluppo del bambino/della bambina

È comprovato che le influenze delle condizioni avverse sul feto nel periodo prenatale portino a ripercussioni comportamentali, neurobiologiche e psicologiche non solo durante l'infanzia, bensì anche in adolescenza e in età adulta (O'Donnell & Meaney, 2017). Dal punto di vista dello sviluppo cognitivo, livelli elevati di cortisolo materno durante la gravidanza sono associati ad un basso QI infantile (LeWinn et al., 2009). Nello specifico dei domini di memoria, è stato condotto uno studio longitudinale da Campbell e Devick (2019), volto a indagare l'associazione tra sintomatologia post-traumatica materna, disregolazione dei livelli di cortisolo a 29 settimane di gestazione e memoria, con focus specifico sul genere del/la bambino/a. I principali risultati riguardano memoria visiva più debole nelle bambine nella prima infanzia, che tende a rimanere stabile sino all'adolescenza, e di contro una maggiore memoria verbale nei bambini, specie nella seconda infanzia (ibid).

Uno studio sugli effetti dei traumi transgenerazionale legati a stress e separazioni familiari (Persson & Rossin-Slater 2018) evidenza come la morte di un parente durante la gravidanza influisca negativamente sulla salute fisica e psicologica dei nascituri, portando a lungo termine potenziali legami causali con disturbi quali ansia, depressione e ADHD.

Nello studio di Bergman e colleghi (2007) lo stress materno prenatale ha rappresentato il 17% della varianza nelle capacità cognitive infantili. Ad esempio, lo studio di Lanius e colleghi (2010) ha evidenziato gli effetti cognitivi a lungo termine del PTSD materno, suggerendo che i bambini che ne sono esposti abbiano un rischio maggiore di ottenere punteggi più bassi di QI e difficoltà nell'acquisizione del linguaggio, che possono persistere nell'infanzia avanzata. Studi sull'anatomia del cervello fetale evidenziano anomalie nello sviluppo dell'amigdala a seguito della precoce esposizione prolungata del cortisolo materno, che si ritiene essere associata a disturbi neuroevolutivi e psicopatologici; Buss e colleghi (2012) hanno riscontrato un volume maggiore dell'amigdala destra nelle bambine di 7 anni, coerentemente con gli studi che affermano che le emozioni negative siano prevalentemente elaborate nel lato destro dell'amigdala. Inoltre, lo studio longitudinale condotto da von Hinke e colleghi (2022) ha riportato importanti risultati riguardanti la salute psicologica e competenze socio-emotive dei bambini/delle bambine in età scolare: un peggioramento della salute mentale durante la gravidanza era associato a un aumento della depressione infantile a 9 e 11 anni e a

maggiori problemi socio-emotivi indagati con l'SDQ *(Strengths and Difficulties Questionnaire),* con effetti più forti nei primi anni di vita (fino al 65% di 1sd a 6-9 anni). L'impatto di questa psicopatologia si riduce con l'età del bambino/della bambina e diventa non significativa dopo i 13 anni, e questa remissione (totale o parziale) sembrerebbe dipendere da un lato da un miglioramento della salute mentale materna, dall'altro da un declino naturale dell'influenza e percezione materna (ibid.). Per quanto riguarda le differenze di genere del/la nascituro/a, diversi studi hanno riportato effetti dei livelli di cortisolo materno o del peso alla nascita molto più evidenti solo nella prole di sesso femminile (Buss et al., 2007). Sono diversi gli studi longitudinali che si sono interessati all'esposizione dello stress materno in gravidanza sul rischio di disturbi comportamentali esternalizzanti: in particolare, bambini/e esposti a stress prenatale tendono a presentare nel periodo scolare disturbi della condotta, comportamenti aggressivi e oppositivi (Enlow et al., 2017).

È comunque utile specificare l'impatto del fenomeno della metaplasticità sullo sviluppo a lungo termine del/la bambino/a, e ci si riferisce dunque al fatto che le avversità fetali influenzino l'esito della crescita in base alla qualità dell'ambiente post-natale, spiegando dunque le differenze individuali (Pluess & Belsky, 2011). Come indicato da Belsky e colleghi (2009), i bambini/le bambine cresciuti in ambienti familiari a rischio, come quelli con povertà o con una salute mentale materna compromessa, sono più vulnerabili a sviluppare disturbi emotivi e comportamentali. Infatti, nelle famiglie a basso reddito, la cattiva salute mentale materna può influire sulla capacità di rispondere in modo sensibile alle richieste del/la figlio/a (NICHD Early Child Care Research Network., 1999), portando a stress genitoriale e distacco emotivo (Lovejoy et al., 2000). Questo può portare anche a una minore quantità di tempo dedicata ai/lle figli/e e alle risorse economiche necessarie per la loro futura crescita, o può agire come mediatore per la futura relazione reddito-sviluppo del bambino/della bambina (Frech & Kimbro, 2011). Di contro, abbiamo gli studi che suggeriscono che la metaplasticità, pur indicando che le esperienze precoci formino una base di vulnerabilità, offra anche la possibilità che l'intervento post-natale e il miglioramento dell'ambiente sociale e familiare possano alterare la traiettoria di sviluppo, contribuendo al benessere del/la bambino/a. Uno di questi è quello di Shonkoff e collaboratori (2012), il quale dimostra che fattori protettivi come il sostegno sociale, l'accesso a cure sanitarie di qualità e l'intervento precoce possono mitigare gli effetti delle

avversità prenatali e post-natali, migliorando gli esiti di sviluppo e riducendo il rischio di disturbi come il PTSD. È chiaro quindi come un intervento tempestivo, come programmi di supporto psicologico e programmi di parenting, possano migliorare la qualità dell'ambiente post-natale, migliorando così l'interazione madre-bambino/a e il benessere emotivo e cognitivo del/la bambino/a nel lungo periodo (NICHD Early Child Care Research Network, 1999).

1.6 Strumenti di screening per le neo-madri con PTSD post-partum

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua nel PTSD materno una causa significativa di mortalità nel primo anno successivo al parto (Ayers, et al., 2014), e chiarisce la necessità di integrare programmi di promozione della salute mentale materna nei programmi di assistenza per madri e neonati/e (Rahman et al., 2013). Così come per la maggior parte dei disturbi psichiatrici, la prevenzione e la diagnosi precoce del Disturbo post-traumatico da stress dovrebbero rappresentare la priorità, in quanto questi trattamenti sono molto più efficaci e utili rispetto a quelli posticipati e tardivi (Ayers et al., 2014).

Gli strumenti di Screening si compongono di questionari standardizzati volti a esaminare una grave risposta allo stress derivante dal PTSD postnatali. Tra i più diffusi abbiamo lo '*Impact of Event Scale (IES)',* il quale misura sintomi di evitamento e intrusione, e la sua versione rivisitata, ovvero la *Revised Impact of Event Scale (Revised-IES),* che aggiunge la componente di eccitazione, che si compongono di domande riguardanti l'esperienza del parto, e sono previsti limiti accettati per le risposte da stress traumatico moderato e grave (Horowitz et al., 1979; Weiss & Marmar, 1997). O ancora, Wortmann e colleghi (2016) sottolineano che lo strumento di valutazione ampiamente utilizzato '*PTSD Checklist-5' (PCL-5),* di cui si parlerà approfonditamente nel capitolo dedicato ai metodi e agli strumenti della presente ricerca, ha dimostrato validità e affidabilità diagnostica per lo screening del PTSD. Il *City Birth Trauma Scale* (Ayers, Wright, Thornto, 2018) è un questionario autosomministrato composto da 29 item volto a misurare il PTSD correlato al parto secondo di criteri del DSM-V, mentre il *PPQ (Perinatal PTSD Questionnaire)* è uno strumento progettato per valutare la sintomatologia e adotta una scala Likert a 4 punti per risanare gli esiti clinici del disturbo. Anche il *PTCQ (Posttraumatic Cognitions*

Questionnaire) è un questionario ampiamento utilizzato (Edward Foa et al., 1999) che ha l'obiettivo di misurare la percezione di colpa e le cognizioni distorte legati al trauma.

1.7 Il ruolo del supporto sociale nella mitigazione del PTSD

Il supporto sociale percepito, ovvero la percezione soggettiva che le mamme avvertono nel periodo perinatale, è considerato fortemente collegato alla salute mentale; si può parlare persino di influenza reciproca e bidirezionale tra PTSD e supporto sociale, dal momento la sintomatologia post-traumatica può spingere la donna a isolarsi, e a sua volta la mancanza di supporto può esacerbare i sintomi del disturbo (Wang et al., 2021). Altre forti evidenze ci vengono fornite dalla meta-analisi di Brewin e colleghi (2000), la quale ha identificato nella mancanza di supporto sociale il più forte predittore di PTSD. Di contro, secondo Cohen e Wills (1985), la sua presenza può essere intesa come una variabile moderatrice che attenua gli effetti negativi dello stress nella vita. È infatti opportuno chiarire la differenza tra (Joseph et al., 1997):

- *Supporto sociale percepito:* si tratta della percezione di poter contare su una rete solida, sia formale che informale, composta quindi da famiglia, amici, partner, professionisti e medici ecc. ed è legato maggiormente alla capacità di adattamento psicologico, poiché si lega alla sensazione di essere compresi e non isolati;
- *Supporto effettivo:* si tratta del reale supporto sociale all'atto pratico o emotivo che viene fornito da un terzo, che si rende utile nel ridurre l'intensità della sintomatologia post-traumatica da stress. Grazie ad un aiuto concreto, possibilmente di qualità, le donne che lo ricevono possono sviluppare delle risposte adattive al trauma, riducendo così la possibilità di un mantenimento cronico del disturbo.

Un'ulteriore distinzione deve essere compiuta tra *supporto funzionale e strutturale*. Con il primo, ci si riferisce al numero di persone disponibili per la neo-madre e alla frequenza delle interazioni, mentre con supporto strutturale ci si riferisce alla qualità delle interazioni effettive, e alle modalità con cui le donne ricevono l'aiuto. Quest'ultimo valuta quanto queste interazioni siano utili e percepite positivamente dalla vittima stessa, e le principali dimensioni includono (Wills & Shinar, 2000):

- *supporto emotivo:* basato su comprensione empatica e conforto fornito dalla propria rete. Infatti, reazioni negative da parte di familiari e amici, come critiche e minimizzazione del trauma, sono correlate a sintomi più gravi;

- *supporto strumentale*: fornisce aiuto pratico e finanziario;
- *supporto informativo*: aiuto concreto, che si manifesta con consigli pratici dal punto di vista informativo;
- *supporto di appartenenza:* offre compagnia e condivisione di attività ed esperienze;
- *supporto di validazione*: volto al riconoscimento e comprensione delle proprie emozioni ed esperienze.

È solo grazie al modello eziologico proposto da Joseph e collaboratori (1997) che il supporto sociale acquisisce importanza come elemento ambientale che interagisce attivamente con altri fattori. Secondo questo modello, quest'ultimo potrebbe fungere da strategia adattiva per affrontare lo stress, ed è fondamentale nel determinare intensità e durata del PTSD; nel nostro caso di interesse, può influenzare sia la fase cronica che acuta. Il supporto sociale non solo aiuta a ridurre lo stress, ma può anche influenzare profondamente il modo in cui le persone elaborano emotivamente gli eventi traumatici e le strategie di coping annesse, contribuendo così alla dinamica del PTSD.

Un altro modello eziologico è quello di elaborazione sociale-cognitiva di Lepore (2001), il quale afferma che il supporto sociale possa influenzare il disturbo tramite il processo di interpretazione dell'evento traumatico; le persone terze possono infatti sostenere chi ha subito il trauma nel reinterpretare quest'ultimo e ridurne l'impatto attraverso un'attenuazione della colpa e della vergogna, e l'elaborazione delle emozioni ad esso annesse. Il beneficio emotivo della condivisione dipende dalle reazioni ricevute (Lepore, ibid.).

Nella percezione del supporto sociale percepito entrano in gioco fattori appartenenti al contesto sociale e culturale più ampio (Badr et al., 2001); oltre ai modelli cognitivi sopracitati, le teorie ecologiche si affiancano ad avvalorare l'idea per cui le percezioni di supporto siano determinate solo da eventi oggettivi identificabili. Alcuni autori ipotizzano che i ruoli di genere influenzino ed enfatizzino il valore delle relazioni, e dunque che le donne siano più sensibili ai comportamenti effettivi e reali di supporto (Cutrona et al., 1990). Nonostante la comprovata associazione tra i due costrutti, sono pochi gli studi sul PTSD perinatale che utilizzano più di un metodo di valutazione delle interazioni di supporto sociale, oppure si riscontra il caso in cui è impiegato il solo utilizzo di questionari e strumenti self-report in termini di soddisfazione, fonti potenziali di supporto e comportamento delle persone significative (Guay et al., 2006). Nonostante sia il

supporto percepito ad avere la maggiore sulla salute mentale, questi strumenti mancano di osservazioni dirette dei comportamenti effettivi di aiuto e supporto ricevuti.
Alcuni sintomi del PTSD perinatale potrebbero, involontariamente, portare le donne a rifiutare l'aiuto e il supporto ricevuto, ad esempio, sintomi come l'evitamento della conversazione legata ai temi traumatici, scoppi di rabbia e senso di dissociazione, che possono portare all'aumento di probabilità di una risposta negativa, come una critica o una mancanza di reazione. La percezione soggettiva del supporto da parte del personale medico al momento del parto è correlata all'insorgenza di PTSD (Grekin & O'Hara, 2014), poiché i sentimenti di trauma possono derivare dalla mancanza di un rapporto con gli operatori. Nello studio di Ford e Ayers (2011), in cui è stata compiuta una distinzione campionaria tra donne che avevano una storia pregressa di sintomatologia post-traumatica da stress e donne che hanno sperimentato un PTSD collegato al parto, il supporto durante il parto è risultato essere particolarmente importante per il primo gruppo. In particolare, il supporto ostetrico ha svolto un ruolo di protezione per la ricomparsa del disturbo in epoca post-natale. Inoltre, per le donne con un PTSD prenatale, la percezione di cure inadeguate o ostili durante il parto ha rappresentato un ulteriore fattore di stress e amplificare i sintomi di PTSD precedenti (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Sostegno del partenr

Particolare importanza assume in questo contesto la relazione intima che la donna instaura col proprio partner, tuttavia, il ruolo della qualità della relazione intima tra i partner è stato trascurato negli studi che indagano l'adattamento materno e gli effetti a lungo termine del PTSD dopo la nascita del bambino/della bambina. Negli studi precedenti il tema è stato affrontato infatti in relazione al supporto intranatalizio da parte del marito (Creedy et al., 2001) e del personale medico e ostetrico (Stadlmayr et al., 2006).
Durante tutto il periodo perinatale, tra i principali fattori di protezione è annoverato il sostegno del partner, in quanto il comportamento efficace da parte del compagno e un sano rapporto di coppia sono associati a un aumento del benessere e del senso di soddisfazione della donna (Antoniou et al., 2021), e a una minore probabilità di sviluppare sintomatologia post-traumatica da stress (Lemola et al., 2007). Nello studio di Handelzalts e colleghi (2024) è stata indagata l'associazione tra sintomatologia post-partum /supporto sociale e qualità della relazione di coppia a 8-12 settimane dopo la

nascita del/la bambino/a. Coerentemente con le ipotesi formulate, una rete di supporto solida e una relazione coniugale positiva hanno rivelato avere un impatto significativo nell'alleviare gli effetti del PTSD post-partum (ibid.).

Nello studio di Lemola e colleghi (2007) i risultati indicano che le donne che riferivano di percepire maggiore supporto emotivo dal partner erano molto meno inclini a sviluppare comportamenti di evitamento, pensieri intrusivi e sintomi di depressione, a prescindere dai livelli di angoscia intranatale e la valutazione negativa del parto. Al contrario, le donne che riportavano una delusione generale del rapporto con il partner durante il periodo post-natale si sono rivelate essere più inclini agli effetti negativi di un'esperienza traumatica di parto, e sono risultate essere più vulnerabili a sintomatologia di evitamento, flashback intrusivi, depressione, e a un più generale disadattivo adattamento psicologico (ibid.). Questo studio avvalora la *buffer hypothesis*, di Cohen e Wills (1985), la quale suggerisce che il supporto sociale percepito, specie all'interno di una relazione intima con il partner, moderi gli effetti negativi dello stress durante i primi mesi dopo il parto. Da questa analisi si evince che i sintomi di iperattivazione e depressione fossero più fortemente influenzati dal supporto emotivo del partner, al di là delle variabili ostetriche, e che il supporto emotivo postnatale del partner sia un abile moderatore dell'effetto dell'esperienza soggettiva del parto sullo sviluppo di sintomi di PTSD.

Il supporto del partner nelle ultime settimane di gestazione non solo assume la funzione di moderatore sulla salute mentale della compagna, bensì rappresenta un fattore di protezione anche per il successivo sviluppo infantile (Milgrom et al., 2019), soprattutto in quelle famiglie con rischio sociodemografico (McDonald et al., 2016). Inoltre, gli effetti sulla salute del bambino/della bambina si evidenziano a partire dalla gravidanza sino alla prima infanzia, contribuendo a ridurre il rischio di nascita prematura feto e favorendo maggiori punteggi Apgar alla nascita (Collins et al., 1993).

Come già ampiamente discusso, la donna in gravidanza potrebbe affrontare la transizione alla genitorialità come un'importante 'sfida psicologica' da sostenere, e per tale ragione ha necessità di percepire una rete di supporto al fine di costruire il processo di sintonizzazione emotiva con il/la proprio/a figlio/a (Stern, 1995). A seguito del parto, il supporto del partner influisce infatti sulla formazione di quella che sarà considerata una delle più grandi competenze che la donna sviluppa, ovvero la *maternal sensitivity* (Kivijarvi et al., 2004;), termine con il quale ci si riferisce alla capacità della madre di

comprendere i bisogni del bambino/della bambina e di rispondervi in maniera adeguata (Ainsworth et al., 1974). Lo studio di Kivijarvi e colleghi nel 2004 ha fatto chiarezza sul fatto che sperimentare un maggior supporto prenatale porti a livelli più alti di sensibilità materna.

2. DISPONIBILITA' EMOTIVA MATERNA E SVILUPPO EMOTIVO E COMPORTAMENTALE DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA

In questo capitolo verrà trattata in primis la funzione genitoriale, con un focus sulla regolazione affettiva e sulla disponibilità emotiva materna, della quale verranno prese in considerazione sensibilità e non ostilità. Verranno presentati i modelli teorici classici che hanno portato alla formulazione del concetto di disponibilità emotiva, in modo da offrire una cornice teorica che guidi l'analisi empirica della ricerca svolta nell'elaborato. Successivamente, al fine di chiarire al meglio gli obiettivi del presente lavoro di ricerca, illustrati nel terzo capitolo, verrà presa in considerazione la complessità della relazione esistente tra sintomatologia post-traumatica materna, disponibilità emotiva e supporto sociale, evidenziandone l'impatto sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina.

In particolare, nella sezione 2.3, verrà approfondito il ruolo del supporto sociale come fattore protettivo all'interno della relazione diadica madre-bambino/a. L'analisi di questo aspetto risulta cruciale per comprendere il quadro più ampio della ricerca, che indaga il ruolo moderatore del supporto sociale percepito sei mesi dopo il parto nella relazione tra PTSD perinatale e disponibilità emotiva della madre nei confronti della prole a 2 e 3 anni. Successivamente, nella sezione 2.4, verrà analizzato l'impatto della sintomatologia post-traumatica sulla sensibilità materna e sulla formazione del legame, approfondendo come esso possa compromettere anche la capacità di caregiving. La presentazione di questi aspetti è fondamentale per comprendere le dinamiche attraverso la quale la psicopatologia materna influisce sulle interazioni precoci e sulla qualità del legame, con possibili ripercussioni sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina nel tempo. Questa trattazione è utile in quanto si ricollega all'obiettivo della ricerca che si propone di indagare come la sensibilità e la non ostilità materna possano influenzare la relazione tra PSTD e lo sviluppo del/la bambino/a. Infine, la sezione 2.5, si concentrerà sull'impatto della sensibilità e non ostilità materna sullo sviluppo emotivo e comportamentale nei bambini e nelle bambine, compiendo una distinzione tra eventuali problematiche internalizzanti ed esternalizzanti che possono insorgere.

Questa introduzione complessiva del capitolo mira a delineare un quadro integrato dei meccanismi transazionali che intercorrono tra le variabili in esame.

2.1 Transizione alla genitorialità e funzione genitoriale

A partire dalla pubblicazione di Emde e Sameroff "*Relationship Disturbances in Early Childhood"* (1989), l'esperienza intersoggettiva primaria ha acquisito un ruolo centrale come base per l'organizzazione psicologica del mondo interno e delle competenze relazionali lungo l'intero ciclo di vita. Secondo questa prospettiva teorica e di ricerca, l'individuo è immerso fin dalla nascita, e persino prima di essa, in un contesto interattivo-relazionale. In questa ottica, la psicopatologia materna viene interpretata come un fallimento relazionale, un ostacolo alla naturale sintonizzazione e all'allineamento emotivo e affettivo tra il/la bambino/a e il suo ambiente di riferimento, il cui primo mediatore è la famiglia (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Fonagy et al., 2002). La qualità delle relazioni precoci viene valutata considerando sia gli aspetti interpersonali, ovvero i comportamenti manifesti tra il/la bambino/a e gli adulti significativi, sia gli aspetti intrapsichici, che riguardano cioè le rappresentazioni degli adulti relative a sé stessi come individui e come genitori, alla propria storia affettiva precoce, al/la bambino/a con le sue caratteristiche personali, nonché le proiezioni dei genitori e del/la bambino/a stesso, e lo scambio relazionale tra di loro (Sameroff & Emde, 1989).

In questo contesto, il termine *parenting*, secondo lo Oxford English Dictionary (2021) indica la "cura e allevamento dei bambini da parte dei genitori"; in un'accezione psicologica più ampia del termine, ci si riferisce dunque alla funzione di cura da parte di un adulto verso il bambino/la bambina, che implica continuità nel tempo, stabilità e riconoscimento sociale. La funzione genitoriale comprende un insieme di competenze complesse e in evoluzione, che riguardano la capacità di ogni individuo di prendersi cura e proteggere un'altra persona, rispondendo adeguatamente nel soddisfare i suoi bisogni (Simonelli, 2014). La genitorialità è un costrutto multidimensionale e complesso, che riguarda aspetti biologici, psicologici e sociali, e che non si limita alla dimensione individuale, ma si configura come un'esperienza intersoggettiva, nella quale la costruzione congiunta delle interazioni e delle rappresentazioni mentali dei due partner gioca un ruolo fondamentale nella relazione genitore-figlio/a (Feldman, 2017; Slade, 2005; Stern, 1985). Questo processo coinvolge sia la dimensione psicologica più profonda, legata allo sviluppo emotivo e alla comunicazione empatica, sia la trasmissione di valori culturali e sociali (Bornstein, 2015; Bronfenbrenner & Morris, 2006). La genitorialità non è necessariamente legata a (Vizziello, 2003; Bastianoni, 2009):

- *generatività biologica*, si pensi ai casi di adozione, affidamento e famiglie ricomposte;
- *coniugalità:* non presuppone la dimensione di coppia;
- *orientamento eterosessuale*: è possibile prendersi cura ed esercitare questa funzione verso figli avuti da unioni eterosessuali precedenti, poiché esercitata anche da persone LGBTQ+;
- *condivisione degli spazi*, come nel caso di separazione coniugale, delle situazioni in cui uno dei due genitori lavori lontano da casa, chi è impossibilitato a causa di ricoveri in ospedale o altro;
- *continuità del sesso biologico:* nel caso dei genitori transgender, non viene inficiata la natura o qualità della funzione genitoriale verso i propri figli.

La *transizione alla genitorialità* riguarda un processo complesso che inizia con la gravidanza e si estende fino ai primi anni di vita del/la bambino/a (Wright & Leahey, 1994). Questa fase comporta una profonda riorganizzazione psicologica e relazionale che riguarda entrambi i genitori, influenzando l'identità individuale, la dinamica di coppia e i rapporti intergenerazionali (Parolin & Sudati, 2014). Il periodo *perinatale*, che comprende l'intervallo di tempo che intercorre dall'inizio della gravidanza fino a un anno dopo il parto (McKenzie-McHarg et al., 2015), rappresenta un momento di trasformazione che influisce sull'accudimento pratico, la capacità di fornire cure al neonato e la dimensione relazionale (Dekel et al., 2020; Mayopoulos et al., 2021). Durante la gravidanza e nel primo periodo post-partum la donna affronta numerosi cambiamenti che comportano un certo rischio di stress, con possibili decrementi nella sua salute e nel suo benessere (Deater-Deckard, 1998). Alcune donne potrebbero sviluppare una forte vicinanza al neonato, mentre altre percepire la relazione come eccessivamente simbiotica, con il rischio di sperimentare vissuti affettivi negativi (Feldman, 2017; Mahler et al., 1975). Anche la relazione col partner subisce inevitabili cambiamenti, situazione che richiede un nuovo equilibrio relazionale (Donato et al., 2014).

Diventare genitori è un processo che spesso viene associato alla nascita del/la proprio/a figlio/a e al legame che si crea sin dai primi momenti per poi evolversi nel tempo; bensì, come accennato precedentemente, si tratta di un processo graduale e articolato, che coinvolge aspetti fisici, emotivi e psicologici, e che prende forma fin dal momento in cui viene presa in considerazione l'idea di concepire un/a figlio/a e durante il periodo dell'attesa (Costa, 2021). È proprio durante la fase prenatale che i futuri genitori iniziano

a formarsi, delineando la propria identità di madre e padre nella loro immaginazione e consapevolezza. Stern e Bruschweiler-Stern (1998) descrivono la gestazione come un'esperienza che si articola in tre dimensioni interconnesse:

- la *gravidanza fisica*, legata allo sviluppo del feto nel grembo materno;
- la *gravidanza psichica*, grazie alla quale la donna elabora e costruisce la propria identità di futura madre;
- il *bambino immaginario/bambina immaginaria*, ovvero l'insieme di fantasie e idealizzazioni che la madre sviluppa nei confronti del nascituro/della nascitura.

In questa fase, già di grande vulnerabilità, esperienze traumatiche o condizioni avverse possono ripercuotersi sulla salute fisica e mentale della mamma o del/la bambino/a, influenzando sia l'esito del parto che gli esiti dello sviluppo infantile e della genitorialità (Von Hinke et al., 2022). Le variazioni individuali nello stress legato al ruolo genitoriale, percepito dalla maggior parte dei genitori come sensazioni negative derivanti dalle responsabilità connesse al loro ruolo, si sono rivelate essere un elemento cruciale per il benessere e il funzionamento di genitori, figli e dell'intero nucleo familiare (Deater-Deckard, 1998).

Stern (1995) introduce il concetto di *costellazione materna:* concettualmente simile alla *preoccupazione primaria* di Winnicott, descrive una condizione benignamente psicologica che la donna raggiunge in gravidanza, e in particolar modo durante la prima, e che permane approssimativamente durante il primo anno di vita del/la figlio/a. Si tratta del precesso mentale che implica la costruzione di una rete di rappresentazioni mentali, che comprende emozioni, pensieri e ricordi, e che vede l'unione di una componente cognitiva e affettivo-relazione. Queste rappresentazioni accompagneranno il genitore nella preparazione, prima mentale e poi fisica e operativa, all'incontro con il/la proprio/a figlio/a.

Stern (1985) individua tre livelli di rappresentazione:

1. *livello intergenerazionale* (*madre della madre*), ovvero il rapporto della madre con le proprie figure genitoriali e il modo in cui ha interiorizzato le cure ricevute;
2. *livello personale* (*donna come madre*), riflette la ristrutturazione dell'identità individuale al fine di integrare il nuovo ruolo, quello del genitore;
3. *livello della generazione futura* (*madre con il bambino*), include il pensiero della futura formazione del legame con il/la proprio/a bambino/a, e riguarda la rappresentazione del/la

figlio/a che sta per nascere. Il genitore proietta aspettative e ideali, costruendo un'immagine del/la bambino/a ideale ancora prima del suo arrivo, e fantastica sulla crescita del/la figlio/a e sulla capacità di supportarne lo sviluppo (Lebovici, 1983).
Durante questo periodo, la costellazione materna diventa dunque la linea organizzativa dominante per la vita psichica della madre, mettendo in secondo piano le precedenti organizzazioni nucleari e dimensioni identitarie, relazionali e sociali, che hanno svolto un ruolo centrale nel periodo antecedente la gravidanza (Stern, 1985).
Oltre al tema della riorganizzazione identitaria, la costellazione materna ruota attorno ad altri temi dominanti nel passaggio alla transizione alla genitorialità (Simonelli, 2014):
- *tema di vita e crescita*, per la quale la madre si interroga sulla propria capacità di prendersi cura, soprattutto in presenza di difficoltà prenatali o alla nascita, quali possono essere, nel nostro specifico caso di interesse, la presenza di un Disturbo post-traumatico da stress (Kjerulff et al., 2021). Infatti, complicazioni su questo asse potrebbero far emergere timori sul fatto che il bambino/la bambina potrebbe essere non completamente sano/a e che la donna non possa essere all'altezza di garantirgli/le un adeguato sviluppo;
- *matrice di supporto:* il sostegno sociale, reale o percepito, è cruciale per il benessere della madre e del/la bambino/a. Come già discusso nel precedente capitolo, l'assenza di un'adeguata rete relazionale può rappresentare un fattore di rischio importante per la salute mentale materna e per il successivo sviluppo della prole (Milgrom et al., 2019);
- *relazionalità primaria:* la madre deve essere coinvolta in modo autentico nella relazione con il bambino/la bambina reale, al fine di favorire un sano sviluppo psichico ed emotivo.
In conclusione, la costruzione della funzione genitoriale costituisce il punto finale di un'interazione dinamica tra passato e presente, reminiscenze e aspettative, in un processo che evolve nel tempo e si adatta alle caratteristiche uniche di ogni genitore e di ogni bambino/a. L'adulto, attraverso questo percorso, si trasforma per accogliere il bambino/la bambina reale, distaccandosi progressivamente dalle idealizzazioni iniziali.

2.2.1 La regolazione affettiva nella relazione diadica

Tra le varie funzioni che la madre si trova ad assumere, annoveriamo quella protettiva, affettiva, regolativa, rappresentativa, fantasmica/proiettiva e mentalizzante. Al fine di introdurre il concetto di *disponibilità emotiva*, andiamo a chiarire la funzione affettiva e regolativa genitoriale. È soprattutto con le ricerche di Stern sull'interazione madre-

bambino/a che si possono notare le tonalità di questo rapporto. L'autore ha coniato il termine "*sintonizzazione affettiva*", descritta come l'esecuzione di comportamenti che esprimono la qualità di un sentimento condiviso, senza tuttavia imitarne l'esatta espressione comportamentale (Stern, 1985), e che oggi è entrato a far parte del linguaggio psicologico comune con il significato più generalizzato di capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro senza esserne inglobato. Altro termine coniato dall'autore è "*affetti vitali*" (Stern, 2010) , con il quale tenta di rappresentare l'ardore legato ad alcuni gesti e parole che contengono al loro interno un dimensione relazionale-affettiva, e un sentimento che intende trasmettersi in modo tonico-emotivo verso il bambino/a. Sono stimolanti le ricerche sulle emozioni positive, considerate dato centrale della spinta evolutiva del bambino/a; non si parla più, infatti, di pulsioni in termini freudiani (Freud,1915) come motore dello sviluppo, ma di ricerca di emozioni positive da condividere nell'interazione con il mondo degli adulti (Stern, 1985). La base psicodinamica della funzione affettiva implica il fatto che, l'insieme delle aspettative e il desiderio di uno scenario immaginario, nel quale obiettivi e azioni degli altri sono rivolti verso sé stessi, siano condivisi sia dal bambino/dalla bambina sia dai genitori nei confronti del/la proprio/a figlio/a, con gli esiti positivi e negativi che comportano (Stern, 1995).

La *funzione regolativa*, che implica la regolazione delle emozioni e degli affetti, ha assunto sempre più importanza nella psicologia dell'infanzia e in psicopatologia dell'età evolutiva. Con *regolazione emotiva* intendiamo la capacità, presente nel/la bambino/a sin dalla nascita, di monitorare, valutare e modulare le proprie reazioni emotive, siano esse positive o negative (Gross, 2011). Tutto ciò si traduce in processi cognitivi e comportamentali che hanno lo scopo di garantire un buon adattamento sociale e favorire processi decisionali utili al benessere personale. Lo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva e i processi cognitivi e comportamentali interconnessi a tali capacità vengono inizialmente, e per diversi anni nel corso della vita del/la bambino/a, sostenute dall'indispensabile funzione genitoriale, in assenza della quale il piccolo/la piccola incontrerebbe non poche difficoltà nel soddisfacimento dei suoi bisogni fisici e psicologici (Thompson, 1994) . Il genitore dovrebbe svolgere un importante ruolo di *scaffolding*, ovvero dovrebbe fornire al/la bambino/a una regolazione appropriata, in considerazione del proprio ruolo di supporto, alle immature capacità di regolazione

emotiva e affettiva del neonato (Vygotsky, 1978; Cole et al., 2004). L'adulto offre generalmente un supporto adeguato che sostiene e struttura il comportamento del/la bambino/a, ed è limitato nel tempo, in quanto viene interiorizzato da quest'ultimo secondo il suo sviluppo evolutivo, fino a quando il/la bambino/a matura le competenze necessarie ad emanciparsi progressivamente e in autonomia (Bombi & Cannoni, 2014). Tra gli aspetti problematici della funzione regolativa genitoriale, d'altra parte, troviamo la *iper-regolazione,* caratterizzata da risposte intrusive che impediscono al/la bambino/a di segnalare i propri stati emotivi e bisogni, la *ipo-regolazione,* nel caso in cui vi sia una mancanza di risposte da parte del genitore, ed infine la regolazione *inappropriata*, quando i tempi di risposta non sono in sincronia con quelli del/la bambino/a (Ammaniti, 2001). Queste due funzioni genitoriali sono dunque le più cruciali per il successivo sviluppo socio-emotivo del bambino/a: dalla nascita quest'ultimo/a necessita di un adulto sensibile che sia in grado di fungere da regolatore esterno di supporto (Tronick, 1989).

2.2 Disponibilità emotiva materna e basi teoriche

La disponibilità emotiva (Biringen & Robinson, 1998; Biringen & Easterbrooks, 2012) è un concetto cruciale della genitorialità, in quanto rappresenta la qualità della comunicazione e sintonizzazione nella diade genitore-bambino/a. Si riferisce dunque alla capacità di condivisione emotiva all'interno di una relazione sana e appagante per entrambi i soggetti, e si concentra sulla qualità degli scambi emozionali e sull'accessibilità reciproca nella diade, nonché sulla loro capacità di comprendere e rispondere appropriatamente alla comunicazione dell'altro (Biringen et al., 2000). Il concetto di *'madre sufficientemente buona'* di Winnicott (1947) non implica infatti una concezione di madre perfetta, ma di una madre autentica che riesca ad essere un riferimento capace di fornire adeguata sicurezza al/la bambino/a, capace di sintonizzarsi affettivamente con gli stati interni del figlio/della figlia, rispecchiandoli e attribuendo loro dei significati, a partire dai quali il/la bambino/a darà gradualmente avvio allo sviluppo del proprio Sé (Stern, 1998). I primi autori a utilizzare il termine furono Mahler, Pine, & Bergman, (1975), intendendo con essa la presenza supportiva della madre durante le esplorazioni dell'ambiente da parte del/la piccolo/a; secondo Mahler e collaboratori (ibid.) una sana ed efficace relazione diadica favorisca lo sviluppo progressivo dell'autonomia infantile, evidenziando al contempo il ruolo cruciale del supporto emotivo

materno. Inizialmente, nonostante il/la bambino/a sia dotato di abilità di autoconsolazione primarie, la regolazione affettiva avviene mediante contatto fisico con la mamma, e solo successivamente evolve in scambi impliciti, tramite i quali il bambino/la bambina interiorizza le esperienze di regolazione diadica sperimentate con il proprio caregiver (Hill, 2017). L'imitazione precoce svolge un ruolo fondamentale nella connessione con l'altro, in particolare nei momenti di rottura o transizione tra stati emotivi, diventando un ponte di comunicazione importante tra caregiver-bambina/o (Meltzoff & Moore, 1977). Secondo il modello di Riparazione Interattiva (Tronick, 2008), l'adulto ha il compito di ristabilire la sintonizzazione emotiva nei momenti di disconnessione, regolando psicobiologicamente gli stati affettivi del/la bambino/a (Beebe & Lachman 1988). Quando l'affetto è regolato è possibile sperimentare uno stato di omeostasi e rispondere in modo adattivo e funzionale alle richieste ambientali; di contro, la disregolazione e uno stato di caoticità non permettono lo sviluppo delle competenze di regolazione del/la bambino/a (Schore, 1994), impedendogli/le di organizzare e strutturare la propria mente in modo adeguato (Siegel, 1999).

Per decenni la letteratura, a partire dai lavori di Burlingham e Freud (1944), Spitz (1958), Bowlby (1969, 1988), ha chiarito gli effetti negativi dell'assenza materna o della presenza di un'interazione diadica disturbata sullo sviluppo generale del bambino/a, nonché sul successivo sviluppo della sua personalità (Greenspan & Benderly, 1998).

In conclusione, la disponibilità emotiva del genitore rappresenta un elemento essenziale per un sano sviluppo del bambino/della bambina, essendo in grado di influenzare l'adattamento socio-emotivo e competenze linguistiche e cognitive (Cabrera et al., 2011; Vygotsky, 1978). Una disponibilità materna compromessa è alla base di notevoli rischi significativi, tra i quali spiccano difficoltà emotive e comportamentali, che sono di interesse in questo elaborato di tesi, fino a conseguenze più gravi legate al rifiuto e al maltrattamento (Leerkes et al., 2009). È necessario dunque riconoscere e promuovere relazioni emotivamente disponibili tra mamma-bambino/a in situazioni di rischio quali sintomatologia post-traumatica da stress materna, al fine di garantire uno sviluppo equilibrato.

Il costrutto di disponibilità emotiva trae origine da vari contributi teorici di riferimento, che verranno discussi nei paragrafi a seguire.

2.2.1 Teoria dell'attaccamento di Bowlby

La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) fornisce una comprensione fondamentale dello sviluppo delle capacità di regolazione affettiva negli individui. Per uno sviluppo infantile sano, è cruciale la presenza del caregiver primario, che funga da *base sicura* per promuovere i comportamenti esplorativi del/la bambino/a (Bowlby, 1969-1980). La teoria dell'attaccamento può essere definita una teoria dello sviluppo affettivo e relazionale, che riconosce alle esperienze interattive precoci con il caregiver la capacità di fornire al/la bambino/a modelli rappresentazionali di sé e degli altri relativamente stabili, improntati alla sicurezza e all'autostima, utili a formulare previsioni sul mondo e a mettersi in relazione con esso (Holmes, 1993).

Secondo Bowlby, l'attaccamento nasce da precise esigenze biologiche innate, in vista dell'adattamento all'ambiente e della sopravvivenza; così come accade per gli animali, anche nei bambini/nelle bambine vi è una predisposizione alla costruzione di una *base sicura,* concetto che diventa centrale, essendo il punto di arrivo dell'intera evoluzione della specie e fondamentale per lo sviluppo psichico del/la bambino/a. L'opera di Bowlby si interessa alle condizioni di uno sviluppo soddisfacente e di relazioni rassicuranti con il genitore, identificando nella perdita di sicurezza il principale fautore di patologia con la deprivazione parziale o totale della figura materna che può portare a sintomi come sensi di colpa, depressione, apatia e ritardo evolutivo (Bowlby, 1988). Allo studio delle rappresentazioni interne che il/la bambino/a ha dei genitori (Klein, 1932), J. Bowlby (1988) affianca lo studio dei reali rapporti tra genitori e bambino/a; l'autore cerca le ragioni degli assunti psicoanalitici attraverso prove empiriche, radicando le sue idee sulla formazione dei legami affettivi su un valido sostegno scientifico, offertogli dall'etologia con il concetto di imprinting, descritto da Lorenz (1935), e dal modello cibernetico Test-Operate-Test-Exit (TOTE). L'imprinting indica una forma di apprendimento innato che i piccoli di certe specie realizzano a contatto con i genitori in un periodo della vita indicato come "fase sensibile". Secondo il TOTE (Miller et al., 1960), il comportamento istintivo è prodotto da un sistema di controllo orientato al raggiungimento di uno scopo, costituito da una condizione specifica della relazione fra individuo e ambiente. Inoltre Harlow (1973) definisce il concetto etologico di "*benessere da contatto*" come il bisogno di sicurezza in situazioni nuove e stressanti, e ciò ha spostato il focus dell'osservazione

dall'individuo alla relazione: sia il/la bambino/a sia il genitore agiscono l'uno sull'altro con stimolazioni e modellamenti reciproci.

Il termine attaccamento non è da intendersi dunque come un semplice sinonimo di *"legame sociale"* e non è applicabile a tutti gli aspetti della relazione genitore-bambino/a, ma indica una specifica relazione, di tipo asimmetrico e complementare che si instaura fra i due partner e che ha a che fare con la regolazione della sicurezza (Bowlby, 1969). Questa relazione si organizza in Modelli Operativi Interni (MOI) della figura di attaccamento e del Sé, che rappresentano l'esperienza vissuta nelle relazioni interpersonali con le persone che si prendono cura del/la bambino/a (Bowlby, ibid.). La fiducia nella disponibilità delle figure di attaccamento, come il timore che non lo siano, si basa dunque sulla struttura dei modelli operativi. Bowlby (1979) prevede anche un modello complementare del Sé: un individuo che ha sviluppato un MOI positivo della figura di attaccamento, percepita come amorevole e pronta a sostenerlo, svilupperà a sua volta un modello complementare del Sé come degno di sostegno e di amore.

Le perturbazioni nelle configurazioni psichiche che emergono dall'interazione della coppia genitore-figlio/a, o nell'ambiente circostante, richiedono un mutamento, o nell'ambiente circostante o del MOI stesso, e possibili difficoltà possono allora insorgere laddove tali rappresentazioni mentali hanno acquisito un carattere di rigidità (Fonagy et al., 2002). Se tali rappresentazioni mentali diventano rigide, la revisione dei MOI viene "bloccata": l'esito principale è quello di una "disattivazione" (Bowlby, 1988). L'autore sostiene infatti che l'esclusione difensiva viene attivata prevalentemente quando "le informazioni in entrata potrebbero, se accettate, produrre sofferenza alla persona", esercitando sul bambino/sulla bambina una continua pressione che lo/a induce *"sotto la minaccia di non essere amato o di essere abbandonato (...) a comprendere che si vuole che non prenda nota del trattamento negativo dei genitori nei suoi riguardi, che consideri (tale trattamento negativo) non più che la giustificabile reazione di un genitore offeso alle malefatte del suo bambino"* (Bowlby, 1979). La disattivazione del comportamento di attaccamento da parte del/la bambino/a produce un distacco emotivo che può essere parziale o totale, che comporta l'esclusione dalla consapevolezza di ciò che era conflitto e sofferenza, causando una dissociazione tra i ricordi semantici (aspetti generali del rapporto con i genitori) della propria infanzia e i ricordi episodici (contenenti dettagli contraddittori su come i caregivers si comportavano realmente) (Bowlby, ibid.). La

dissociazione, pur dando luogo ad un Modello Operativo Interno scisso e poco funzionale, ha per il soggetto il vantaggio adattivo di escludere percezioni, sentimenti e pensieri che altrimenti causerebbero un'intollerabile ansia e sofferenza psicologica, poiché minacciano il legame da cui traggono il senso di sicurezza (Bromberg, 2007). Il/la bambino/a, di fronte a dilemmi per lui irrisolvibili, si troverebbe così ad operare con due gruppi di Modelli Operativi del Sé e delle figure di attaccamento: uno accessibile consciamente, basato su informazioni distorte della realtà, e l'altro non accessibile o disponibile solo in maniera intermittente, riguardante esperienze ed eventi realmente vissuti (Ortu, et al., 2008).

In conclusione, la teoria dell'attaccamento di Bowlby evidenzia dunque come le prime relazioni di cura materne costituiscano la base per un sano sviluppo psichico del bambino/della bambina. Complementarmente, il lavoro di Mary Ainsworth ampia il concetto tramite la sensibilità materna, elemento essenziale per la qualità del legame diadico.

2.2.2 Concetto di sensibilità materna di Ainsworth

Il concetto di sensibilità materna, o meglio *di 'responsività sensibile',* elaborato da Mary Ainsworth (1979), definisce le caratteristiche di continuità, regolarità, regolazione emotiva presenti nelle buone pratiche di cura che una madre rivolge al suo bimbo. Si tratta di un elemento chiave per la qualità del legame di attaccamento e influenza il dialogo interattivo tra genitore e figlio/a. Può essere analizzata non solo attraverso le categorie dell'attaccamento, ma anche nelle singole interazioni tra genitore e bambino/a (Ainsworth et al., 1978). L'accudimento sensibile si basa sulla capacità del caregiver di percepire e rispondere in modo adeguato ai segnali del/la bambino/a, evitando interpretazioni errate dovute a bisogni personali, proiezioni e difficoltà psicologiche (Grossmann et al., 1985). Gli errori interpretativi della comunicazione mamma-bambino/a possono avvenire perciò a causa di fattori interni, come gli stati d'animo materni, ed esterni, ovvero gli stressor ambientali (Stern, 1995). L'esperienza di attaccamento è influenzata senz'altro dal contesto sociale di cui dispone: una madre adeguatamente supportata da partner, famiglia e operatori sanitari risponde con maggiore sensibilità e si concentra maggiormente sulle esigenze del/la bambino/a (Badr et al, 2001; Grekin & O'Hara, 2014).

Il costrutto di sensibilità materna presuppone quattro componenti o caratteristiche principali (Ainsworth et al., 1974):

- la *consapevolezza dei segnali* da parte della madre, che deve essere accessibile e pronta a cogliere anche gli stimoli più sottili del/la bambino/a;
- *interpretazione corretta dei segnali,* senza che vengano compiute delle distorsioni o proiezioni personali. Gioco un ruolo cruciale l'empatia, che permette la sintonizzazione con i desideri e sentimenti del bambino/della bambina;
- la madre deve essere in grado di *fornire una risposta adeguata*, in modo rapido ed efficace;
- l'altro aspetto degno di nota della responsività sensibile è la *tempestività di risposta* materna (Ainsworth et al., 1974): è necessario che lo scambio interattivo avvenga entro un tempo di frustrazione tollerabile per il bambino/la bambina, che varia in base all'età e al grado di sensibilità materna, evitando di superare le capacità di autoregolazione individuale di quest'ultimo/a.

È necessario inoltre compiere una distinzione tra sensibilità materna e iperprotezione: la prima ha come scopo ultimo quello della promozione dell'autonomia e della sicurezza nel bambino/nella bambina, mentre la seconda si pone come fattore ostacolante (Ainsworth, 1979). Infatti, i bambini/le bambine che sperimentano l'esperienza di un caregiver meno sensibile presentano maggiore rabbia, ansia, difficoltà nel gioco indipendente e nell'accettazione delle regole (Ainsworth et al., 1978; Grossmann et al., 1985).

Secondo la Ainsworth le differenze qualitative nel tipo di attaccamento sviluppato dai bambini sarebbero determinate dalla sensibilità mostrata dalla madre nei confronti del piccolo durante i primi mesi di vita (Ainsworth et al., 1978). In particolare, in collaborazione con Bowlby, Mary Ainsworth ha elaborato la Strange Situation (1978), una procedura semi-sperimentale creata per esaminare il comportamento di attaccamento, il comportamento affiliativo ed esplorativo, identificando 3 diversi patterns di risposta alla condizione di allontanamento dal caregiver:

- Attaccamento *sicuro*: il/la bambino/a cerca conforto nelle figure di riferimento per esplorare l'ambiente, mostrando fiducia nella disponibilità materna;
- Attaccamento *ansioso-evitante:* i bambini/le bambine evitano il contatto con il caregiver quando sono emotivamente stressati deviando l'eccitazione sull'ambiente

esterno. Questa modalità di regolazione deriva da un'esperienza con un caregiver poco disponibile, incapace di accogliere i bisogni di conforto del bambino/della bambina e di rispondervi adeguatamente;

- Attaccamento *ansioso-resistente:* il bambino/la bambina non riesce a ricevere rassicurazioni e conforto dal caregiver, alternando ricerca di vicinanza e rabbia verso il caregiver, a causa di un'esperienza di cure caratterizzata da imprevedibilità e incostanza.

A individuare il quarto modello, detto *disorganizzato/disorientato,* furono Main e Solomon (1986), riscontrato in bambini e bambine provenienti da contesti maltrattanti e traumatici, dove l'esigenza di sentirsi protetto dalla madre contrasta con la necessità di difendersi da quest'ultima.

L'esperienza affettiva dei bambini con attaccamento insicuro-evitante è caratterizzata dunque da pseudo-autosufficienza, negazione dell'importanza delle relazioni come dei bisogni e affetti negativi, e distanziamento affettivo, che può condurre, come dimostrato da alcuni studi longitudinali, a disturbi esternalizzanti nel corso dello sviluppo, come aggressività, disturbo della condotta o disturbo antisociale da personalità in età avanzata (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). La paura generata da modalità genitoriali incoerenti attiva un conflitto interiore nel bambino/nella bambina, portandolo/a a comportamenti disorganizzati, con disregolazione a livello affettivo, comportamentale, somatico, cognitivo e relazionale (Main & Hesse, 1990).

2.2.3 Teoria delle emozioni di Emde

Emde (1980) sottolinea l'importanza della capacità materna di valorizzare le emozioni del bambino/della bambina, condividendo con lui/lei affetti positivi. Questa teoria evidenzia anche il ruolo cruciale di un genitore capace di sintonizzarsi con gli stati emotivi del/la bambino/a e di agire come regolatore esterno, aiutandolo a gestire e trasformare gli affetti negativi (Tronick, 1989). Secondo Emde (1980), il modo in cui le emozioni fungono da "barometro" delle relazioni ha rappresentato un notevole avanzamento nella comprensione della disponibilità emotiva, distinguendola dalla semplice reazione comportamentale. Secondo l'autore, la disponibilità emotiva è da intendersi sia come corretta segnalazione che ottimale ricezione emotiva, che va oltre l'importanza della presenza fisica, e che comprende un ampio spettro di emozioni, sia positive che negative. Anche le espressioni negative nel bambino/nella bambina, che non devono tradursi in una

“reattività esclusivamente alla sofferenza” (Emde, 1980), forniscono delle informazioni al genitore su ciò che sta provando e di cui avrebbe bisogno; ad esempio, il pianto trasmette un messaggio perentorio mentre il sorriso indica apprezzamento. Il/la bambino/a è sin dall’inizio attivo e biologicamente pre-adattato alla ricerca di scambi sociali: riflessi, meccanismi espressivi di segnalazione quali il sorriso, la lallazione e il pianto, imitazione e inseguimento, sono i comportamenti che mantengono il contatto con l’adulto e quindi responsabili dalla formazione del legame caregiver-bambino/a. Questo ciclo di feedback permette anche al/la bambino/a di dimostrare al genitore la propria percezione della qualità del tempo trascorso insieme, indipendentemente dall'età del/la bambino/a, dalle sue competenze comunicative o dal contesto di osservazione, e diventa il segno distintivo del sistema (Biringen, et al., 2014). Infatti, il/la bambino/a acquisisce nozioni di reciprocità e intenzionalità attraverso i primi dialoghi con la madre. Studi recenti hanno rivoluzionato l'immagine del/la bambino/a nella prima infanzia, evidenziando competenze sociali e interattive emergenti. Tra queste, oltre ai numerosi contributi dell’Infant Research, il ruolo specifico del/la bambino/a nella diade è evidenziata anche dagli studi che utilizzano la teoria dei neuroni specchio per chiarire l’influenza reciproca e il ruolo attivo del bambino/della bambina durante le interazioni (Rizzolati & Sinigaglia, 2006).

Gli scambi comunicativi tra madre e bambino/a iniziano già nell’ambiente intrauterino, e alcune competenze iniziano a svilupparsi già in epoca fetale; per esempio, il bambino/la bambina è in grado di riconoscere già nel ventre materno la voce della madre (Busnel, et al., 1992) e le esperienze che quest’ultima sperimenta durante la gestazione sembrano influenzare il sistema nervoso del bambino/della bambina. Nei primi mesi di vita è la mamma ad attribuire significato ai comportamenti del figlio/della figlia, percependo smorfie, pianti e altri gesti come segnali di bisogno (Stern, 1985). Tronick (1978) con il suo *Modello di Regolazione Reciproca* chiarisce come già entro i tre mesi di vita il/la bambino/a sia un sistema auto-organizzato capace di regolare parzialmente le proprie emozioni e di coordinare l’interazione con la madre attraverso modalità espressive organizzate, rilevabile attraverso l’interazione face-to-face. È solo con il primo anno di vita che viene acquisita l’intenzionalità, a differenza della reciprocità, che si raggiunge nel momento in cui il/la bambino/a è in grado di comunicare con un ruolo alla pari di quello dell’adulto (Tomasello, 1999). Emde e Easterbrooks (1985) dichiarano che la

comunicazione emotiva sia il *"linguaggio dell'infanzia",* e che questa possa svolgere una funzione compensatoria durante gli anni prescolari nel supportare l'apprendimento della parola.

Trevarthen ha contribuito alla comprensione dello sviluppo della competenza comunicativa e regolazione emotiva del/la bambino/a, considerate indicatori del futuro sviluppo socioemotivo e della personalità complessiva (Sroufe et al., 2005). Attorno ai 9 mesi la compartecipazione dell'esperienza affettiva con il caregiver si arricchisce di processi di attenzione condivisa sull'oggetto, per cui viene a crearsi un triangolo persona-oggetto-persona tale per cui il bambino/la bambina inizia a manifestare interesse nel voler condividere scopi e interessi con l'adulto (Leherstee, 2005). Queste prime forme di intersoggettività primaria e secondaria non richiedono abilità cognitive particolari o apprendimento culturale, ma l'abilità di alternare l'attenzione tra oggetto e persona (Trevarthen, 1979; Shaffer, 2006), che nel/la bambino/a si esprimerà, ad esempio, con il pointing dichiarativo e richiestivo e il social referencing.

2.2.4 Teorie sistemico-transazionali

Il costrutto di disponibilità emotiva affonda le sue radici in prospettive dinamiche, riconoscendo l'importanza degli individui all'interno delle relazioni familiari, valutate a livello diadico, come si osserva nelle relazioni mamma-bambino/a e padre-bambino/a (Cassidy et al., 2013). Questi componenti della relazione non sono valutati o osservati come singoli individui, ma come parti integranti della relazione, con la consapevolezza che ogni persona è influenzata e a sua volta influenzi il proprio partner relazionale (Sameroff, 2010).

Mentre il concetto di sensibilità di Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) si concentra sull'adulto, le teorie sistemico-transazionali pongono sempre più enfasi sul ruolo attivo del/la bambino/a che, con le sue caratteristiche individuali, arreca un contributo all'interno della relazione con i suoi adulti di riferimento (Sameroff & Fiese, 2000). Le teorie sistemico-transazionali apportano il loro contributo teorico evidenziando da un lato il fatto che la relazione sia da intendersi come un sistema inteso non semplicemente come la somma delle singole componenti di cui è composto (Von Bertalanffy, 1968) e, dall'altro, il ruolo attivo del/la bambino/a che, con le sue caratteristiche individuali, arreca un enorme contributo all'interno della relazione con i suoi adulti di riferimento (Sameroff

& Fiese, 2000). Una di queste è la teoria sistemica relativa alle relazioni familiari (Bateson, 2000; Haley, 1976) improntata su una prospettiva attenta non solo ai singoli e alle relazioni uno a uno, ma anche a come la considerazione del tutto sia più della somma delle parti. Anche il/la bambino/a, infatti, dimostra una disponibilità emotiva variabile nei confronti del genitore attraverso atteggiamenti che coinvolgono più o meno l'adulto (Easterbrooks & Biringen, 2005).

La prospettiva sistemica di Guttman (1991) vede le relazioni come un insieme olistico, nel quale ogni individuo apporta un contributo attivo alla relazione e viene influenzato a sua volta dal partner. Un concetto essenziale della prospettiva della Teoria dei Sistemi è l'esistenza di *'rapporti organizzanti'*: parliamo, cioè, di schemi relazionali, intrinseci dell'uomo, che possiede caratteristiche uniche che ne determinano il funzionamento, come la capacità di adattarsi ai cambiamenti (Guttman, 1991). Guttman sottolinea l'importanza dell'omeostati dei sistemi relazionali (Jackson, 1965), ovvero la capacità di mantenere un equilibrio dinamico attraverso meccanismi di autoregolazione. Inoltre, questa teoria viene integrata al concetto di *autorganizzazione* di Maturana e Varela (1980), per il quale le relazioni non sono statiche, ma evolvono continuamente in risposta ai cambiamenti interni ed esterni. Infatti, secondo Guttman (1991), la comprensione di una relazione in ottica sistemica richiede di considerare anche il contesto sociale e culturale in cui essa si sviluppa. Le dinamiche relazionali non sono solo il risultato delle interazioni individuali, ma vengono plasmate da fattori esterni come norme sociali, valori culturali e aspettative collettive (Minuchin, 1974).

Il modello transazionale di Sameroff (2010) descrive l'influenza reciproca tra caregiver-bambino/a; l'obiettivo che si propone è quello di enfatizzare le influenze bidirezionali e interdipendenti tra bambino/a e ambiente di riferimento, sottolineando il condizionamento reciproco di questi due elementi. Le relazioni sono fondamentali a ogni livello di sviluppo, e le teorie transazionali cercano di fare luce sulle complessità dello sviluppo umano tramite lo studio delle dinamiche interattive. Tramite questo processo di co-regolazione il comportamento di ciascun elemento della diade è influenzato da quello dell'altro, sebbene le modalità dell'influenza e il contributo dello scambio comunicativo risultino qualitativamente diversi per la madre e il neonato (Lavelli & Barachetti, 2010).

Solo intorno alla fine degli anni ’90 del secolo scorso, grazie agli studi di Biringen e Robinson (1991) il costrutto di disponibilità emotiva viene applicato nella ricerca nell’ambito dell’osservazione e valutazione degli scambi interattivi tra il caregiver e il/la bambino/a. Si deve a loro la costruzione dello strumento *‘Emotional Availability Scales’* (EAS), scale di valutazione della qualità dell’interazione mamma-bambino/a, che verrà discusso nel capitolo 3 nella parte dedicata alla descrizione degli strumenti utilizzati nel presente lavoro di ricerca. Biringen, Robinson ed Emde (1991) hanno infatti proposto di valutare, per il versante genitoriale, la sensibilità, la capacità di strutturazione, la non intrusività e la non ostilità, mentre per il/la figlio/a si valutano la responsività e la capacità di coinvolgere il genitore.

2.3. Il supporto sociale come fattore di protezione nella formazione del legame madre-bambino/a

Il supporto sociale risulta cruciale non solo per il benessere materno, in quanto è in grado di ridurre il rischio o la persistenza della psicopatologia materna, ma soprattutto in termini di qualità di vita percepita dalla mamma, ovvero la sua percezione riguardo la propria posizione nella vita, il contesto culturale, i valori, le aspettative e le preoccupazioni (Stein et al., 2014). Il supporto sociale influenza concretamente la formazione del legame madre-bambino/a attraverso vari meccanismi, aiutando le madri a gestire le sfide della genitorialità e sviluppando interazioni più positive con i propri figli/le proprie figlie (Siedlecki et al., 2014). Da un lato vi è il *sostegno emotivo*, che aiuta le neomammme a gestire lo stress e favorisce in loro un senso di appartenenza e sicurezza (Thoits, 1995). Dall’altra, il *supporto informativo*, sia formale che informale, riduce l’incertezza e aiuta a sviluppare un senso di fiducia nelle proprie capacità genitoriali nel post-partum, migliorando l’interazione con il/la proprio/a bambino/a (Sarason et al., 1990). Anche *l’aiuto pratico e tangibile*, sia per quanto riguarda il supporto nelle faccende domestiche o nella cura di altri figli, aiuta ad alleviare il carico emotivo e fisico della donna, permettendole di concentrarsi in misura maggiore sul/sulla bambino/a e sul proprio benessere psicologico, riducendo stress e ansia (Reid & Taylor, 2015).

Sono interessanti gli studi che chiariscono l’importanza del *sostegno alloparentale*, ovvero l’assistenza fornita da persone diverse dai genitori, in particolare dai nonni, sulla formazione del legame madre-bambino/a. Infatti, specialmente la nonna materna

rappresenta spesso una figura chiave nell'assistenza neonatale (Aubel, 2021), alleggerendo il carico materno e facilitando il suo ritorno al lavoro, contribuendo a una transizione alla maternità più adattiva. Inoltre, il supporto alloparentale è associato a pratiche di cura più adeguate (Riem et al., 2023), sia direttamente attraverso interazioni positive con i bambini (Sadruddin et al, 2019), sia indirettamente, migliorando il benessere della mamma e della famiglia nel suo complesso (Dunifon, 2013). Tuttavia dinamiche familiari tese possono influenzare l'efficacia del supporto, come evidenziato da Dunifon (ibid.), il quale chiarisce che rapporti conflittuali con i nonni, soprattutto con la nonna materna, abbiano ripercussioni negative sulle pratiche genitoriali e sulla formazione del legame mamma-bambino/a.

All'interno del sistema familiare, anche il padre gioca un ruolo essenziale sul piano affettivo, non solo in termini di sostegno alla relazione madre-bambino/a (Baldoni & Landi, 2015), ma anche per il futuro sviluppo del/la bambino/a, in termini di competenze cognitive, emotive e socio-comportamentali (Cabrera & Roggman, 2017). Negli ultimi decenni si è assistito ad una crescente partecipazione paterna alla cura dei figli, superando progressivamente gli stereotipi culturali del passato (Venuti & Giusti, 1996), nonostante avvenga tramite modalità interattive e qualitativamente diverse rispetto a quelle che il bambino/la bambina sperimenta con la madre (McMunn et al., 2017). Al centro delle interazioni padre-figlio/a vi sono il gioco fisico e spontaneo, che contribuisce all'acquisizione di competenze culturali e comunicative (Tomasello, 2008), mentre a livello linguistico il padre tende a utilizzare espressioni dirette, ritmi lenti e ripetizioni musicali (Blount & Padgug, 1976). Così come nel caso dello scambio affettivo da parte della madre, anche la sensibilità e giocosità paterna nei momenti di interazione con il bambino/la bambina influenzano positivamente la sua futura regolazione affettiva (Robinson et al., 2021). L'aspetto più importante rimane comunque il ruolo di base sicura che il padre riveste per il bambino/a, offrendo a quest'ultimo un'esperienza relazionale caratterizzata da fiducia e protezione (Chiland, 1982). Questo ha effetti positivi sullo sviluppo del locus of control interno, capacità di autoregolazione e maggiore socievolezza (Biller & Kimpton, 1997) riducendo il rischio di comportamenti aggressivi e antisociali in età scolare e adolescenziale (Sarkadi et al., 2008).

Infine, l'importanza del supporto sociale nella relazione madre-bambino/a è stata evidenziata anche da Weinraub e Wolf (1983), i quali hanno tenuto conto delle differenze

tra famiglie monogenitoriali e famiglie in cui la madre è adeguatamente supportata dal partner. Nel primo caso, i risultati mostrano che un'interazione ottimale è favorita da contatti sociali ridotti, maggiore supporto genitoriale, ore di lavoro materno ridotte e minori eventi di vita stressanti. Nella seconda tipologia di famiglia, quelle con partner presente e coinvolto, è stata riscontrata un'associazione tra qualità della relazione madre-bambino/a e minori eventi di vita stressanti, soddisfazione per il supporto emotivo ricevuto e disponibilità di aiuto domestico (Weinraub & Wolf, 1983). Le implicazioni di queste differenze sono rilevanti per comprendere l'effetto delle reti sociali e dell'adattamento materno sullo sviluppo del/la bambino/a e per progettare interventi adeguati.

2.4 Impatto del PTSD sulla sensibilità materna e sulla formazione del legame madre-bambino/a

La sintomatologia post-traumatica da stress materna perinatale influisce negativamente sulla qualità degli scambi diadici e sulla sensibilità materna, esponendo i bambini a esiti psicopatologici già dai primi mesi di vita (Kaitz et al., 2010; Buss et al., 2011). In particolare, lo studio di Buss e colleghi evidenzia come un trauma materno riduca la capacità di rispondere adeguatamente ai segnali emotivi infantili, mentre Ayers e colleghi (2016), chiariscono come l'esposizione prolungata allo stress materno possa contribuire a problematiche affettive e comportamentali nei bambini/nelle bambine, aumentando il rischio di sviluppare un temperamento difficile.

Diversi studi hanno indagato gli effetti del PTSD materno perinatale sulla formazione del legame madre-bambino/a. Tra questi, lo studio di Kjerulff e colleghi (2021) individua nella sintomatologia prenatale un fattore di rischio importante per un legame materno compromesso. Analogamente, mamme con sintomi elevati di PTSD, che hanno dato alla luce bambini/bambine nati/e pretermine, tendono ad avere rappresentazioni del/la proprio/a bambino/a significativamente meno equilibrate e più distorte (Forcada-Guex et al., 2011). Davies e colleghi (2008) distinguono due campioni di mamme con sintomatologia lieve e grave di PTSD post-partum, evidenziando come queste ultime sperimentino un legame caratterizzato da ridotto piacere nell'interazione, da minore vicinanza, e percezione del neonato come ostile, intrusivo, meno affettuoso. Anche gli studi di Stack e colleghi (2012) hanno fatto luce sul fatto che madri con una storia di

aggressività e ritiro sociale durante l'infanzia mostrano livelli più elevati di ostilità materna verso i propri figli in età scolare. A loro volta, i bambini mostrano essere meno reattivi e coinvolti nell'interazione sociale. Al contrario, madri con livelli elevati di strutturazione materna coinvolgono il/la bambino/a in misura maggiore (Stack et al., ibid.).

Nel caso specifico del PTSD correlato al parto, una recente metanalisi ha rilevato che sintomi gravi sono associati a una qualità inferiore delle relazioni madre-bambino/a caratterizzati da minore sensibilità e difficoltà nella strutturazione dell'interazione a 6 mesi dal parto (Frankham et al., 2024; Feeley et al., 2007). I risultati di questa metanalisi derivano dall'utilizzo del paradigma Still Face (Tronick et al., 1978), il quale valuta le reazioni del bambino e della bambina allo stress presentatogli/le attraverso tre fasi: interazione normale, episodio del volto immobile materno e ricongiungimento. Le madri con sintomatologia più grave hanno mostrato maggiore evitamento dello sguardo nelle sessioni di ricongiungimento con il/la figlio/a e comportamento intrusivo, mentre i neonati hanno reagito con pianti disperati e comportamenti disorganizzati (Ionio e Di Blasio, 2014). Le madri con maggiori sintomi di flashback intrusivi e rivisitazione del trauma tendevano ad essere distratte durante l'interazione di gioco, mentre quelle che hanno mostrato maggiori sintomi di evitamento non riuscivano a cogliere importanti segnali che il bambino/la bambina rimandava, mostrando di essere poco sintonizzate (Davies et al., 2008; Parfitt & Ayers, 2009). Inoltre, sintomi materni di PTSD erano significativamente correlati con la valutazione materna della capacità del/la bambino/a di calmarsi dopo uno stato di angoscia a 6 mesi dal parto e con sintomi infantili di esternalizzazione, internalizzazione e disregolazione a 13 mesi (Enlow et al., 2017).

Un ulteriore contributo deriva dallo studio di Devita e colleghi (2024), dove l'aspetto innovativo è stato quello di differenziare tre diversi campioni di madri con PTSD: specificatamente correlato al parto (BRS), sintomi generali (GS) e non sintomatiche (NS). È emerso che i sintomi del gruppo di madri BRS erano associati a esiti più negativi e a comportamenti coercitivi materni, come una minore reciprocità nelle interazioni a sei mesi dal parto, rispetto agli altri gruppi (Rousseau et al, 2023). Tali sintomi sono stati individuati come fattori scatenanti di altri disturbi (Deforges et al., 2023; Iyadurai et al., 2019) e sono correlati a esiti meno positivi nei bambini (Garthus-Niegel et al., 2017).

Dal punto di vista della regolazione emotiva, lo studio di di S. Pat-Horenczyk e colleghi (2015) ha esplorato la relazione tra PTSD e la disregolazione emotiva dei bambini in un campione di famiglie israeliane esposte a traumi, evidenziando come la regolazione emotiva materna sia un mediatore chiave. In particolare, l'ipersensibilità della madre può manifestarsi in vari modi, come allertare il/la bambino/a su pericoli inesistenti o essere meno capace di confortarlo in situazioni stressanti (Pat-Horenczyk et al., 2015). Questi risultati supportano il modello di PTSD relazionale introdotto da Scheeringa e Zeannah (2001) dove il concetto di *regolazione emotiva relazionale* si riferisce al processo intergenerazionale di trasmissione delle capacità e dei problemi di regolazione emotiva. Achenbach (1991) compie una distinzione tra *over-regulation* e *under-regulation*: la prima indica una tendenza a preoccuparsi eccessivamente e a inibire l'espressione emotiva (ad esempio, attraverso la somatizzazione della paura), mentre la seconda è associata a impulsività e comportamenti aggressivi.

Infine, in una situazione difficile e complicata quanto quella dell'emergenza sanitaria da COVID-19, che ha introdotto grandi cambiamenti nella quotidianità, lo stress nelle donne in gravidanza ha interferito notevolmente con l'adattamento materno-infantile postpartum (Adesanya et al, 2024). Questo è osservabile non solo per quanto riguarda l'accudimento pratico, e quindi la capacità di fornire cure al/la neonato/a, come ad esempio difficoltà nei momenti di allattamento al seno (Dekel et al., 2020), ma soprattutto ha un impattato sulla dimensione relazionale (Mayopoulos et al., 2021). Ciò è stato osservato dagli studi di Tolja e altri (2020), che riportano effetti estremamente negativi sulla qualità del legame, dovuti ad un accresciuta e intensa preoccupazione materna riguardante la salute propria e del bambino/della bambina, la quale ha portato a sintomi di PTSD, ansia e depressione (Davenport et al., 2020; Coyne et al., 2020). Lo studio di Suzuki (2000) ha evidenziato come, per le mamme che hanno partorito durante il periodo pandemico, la qualità dell'attaccamento diadico fosse inferiore; questo effetto è la causa di un burnout genitoriale, condizione cronica legata allo stress derivante dai compiti genitoriali, che compromette il sonno materno e porta ad un allontanamento emotivo dal figlio/dalla figlia (Mikolajczak et al., 2018). Il burnout genitoriale è stato aggravato da fattori quali mancanza di supporto sociale durante le restrizioni pandemiche (Griffith, 2020), portando a distorsioni di quella che Coatsworth et al. (2018) definiscono '*genitorialità consapevole'*, ovvero accettazione, sintonizzazione emotiva verso il figlio/la figlia e

compassione materna. Questa condizione ha un impatto negativo significativo sul genitore e di conseguenza sulla relazione con il/la proprio/a figlio/a, compromettendo la salute mentale e fisica del/la bambino/a (Mikolajczak et al., 2018). Inoltre, il burnout può innescare nel genitore comportamenti di trascuratezza e abuso verso la prole (Brianda et al., 2020), con effetti a lungo termine sullo sviluppo del bambino/della bambina, come mostrato da diverse ricerche sulle conseguenze del maltrattamento infantile nell'arco della vita (Haj-Yahia et al., 2019).

In sintesi, un migliore funzionamento psicosociale materno, e quindi più supporto e meno stress, portano a un ambiente domestico qualitativamente superiore e modelli più ottimali di disponibilità emotiva (Buss et al, 2011; Kivijarvi et al., 2004).

2.4.1 Impatto del PTSD sulla capacità di caregiving

La ricerca sulle associazioni tra PTSD materno e capacità di caregiving si concentrano principalmente sui comportamenti genitoriali negativi (Christie et al., 2019), nonostante lo sforzo della letteratura di trovare degli effetti protettivi. Con il termine *'parenting disfunzionale'* si intendono le insufficienti cure fisiche ed emozionali fornite dal genitore verso il bambino/la bambina; Robinson e colleghi (2000) sottolineano diverse cause dell'incapacità di fornire cure adeguate, e tra queste spiccano sintomi depressivi e di stress, esperienze di deprivazione o perdite subite durante l'infanzia. Condizioni estreme di disfunzionalità sono rappresentate da trascuratezza e abuso, e comprendono anche contesti di rischio come il rifiuto, la mancanza di pattern educativi strutturati e la separazione (Cicchetti et al, 2005). Tali condizioni sono associate a comportamenti a rischio nella prole, come difficoltà nelle competenze sociali, scarsa interiorizzazione di strategie di regolazione e ritardi cognitivi e linguistici (Lyons-Ruth, & Jacobvitz, 2008). La ricerca dimostra come la sintomatologia post-traumatica da stress materna sia associata a comportamenti genitoriali aggressivi, ostili e incoerenti (Christie et al, 2019), modelli di interazioni ritirati o non disponibili (Schechter et al., 2010; van Ee et al., 2016), maggiore stress e minore soddisfazione genitoriale (Christie et al., 2019) e visioni negative del/la proprio/a figlio/a (van Ee et al., 2016). Inoltre, esperienze di maltrattamento emotivo delle madri sono associate a un rischio maggiore di genitorialità non supportiva dal punto di vista emotivo, sebbene solo nel contesto di un'elevata disregolazione emotiva (McCullough et al., 2017), così come le strategie genitoriali

negative osservate a 36 mesi sono correlate a un aumento dell'aggressività nei bambini a 6 anni e a strategie di coping disfunzionali nella tarda infanzia (Allmann et al., 2022; MacKenzie et al., 2015). Altri chiari esempi in materia affermano che stili di genitorialità precoce caratterizzati da tecniche di controllo dure e assertive e dall'assenza di calore siano predittive di problemi esternalizzanti successivi, in particolare nelle popolazioni ad alto rischio (Campbell et al., 1996; Shaw et al., 1998). Di contro, la regolazione delle emozioni potrebbe rappresentare un possibile fattore di resilienza; lo studio di Crandall e colleghi (2015) rivela infatti che una maggiore regolazione delle emozioni materne è associata a comportamenti genitoriali più positivi, dando credito a questa supposizione.
La letteratura chiarisce che vi sia un aumentato rischio per le mamme con sintomatologia post-traumatica da stress di avere difficoltà ad impegnarsi in una genitorialità attiva o positiva (van Eee et al., 2016). A tal proposito, lo scopo dello studio di Greene e colleghi (2020) è stato quello di indagare l'uso di pratiche genitoriali reattive da parte di madri di bambini e bambine piccoli/e in un campione di famiglie della comunità che sperimentavano alti tassi di povertà, maltrattamenti infantili materni ed esposizione a IPV, e di indagare l'effetto moderatore dei comportamenti genitoriali reattivi osservati sulla relazione tra sintomi PTSD materni e sintomi comportamentali depressivi, ansiosi e dirompenti correlati allo stress nei bambini/nelle bambine. I risultati hanno riportato che un'alta genitorialità reattiva delle madri modera i sintomi di comportamento dirompente e stress dei bambini/delle bambine. Delle madri con alta genitorialità reattiva, il 93% aveva vissuto esperienze traumatiche infantili, il 29% aveva subito violenza fisica da parte del partner durante la vita del/la figlio/a, e il 64% dei figli/delle figlie di queste donne aveva sperimentato almeno un evento traumatico (Greene et al., 2020). Inoltre, la genitorialità reattiva si è rivelata efficace nel proteggere i/le bambini/e dallo sviluppo di sintomi di comportamento dirompente.

2.5 Impatto della sensibilità emotiva e dell'ostilità materna sullo sviluppo emotivo e comportamentale dei bambini e delle bambine

L'importanza della disponibilità emotiva per uno sviluppo sano del bambino/della bambina è ampiamente supportata da decenni di ricerche. Bambini/e di genitori emotivamente disponibili tendono a sviluppare attaccamenti sicuri, migliori relazioni sociali e prestazioni scolastiche, e minori disturbi dell'apprendimento (Barnier et al.,

2010). Le risposte sensibili delle madri ai segnali emotivi del bambino/della bambina, siano essi positivi o negativi, favoriscono non solo la graduale acquisizione della regolazione emotiva (Katz & Hunter, 2007), ma anche l'acquisizione di comportamenti prosociali e il riconoscimento delle emozioni (McElwain & Booth-LaForce, 2006). Al contrario, una scarsa sensibilità materna porta all'instaurarsi di interazioni problematiche, associate a difficoltà nella gestione delle emozioni e ad uno sviluppo socio-emotivo minore nei bambini/nelle bambine, che possono manifestarsi in problemi comportamentali e scarse competenze sociali già a 36 mesi di età (Leerkes et al., 2009).
Alcuni studi hanno osservato come la disponibilità emotiva durante il gioco libero e altre attività diadiche influisca positivamente sulle competenze sociali e sulle strategie di autoregolazione emotiva in situazioni difficili, riducendo così sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei/lle bambini/e (Rousseau et al., 2023; NICHD Early Child Care Research Network, 1998). Quando una madre risponde in modo positivo alle emozioni sia negative che positive del bambino/della bambina prima dei 3 anni di età favorisce lo sviluppo di comportamenti autoregolatori (Cassidy, 1994). Tuttavia, una genitorialità incoerente che si esprime attraverso il minimizzare le emozioni infantili può amplificare l'eccitazione emotiva negativa e ostacolare gli sforzi di autoregolazione del/la bambino/a (Cassidy, ibid.).
Secondo gli studi di Belsky e Pluess (2009) la sensibilità materna aiuta a mitigare il livello di disagio che i/le bambini/e provano nei momenti di rottura e separazione, facilitando lo sviluppo di una regolazione emotiva più efficace (Pat-Horenczyk et al., 2015) e migliorando i livelli di attenzione sostenuta rispetto ai bambini con caregiver meno disponibili. Gli effetti di questi atteggiamenti positivi materni sono osservabili anche a lungo termine, come dimostrato da studi che hanno previsto contesti sperimentali nei quali i compiti proposti erano volti a suscitare vissuti di rabbia e tristezza nei bambini tra i 4 e i 9 anni (Morris et al., 2011). Diversamente, quando una madre non è emotivamente disponibile e scoraggia l'espressione dei sentimenti, crea un ambiente familiare nel quale le emozioni vengono ignorate e scoraggiate, o manifestate tramite un'affettività negativa (Denham et al., 1994). Inoltre, caregiver con scarse capacità di autoregolazione tendono ad affidarsi al bambino/alla bambina per regolare le proprie emozioni, trascurando le necessità del/la figlio/a e concentrandosi sui propri bisogni, generando confusione, sentimenti abbandonici e di angoscia (Hill, 2017).

Un altro aspetto importante da considerare quando si parla di disponibilità verso il bambino/la bambina è la non ostilità materna, che può compromettere il benessere della prole in termini di problematiche internalizzanti ed esternalizzanti (Connell., & Goodman., 2002). È infatti chiaro in letteratura come gli adulti ostili, attraverso espressioni facciali, toni di voce e commenti degradanti, possano trasmettere apertamente l'ostilità al bambino/alla bambina, influenzandone la regolazione emotiva e il successivo sviluppo socio-emotivo (Kochanska et al., 2007; Eisenberg et al., 2000). L'ostilità velata materna, espressa attraverso atteggiamenti e azioni più sottili, tramite impazienza e noia, o con emozioni latenti di rabbia e insoddisfazione, possono influenzare le precoci interazioni con il/la bambino/a (Biringen & Easterbrooks, 2012). Un ulteriore conferma di ciò è fornita dagli studi di Lahey e colleghi (2008), che dimostrano come l'ostilità materna predica i problemi di condotta nella fascia compresa tra i 4 e i 13 anni. Inoltre, le punizioni fisiche, come le sculacciate durante l'infanzia, sono correlate a futuri problemi di condotta più gravi, ma la loro influenza è moderata dall'irrequietezza infantile e dall'affetto positivo (Lahey et al, 2008). Strategie di regolazione non adattive nella prima infanzia, come eccessiva ruminazione, soppressione ed evitamento, rappresentano infatti fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia e problematiche di tipo esternalizzante (Silk et al., 2003; Diamantopoulou et al., 2007) e sono associate a comportamenti problematici in adolescenza, come l'uso di droghe, comportamenti sessuali a rischio e atti di bullismo (Hessler & Fainsilber Katz, 2010; Garner & Hinton, 2010).

In conclusione, è evidente come la qualità della relazione madre-bambino/a sia fondamentale per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini (Slagt et al., 2016; Eisenberg et al., 2000). Identificare i predittori della sensibilità alla sofferenza e della non ostilità è essenziale per sviluppare interventi efficaci mirati a promuovere risposte materne adattive alle emozioni negative infantili.

2.5.1 Problematiche internalizzanti

Le 'finestre di tolleranza' (Ogden & Minton, 2000; Siegel, 1999) rappresentano i limiti entro i quali gli stati emotivi di varia intensità e durata non interferiscono con il funzionamento adattivo dell'individuo. Una volta superati questi limiti, il bambino/la bambina entra in uno stato di ipo/iper-attivazione, che non gli/le permette di mantenere un'ottimale omeostati e l'integrità emotiva. Hill (2017) chiarisce infatti come una carente

regolazione affettiva nella prima infanzia possa essere alla base di traumi relazionali, come nel caso dell'esposizione cronica a stati di disregolazione affettiva all'interno della relazione di attaccamento. In questo contesto, un caregiver emotivamente inadeguato modella nel bambino/nella bambina schemi di disregolazione che possono perdurare nel tempo. Rubin e Mills (1991) ipotizzano che un umore negativo nei neonati e un'educazione genitoriale insensibile e assertiva, combinati con un comportamento timoroso e inibito, portino a disturbi di internalizzazione. I neonati negativi e timorosi diventano angosciati quando esposti a stimoli nuovi o potenzialmente minacciosi, e le tecniche di controllo parentale negativo interferiscono con lo sviluppo di capacità di adattamento auto-iniziate, aumentando la vulnerabilità all'ansia e alla depressione (Rubin & Mills, 1991).

Numerosi studi hanno inoltre dimostrato come un grande numero di genitori che hanno sofferto di abusi e trascuratezza durante la propria infanzia tendano a perpetuare le stesse dinamiche sui/lle figli/figlie (Carlson et al., 1989). In particolare, il rifiuto o l'ignoranza della madre riguardo le emozioni della prole, può essere interiorizzato e riprodotto per imitazione dal/la figlio/a, portandolo/a a mascherare o sovra-regolare le proprie emozioni negative, con conseguenti difficoltà nelle interazioni sociali e uno sviluppo disadattivo (Cassidy, 1994). Questo effetto è amplificato soprattutto nelle situazioni in cui le emozioni negative del figlio/della figlia ricevono un feedback punitivo da parte della madre (Eisenberg et al., 2000). Bambini/e esposti cronicamente a risposte insensibili dal parte della madre tendono a sviluppare livelli più elevati di angoscia e credenze negative sull'ambiente sociale, e sono più propensi a utilizzare la strategie di soppressione espressiva per gestire emozioni vissute come eccessivamente intense (Gratz & Roemer, 2004).

Gli studi che hanno indagato gli effetti a lungo termine dei deficit di regolazione emotiva precoce nei bambini/nelle bambine hanno riscontrato in fasi successive dello sviluppo il manifestarsi di diverse problematiche comportamentali ed emotive, quali uso di sostanze e disturbo d'ansia generalizzato (Mennin et al., 2002).

2.5.2 Problematiche esternalizzanti

Studi longitudinali hanno sottolineato come le risposte sensibili materne alle emozioni negative del figlio/della figlia siano fondamentali per favorire un'espressione emotiva

equilibrata e ridurre i problemi comportamentali manifestati dai bambini/dalle bambine a lungo termine (Davidov & Grusec, 2006). La letteratura evidenzia come la sensibilità materna al disagio infantile sia associata a minori problematiche esternalizzanti a 24 e 36 mesi e una maggiore competenza sociale misurata a 24 mesi, anche nei bambini/nelle bambine con temperamento reattivo (Leekers et al, 2009). L'articolo di Belsky e colleghi (1998) discute ampiamente l'importanza della sensibilità materna nei primi due anni di vita del/la figlio/a, rivelando sia un forte predittore dei problemi esternalizzanti nei bambini. Le madri che mostravano comportamenti più negativi (meno sensibili) nei confronti dei/lle loro figli/e tendevano ad avere bambini/e di 3 anni con punteggi alti nella categoria 'esternalizzante' della CBCL - Child Behavior Checklist, strumento che verrà analizzato nel terzo capitolo -.

Nei primi anni di vita l'aggressività fisica nei bambini/nelle bambine, che include comportamenti volti a ferire gli altri, raggiunge il picco intorno ai due anni, una fase critica caratterizzata da limitate capacità di comunicazione e regolazione emotiva (Crick et al., 1997). La persistenza di quest'ultima nell'età scolare è predetta da dinamiche genitoriali avverse e disponibilità emotiva ridotta, e risulta essere in forte associazione a comportamenti violenti durante l'adolescenza (Pinquart, 2017; Masud et al., 2019). Secondo le teorie "*early-starter*" del comportamento antisociale (Lahey et al., 1999; Moffitt, 1993, Patterson et al., 1991), i problemi di esternalizzazione cronici derivano dall'interazione tra caratteristiche temperamentali difficili e una genitorialità inetta. I bambini con un temperamento difficile, caratterizzato da umore negativo e bassa paura, possono avere maggiori probabilità di sviluppare comportamenti problematici se esposti a genitorialità insensibile e assertiva (Belsky et al., 1996). Inoltre, la percezione di stress materno contribuisce all'aumento delle difficoltà comportamentali già nei primi mesi di vita: ad esempio, livelli elevati di stress materno a 3 mesi predicono punteggi più alti nei test infantili sulle difficoltà comportamentali a 8 mesi (Hentges e al., 2019). Il temperamento infantile influisce anche nella misura in cui la sensibilità materna al disagio funge da fattore di protezione per la disregolazione affettiva nei bambini a 24 e 36 mesi (Kochanska et al., 2007). La combinazione di sensibilità materna al disagio e al non-disagio è fondamentale per la regolazione emotiva dei bambini, soprattutto per quelli temperamentali reattivi. La sensibilità al disagio predice un adattamento socio-emotivo

positivo, mentre quella al non-disagio ha effetti protettivi solo nei bambini meno reattivi (Slagt et al., 2016).

In età prescolare e scolare, il tempo trascorso con i coetanei, soprattutto in condizioni di scarsa qualità delle cure materne, può favorire l'esternalizzazione del disagio e rafforzare la percezione che i propri bisogni possano essere soddisfatti attraverso comportamenti prepotenti o aggressivi (The NICHD Early Child Care Research Network, 1998). Il modello coercitivo della genitorialità suggerisce che i comportamenti aggressivi dei bambini/delle bambine sono rinforzati dalle risposte coercitive dei genitori (Patterson & Bank, 1989). In questa dinamica, un ruolo fondamentale giocano le richieste genitoriali e la gestione dei comportamenti esternalizzanti: i genitori che dimostrano di non essere disponibili e attenti alle reali esigenze del figlio/della figlia rischiano di rafforzarne i comportamenti oppositivi, intensificando i conflitti e riducendo la probabilità di comportamenti prosociali nei bambini/nelle bambine (Reid et al., 2002). Questo conferma l'importanza dei modelli genitoriali e delle interazioni familiari nel favorire o contenere l'emergere di problemi esternalizzanti problematici nei bambini e nelle bambine (Calzada et al., 2004).

L'aggressività precoce e il ritiro sociale nei bambini non solo si manifestano come problemi esternalizzanti e internalizzanti, ma rappresentano anche predittori di difficoltà psicologiche e sociali a lungo termine (Salovey & Sluyter, 1997). Infatti, recenti studi hanno evidenziato come il distress materno sia fortemente associato a problematiche esternalizzanti a lungo termine, quali comportamenti aggressivi e di comportamento sociale, tratti autistici e problemi psichiatrici misurati a 10 anni (Van Der Bergh et al. 2020). Studi longitudinali dimostrano invece come l'aggressività precoce dei bambini/delle bambine sia collegata a una serie di risultati negativi successivi e stabili nel tempo, quali disturbi psicologici e problemi di salute fisica (Rubin et al., 2002; Temcheff et al., 2011). Solitamente, problematiche internalizzanti ed esternalizzanti sono interrelate a lungo termine: un aumento delle seconde è associato a un aumento nei problemi di internalizzazione e viceversa soprattutto in età scolare (Keiley et al., 2000). Inoltre, come illustra il modello di fallimento di Patterson e Capaldi (1990), la presenza di problematiche esternalizzanti nella prima infanzia può, a lungo termine, portare a una stabilità eterotipica o a difficoltà internalizzanti, sottolineando l'interconnessione tra questi due domini.

3. IPOTESI E ARGOMENTI RICERCA

3.1 Presentazione dello studio longitudinale

La ricerca che verrà discussa prende parte a un più ampio progetto longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova.

L'obiettivo principale dello studio è quello di esplorare la sintomatologia post-traumatica da stress delle donne in gravidanza e nel post-partum, in un periodo storico tanto importante quanto delicato per la salute materna perinatale, quale quello dell'emergenza sanitaria del COVID-19, e le successive conseguenze di tale esposizione perinatale sullo sviluppo, nel nostro caso emotivo e comportamentale, del bambino/della bambina. Un focus centrale dello studio è l'esame del supporto sociale come fattore protettivo e moderatore, indagando il ruolo di quest'ultimo nell'influenzare il benessere materno e mitigare gli effetti negativi derivanti dalla sintomatologia post-traumatica sullo sviluppo del/la neonato/a.

La pandemia, e di conseguenza il lockdown obbligatorio, ha avuto un impatto notevole sulla società, poiché ha causato la perdita del lavoro, paura di essere infettati o di una possibile trasmissione ai parenti, la preoccupazione di non avere risorse importanti come la comunicazione con i propri cari, isolamento sociale e accesso limitato ai servizi sanitari e sociali, fattori associati a sintomi marcati di disturbo post-traumatico da stress (Boyraz & Legros, 2024). Per quanto riguarda le donne in attesa, popolazione già considerata a rischio di vulnerabilità psicologica, il COVID-19 ha rappresentato un fattore in grado di esacerbare traumi preesistenti, poiché predisposte a rispondere con un'intensificata paura quando si trovano ad affrontare eventi stressanti successivi (Morabito et al., 2021).

Infatti, diversi studi sui traumi hanno evidenziato che le donne presentano tassi di sintomi di PTSD significativamente più elevati rispetto agli uomini (Tolin & Foa, 2006), in particolare nei casi di persone con una storia di abusi gravi, soprattutto quando questi coinvolgono i caregiver, correndo un rischio maggiore di sviluppare una forma di PTSD acuto e complesso. L'esperienza di traumi ripetuti e cumulativi ostacola lo sviluppo di strategie di coping efficaci per affrontare le difficoltà successive, come il parto (Brieere et al., 2016), e in particolare la disregolazione emotiva e la scarsa resilienza sono associate a vari problemi di salute mentale. Inoltre, la revisione di Xu e colleghi (2024) ha chiarito

che, rispetto alle donne in gravidanza non affette da SARS-CoV-2, quelle a cui è stato diagnosticato il COVID-19 hanno maggiori probabilità di sperimentare esiti avversi come parto pretermine, parto cesareo e basso peso alla nascita nei neonati.

Secondo la letteratura un certo grado di disagio post-partum materno può essere considerato 'tipico' e previsto nella transizione alla maternità. In questo contesto, il supporto sociale non ha la totale funzione di eliminare o prevenire completamente i fattori di stress, piuttosto agisce come un cuscinetto, una cassa di risonanza, aiutando la madre a gestire le difficoltà presenti (Leahy-Warren et al., 2018). Tuttavia, le barriere personali e sociali nell'accesso all'aiuto, che variano tra le culture, complicano la capacità delle donne di cercare il supporto necessario.

La presente ricerca ha preso in considerazione 4 finestre temporali, che riguardano:

- *il momento della gravidanza (t0),*
- *6 mesi post-partum (t1),*
- *18-24 mesi post-partum (t2)*
- *36 mesi post-partum (t3).*

Ogni tappa del progetto ha previsto la somministrazione di questionari auto-somministrati, come esplicitato nei sottoparagrafi che seguono.

La raccolta dati è avvenuta tramite piattaforme online come social media per il reclutamento, Qualtrics per i questionari, Mailchimp per la gestione delle comunicazioni, e Zoom per le riunioni virtuali. I dati raccolti in tutte le tappe dello studio sono stati analizzati e codificati al fine di esplorare vari aspetti, con particolare attenzione alla salute mentale materna, in questo caso al PTSD perinatale.

3.2 Ipotesi di ricerca e obiettivi

La ricerca si propone, quindi, di aggiungere nuove conoscenze alle evidenze esistenti, con l'obiettivo di informare interventi pratici per migliorare la salute mentale delle madri e il benessere dei bambini in contesti di stress prenatale e post-natale.

Gli obiettivi e le ipotesi della ricerca sono articolati in quattro direzioni principali, che intendono approfondire le dinamiche tra salute mentale materna, supporto sociale e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino, nonché l'interazione tra questi fattori nel corso dei primi anni di vita.

Prima ipotesi - *Una minor sintomatologia di PTSD in gravidanza è associata a un maggior supporto sociale percepito a 6 mesi.*

Il primo obiettivo della ricerca è stato quello di esplorare la relazione tra la sintomatologia post-traumatica da stress (PTSD) in gravidanza e il supporto sociale percepito dalle madri sei mesi dopo il parto.

In particolare, si ipotizza che una minore sintomatologia di PTSD in gravidanza sia associata a un maggiore supporto sociale percepito a sei mesi post-partum. Dunque, ci si aspetta che punteggi più bassi nella scala PCL-5 (misura della sintomatologia PTSD) a t0 siano correlati a punteggi più alti nella scala MSPSS (misura del supporto sociale percepito) a t1. Questo obiettivo permette di indagare come le esperienze traumatiche durante la gravidanza possano influenzare la percezione del supporto sociale ricevuto dalla madre nei mesi immediatamente successivi al parto, un aspetto fondamentale per il benessere psicologico materno.

Al fine di escludere possibili variabili confondenti, sono stati presi in esame diversi fattori materni, relativi alle caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche delle donne, considerate dalla letteratura come possibili fattori di rischio dello sviluppo del Disturbo post-traumatico da stress. Tra questi, l'età della madre, la condizione lavorativa (con una distribuzione che vede l'86,56% delle donne occupate e il 13,44% di donne disoccupate), e la storia riproduttiva (il 70,96% delle partecipanti era alla prima gravidanza, mentre il 29,04% è rappresentato da donne pluripare). Inoltre, sono stati analizzati eventuali problemi gestazionali, come le patologie gravidiche, minacce di aborto nella gravidanza in corso, riportate dal 10,72% delle donne, aborti precedenti all'attuale gravidanza (un'interruzione spontanea è stata riscontrata solamente nel 21,3% delle partecipanti, con differenze significative tra una volta e due volte), e difficoltà di concepimento. Il 19,51% delle donne ha infatti dichiarato di aver incontrato ostacoli nel raggiungere la gravidanza, mentre il 6,96% del campione ha riportato di avere una condizione patologica gravidica in corso.

Seconda ipotesi - *Per le madri con sintomatologia post-traumatica da stress in gravidanza, livelli più alti di supporto sociale a 6 mesi sono associati a maggiori livelli di sensibilità e non ostilità materna a 18-24 mesi.*

Il secondo obiettivo del presente lavoro di tesi è stato quello di esplorare il ruolo moderatore del supporto sociale percepito dalle madri a 6 mesi post-partum nel rafforzare o attenuare la relazione tra la sintomatologia PTSD in gravidanza e la disponibilità emotiva della madre nei confronti del bambino a 18-24 mesi.

Il livello di disponibilità emotiva materna a 18-24 mesi, è stato misurato tramite la scala di *sensibilità* e *non ostilità* della Emotional Availability Scale (EAS): questa tappa ha previsto la videoregistrazione tramite la piattaforma Zoom di una sessione di gioco della durata di 15 minuti.

La moderazione del supporto sociale potrebbe, come ampiamente suggerito dalla letteratura, fungere da fattore protettivo sia nel periodo della gravidanza che nel post-partum, influenzando positivamente le capacità materne di rispondere alle esigenze emotive del bambino (Milgrom et al., 2019). Lo studio di Razurel e colleghi (2011) ha dimostrato che il supporto sociale sia fondamentale per promuovere il benessere materno nel periodo perinatale, ma vi è un disaccordo in letteratura per quanto riguarda le condizioni che lo favoriscono. Difatti, alcuni autori (Ni & Siew Lin, 2011) confermano che il supporto di famiglia e amici migliori i risultati della sintomatologia materna, e di contro abbiamo le evidenze di Dennis e Chung-Lee (2006) che affermano che le donne potrebbero percepire una mancanza di comprensione della loro condizione psicologica, limitando l'efficacia di tale supporto, chiarendo dunque come non sia imprescindibile.

Le aspettative sociali sulla maternità possono inoltre accrescere i sentimenti di inadeguatezza e aumentare la paura di non essere considerate delle madri buone o capaci, limitando la ricerca di supporto, come evidenziato da Hong Law e colleghi (2018).

Le revisioni meta-analitiche confermano che la sensibilità materna, ovvero la capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni e agli interessi dei neonati nel primo anno di vita, sia il miglior predittore dell'attaccamento sicuro nella prima infanzia, sebbene l'associazione sia moderata (De Wolff & van Ijzendoorn, 2006). Tuttavia, condizioni di genitorialità a rischio, quali presenza di sintomatologia post-traumatica, compromettono la qualità delle interazioni madre-bambino, con un effetto importante sulla sensibilità, responsività e ostilità materna, aumentando il rischio di esiti psicopatologici nei neonati. Comportamenti materni intrusivi o ritirati possono riflettere un deficit nella modulazione neurale, influenzato da fattori come il temperamento, la storia personale materna e il supporto percepito (Lucassen et al., 2015).

Terza ipotesi *- Per le madri con sintomatologia post-traumatica da stress a 6 mesi dopo il parto, livelli più alti di EAS Sensitivity e EAS Non-Hostility a 18-24 mesi sono associati a minori livelli di problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini a 18/24 e 36 mesi.*

Il terzo obiettivo si concentra sull'esplorazione di un modello di regressione lineare, che indaga come la disponibilità emotiva materna (intesa come sensibilità e non-ostilità materna) a 18-24 mesi possa influenzare la relazione tra la sintomatologia post-traumatica da stress (PTSD) materna a 6 mesi post-partum e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino, misurato a 18/24 mesi e 36 mesi. L'obiettivo principale di questo modello è determinare in che misura la disponibilità emotiva materna a 18-24 mesi possa predire i comportamenti e lo sviluppo socio-emotivo del bambino, focalizzandosi in particolare sulle problematiche internalizzanti e esternalizzanti. In particolare, l'analisi vuole esaminare se una maggiore sensibilità e non ostilità materna possa predire una riduzione dei problemi esternalizzanti e internalizzanti nel bambino/nella bambina, considerando l'effetto della sintomatologia PTSD materna. Questo quesito indaga se livelli più alti di disponibilità materna possano mitigare o attenuare problematiche esternalizzanti e affettive nei bambini/nelle bambine.

Quarta ipotesi - *Per le madri con sintomatologia post-traumatica da stress a 6 mesi dopo il parto, livelli più alti di supporto sociale a 6 mesi sono associati a minori livelli di problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini a 18/24 mesi e 36 mesi.*

Il quarto e ultimo obiettivo di questo elaborato si è concentrato sull'esame dell'effetto moderatore del supporto sociale a 6 mesi sulla sintomatologia post-traumatica da stress a 6 mesi post-partum e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino, a 18-24 mesi e a 36 mesi.

Anche in questo caso, si è ipotizzato che il supporto sociale percepito potesse svolgere la funzione di fattore di protezione, attenuando gli effetti negativi della sintomatologia post-traumatica materna sulla qualità dello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina, individuabile nella minore presenza di problematiche internalizzanti ed esternalizzanti sul suo benessere psicologico.

3.3 Metodo

Il campione analizzato nel presente elaborato è composto dalla coorte di donne reclutato per svolgere lo studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova. Si tratta di partecipanti che hanno aderito spontaneamente alla prima indagine svolta durante il lockdown, precisamente nella primavera del 2020, e che hanno acconsentito a essere ricontattate successivamente per le tappe seguenti dello studio.

3.3.1 Reclutamento del campione

Il campione preso in analisi per questo elaborato è stato estratto dalla coorte di donne reclutate all'interno dello studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova.

Il reclutamento è avvenuto tramite la diffusione di un sondaggio online sui social media, tra l'aprile e il maggio del 2020, su base volontaria; il totale delle partecipanti alla prima fase dello studio *(t0)* ammonta a 2502 donne, di età compresa tra i 18 e 51 anni, di residenza italiana e che presentavano una gravidanza al momento della compilazione dei questionari, o avevano trascorso almeno 2 settimane di gravidanza durante il lockdown. Solo 1611 donne hanno dato il consenso di essere ricontattate nelle fasi successive, delle quali, nel nostro specifico caso di interesse, 432 hanno riportato una sintomatologia post-traumatica da stress in gravidanza.

Per tutte le fasi della ricerca sono state utilizzate esclusivamente piattaforme online quali Qualtrics, frequentemente utilizzata per la diffusione online di questionari, Mailchimp, utile per la gestione automatizzata delle mail, e Zoom, impiegata per effettuare riunioni virtuali, in videochiamata.

3.3.2 Procedura

Per quanto riguarda la prima tappa della ricerca *(t0),* corrispondente al periodo della gravidanza, il reclutamento è avvenuto tramite un sondaggio online diffuso sui social media. Questo sondaggio ha permesso di raccogliere i dati anagrafici delle partecipanti, e informazioni sul benessere e salute mentale delle donne, mediante questionari self-report. Nel nostro caso di interesse il questionario inviato alle donne è stato il PCL-5, atto a valutare la sintomatologia post-traumatica da stress; hanno partecipato un totale di 2016

donne, delle quali 432 hanno riportato sintomi di PTSD, mentre 1674 non hanno riferito tale sintomatologia.

Le donne che avevano acconsentito a essere ricontattate sono state intervistate successivamente tramite e-mail o telefono a 6 mesi dopo il parto *(t1).* In questa fase, è stato somministrato nuovamente il PCL-5, utile per la quarta ipotesi del nostro studio, a un campione di n748 madri, delle quali 160 hanno riportato sintomatologia da PTSD. Inoltre, è stato introdotto il MSPSS *(Multidimensional Perceived Social Support Scale)* volto a esplorare il supporto sociale percepito dalle madri nella fase post-partum, compilato da 686 madri.

La terza fase, realizzata tra i 18 e i 24 mesi post-partum *(t2),* è stata condotta tramite invio di due newsletter alle donne che a *t0* avevano dato il consenso per essere ricontattate, escludendo coloro che avevano espresso la volontà di non partecipare più alle fasi successive dello studio. Oltre alla somministrazione di questionari self-report, la fase *t2* ha previsto un monitoraggio dell'interazione madre-bambino, tramite l'Emotional Availability Scale (EAS), che ha coinvolto 85 soggetti. La somministrazione delle misure è avvenuta in modalità videoregistrata su Zoom nel contesto ecologico della diade, e i video sono stati successivamente codificati in punteggi quantificabili.

Nella quarta e ultima tappa dello studio, ovvero a 36 mesi post-partum *(t3),* sono state contattate le donne che a *t1* avevano dato il consenso per essere raggiunte in futuro, e quelle che erano state reinserite nello studio a *t2.* Sono stati somministrati due questionari, per cui è stata doverosa l'elaborazione di una tabella a doppia entrata, che includesse, cioè, solamente le madri con sintomatologia post-traumatica da stress verificata a 6 mesi post-partum. Questi questionari auto-somministrati sono la CBCL 1.5/5 *(Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5),* che ha interessato 107 madri, e l'SDQ *(Strengths and Difficulties Questionnaire)* (n148), strumento utile per valutare il comportamento e le difficoltà emotive dei bambini.

Durante questa fase finale l'attenzione è stata rivolta principalmente allo sviluppo del bambino/della bambina e ai suoi esiti emotivi e comportamentali, al fine di approfondire come il supporto sociale percepito possa fungere da moderatore tra la sintomatologia post-traumatica materna e il benessere socio-emotivo del/la bambino/a a lungo termine.

3.3.3 Strumenti

Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Il PTSD Checklist per il DSM-5 (PCL-5, Weathers et al., 2013) è uno strumento autocomplilato che permette di rilevale la presenza della sintomatologia del Disturbo post-traumatico da stress secondo i criteri del DSM-5. Sebbene esista una sola versione degli item del PCL-5, sono in uso 3 formati della misura del PCL-5, tra cui uno senza componente del Criterio A, uno con componente del Criterio A, e uno con la Life Events Checklist per *il DSM-5* (LEC-5) e componente del Criterio A esteso. La versione utilizzata nella presente ricerca è quella che esclude gli item associati al criterio A (esposizione a un evento traumatico).

Il questionario è composto da 20 domande che indagano sintomi relativi a: sintomi di intrusione riguardo l'evento traumatico (Cluster B), evitamento (Cluster C), alterazioni cognitive e dell'umore (Cluster D) e iper-arousal (Cluster E).

Le risposte fornite dalle mamme, sia a *t0* che a *t1*, sono state valutate su una scala Likert a 5 punti, con valori che vanno da 0 (Per niente) a 4 (Estremamente). Il punteggio di 31 è stato considerato cut-off del questionario, ovvero il valore di soglia al di sopra del quale si considera indicativa la presenza di sintomatologia associata al PTSD.

Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Il *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988; validazione italiana di Prezza e Principato, 2002) è uno strumento auto-somministrato che valuta la percezione del supporto sociale proveniente da tre fonti: famiglia, amici, persona significativa (nel caso della nostra ricerca, questa persona era rappresentata dal partner). La validazione italiana, effettuata da Prezza e Principato (2002), evidenzia un coefficiente di consistenza interna (alfa di Cronbach**)** pari a 0,88, il che suggerisce che si tratti di una scala affidabile nella valutazione del PTSD.

Si compone di 12 item valutati su una scala Likert a 7 punti, dove i punteggi variano da: 1= “moltissimo in disaccordo”; 2= “molto in disaccordo”; 3= “un po' in disaccordo”; 5= “un po' d’accordo”; 6= “molto d’accordo”; 7= “moltissimo d’accordo”. Il calcolo del punteggio totale è avvenuto grazie alla somma dei punteggi di ogni item (Dambi et al., 2018), e nell’attuale lavoro di ricerca, sono stati suddivisi in tre categorie:

- *Basso supporto sociale (punteggio tra 12<x<35);*

- *Medio supporto sociale (punteggio compreso tra 36<x<60)*
- *Alto supporto sociale percepito (punteggio tra 61<x<84).*

Emotional Availability Scales (EAS)

Le *Emotional Availability Scales* (EAS) sono delle scale che valutano la qualità delle interazioni genitori-bambino, andando a valutare la disponibilità emotiva, intesa come "presenza ricettiva dell'adulto ai segnali emotivi del bambino" (Biringen & Easterbrooks, 2012). È stato ideato dalla dott.ssa Zeynep Biringen nel 1987, e attualmente sono alla loro quarta edizione. Le EAS sono composte da sottoscale sia per adulti (4 scale) che per bambini/e (2 scale) e possono essere completate in circa 20 minuti. Nel presente elaborato di tesi vengono prese in considerazione solamente la *Sensitivity* e *Non hostility* materna.

Le aree valutate nel genitore sono le seguenti:

- ***Sensibilità (sensitivity):*** riguarda la capacità del genitore, in questo caso della madre, di cogliere e rispondere in modo adeguato ai segnali del/della bambino/a, mostrandosi emotivamente sintonizzata. Due aspetti fondamentali sono implicati all'interno di questa prima scala, e riguardano l'appropriatezza dell'esperienza affettiva e l'autenticità della stessa. Ciò implica che la risposta del caregiver non debba essere forzata ma spontanea. È la scala che più di tutte fa riferimento alla teoria dell'attaccamento, ad aspetti della disponibilità e sintonia emotiva. Le sette dimensioni prese in esame sono:

1. Affetti: qualità e autenticità dell'affetto espresso dal genitore, adeguati all'età del/la bambino/a;

2. *Percezione e risposta:* cogliere i segnali del/la bambino/a e rispondervi in modo appropriato e tempestivo;

3. *Timing:* tempistica appropriata nelle interazioni;

4. *Flessibilità, varietà e creatività:* capacità del genitore di usare diverse strategie per coinvolgere il bambino/la bambina;

5. *Accettazione:* accettare e rispettare l'autonomia del/la bambino/a e le sue emozioni;

6. *Ammontare delle interazioni:* tempo dedicato all'interazione reciproca;

7. *Conflitti:* gestione dei conflitti e modalità di risoluzione da parte del genitore.

- *Strutturazione (structuring):* si tratta della capacità genitoriale di strutturare in modo adeguato l'ambiente in modo da rendere favorevole l'esplorazione del/la bambino/a, fornendo stimoli adeguati al suo livello di sviluppo e stabilendo dei confini;

- *Non intrusività (non intrusiveness):* fa riferimento alla capacità del genitore di non essere intrusivo, rispettare i tempi di gioco del bambino/della bambina e di essere disponibile senza invadere l'autonomia del/la figlio/a.
- ***Non ostilità (non hostility):*** si tratta della capacità di rivolgersi al/la figlio/a con modalità pazienti, piacevoli e armoniose, sia nel caso di forme aperte (gesti e parole), sia con forme indirette, evitando comportamenti ostili e aggressivi. Le sette dimensioni prese in esame sono:

1. *Negatività a livello di voce o volto:* attraverso commenti o sguardi negativi, un'espressione del volto neutra e immobile mentre il/la figlio/a cerca un aggancio emotivo, ad esempio con un sorriso. Anche distogliere lo sguardo durante un'attività del/la bambino/a può essere percepito come negatività;
2. *Svalutazioni e prese in giro*: ogniqualvolta un genitore manchi di rispetto al/la bambino/a, con l'uso di toni negativi e frasi svalutative come "sbagli sempre";
3. *Minacce di separazione*: tramite frasi come "se fai così me ne vado";
4. *Mantenimento della calma*: a prescindere dalle reazioni del bambino/della bambina, che è immaturo e fa fatica a regolarsi. Questo aiuta a mantenere una giusta distanza emotiva senza sperimentare personalmente la negatività del/la bambino/a;
5. *Comportamenti spaventanti*: tramite comportamenti che incutono paura nel bambino/nella bambina, specie nel gioco;
6. *Silenzio:* soprattutto nei casi in cui il/la bambino/a parla o sorride, il silenzio può trasmettere ostilità;
7. *Tematiche di gioco:* comportamenti spaventanti durante il gioco, come minacce fantasiose ("il mostro ti mangerà") o giochi violenti, anche se non intenzionali.

Per entrambe le scale, un punteggio da 7 a 5 indica un'interazione ottimale con una buona sensibilità e non ostilità da parte della madre; al di sotto di questo cut-off (<5) siamo in presenza di aspetti problematici nell'interazione.

Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL 1.5/5)

Tra gli strumenti attualmente utilizzati per la valutazione del comportamento nei/lle bambini/e in età prescolare, la *Child Behavior Checklist per le età 1,5–5 anni* (CBCL 1½–5) di Achenbach è senz'altro quello più in uso nei contesti epidemiologici internazionali (Achenbach & Rescorla, 2001). Si tratta di un questionario economico e facilmente

somministrabile che ha dimostrato ottime proprietà psicometriche, come affidabilità, stabilità nel tempo e validità nel discriminare tra la popolazione generale e quella clinica. È composto da 99 item che coprono diverse aree del/la bambino/a; nel presente studio, sono state considerate unicamente le scale 'Problemi internalizzanti' e 'Problemi esternalizzanti', poiché gli unici di interesse ai fini della ricerca. Nel rispondere agli item le mamme devono tenere conto dello stato attuale e di quello relativo agli ultimi due mesi di vita del/la figlio/a. Inoltre devono valutare per ogni singolo item secondo l'intensità e la frequenza che meglio descrive il bambino/la bambina (0 si attribuisce quando l'item è non vero; 1=in parte vero; 2=molto vero).

Lo scoring del questionario fornisce:

- *le scale principali* (Problemi internalizzanti; Problemi esternalizzanti; Problemi totali);
- *le scale sindromiche* (Reattività emozionale; Ansioso/Depresso; Lamentele somatiche; Ritiro; Problemi di attenzione; Comportamento aggressivo; Problemi del sonno»);
- *le scale orientate al DSM-IV* (Problemi affettivi; Problemi di ansia; Problemi pervasivi dello sviluppo; ADHD; Problemi oppositivo/ provocatorio»).

I punteggi vengono suddivisi in tre categorie, sia per quanto riguarda i problemi internalizzanti che per i problemi esternalizzanti:

- *Problemi internalizzanti*: Un punteggio tra 0 <X<14 è considerato nella norma, indicando che il bambino non mostra significativi problemi emotivi. Un punteggio tra 15 <x<16 rientra nella categoria borderline, suggerendo la presenza di qualche difficoltà emotiva che potrebbe richiedere attenzione. Un punteggio superiore a 16 indica un livello clinico di problemi internalizzanti, che comprendono ansia, depressione e ritito sociale.
- *Problemi esternalizzanti*: Un punteggio compreso tra 0<x<18 è considerato nella norma, indicando comportamenti adeguati. Un punteggio tra 19<x<21 rientra nella categoria borderline, mentre punteggio superiore a 21 indica un livello clinico di problemi esternalizzanti, dove il bambino presenta comportamenti significativamente problematici che richiedono un intervento terapeutico, quali aggressività, iperattività e impulsività.

Questa suddivisione consente di monitorare il comportamento del bambino, aiutando a distinguere tra livelli di rischio e a identificare quelli che potrebbero necessitare di una valutazione o di un supporto clinico.

Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Lo *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1997) è un questionario parent-report che permette di rilevare alcune caratteristiche sia positive, sia negative del comportamento del bambino o della bambina. Tra le diverse versioni in uso, quella utilizzata nella presente ricerca è la prescolare, per bambini e bambine di età compresa fra i 2 e i 4 anni. Lo strumento è composto da 25 items, suddivisi fra 5 sottoscale:

- *Sintomi di tipo emozionale;*
- *Problemi di condotta;*
- *Iperattività/Inattenzione;*
- *Problemi nelle relazioni con i pari;*
- *Comportamento prosociale.*

Ogni affermazione è valutata usando una scala Likert a 3 punti: 0=non vera; 1=in parte vera; 2= certamente vera, la quale aiuta a valutare intensità e frequenza di specifici comportamenti e difficoltà nel bambino.

Nell'attuale analisi dei dati, è stata compiuta una suddivisione in due categorie per ciascun dominio, ed è stata compiuta una semplificazione, accorpando medio e alto rischio in un'unica categoria:

- *Problemi emotivi*: Un punteggio basso tra $0<x<5$ indica una bassa intensità di problemi emotivi, mentre un punteggio medio/alto rischio tra $5 <x<20$ suggerisce una maggiore presenza di difficoltà emotive che potrebbero richiedere attenzione o intervento.
- *Problemi comportamentali*: Un punteggio basso, compreso tra $0<x<8$, riflette una bassa presenza di problemi comportamentali, mentre un punteggio medio/alto rischio $8<x<20$ indica una maggiore incidenza di comportamenti problematici, che potrebbero necessitare di una valutazione più approfondita o supporto psicologico.

3.4 Analisi statistiche

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

Innanzitutto, sono state condotte delle analisi descrittive al fine di esaminare la frequenza, la media e la deviazione standard delle caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche delle donne appartenenti al campione. Con lo scopo di testare le ipotesi di ricerca, e indagare le relazioni tra PTSD, supporto sociale, sensibilità emotiva e non

ostilità materna, e problematiche internalizzanti ed esternalizzanti del bambino/della bambina in vari momenti temporali, sono state condotte delle ***analisi di regressione dirette e modelli di moderazione***.

Per la prima ipotesi, che indaga l'associazione tra sintomatologia post-traumatica da stress in gravidanza (*t0*) e supporto sociale percepito a 6 mesi post-partum *(t1),* è stato utilizzato un *modello di regressione lineare* per valutare l'associazione tra il punteggio totale della scala PCL-5 a *t0* e il punteggio totale della scala MSPSS a *t1*. Sono state incluse covariate potenzialmente confondenti quali età materna, stato lavorativo, parità, minacce di aborto, aborti pregressi, difficoltà di concepimento e patologie gravidiche. L'obiettivo di questa analisi è determinare se una minore sintomatologia post-traumatica fosse associata a un maggiore supporto sociale percepito.

Per la seconda ipotesi, che esamina la moderazione del supporto sociale percepito a 6 mesi post-partum sulla relazione tra la sintomatologia post-traumatica in gravidanza (*t0*) e la disponibilità emotiva materna a 18-24 mesi (*t2*), è stato impiegato un *modello di moderazione*. Nello specifico, i punteggi PCL-5 a *t0* sono stati considerati variabili predittive, mentre i punteggi EAS Sensitivity e EAS Non-Hostility a *t2* sono stati considerati come variabili dipendenti. Il supporto sociale percepito a *t1* è stato introdotto come variabile moderatrice per valutare se esso potesse attenuare o amplificare l'associazione tra stress materno in gravidanza e disponibilità emotiva materna a *t2*.

Per la terza ipotesi, che esamina la relazione tra PTSD materno a 6 mesi post-partum (*t1*), disponibilità emotiva materna a 18-24 mesi (*t2*) e sviluppo emotivo e comportamentale del bambino a 18/24 e 36 mesi *(t2 e t3*), è stata condotta un'analisi di *regressione lineare*. I punteggi PCL-5 a *t1* ed EAS Sensitivity e Non-Hostility a *t2* sono stati considerati come variabili indipendenti, mentre i punteggi CBCL a *t2* e SDQ a *t3* sono stati utilizzati come variabili dipendenti. L'obiettivo è stato quello di verificare se il PTSD materno fosse associato a un aumento dei problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini e se la disponibilità emotiva materna potesse costituire un ulteriore fattore esplicativo nello sviluppo emotivo e comportamentale infantile.

Infine, per la quarta ipotesi, che indaga l'effetto moderatore del supporto sociale percepito a 6 mesi (*t1*) sulla relazione tra sintomatologia post-traumatica materna a 6 mesi post-partum (*t1*) e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino a 18/24 mesi (*t2*) e a 36 mesi (*t3*), è stata condotta un'*analisi di moderazione*. Sono stati considerati i punteggi

PCL-5 a *t1* come variabili predittive, i punteggi CBCL e SDQ a *t2* e *t3* come variabili dipendenti, e il supporto sociale percepito a *t1* come variabile moderatrice. L'obiettivo è stato quello di verificare se il supporto sociale percepito a *t1* moderasse l'associazione tra la sintomatologia post-traumatica materna e i problemi emotivi e comportamentali del bambino nei successivi momenti di valutazione.

Tutte le analisi sono state condotte controllando per possibili variabili confondenti, includendo età materna, stato di occupazione, parità, minacce di aborto, aborti pregressi, difficoltà di concepimento e patologie gravidiche. I risultati di queste analisi hanno permesso di approfondire le relazioni tra sintomatologia post-traumatica materna, supporto sociale, disponibilità emotiva materna e sviluppo del bambino nei primi 3 anni di vita.

4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1. Caratteristiche del campione

Le caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche relative alle madri sono riportate nella *Tabella 1*, per le quali variabili categoriali sono state indicate le frequenze assolute e relative e per le variabili numeriche la media, la deviazione standard (sd) e il campo di variazione.

Tabella 1. Variabili sociodemografiche e clinico-ostetriche (n =432)

VARIABILI	*VALORI*
Variabili sociodemografiche	
Età *(media, sd, range)*	*31.67, 4.99 (18-46)*
Lavoro N (%)	
Occupate	*365 (85.48%)*
Disoccupate	*62 (14.52%)*
Variabili ostetriche	
Parità N (%)	
Nullipare	*298 (69.14%)*
Primipare/Multipare	*133 (30.86%)*
Minacce di aborto N (%)	
Si	*60 (13.96%)*
Nessuna minaccia di aborto	*370 (86.04%)*
Aborti precedenti N (%)	
No	*319 (78.69%)*
Una volta	*89 (17.46%)*
Due volte	*18 (3.85%)*
Difficoltà di concepimento N (%)	
Si	*91 (21.16%)*
Nessuna difficoltà	*339 (78.84%)*
Patologie gravidiche N (%)	
Si	*38 (13.96%)*
Nessuna patologia	*392 (86.04%)*

4.1.1 Caratteristiche psicometriche delle variabili prese in esame

Nella *Tabella2* sono indicate le caratteristiche psicometriche (media, ds e campo di variazione, o range) delle variabili di interesse a *t0, t1, t2 e t3.*

Tabella2. Variabili relative alla sintomatologia post-traumatica da stress materna, al supporto sociale percepito, alla disponibilità emotiva e allo sviluppo emotivo-comportamentale del bambino/della bambina.

VARIABILI	*VALORI*
Sintomatologia post-traumatica da stress materna	
PTSD (PCL-5, t0) (punteggio totale), media, sd (range)	*40.268, 8.022 (31-80)*
PTSD (PCL-5, t1) (punteggio totale), media, sd (range)	*42.037, 9.540 (31-78)*
Supporto sociale percepito	
Supporto sociale (MSPSS, t1) (punteggio totale), media, sd (range)	*57.913, 10.833 (12-72)*
Disponibilità emotiva	
EAS Sensitivity (t2) (punteggio totale), media, sd (range)	*5.706, 0.879 (3-7)*
EAS Non-Hostility (t2) (punteggio totale), media, sd (range)	*6.162, 0.910 (3-7)*
Sviluppo emotivo-comportamentale	
CBCL Internalizing (t2) (punteggio totale), media, sd (range)	*6.226, 7.688 (0-69)*
CBCL Externalizing (t2) (punteggio totale), media, sd (range)	*9.726, 6.058 (0-29)*
SDQ Internalizing (t3) (punteggio totale), media, sd (range)	*5.317, 2.076 (1-12)*
SDQ Externalizing (t3) (punteggio totale), media, sd (range)	*5.905, 1.706 (2-10)*

4.2 Verifica delle ipotesi

4.2.1 Analisi dei dati della prima ipotesi

Rispetto alla prima ipotesi, dalle analisi di regressione lineare, condotte includendo nei modelli un set di covariate (età della madre, condizione lavorativa, parità, minacce di aborto, aborti precedenti, patologie gravidiche, difficoltà di concepimento) e assumendo come soglia di significatività statistica un valore di p-value < 0.05, è emerso che:

- La sintomatologia PTSD (mspss_t1) risulta significativamente e negativamente correlata con il supporto sociale percepito (p = <0.001), indicando che livelli più bassi di PTSD sono associati a un maggiore supporto sociale.
- La difficoltà di concepimento emerge come un fattore significativo (p= .046), suggerendo che i problemi legati al concepimento possano essere correlati a un aumento della sintomatologia PTSD.
- Le altre variabili considerate, invece, non mostrano associazioni significative con il PTSD.

Tabella3. Modello di regressione lineare semplice della variabile della sintomatologia post-traumatica da stress materna in gravidanza e del supporto sociale percepito a t1.

Mod1. PCL-5_t0~mspss_t1			
	β	***p-value***	***p-value-adj***
Intercept	*46.822*	***<0.001***	***<0.001***
mspss_t1	*-.312*	***<0.001***	***<0.001***
diff_concepimento_t0	*2.407*		***.0467***
R^2		*.756*	*.094*
R^2-adj		*.074*	*.081*
p-value		***<0.001***	***<0.001***

4.2.2 Analisi dei dati della seconda ipotesi

Per quanto concerne la seconda ipotesi, volta ad esplorare il ruolo moderatore del supporto sociale percepito dalle madri a 6 mesi post-partum nel rafforzare o attenuare la relazione tra la sintomatologia PTSD in gravidanza e la disponibilità emotiva della madre nei confronti del/la bambino/a a 18-24 mesi, il modello non ha mostrato significatività. Infatti, né gli effetti principali né l'interazione tra le variabili indipendenti hanno avuto un impatto significativo sulla sensibilità emotiva. Inoltre, l'inclusione delle covariate non ha cambiato il risultato (p.value=.861). Allo stesso modo, il modello non ha prodotto risultati significativi riguardo alla non ostilità materna, e nessuna delle variabili indipendenti ha mostrato un effetto evidente su di essa, come confermato dal p-value (=.689).

I risultati delle analisi di moderazione sono riportati nella *Tabella4*.

Tabella4. Modelli di moderazione del supporto sociale tra sintomatologia post-traumatica da stress materna in gravidanza e disponibilità emotiva a t2.

Mod.2a: EAS_sensitivity_t2

	β	*p*	*p-adj*
Intercept	*6.441*	***<0.001***	***<0.001***
PCL-5 t0	*2.692*	*.312*	*.285*
mspss t1	*.001*	*.779*	*.918*
PCL-5_t0:mspss_t1	*-.041*	*.392*	*.345*
R^2			*.081*
R^2-adj			*-.071*
p-value		*.559*	*.861*

Mod.2b: EAS_nonhostility_t2

	β	*p*	*p-adj*
Intercept	*7.123*	***<0.001***	***<0.001***
PCL-5 t0	*-2.914*	*.191*	*.243*
mspss t1	*-.004*	*.927*	*.720*
PCL-5_t0:mspss_t1	*.058*	*.138*	*.181*
R^2			*.109*
R^2-adj			*-.039*
p-value		*.316*	*.689*

4.2.3 Analisi dei dati della terza ipotesi

Nel modello di regressione che include la sensibilità materna, il PTSD materno è significativamente associato a maggiori problematiche internalizzanti nei bambini a 18/24 mesi misurate tramite CBCL (p=.003), suggerendo un impatto diretto della sintomatologia post-traumatica. La sensibilità materna non mostra associazioni significative. Il modello è marginalmente significativo (p=.062), con $R^2 = .434$ *e* R^2*-adj* $= .151$. Con l'aggiunta delle covariate, l'effetto del PTSD rimane significativo (p=.0041),

ma il modello di regressione preso in esame, nel complesso, risulta non mostrare significatività.

Non è emersa alcuna relazione significativa tra non-ostilità materna e problemi internalizzanti misurati tramite CBCL; tuttavia, il PTSD materno è significativamente associato a maggiori problematiche internalizzanti (p=.046), con un modello marginalmente significativo (p=.086*), $R^2 = .2371$ e R^2-adj = .1197.*

Nel modello di regressione che include la sensibilità materna sui problemi esternalizzanti del bambino/della bambina, ci si aspetterebbe una riduzione di questi ultimi. Tuttavia, al contrario, si osserva una tendenza marginale verso maggiori problemi esternalizzanti misurati tramite CBCL con determinati livelli di sensibilità materna (solo per il punteggio specifico di 5.5 alle EAS_sensitivity; p =.086), ma senza significatività definitiva. Il PTSD materno non ha un impatto significativo, e il modello non risulta significativo nel complesso. Con l'inclusione delle covariate, l'età materna è significativa (p=.039), suggerendo un impatto su questa relazione. ($R^2 = .401$; R^2-adj = .101).

Indagando l'effetto della non ostilità materna sulle problematiche esternalizzanti del/la bambino/a misurate tramite CBCL, il modello non è significativo (p=.4684), nemmeno con l'aggiunta delle covariate. Anche il PTSD materno non ha avuto un impatto significativo *($R^2 = .233$; R^2-adj = -0.078).*

Il modello che ha preso in considerazione la non ostilità materna e le problematiche internalizzanti, valutate tramite SDQ a 36 mesi, non emerge significatività complessiva. L'intercetta risulta significativa ($p<0.001$), ma le variabili relative alla sensibilità materna non mostrano significatività. Il PTSD materno ha una relazione marginale con i problemi internalizzanti (p=.055). Con l'inclusione delle covariate, l'intercetta perde significatività ($R^2 = .415$; R^2-adj = .043).

L'intercetta del sesto modello di regressione risulta significativamente associata ai problemi internalizzanti (p-value = .043), suggerendo una relazione di base tra il modello e i problemi internalizzanti nei bambini e nelle bambine a 36 mesi, valutate tramite SDQ. Il PTSD materno mostra una tendenza marginale verso significatività (p=.0551), ma il modello complessivo non evidenzia associazioni significative. Con l'inclusione delle covariate, il modello perde significatività (p=.396), indicando che altri fattori potrebbero spiegare meglio i risultati. *($R^2 = .308$; R^2-adj = -0.083).*

Il modello di regressione lineare che esplora la relazione tra sensibilità materna, PTSD materno e i problemi esternalizzanti del bambino/della bambina a 36 mesi (misurati tramite SDQ) non risulta essere complessivamente significativo. L'intercetta è significativa, suggerendo fattori di base che influenzano i problemi esternalizzanti. Con l'inclusione delle covariate, l'intercetta e le covariate non sono significative, tranne per le patologie durante la gravidanza (p=.078) e le minacce di aborto (p=.055), che risultano marginalmente significative. *(R^2 = .414; R^2-adj = .042).*

L'ultimo modello preso in considerazione in queste analisi di regressione, che esplora la non ostilità materna nella relazione tra il PTSD e i problemi esternalizzanti del bambino e della bambina a 36 mesi, misurati tramite SDQ, non è complessivamente significativo, ma l'intercetta risulta significativa, suggerendo che fattori di base influenzano i problemi esternalizzanti. Con l'aggiunta delle covariate, due variabili mostrano una moderata significatività: gli aborti precedenti (p=.091) e le difficoltà di concepimento durante la gravidanza (p=.0841) *(R^2 = .428; R^2-adj = .105).*

Tabella5. Modelli di regressione lineare multipla che esaminano l'effetto della disponibilità emotiva materna a t2 sulla relazione tra sintomatologia post-traumatica da stress materna a t1 e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino a t2 e t3.

Mod3a. CBCL_internalizing_problems_t2 ~ EAS_sensitivity_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	*.810*	*.761*
PCL-5_t1	***.003***	***.004***
R^2	*.311*	*.434*
R^2-adj	*.162*	*.151*
p-value	*.062*	*.153*

Mod3b.CBCL_internalizing_problems_t2~ EAS_nonhostility_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	*.324*	*.899*
PCL-5_t1	***.047***	***.064***
R^2	*.237*	*.335*
R^2-adj	*.119*	*.065*
p-value	*.086*	*.295*

Mod3c. CBCL_externalizing_problems_t2 ~ EAS_sensitivity_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	*.711*	*.115*
EAS_sensitivity_t3 5.5	***.086***	***.065***
PCL-5_t1	*.168*	*.181*
età		***.039***
R^2	*.258*	*.401*
R^2-adj	*.097*	*.101*
p-value	*.156*	*.240*

Mod3d. CBCL_externalizing_problems_t2 ~ EAS_nonhostility_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	*.178*	*.175*
PCL-5_t1	*.527*	*.651*
R^2	*.128*	*.233*
R^2-adj	*-.006*	*-.078*
p-value	*.468*	*.703*

Mod3e. SDQ_internalizing_t3 ~ EAS_sensitivity_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	***<0.001***	*.950*
PCL-5_t1	***.055***	*.141*
R^2	*.317*	*.415*
R^2-adj	*.152*	*.043*
p-value	*.101*	*.397*

Mod3f. SDQ_internalizing_t3 ~ EAS_nonhostility_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta	***.043***	*.977*
PCL-5_t1	*.235*	*.316*
R²	*.245*	*.308*
R²-adj	*.094*	*-.083*
p-value	*.174*	*.666*

Mod3g. SDQ_externalizing_t3 ~ EAS_sensitivity_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	***<0.001***	*.153*
PCL-5_t1	*.521*	*.599*
Patologie_gravidiche		***.079***
Minacce_aborto		***.055***
R²	*.049*	*.414*
R²-adj	*-.18*	*.042*
p-value	*.979*	*.399*

Mod3h. SDQ_externalizing_t3 ~ EAS_nonhostility_t2 + PCL-5_t1		
	semplice	***covariate***
Intercetta (p-value)	***<0.001***	*.266*
PCL-5_t1	*.560*	*.668*
Aborti_1volta		***.090***
Difficoltà_concepimento		***.084***
R²	*.149*	*.428*
R²-adj	*-.020*	*.105*
p-value	*.520*	*.268*

4.2.4 Analisi dei dati della quarta ipotesi

Nel primo modello di moderazione, né il PTSD materno né il supporto sociale percepito, né la loro interazione, sono significativamente associati ai problemi internalizzanti nei bambini/nelle bambine misurati tramite CBCL. L'inclusione delle covariate mostra un effetto significativo di alcune variabili prenatali, come l'età della madre, le difficoltà di

concepimento e le patologie durante la gravidanza ($p<0.05$). Il modello risulta marginalmente significativo ($p=.058$).

Il modello che esplora la relazione tra i punteggi dei problemi esternalizzanti (CBCL) nel comportamento infantile e le variabili di PTSD materno e supporto sociale non fornisce evidenze significative, né per il modello nel suo complesso né per le interazioni tra le variabili. Tuttavia, l'intercetta risulta essere marginalmente significativa. (p-value=.0528) ($R^2 =.105$; R^2-adj=-.019).

L'obiettivo della terza analisi di moderazione è stato quello di indagare l'effetto moderatore del supporto sociale a *t1* sulla sintomatologia post-traumatica da stress a 6 mesi post-partum e lo sviluppo emotivo a 36 mesi. Il modello complessivo è significativo ($p=.009$), indicando una relazione tra PTSD, supporto sociale e problemi internalizzanti. L'inclusione delle covariate mostra una marginale significatività del supporto sociale percepito, mentre il PTSD e l'interazione tra PTSD e supporto sociale non sono significativi. Il modello spiega circa il 13.82% della varianza ($p=.086$).

Nell'ultimo modello di moderazione, l'interazione tra PTSD materno e supporto sociale risulta marginalmente significativa ($p=.040$), suggerendo che livelli più alti di supporto sociale sono associati a maggiori problemi esternalizzanti a 36 mesi misurati tramite SDQ. Tuttavia, l'effetto osservato è in direzione opposta a quella attesa: invece di attenuare le difficoltà comportamentali, un maggiore supporto sociale nelle madri con PTSD sembra essere associato a una più elevata presenza di problemi esternalizzanti nei bambini/nelle bambine. Questo risultato suggerisce che il ruolo del supporto sociale potrebbe essere più complesso del previsto e potrebbe dipendere da altri fattori non considerati nel modello. L'inclusione delle covariate mostra un effetto significativo dell'interazione PTSD-supporto sociale ($p=.043$), mentre il PTSD materno è marginalmente significativo ($p=.06801$). Il modello è significativo nel suo complesso ($p=.0207$).

Tabella 6. Modelli di moderazione del supporto sociale a t1 tra sintomatologia post-traumatica da stress materna a t1 e sviluppo emotivo e comportamentale del bambino a t2 e t3.

Mod4a. CBCL_internalizing_t2			
	β	***p***	***p-adj***
Intercept	*9.687*	*.348*	***.081***
PCL-5_t1	*-.988*	*.966*	*.359*
mspss_t1	*-.657*	*.704*	*.819*
PCL-5_t1:mspss_t1	*.041*	*.924*	*.466*
età			***.022***
diff_concepimento			***.008***
patologie_gravidiche			***.043***
R^2			*.193*
R^2-adj			*.094*
p-value		*.947*	*.058*

Mod4b. CBCL_externalizing_t2			
	β	***p***	***p-adj***
Intercept	*9.900*	***.090***	***.053***
PCL-5_t1	*4.759*	*.717*	*.158*
mspss_t1	*-.014*	*.881*	*.480*
PCL-5:t1:mspss_t1	*-.097*	*.694*	*.186*
R^2			*.105*
R^2-adj			*-.019*
p-value		*.964*	*.584*

Mod4c. SDQ_internalizing_t3			
	β	***p***	***p-adj***
Intercept	*8.712*	***<0.001***	***<0.001***
PCL-5_t1	*-3.230*	*0.393*	*.237*
mspss_t1	*-.062*	***0.030***	***.071***
PCL-5_t1:mspss_t1	*.079*	*0.265*	*.126*
R²			*.138*
R²-adj			*.057*
p-value		***0.025***	*.086*

Mod4d. SDQ_externalizing_t3			
	β	***p***	***p-adj***
Intercept	*6.078*	***<0.001***	***<0.001***
PCL-5_t1	*-4.208*	*.117*	***.068***
mspss_t1	*-.010*	*.414*	*.574*
PCL-5_t1:mspss_t1	*.084*	***.089***	***.043***
aborti_1volta			***.019***
R²			*.172*
R²-adj			*.095*
p-value		*.309*	***.020***

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Sintesi e discussione dei principali risultati

Il presente lavoro di tesi si è proposto di indagare la complessità delle relazioni che intercorrono tra sintomatologia post-traumatica perinatale materna, il supporto sociale e la disponibilità emotiva, e il loro impatto sullo sviluppo emotivo e comportamentale dei bambini/delle bambine a 18/24 e 36 mesi post-partum, attraverso la somministrazione di strumenti parent-report e strumenti osservativi volti a valutare le aree di interesse della ricerca.

In primo luogo, nell'ipotesi di partenza, ci si aspettava che una minore sintomatologia post-traumatica da stress in gravidanza potesse essere associata a un maggiore supporto sociale percepito a 6 mesi post-partum. L'analisi condotta ha supportato tale ipotesi, mostrando una relazione significativa, con punteggi più bassi nel test PCL-5, correlati a punteggi più elevati nella misura del supporto percepito (MSPSS). I risultati ottenuti risultano in linea anche con quanto riportato dalla letteratura più recente, che evidenzia come un maggiore supporto sociale possa fungere da fattore protettivo, attenuando l'impatto dei sintomi traumatici nella gestione dello stress (Kay et al., 2024). Questo risultato suggerisce che, nel contesto della sintomatologia post-traumatica da stress in gravidanza, il supporto sociale percepito possa fungere da 'cuscinetto', contribuendo a mitigare l'impatto negativo del disturbo sulla salute mentale della madre. Come riportato nei capitoli precedenti, sono state incluse covariate potenzialmente confondenti quali età materna, stato lavorativo, parità, minacce di aborto, aborti pregressi, difficoltà di concepimento e patologie gravidiche. Tra queste, la *difficoltà di concepimento* è risultata essere una variabile significativa in questa relazione, suggerendo che quest'ultima possa contribuire all'aggravamento della sintomatologia, e che le esperienze di difficoltà nel concepire possano, da sole, contribuire a un aumento dello stress e dei disturbi correlati. Sebbene alcuni studi abbiano evidenziato un legame tra infertilità conclamata, PTSD e supporto sociale (Nepomnaschy et al., 2015; Martins et al., 2011), la relazione specifica tra difficoltà di concepimento e sintomi post-traumatici da stress rappresenta un ambito di ricerca ancora poco esplorato, che richiede ulteriori indagini per comprenderne pienamente le implicazioni fisiologiche e psicologiche. Ad esempio, il recente studio di Wamser-Nanney (2022) non ha confermato l'ipotesi secondo la quale i sintomi di PTSD

materni siano direttamente associati a tempi di concepimento più lunghi, sebbene emergano evidenze che suggeriscono come alcune forme di maltrattamento, in particolare la negligenza, possano essere collegate a difficoltà riproduttive. Inoltre, la protezione del supporto sociale sulla sintomatologia post-traumatica potrebbe variare in base alla qualità e alla provenienza del supporto ricevuto, elemento che meriterebbe ulteriori approfondimenti, anche in relazione a differenze socioculturali.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, che mirava a verificare se il supporto sociale potesse moderare la relazione tra sintomi di stress post-traumatico e qualità delle interazioni materne con i bambini/le bambine di 18/24 mesi, ci si aspettava che madri con livelli più bassi di sintomi di PTSD durante la gravidanza avrebbero percepito un maggiore supporto sociale sei mesi dopo il parto, e che questo, a sua volta, fosse associato a una maggiore sensibilità e minore ostilità nelle interazioni con i loro bambini a 18/24 mesi. Tuttavia, i risultati dello studio non hanno mostrato effetti significativi in questa direzione, nonostante l'ipotesi fosse supportata da una vasta letteratura esistente (Rousseau et al., 2023; Enlow et al., 2017; Reid & Taylor, 2015; Cabrera & Roggman, 2017; Dunifon, 2013). In particolare, nel contesto della pandemia da COVID-19, periodo storico da cui derivano i dati di questo lavoro di tesi, è stato dimostrato come la qualità dell'attaccamento diadico fosse inferiore a causa della mancanza di supporto sociale durante le restrizioni pandemiche (Suzuki, 2020; Griffith, 2020). In sintesi, un migliore funzionamento psicosociale materno, e quindi più supporto percepito e meno stress, portano a un ambiente domestico di qualità superiori e modelli più ottimali di disponibilità emotiva (Buss et al., 2011; Kivijarvi et al., 2004). Anche con l'inserimento delle variabili confondenti la significatività della moderazione non cambia; potremmo quindi supporre che potrebbero subentrare ulteriori variabili moderatrici non pienamente catturate dal disegno dello studio, o comunque dedurre che questa discrepanza di risultati potrebbe riflettere la complessità dei meccanismi relazionali alla base dell'ipotesi formulata.

Rispetto alla terza ipotesi, è stata testata, a livello esplorativo, la relazione tra PTSD materno a 6 mesi post-partum, la sensibilità e non ostilità materna a 18-24 mesi e lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina a due e tre anni di vita. I risultati ottenuti sono di particolare interesse, in quanto alcuni sono risultati in linea con le attese, mentre altri sollevano interrogativi che meritano approfondimento. In ogni caso, l'elemento coerente che conferma le ipotesi, riguarda il legame esistente tra

sintomatologia post-traumatica materna e problematiche internalizzanti nei/lle bambini/e misurate a 18/24 mesi. A confermare questi risultati, la letteratura ci riporta lo studio di Garthus-Niegel e colleghi del 2017 condotto su un campione di 1472 donne, che ha messo in luce come la sintomatologia del PTSD post-partum fosse associata a una scarsa competenza socio-emotiva a 2 anni. O ancora, la relazione trovata da Martini e colleghi (2022) tra PTSD prenatale e tratti di affettività negativa, temperamento difficile e problematiche affettive. Risulta quindi evidente come il trauma materno possa avere un impatto significativo sulla capacità della prole di regolare le proprie emozioni e affrontare lo stress nei primi anni di vita, e come il benessere psicologico materno sia strettamente legato alla salute emotiva del bambino/della bambina. Contrariamente alle aspettative e alla letteratura, la disponibilità emotiva materna, della quale sono state prese in considerazione sensibilità e non ostilità, non ha mostrato un effetto protettivo sui problemi internalizzanti dei bambini/delle bambine. Anche gli studi più recenti, quali quello di Rousseau e colleghi del 2023, confermano il ruolo protettivo della disponibilità emotiva durante il gioco libero e altre attività diadiche sulle competenze sociali e sulle strategie di autoregolazione emotiva in situazioni difficili, riducendo così sintomi internalizzanti. Questo risultato ottenuto risulta interessante, in quanto suggerisce che nel contesto della sintomatologia post-traumatica da stress materna, la qualità della relazione madre-bambino - così come misurata nel presente studio – potrebbe non essere sufficiente a mitigare le difficoltà emotive emergenti. Possiamo dunque interpretare ciò con il fatto che il PTSD materno potrebbe avere ripercussioni significative sullo stato emotivo della madre, condizionando la relazione con il bambino in maniera più complessa di quanto le sole misure di non ostilità e sensibilità riescano a spiegare e cogliere, oppure si potrebbe supporre che l'effetto di queste dimensioni relazionali emerga in momenti successivi dello sviluppo, a età più avanzate del/la bambino/a. Anche per quanto riguarda le problematiche esternalizzanti nei primi due anni di vita è necessario commentare vari aspetti: in primis, contrariamente alla letteratura, il PTSD materno non sembra avere un impatto rilevante a 18/24 mesi dopo il parto, indicando che i comportamenti oppositivi e aggressivi mostrati dai bambini e dalle bambine possano dipendere da altri fattori, quali il temperamento individuale o elementi ambientali non considerati in questa ricerca. Sono molte le evidenze che disconfermano questo risultato ottenuto (Leekers et al, 2009; Scott et al., 2021), nonostante siano altrettante quelle che prendono in considerazione anche i

fattori temperamentali (Scott et al., 2021), soprattutto le teorie "*early-starter*" del comportamento antisociale (ad esempio, Lahey et al., 1999). Un risultato intrigante è stato la tendenza secondo la quale livelli specifici livelli di sensibilità materna (punteggio specifico di 5.5 nelle EAS) sembrano associarsi, in alcuni casi, a maggiori problemi esternalizzanti della prole. Un'interpretazione potrebbe essere la seguente: un'eccessiva sensibilità potrebbe essere percepita dal bambino/dalla bambina come un atteggiamento iper-controllante e soffocante da parte del genitore, generando risposte oppositive. Questo ragionamento deriva dalla conoscenza dei filoni di ricerca che prendono in considerazione lo stile genitoriale iperprotettivo come criterio che influenza le successive azioni di bullismo nei/lle bambini/e in età scolare (Wolke & Skew, 2012; Lereyaa et al., 2013). Sarebbe opportuno, date queste considerazioni, seguire longitudinalmente questo campione di diadi per poter confermare la riflessione, o analizzare altri fattori ambientali che potrebbero entrare in gioco ed essere rilevanti per questo risultato. Inoltre, *l'età materna* ha riportato cambiamenti rilevanti sull'outcome del modello che ha preso in considerazione la sensibilità materna e i comportamenti esternalizzanti dei bambini/delle bambine a 2 anni. Questo risultato è coerente con la letteratura (Vahidi et al., 2023) che suggerisce come le madri adolescenti potrebbero proporre una qualità di cura materna scarsa a causa di una conoscenza insufficiente su come prendersi cura del/la bambino/a (Erfina et al., 2019), e che l'esperienza del parto, percepita come traumatica, abbia effetti nella relazione con il/la neonato/a e possono portare a negligenza e scarsa sensibilità verso il/la figlio/a (Mikolajczak et al., 2018; Dau, et al., 2019; Nakić Radoš 2021). La sintomatologia post-traumatica delle madri si può manifestare come burnout genitoriale, che porta a un ambiente emotivo di negatività e impotenza. Questo stato influenza le reazioni emotive dei/lle bambini/e attraverso un contagio di affetti (Denham et al., 2000). Questo distacco emotivo porta i/le bambini/e a percepire le madri come insensibili, causando sentimenti di frustrazione, insicurezza, e bassa autostima, che a loro volta conducono a reazioni internalizzanti (Nicholls & Ayers, 2007).

A 36 mesi dal concepimento, utilizzando il questionario SDQ, i risultati cambiano rispetto ai 18/24, per i quali si è utilizzata la CBCL: infatti, né la sintomatologia materna né le dimensioni della disponibilità emotiva sembrano avere un ruolo chiaro nelle problematiche internalizzanti ed esternalizzanti dei bambini/delle bambine. In effetti, come citato precedentemente, entrano in gioco altri fattori capaci di modulare lo sviluppo

del/la bambino/bambina, come il contesto sociale più ampio, rappresentato ad esempio dai primi contatti con i coetanei (The NICHD Early Child Care Research Network, 1998), i modelli genitoriali adottati (Calzada et al., 2004), l'interazione con altre figure di riferimento - baby sitter, cure alloparentali e altri - e caratteristiche individuali del bambino/della bambina, come il temperamento (Kochanska et al., 2007). In particolare, per quanto riguarda i problemi comportamentali, l'attenzione è stata catturata da variabili riguardanti la storia riproduttiva della madre, ovvero *minacce di aborto* e la presenza di *patologie durante gravidanza* corrente, *aborti precedenti*, *difficoltà di concepimento,* che sembrano avere un'influenza sulla relazione indagata. Ciò potrebbe suggerire che il percorso riproduttivo materno rappresenti un indicatore di vulnerabilità ambientale, contestuale e biologica che si riflette sul comportamento del bambino/della bambina nel tempo. Moltissimi studi hanno esaminato l'impatto delle complicazioni e dei parti pretermine, esiti avversi della gravidanza e dello stress prenatale sui risultati comportamentali nei bambini/nelle bambine (Persson & Rossin-Salter, 2018; Martini et al., 2022; Van den Bergh, 2020), ma in base alle evidenze attualmente reperibili non sembrano essere state condotte analisi specifiche riguardanti minacce di aborto o difficoltà di concepimento e la loro relazione con i problemi esternalizzanti a 36 mesi. Per quanto riguarda gli aborti precedenti invece, come citato nel primo capitolo, queste esperienze possono fungere da marcatori di stress prenatale per la gravidanza successiva che, influenzando negativamente i comportamenti e la salute fisica della madre, incidono precocemente sulle traiettorie di sviluppo dei bambini e delle bambine (Persson & Rossin-Salter, 2018). In riferimento alle patologie in gravidanza, possiamo annoverare il diabete mellito gestazionale, l'obesità e la preeclampsia. Una recentissima analisi ha comprovato l'associazione esistente tra diabete mellito gestazionale, e gli esiti neuroevolutivi, cognitivi e comportamentali nei bambini/nelle bambine dai 3 e i 13 anni, misurati attraverso CBCL e SDQ - così come nel presente lavoro di tesi - (Pretorius et al, 2025). Questi problemi di esternalizzazione sono già evidenti nei/lle bambini/e a partire dai 36 mesi (Faleschini et al., 2023) e possono manifestarsi come problemi comportamentali persistenti tra i 4 e i 6 anni e come sintomi di ADHD nei/lle bambini/e di età compresa tra i 7 e i 10 anni (Pretorius et al., 2025). Inoltre, la ricerca ha evidenziato che questa associazione è da estendersi anche a problematiche internalizzanti, come dimostrato da Nomura e colleghi (2012). Il diabete gestazionale può essere anche una conseguenza

dell'obesità materna; l'associazione tra obesità prenatale e sintomi di ADHD ed emotività negativa nei bambini/nelle bambine potrebbe essere spiegata da una predisposizione genetica comune (Ornoy et al., 2021). Infatti, le donne obese o in sovrappeso possono avere carenze di nutrienti essenziali, correlate alla disattenzione infantile e ad un anomalo sviluppo dell'ippocampo tramite processi epigenetici durante la gestazione (Meck & Williams, 2003). A tal proposito, è importante considerare anche l'influenza della preeclampsia sulla salute neuroevolutiva e sulle problematiche esternalizzanti mostrate dai bambini/dalle bambine. La preeclampsia, che colpisce circa il 3-5% delle gravidanze (Mol et al., 2016), è una patologia caratterizzata da ipertensione materna e proteinuria che si verificano dopo le 20 settimane di gestazione. Uno studio condotto da Dachew e colleghi (2019) ha evidenziato come la preeclampsia aumenti il rischio di ADHD (Disturbo da deficit dell'attenzione e dell'iperattività) nei/lle figli/e, ed è risultato essere associata anche ad altri problemi di sviluppo e comportamentali nei bambini/nelle bambine (Pittara et al., 2021). Ulteriore argomento di discussione è rappresentato dall'intercetta significativa in tutti i modelli di regressione analizzati: ciò indica l'esistenza di fattori di base, non catturati dalle variabili considerate, che suggeriscono che lo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina non dipenda solamente da sensibilità, non ostilità materna e dalla presenza di sintomatologia post-traumatica, ma sia influenzato da aspetti genetici, ambientali e sociali, o da altre determinanti della relazione madre-bambino/a, che sarebbe utile indagare per comprendere appieno le dinamiche dello sviluppo infantile in situazioni di vulnerabilità psicologica materna.

In relazione all'ultimo obiettivo della ricerca, ci si aspettava che un ambiente di sostegno percepito dalle madri con sintomatologia post-traumatica da stress, che si protrae nel post-partum, potesse limitare le difficoltà internalizzanti ed esternalizzanti a 2 e 3 anni, ma i risultati risultano sorprendenti sotto diversi aspetti. I risultati della quarta ipotesi hanno rivelato alcune scoperte interessanti e, in alcuni casi, contraddittorie e non del tutto in linea con le aspettative a monte e con la letteratura consultata. Il supporto sociale percepito non ha mostrato l'effetto protettivo atteso sui problemi internalizzanti nei/lle bambini/e di 18/24 mesi, né la sintomatologia materna. Molte analisi disconfermano questo risultato (Cabaj et al., 2014; Huang et al., 2014): ad esempio, McDonald e collaboratori (2016) suggeriscono che, in casi di psicopatologia materna, stabilire una

solida rete di sostegno sociale abbia effetti protettivi continui sullo sviluppo dei bambini/delle bambine fino all'età di 2 anni. Tuttavia, i risultati qui ottenuti suggeriscono che la variabili legate alla storia perinatale della madre possano avere un impatto rilevante sullo sviluppo emotivo e psicologico del/la bambino/a. In particolare, *l'età della madre, le difficoltà di concepimento e le patologie durante la gravidanza* si rivelano fattori significativi nel determinare i problemi internalizzanti nei bambini/nelle bambine. L'età materna avanzata è generalmente definita come superiore ai 35 anni ed è spesso associata ad esiti perinatali avversi, quali parto prematuro e basso peso alla nascita (Esposito et al., 2022; Lawlor et al., 2011; Zou et al., 2023). Oltre agli aspetti perinatali, sempre più ricerche si concentrano sull'impatto dell'età materna sullo sviluppo socio-emotivo della prole. Una recente revisione (Neeser et al., 2023) ha suggerito che, sebbene figli/e di madri di età avanzata tendano a ottenere punteggi più elevati nelle capacità cognitive grazie a una maggiore stabilità socio-economica materna e a stili genitoriali più maturi (Carslake et al., 2017; Myrskylä et al., 2017), gli effetti dell'età avanzata dei genitori sui problemi di salute mentale con una componente psicosociale più forte, come i problemi di esternalizzazione e internalizzazione, tendono a essere più incoerenti. È quindi presente in letteratura un dibattito a riguardo. Da una parte, alcuni autori ipotizzano che la senescenza materna possa limitare la capacità di produrre una plasticità comportamentale adattiva, aumentando il rischio di esiti internalizzanti, quali ansia e depressione nella prole, specialmente di sesso femminile (Tearne et al., 2016; Han et al., 2022), mentre altri suggeriscono che questo effetto derivi al contrario dalla giovane età materna, più fortemente associata a problemi internalizzanti a causa di un background caratterizzato da deprivazione e instabilità sociale (Robson & Pevalin, 2007). Lo stesso dibattito è valido per quanto riguarda la relazione tra età materna avanzata vs. giovane età e problematiche esternalizzanti nei bambini/nelle bambine: alcuni studi sostengono che le madri di età avanzata tendano ad adottare stili di vita più salutari durante la gravidanza, come ad esempio una minore propensione al fumo, fattore che contribuisce a ridurre il rischio di sviluppare comportamenti esternalizzanti nei figli/nelle figlie (Dolan et al., 2016). D'altra parte, ci sono studi che sostengono che i genitori che manifestano di per sé problematiche esternalizzanti sono spesso più inclini a comportamenti a rischio e, di conseguenza, tendono ad avere figli/e in età più giovane. In questo senso, la trasmissione di tali comportamenti problematici sembra essere più marcata tra i genitori più giovani

rispetto a quelli più anziani (De Kluiver et al., 2017). Sebbene vi siano ricerche limitate sulle esperienze vissute dai genitori "anziani", la genitorialità in età avanzata viene, contrariamente agli esiti delle analisi condotte nel presente studio, associata a livelli più elevati di benessere (George-Carrey et al., 2021). Le donne che partoriscono in età avanzata hanno spesso affrontato percorsi lunghi, emotivamente intensi e costosi per concepire, ricorrendo spesso alla fecondazione assistita, il che comporta diverse complicazioni durante la gravidanza e il parto. Di conseguenza, sono generalmente molto felici e riconoscenti per la nascita del/la bambino/a e, spesso, si trovano in una situazione economica più stabile, che può alleviare lo stress legato alla cura del/la neonato/a (George-Carrey et al., 2021). Sarebbero necessarie ulteriori ricerche al fine di chiarire questi percorsi e definire in modo univoco l'impatto dell'età materna avanzata sullo sviluppo socio-emotivo e comportamentale della prole. Anche le difficoltà di concepimento si rivelano significative, ma la letteratura non supporta nello specifico questo risultato; si può ipotizzare che questa condizione favorisca l'insorgenza di maggiori ansie o preoccupazioni da parte dei genitori, che potrebbero riflettersi nel comportamento del bambino/della bambina, aumentando così la possibilità di sviluppare problematiche internalizzanti. Le patologie durante la gravidanza sono un altro fattore significativo, e come citato precedentemente, gli studi ne confermano la relazione. A 36 mesi invece sembra essere presente una maggiore influenza del supporto sociale percepito sui problemi internalizzanti, seppur marginale. Questo risultato potrebbe essere interpretato con il fatto che, a questa età, i/le bambini/e iniziano a manifestare una gamma più ampia di emozioni che potrebbero essere maggiormente influenzate dal contesto sociale e familiare. In questo quadro, l'effetto diretto del PTSD materno sembra attenuarsi col passare del tempo, mentre altre variabili, quali difficoltà perinatali e storia medica materna, potrebbero acquisire maggiore rilevanza nel plasmare lo sviluppo emotivo del/la bambino/a. Sappiamo però, come indicato nel primo capitolo, che la sintomatologia post-traumatica da stress materna sia in grado di influenzare lo sviluppo della prole a lungo termine, addirittura con esiti sino all'età adulta (O'Donnell & Meaney, 2017), ma si potrebbe anche supporre che l'impatto di questa psicopatologia si riduca con l'avanzare dello sviluppo del/la bambino/a, e che si possa osservare anche una totale o parziale remissione dei sintomi, grazie a un miglioramento della salute mentale materna e al declino naturale dell'influenza e percezione materna da parte del bambino/della bambina

(von Hinke et al., 2022). In conclusione, sebbene le associazioni non siano estremamente forti, esiste una tendenza che suggerisce che le difficoltà perinatali e la salute materna durante la gravidanza abbiano un ruolo importante nel determinare lo sviluppo psicologico dei bambini/delle bambine.

Quando l'attenzione è stata rivolta allo sviluppo comportamentale del bambino/della bambina nei primi tre anni di vita, è emerso un grande paradosso: invece che attenuare le manifestazioni comportamentali negative, un maggiore supporto sociale, in presenza di sintomatologia post-traumatica nelle madri, è risultato essere associato a maggiori problematiche nella prole. Sarebbe necessario aprire una finestra di riflessione e indagare attraverso quali modalità e da quali persone il supporto sociale è fornito, in quanto, ad esempio, è noto che il sostegno del partner, non solo assuma la funzione di moderatore sulla salute mentale della compagna, bensì rappresenti un fattore di protezione anche per il successivo sviluppo infantile (Milgrom et al, 2019). Questo risultato rimane quindi controintuitivo, ma potrebbe fare pensare che il sostegno possa non operare in maniera unidirezionale e che, in alcune circostanze, le dinamiche relazionali o altri fattori non considerati in questo modello, possano contribuire addirittura a rendere più evidenti le problematiche comportamentali dei bambini/delle bambine. In particolare, l'esperienza di un *aborto pregresso* emerge come una variabile significativa che merita particolare attenzione nella comprensione dello sviluppo psicologico del/la bambino/a. Questa esperienza può essere vista come un indicatore di un vissuto emotivo traumatico che, a sua volta, influisce sul modo in cui la madre interagisce con il/la proprio/a figlio/a (Farren et al., 2016). È importante sottolineare che i disturbi esternalizzanti, come l'ADHD, il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, sono influenzati da una combinazione di fattori genetici, ambientali e psicologici. Pertanto, la storia riproduttiva, incluso il passato abortivo, potrebbe rappresentare un fattore di rischio per la comparsa di problematiche comportamentali esternalizzanti, suggerendo l'importanza di considerare tali esperienze nel quadro complessivo dello sviluppo psicologico della prole. Pur essendo necessaria ulteriore ricerca per chiarire pienamente questi meccanismi, l'attenzione rivolta alla storia riproduttiva materna appare fondamentale per comprendere e, in futuro, intervenire sui fattori di rischio associati a queste problematiche.

5.2 Punti di forza e limiti della ricerca

La presente ricerca contribuisce ad arricchire le conoscenze circa il ruolo del supporto sociale percepito dalle madri durante il post-partum nel contesto di una psicopatologia post-traumatica da stress. Essa indaga inoltre le complesse interazioni esistenti tra questo disturbo e la capacità della madre di rispondere verso il figlio/la figlia in maniera sensibile e non ostile, e gli outcome sulle possibili future problematiche internalizzanti ed esternalizzanti del bambino/della bambina. Sicuramente, uno dei punti di forza del presente lavoro di tesi risiede nel fondamento teorico solido, in quanto si basa su una revisione esaustiva della letteratura, che comprende sia assunti di base che conferiscono importanza allo studio e ne giustificano la trattazione nel contesto della salute mentale materna e dello sviluppo infantile, sia uno sforzo per includere, quanto più possibile, la letteratura più recente a riguardo. In secondo luogo, ritengo che l'adozione di un approccio longitudinale e multidimensionale, che esamina in modo simultaneo molteplici variabili, abbia permesso di favorire uno sguardo più ampio sulla traiettoria di crescita infantile e controllare più fattori significativi per le relazioni esplorate. Anche il campione stesso, analizzato nell'attuale ricerca, è diversificato nel suo insieme: comprende donne di diverse età, condizioni lavorative, parità e tante altre caratteristiche sociodemografiche, cliniche e ostetriche, il che permette una generalizzabilità degli esiti al di fuori del contesto dello studio. Per il focus specifico del presente lavoro di ricerca, che presuppone come condizione necessaria la presenza di un PTSD materno, la considerazione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 come variabile contestuale conferisce importanza allo studio, permettendo di esplorare gli effetti di un evento stressante globale sulla salute mentale materna e sullo sviluppo infantile. Infine, l'impiego di strumenti validati e ampiamente utilizzati in letteratura, quali CBCL 1.5/5 e SDQ, i quali hanno garantito una solida base di misurazione per l'analisi dei comportamenti infantili, consentono di ottenere risultati coerenti, significativi e replicabili.

Citando i limiti del lavoro svolto, si deve far riferimento alla scelta di utilizzare strumenti su auto-segnalazione, che potrebbero aver introdotto un bias di valutazione, compromettendo in parte la precisione dei dati raccolti, così come l'utilizzo di questionari parent-report. Quest'ultimo limite è evidente soprattutto per quanto riguarda gli outcome del bambino/della bambina: l'assenza di uno strumento osservazionale diretto pone il limite dell'oggettività, in quanto l'interpretazione delle problematiche internalizzanti ed

esternalizzanti del bambino/della bambina potrebbe essere stata influenzata, in positivo o in negativo, dalla madre stessa. Allo stesso modo, per quanto riguarda la presenza di sintomatologia post-traumatica, potrebbe essere presente l'influenza del bias di risposta, ovvero la tendenza delle partecipanti a minimizzare i propri problemi di salute mentale o fornire risposte socialmente desiderabili. A questo proposito, l'introduzione di valutazioni oggettive, come osservazioni dirette da parte dello sperimentatore o biomarcatori dello stress, potrebbe fornire un quadro più accurato. Nonostante la scelta di indagare più finestre temporali nello studio (nello specifico, gravidanza, 6 mesi post-partum, e 18/24-36 mesi dei/lle bambini/e), in molti casi la temporalità delle misurazioni all'interno della stessa ipotesi risulta disallineata tra le variabili prese in esame, a causa della mancanza di dati, il che potrebbe aver introdotto una variabilità non desiderata nei risultati. Inoltre, la dimensione del campione resta un fattore limitante per la generalizzabilità dei risultati. Infine, il disegno longitudinale adottato, sebbene prezioso per tracciare l'evoluzione nel tempo, non ha potuto controllare in maniera esaustiva tutti i potenziali fattori confondenti che potrebbero influenzare sia il benessere materno che lo sviluppo infantile. Sarebbe stato utile infatti introdurre ulteriori variabili confondenti, come la qualità della relazione di coppia, lo stato di salute fisica del bambino/della bambina, o la presenza di altre fonti di stress nella vita delle madri, che avrebbero potuto spiegare con maggior chiarezza la complessità dei meccanismi relazionali alla base delle ipotesi formulate.

5.3 Conclusioni e suggerimenti per le ricerche future

Sin dal periodo prenatale, così come nella gravidanza e nel post-partum, si struttura il contesto relazionale che accoglierà il neonato/la neonata, nel quale moltissimi fattori, che includono le caratteristiche e le possibili forme psicopatologiche del caregiver, la qualità degli scambi affettivi e la qualità del supporto sociale percepito, influenzano profondamente lo sviluppo fisico, emotivo, cognitivo e comportamentale del bambino/della bambina. I dati finora raccolti sottolineano come il benessere della madre e i fattori legati alla storia perinatale non solo incidano sulla salute mentale materna, ma si riflettano anche sulla qualità della relazione affettiva e sui successivi esiti di sviluppo del bambino/della bambina, in uno schema transazionale in cui le interazioni sono dinamiche e bidirezionali (Sameroff et al., 1989). Nonostante l'importanza di queste

problematiche, il sistema di assistenza sanitaria spesso non offre il giusto supporto alle donne in gravidanza e alle neo-madri. Lo studio evidenzia quindi quanto sia indispensabile intervenire tempestivamente e preventivamente, non solo attraverso un sostegno psicologico mirato, ma soprattutto mediante il potenziamento del supporto sociale. Quest'ultimo, come è stato ampiamente discusso, gioca un ruolo fondamentale nel creare una rete di protezione che può contribuire a mitigare i rischi di sviluppare esiti e dinamiche negative, sia sulla donna che nel bambino/nella bambina. Infatti, i risultati del presente lavoro di tesi evidenziano che, seppur siano presenti rischi legati a specifiche condizioni, come le patologie in gravidanza o difficoltà perinatali, altri elementi, come il supporto sociale adeguato, possono avere effetti protettivi sul benessere del bambino/della bambina. Tuttavia, come si evince da questa ricerca e dalla letteratura, sebbene il supporto sociale percepito sia associato a una riduzione dei sintomi traumatici, il suo effetto moderatore sulle interazioni madre-bambino/a non appare univoco. Il funzionamento dell'intero sistema, così come suggeriscono i modelli transazionali, dipende da numerose variabili, che si intersecano a livello individuale, relazionale e contestuale, rendendo la relazione tra sintomatologia post-traumatica, supporto sociale e sviluppo affettivo-comportamentale estremamente complessa e multidimensionale. Variabili di natura clinico-ostetrica e della storia perinatale, come le difficoltà di concepimento, esperienze abortive e complicazioni in gravidanza, emergono come fattori di vulnerabilità che influenzano non solo salute mentale materna, ma anche lo sviluppo emotivo e comportamentale della prole. È necessario che queste aree di indagine vengano ulteriormente approfondite, attraverso studi longitudinali, che riescano a cogliere la complessità dei modelli. Riflettendo sui risultati ottenuti e sulle caratteristiche della ricerca condotta, emergono numerosi spunti per possibili ricerche future. Si suggerisce in primis di condurre studi longitudinali su campioni più ampi e diversificati, che includano metodologie osservazionali dirette delle interazioni madre-bambino/a e dello sviluppo emotivo e comportamentale del bambino/della bambina, in modo di ridurre quanto più possibile i bias degli strumenti parent-report. Anche l'utilizzo specifico di biomarcatori dello stress e altri strumenti fisiologici potrebbero fornire un quadro più accurato sia della sintomatologia materna che della dinamica relazionale nella diade madre-bambino/a. Sarebbe anche opportuno includere nella ricerca variabili psicosociali, culturali e socioeconomiche non indagate in questo disegno di ricerca. Queste potrebbero

comprendere: lo specifico sostegno del partner, la qualità delle relazioni di coppia, o comunque il più generale supporto esteso - incluso quello alloparentale - il SES, la provenienza e il contesto culturale più allargato. Sarebbe necessario anche considerare, oltre al sesso del/la bambino/a, caratteristiche più intrinseche quali temperamento, eventuali patologie o condizioni atipiche, che possono contribuire a una visione più completa del ruolo di questi elementi all'interno del sistema transazionale. Un'analisi più dettagliata di come il supporto oggettivo e la sua percezione influenzino la sintomatologia post-traumatica materna, la disponibilità emotiva e lo sviluppo dei/lle bambini/e potrebbe chiarire ulteriormente i meccanismi protettivi. Inoltre, future ricerche potrebbero includere la trattazione, o la sperimentazione, di specifici interventi specifici mirati a rafforzare il supporto sociale e la disponibilità emotiva delle madri, al fine di verificare l'efficacia di tali strategie nel prevenire gli effetti negativi della psicopatologia traumatica sui bambini/sulle bambine.

In conclusione, la relazione tra supporto sociale, sintomatologia post-traumatica, disponibilità emotiva e sviluppo affettivo e comportamentale della prole rimane multidimensionale e complessa. Interventi preventivi, che integrino sostegno psicologico e il rafforzamento di reti sociali e di coppia, sarebbero quindi imprescindibili per creare ambienti familiari protettivi e favorevoli. Studi futuri, che adottino approcci longitudinali e metodologie diversificate, sarebbero essenziali per approfondire la complessità dei meccanismi transazionali e per elaborare strategie di intervento contestualizzate ed efficaci.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA Preschool Forms School-age and Profiles. Burlington:University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Adesanya, A. M., Barrett, S., Moffat, M., Aquino, M. R. J., Nicholson, W., Turner, G., Cook, E., Tyndall, S., & Rankin, J. (2024). Impact of the COVID-19 pandemic on expectant and new parents' experience of pregnancy, childbirth, breast feeding, parental responsiveness and sensitivity, and bonding and attunement in high-income countries: a systematic review of the evidence. BMJ Open, 12(12), e066963. doi:10.1136/bmjopen-2022-066963

Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. American Psychologist, 34(10), 932-937.

Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), The integration of a child into a social world (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.

Ainsworth, M. D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health (2002)*, *24*(1), 100–106. https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872

Allmann, A. E. S., Klein, D. N., & Kopala-Sibley, D. C. (2022). Bidirectional and transactional relationships between parenting styles and child symptoms of ADHD, ODD, depression, and anxiety over 6 years. Development and Psychopathology, 34(4),1400-1411.

Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., & et al. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of COVID-19 in pregnancy: A living systematic review and meta-analysis. *BMJ, 370*, m3320. https://doi.org/10.1136/bmj.m3320

Amann Gainotti, M., & Schiavulli, P. (2008). Maltrattamenti e violenze in gravidanza: un aspetto sommerso della violenza di genere. *Rivista di Sessuologia Clinica, 15*(2), 37-56.

Ammaniti, M. (2001) (a cura di), Manuale di psicopatologia dell'infanzia, Cortina, Milano.

Amstadter, A. B., Nugent, N. R., Yang, B. Z., Miller, A., Siburian, R., Moorjani, P., Haddad, S., Basu, A., Fagerness, J., Saxe, G., Smoller, J. W., & Koenen, K. C. (2011). Corticotrophin-releasing hormone type 1 receptor gene (CRHR1) variants predict posttraumatic stress disorder onset and course in pediatric injury patients. *Disease markers*, *30*(2-3), 89–99. https://doi.org/10.3233/DMA-2011-0761

Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M. D., & Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(11), 1572. https://doi.org/10.3390/healthcare9111572

Armstrong, D. S., Hutti, M. H., & Myers, J. (2009). The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 38*(6), 654-666. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x

Aubel, J. (2021). Grandmothers—A neglected family resource for saving newborn lives. BMJ Global Health, 6(2), e003808. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003808.

Ayers S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical obstetrics and gynecology*, *47*(3), 552–567. https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *28*(2), 111–118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, *46*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. *Journal of affective disorders*, *155*, 295–298. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.022

Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 409. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00409

Bailey, B. A., & Daugherty, R. A. (2007). Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Maternal and child health journal*, *11*(5), 495–503. https://doi.org/10.1007/s10995-007-0191-6

Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development*, *11*(3), 223–263. https://doi.org/10.1080/14616730902814762

Baldoni, F., & Landi, F. (2015). Il padre contemporaneo: Riflessioni psicoanalitiche sulla funzione paterna. FrancoAngeli.

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. British Journal of Psychiatry, 166(4), 525–528. doi:10.1192/bjp.166.4.525

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2005). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 697-715. https://doi.org/10.1023/A:1013085904337

Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. Rivista Italiana Di Educazione Familiare , 4 (1), 37–53. https://doi.org/10.13128/RIEF-3332

Bateson, G. (2000). Steps to an ecology of mind. Germania: University of Chicago Press.

Bayri Bingol, F., & Demirgoz Bal, M. (2020). The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspectives in psychiatric care*, *56*(4), 851–857. https://doi.org/10.1111/ppc.12501

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology, 5*(4), 305–337. https://doi.org/10.1037/0736-9735.5.4.305

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). The Nature (and Nurture?) of Plasticity in Early Human Development. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *4*(4), 345–351. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01136.x

Belsky, J., Hsieh, K. H., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: differential susceptibility to rearing experience?. *Development and psychopathology*, *10*(2), 301–319. https://doi.org/10.1017/s095457949800162x

Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: three questions about family interaction. *Child development*, *67*(2), 556–578.

Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T. G., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46(11), 1454–1463. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814a62f6

Bergmann U (2008). The neurobiology of EMDR: Exploring the thalamus and neural integration. Journal ofEMDR Practice and Research 2-4, 300-314

Berman, Z., Thiel, F., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2021). Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. Archives of women's mental health, 24(5), 767–771. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01129-0

Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child development*, *81*(1), 326–339. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x

Biggs, Q. M., Ursano, R. J., Wang, J., Wynn, G. H., Carr, R. B., & Fullerton, C. S. (2020). Post-traumatic stress symptom variation associated with sleep characteristics. *BMC psychiatry*, *20*(1), 174. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02550-y

Biller, H. B., & Lopez Kimpton, J. (1997). The father and the school-aged child. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed., pp. 143–161). John Wiley & Sons, Inc..

Biringen Z., Robinson J.L., & Emde R.N. (1998). Emotional Availability Scales (3rd ed.). Unpublished manual. Department of Human Development and Family Studies. Fort Collins, CO: Colorado State University.

Biringen, Z. (2004). Emotional Availability (EA): Conceptualization and Research on Emotional Availability and Parent–Child Relationships. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12(3), 123-129. https://doi.org/10.1177/10634266040120030401.

Biringen, Z., & Easterbrooks, M. A. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 24(1), 1–8. https://doi.org/10.1017/S0954579411000617

Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions. American Journal of Orthopsychiatry, 61(2), 258–271. https://doi.org/10.1037/h0079237

Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, 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., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & human development*, *2*(2), 218–232. https://doi.org/10.1080/14616730050085572

Bombi, A. S., Cannoni, E. (2014). Bambini e salute. Psicologia dello sviluppo per le professioni sanitarie. Italia: Il Mulino.

Bonnin, A., Goeden, N., Chen, K., Wilson, M. L., King, J., Shih, J. C., Blakely, R. D., Deneris, E. S., & Levitt, P. (2011). A transient placental source of serotonin for the fetal forebrain. *Nature*, *472*(7343), 347–350. https://doi.org/10.1038/nature09972

Bornstein, M. H. (Ed.). (2015). *Handbook of Parenting, Volume 4: Social Conditions and Applied Parenting*. Lawrence Erlbaum.

Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A secure base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge. Tr. It. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Raffaello Cortina, Milano

Bowlby, J. (1979). The Making and Breaking of Affectional Bonds, 130, pag 201-210.

Boyraz, G., & Legros, D. N. (2024). Coronavirus disease (COVID-19) and traumatic stress: probable risk factors and correlates of posttraumatic stress disorder. In Loss and Trauma in the COVID-19 Era (pp. 3-22). Routledge.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000 Oct;68(5):748-66. doi: 10.1037//0022-006x.68.5.748. PMID: 11068961.

Brianda, M. E., Roskam, I., Gross, J. J., Franssen, A., Kapala, F., Gérard, F., & Mikolajczak, M. (2020). Treating parental burnout: Impact of two treatment modalities on burnout symptoms, emotions, hair cortisol, and parental neglect and violence. Psychotherapy and Psychosomatics, 89(5), 330-332. https://doi.org/10.1159/000506354.

Bromberg, P. M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the spaces*. Raffaello Cortina Editore

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (6ª ed., Vol. 1, pp. 793–828). Wiley.

Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect, 35*(6), 408–413.https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006.

Busnel, M. C., Granier-Deferre, C., & Lecanuet, J. P. (1992). Fetal audition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *662*, 118–134. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb22857.x

Buss, C., Davis, E. P., Shahbaba, B., Pruessner, J. C., Head, K., & Sandman, C. A. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(20), E1312–E1319. https://doi.org/10.1073/pnas.1201295109

Buss, C., Entringer, S., Moog, N. K., Toepfer, P., Fair, D. A., Simhan, H. N., Heim, C. M., & Wadhwa, P. D. (2017). Intergenerational Transmission of Maternal Childhood Maltreatment Exposure: Implications for Fetal Brain Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(5), 373–382. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.001

Buss, C., Lord, C., Wadiwalla, M., Hellhammer, D. H., Lupien, S. J., Meaney, M. J., & Pruessner, J. C. (2007). Maternal care modulates the relationship between prenatal risk and hippocampal volume in women but not in men. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, *27*(10), 2592–2595. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3252-06.2007

Cabaj, J. L., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC pediatrics*, *14*, 166. https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-166

Cabrera, N. J., & Roggman, L. (2017). FATHER PLAY: IS IT SPECIAL?. *Infant mental health journal*, *38*(6), 706–708. https://doi.org/10.1002/imhj.21680

Cabrera, N. J., Fagan, J., Wight, V., & Schadler, C. (2011). Influence of mother, father, and child risk on parenting and children's cognitive and social behaviors. *Child development*, *82*(6), 1985–2005. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01667.x

Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Rich, B., & Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: experiences of mothers and fathers. *Journal of abnormal child psychology*, *32*(2), 203–213. https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000019771.43161.1c

Campbell, R. K., Devick, K. L., Coull, B. A., Cowell, W., Askowitz, T., Goldson, B., … Wright, R. J. (2019). Prenatal cortisol modifies the association between maternal trauma history and child cognitive development in a sex-specific manner in an urban pregnancy cohort. *Stress*, *22*(2), 228–235. https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1553950

Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. Development and Psychopathology, 8(4), 701-719. https://doi.org/10.1017/S0954579400007379

Caparros-Gonzalez, R. A., & Alderdice, F. (2020). The COVID-19 pandemic and perinatal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38*(3), 223–225. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1786910

Çapik, A. e Durmaz, H. (2018), Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth, 15: 455-463. https://doi.org/10.1111/wvn.12326

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. Developmental Psychology, 25(4), 525–531. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525

Carslake, D., Tynelius, P., van den Berg, G., Davey Smith, G., & Rasmussen, F. (2017). Associations of parental age with health and social factors in adult offspring. Methodological pitfalls and possibilities. *Scientific reports*, *7*, 45278. https://doi.org/10.1038/srep45278

Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y. S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *49*(4), 616–627. https://doi.org/10.1111/birt.12649

Cassidy J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2-3), 228–249.

Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology, 25*(6), 1415–1434. https://doi.org/10.1017/S0954579413000692

Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human brain mapping*, *36*(5), 1692–1704. https://doi.org/10.1002/hbm.22730

Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., Brown, S., & 'Healing the Past by Nurturing the Future' group (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PloS one*, *14*(3), e0213460. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460

Chambers, R. A., & Wallingford, S. C. (2017). On Mourning and Recovery: Integrating Stages of Grief and Change Toward a Neuroscience-Based Model of Attachment Adaptation in Addiction Treatment. *Psychodynamic psychiatry*, *45*(4), 451–473. https://doi.org/10.1521/pdps.2017.45.4.451

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, *59*, 301–328. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650

Chiland, C. (1982). Fathers and adolescence: A psychological perspective. In M. E. Lamb (Ed.), Nontraditional families: Parenting and child development (pp. 229–247). Erlbaum.

Choi, K. R., Records, K., Low, L. K., Alhusen, J. L., Kenner, C., Bloch, J. R., Premji, S. S., Hannan, J., Anderson, C. M., Yeo, S., & Logsdon, M. C. (2020). Promotion of maternal–infant mental health and trauma-informed care during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 49*(5), 409–415. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.07.004

Christiaens, I., Hegadoren, K., & Olson, D. M. (2015). Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth: A case-control study. *BMC Medicine, 13*, 124. https://doi.org/10.1186/s12916-015-0353-0

Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., & Halligan, S. L. (2019). The impact of parental posttraumatic stress disorder on parenting: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1), 1550345. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550345

Chung, M. C., & Reed, J. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Following Stillbirth: Trauma Characteristics, Locus of Control, Posttraumatic Cognitions. *The Psychiatric quarterly*, *88*(2), 307–321. https://doi.org/10.1007/s11126-016-9446-y

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual review of clinical psychology*, *1*, 409–438. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

Cirino, N. H., & Knapp, J. M. (2019a). Perinatal Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. Obstetrical & Gynecological Survey, 74(6), 3693376. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000680

Coatsworth, J. D., Timpe, Z., Nix, R. L., Duncan, L. G., & Greenberg, M. T. (2018). Changes in Mindful Parenting: Associations With Changes in Parenting, Parent-Youth Relationship Quality, and Youth Behavior. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *9*(4), 511–529. https://doi.org/10.1086/701148

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98*(2), 310–357.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, *75*(2), 317–333. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of personality and social psychology*, *65*(6), 1243–1258. https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1243

Condon, E. M., Holland, M. L., Slade, A., Redeker, N. S., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2019). Maternal Adverse Childhood Experiences, Family Strengths, and Chronic Stress in Children. Nursing research, 68(3), 189–199. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000349

Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, *128*(5), 746–773. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.746

Cook N., Ayers S., Horsch A. (2018), Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review, Journal of Affective Disorders, Volume 225, (p. 18-31), https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045

Costa, S. (2021). Genitorialità prenatale tra costruttivismo e intersoggettività. Costruttivismi, 8(1), 50362.

Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review, 36,* 105–126. https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2001). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. Birth, 27(2), 104–111. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x

Crick, N. R., Casas, J. F., & Mosher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool. Developmental Psychology, 33(4), 579–588. https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.579

Cummings, E. M., El-Sheikh, M., Kouros, C. D., & Buckhalt, J. A. (2009). Children and violence: the role of children's regulation in the marital aggression-child adjustment link. *Clinical child and family psychology review*, *12*(1), 3–15. https://doi.org/10.1007/s10567-009-0042-7

Cutrona, C. E., Cohen, B. B., & Igram, S. (1990). Contextual Determinants of the Perceived Supportiveness of Helping Behaviors. Journal of Social and Personal Relationships, 7(4), 553-562. https://doi.org/10.1177/0265407590074011

Daalderop, L. A., Lagendijk, J., Steegers, E. A. P., El Marroun, H., & Posthumus, A. G. (2023). Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: The role of socioeconomic status. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 148*(91), 687–697. https://doi.org/10.1002/ijgo.14891

Dachew, B. A., Scott, J. G., Mamun, A., & Alati, R. (2019). Pre-eclampsia and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring: Findings from the ALSPAC birth cohort study. *Psychiatry Research, 272*, 392-397. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.123

Dambi, J. M., Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., & Jelsma, J. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). Health and quality of life outcomes, 16(1), 80. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0912-0

Danese, A., & J Lewis, S. (2017). Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma?. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *42*(1), 99–114. https://doi.org/10.1038/npp.2016.198

Dau, A. L. B., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms, and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, *54*, 99–107. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.001

Davidov, M., & Grusec, J. E. (2006). Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child development*, *77*(1), 44–58. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00855.x

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant mental health journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010

De Kluiver, H., Buizer-Voskamp, J. E., Dolan, C. V., & Boomsma, D. I. (2017). Paternal age and psychiatric disorders: A review. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 174, 202–213. **https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32508**

De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (2006). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development, 68(4), 571-591. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x

Deater-Deckard, Kirby. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. Clinical Psychology: Science and Practice. 5. 314-332. 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x

Deforges, C., Noël, Y., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2021). Prenatal insomnia and childbirth-related PTSD symptoms: A prospective population-based cohort study. Journal of Affective Disorders, 295, 305-315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.024

Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2020). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of women's mental health*, *23*(4), 557–564. https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x

Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Development and psychopathology*, *12*(1), 23–45. https://doi.org/10.1017/s0954579400001024

Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. Developmental Psychology, 30(6), 928–936. https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.6.928

Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *33*(4), 323–331. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x

Devita, S., Bozicevic, L., Deforges, C., Ciavarella, L., Tolsa, J. F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2024). Early mother-infant interactions within the context of childbirth-related posttraumatic stress symptoms. *Journal of affective disorders*, *365*, 24–31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025

Devita, S., Bozicevic, L., Deforges, C., Ciavarella, L., Tolsa, J. F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2024). Early mother-infant interactions within the context of childbirth-related posttraumatic stress symptoms. *Journal of affective disorders*, *365*, 24–31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.025

Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., Rizzo, G., Buca, D., Liberati, M., & et al. (2020). Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 2*(2), 100107. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107

Diamantopoulou, S., Rydell, A. M., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Developmental neuropsychology*, *32*(1), 521–542. https://doi.org/10.1080/87565640701360981

Dolan, C. V., Geels, L., Vink, J. M., van Beijsterveldt, C. E. M., Neale, M. C., Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2016). Testing causal effects of maternal smoking during pregnancy on offspring's externalizing and internalizing behavior. *Behavior Genetics*, 46, 378–388. **https://doi.org/10.1007/s10519-015-9738-2**

Donato, S., Parise, M., Iafrate, R., Bertoni, A., Finkenauer, C., & Bodenmann, G. (2014). Dyadic coping responses and partners' perceptions for couple satisfaction: An actor–partner interdependence analysis. Journal of Social and Personal Relationships, 32(5), 580-600. https://doi.org/10.1177/0265407514541071

Dunifon, R. (2013). The influence of grandparents on the lives of children and adolescents. *Child Development Perspectives,* *7*(1), 55–60. https://doi.org/10.1111/cdep.12016

Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' Reactions to Children's Negative Emotions: Relations to Children's Social Competence and Comforting Behavior. *Child Development*, *67*(5), 2227–2247. https://doi.org/10.2307/1131620

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of personality and social psychology*, *78*(1), 136–157. https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.1.136

El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics*, *12*(11), 2598. https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598

Emde, R. N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. Taylor (Ed.), Parent-infant relationships (pp. 87-115). Orlando, FL: Grune & Stratton

Emde, R.N., Easterbrooks, M.A. (1985). Assessing Emotional Availability in Early Development. In: Frankenburg, W.K., Emde, R.N., Sullivan, J.W. (eds) Early Identification of Children at Risk. Topics in Developmental Psychobiology. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0536-9_5

Enlow, M. B., Devick, K. L., Brunst, K. J., Lipton, L. R., Coull, B. A., & Wright, R. J. (2017). Maternal Lifetime Trauma Exposure, Prenatal Cortisol, and Infant Negative Affectivity. *Infancy : the official journal of the International Society on Infant Studies*, *22*(4), 492–513. https://doi.org/10.1111/infa.12176

Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International journal of nursing sciences*, *6*(2), 221–228. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.013

Esposito, G., Mauri, P. A., Cipriani, S., et al. (2022). Correction to: The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: A retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*, 366. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04695-y

Faleschini, S., Doyon, M., Arguin, M., Lepage, J. F., Tiemeier, H., Van Lieshout, R. J., Perron, P., Bouchard, L., & Hivert, M. F. (2023). Maternal Hyperglycemia in Pregnancy and Offspring Internalizing and Externalizing Behaviors. *Maternal and child health journal*, *27*(10), 1765–1773. https://doi.org/10.1007/s10995-023-03706-4

Faramarzi, M., Esmaelzadeh, S., & Mosavi, S. (2005). Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Acta Medica Iranica, 43, 2, 115-122

Farren, J., Jalmbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ open*, *6*(11), e011864. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864

Feeley, N., Gottlieb, L., & Zelkowitz, P. (2007). Mothers and fathers of very low-birthweight infants: similarities and differences in the first year after birth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, *36*(6), 558–567. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00186.x

Feldman R. (2017). The Neurobiology of Human Attachments. *Trends in cognitive sciences*, *21*(2), 80–99. https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Folger, A. T., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Peugh, J. L., Eismann, E. A., Sa, T., Shapiro, R. A., Van Ginkel, J. B., & Ammerman, R. T. (2017). Maternal Interpersonal Trauma and Child Social-Emotional Development: An Intergenerational Effect. Paediatric and perinatal epidemiology, 31(2), 99–107. https://doi.org/10.1111/ppe.12341

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E.L. (Eds.). (2002). Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429471643

Fones C. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *The Journal of nervous and mental disease*, *184*(3), 195–196. https://doi.org/10.1097/00005053-199603000-00012

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. Early Human Development, 87(1), 21-26 https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. Psychology & Health, 26(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2024). Childbirth self-efficacy and birth related PTSD symptoms: An online childbirth education randomised controlled trial for mothers. BMC Pregnancy and Childbirth. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06873-6

Frech, A., & Kimbro, R. T. (2011). Maternal mental health, neighborhood characteristics, and time investments in children. Journal of Marriage and Family, 73(3), 605-620. **https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2011.00833.x**

Freud, S. (1915) Instincts and their Vicissitudes. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud 14:109-140.

Galler, J., & Rabinowitz, D. G. (2014). The intergenerational effects of early adversity. *Progress in molecular biology and translational science*, *128*, 177–198. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800977-2.00007-3

Garner, P. W., & Hinton, T. S. (2010). Emotional display rules and emotion self-regulation: Associations with bullying and victimization in community-based after school programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 20*(6), 480–496. https://doi.org/10.1002/casp.1057

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2 year follow-up study. *Psychological medicine*, *47*(1), 161–170. https://doi.org/10.1017/S003329171600235X

George-Carey, R., Woolley, M., Fortune, L., Ersan, B., Govind, A., & Yoong, W. (2021). The Joys of Older Motherhood: A questionnaire-based survey of mothers who delivered over the age of 50 years. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *265*, 169–174. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.051

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Adverse childhood experiences and adult chronic diseases: An update from 10 states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine, 48*(3), 345–349. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006

Golse, B. (2001) . Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici. La psychiatrie de l'enfant, Vol. 44(1), 5-25. https://doi.org/10.3917/psye.441.0005.

Goutaudier, N., Bertoli, C., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2018). Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its

psychological correlates. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 37(1), 44–55. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504284

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Greene, C. A., McCarthy, K. J., Estabrook, R., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowa, M. J. (2020). Responsive Parenting Buffers the Impact of Maternal PTSD on Young Children. Parenting, science and practice, 20(2), 141–165. https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1707623

Greenspan, S. I., & Benderly, B. L. (1998). *L'intelligenza del cuore: Le emozioni e lo sviluppo della mente*. A. Mondadori.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 34(5), 389–401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003

Griffith, A. K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the COVID-19 pandemic. Journal of Family Violence, 37(5), 725-731. https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2.

Gross, J. J. (2011). Handbook of Emotion Regulation. The Guilford Press.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G., & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*(1-2), 233–256.

Guay, S., Billette, V. e Marchand, A. (2006), Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. J. Traum. Stress, 19: 327-338. https://doi.org/10.1002/jts.20124

Guttman, H. A. (1991). Systems theory, cybernetics, and epistemology. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy (Vol. 2, pp. 41-62). New York: Brunner/Mazel.

Haj-Yahia, M. M., Sokar, S., Hassan-Abbas, N., & Malka, M. (2019). The relationship between exposure to family violence in childhood and post-traumatic stress symptoms in young adulthood: The mediating role of social support. Child Abuse & Neglect, 92, 126-138. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.023.

Halperin, O., Sarid, O., & Cwikel, J. (2015). The influence of childbirth experiences on women′s postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. *Midwifery*, *31*(6), 625–632. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.011

Han W, Pan YN, Han Z, Huang D, Hong S, Song X, Cheng L, Jiang L.. 2022. Advanced maternal age impairs synaptic plasticity in offspring rats. Behav Brain Res. 425:113830. 10.1016/j.bbr.2022.113830 https://doi.org/10.1016/j.bbr.2022.113830

Handelzalts, J. E., Kalfon-Hakhmigari, M., Raichin, A., & Peled, Y. (2024). Postpartum acute stress disorder symptoms, social support, and quality of couple's relationship associations with childbirth PTSD. Frontiers in Psychiatry, 15, 1310114. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1310114

Harlow, H. F., McGaugh, J. L., Thompson, R. F. (1973). Psicologia come scienza del comportamento. Tr. It. Lucia Marghieri Biocca. Mondadori Editore, Milano.

Hébert, M., Jean-Thorn, A., & Fortin, L. (2022). History of trauma and COVID-19-related psychological distress and PTSD. Psychiatry Research Communications, 2(4), 100092. https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100092

Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental psychobiology*, *52*(7), 671–690. https://doi.org/10.1002/dev.20494

Hellmuth, J. C., Gordon, K. C., Stuart, G. L., & Moore, T. M. (2013). Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Archives of women's mental health*, *16*(1), 19–27. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0309-8

Hentges, R. F., Graham, S. A., Plamondon, A., Tough, S., & Madigan, S. (2019). A Developmental Cascade from Prenatal Stress to Child Internalizing and Externalizing Problems. *Journal of pediatric psychology*, *44*(9), 1057–1067. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz044

Hessler, D. M., & Katz, L. F. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of adolescence*, *33*(1), 241–246. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.04.007

Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 94, 102157. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157

Hill, D., & Tambelli, R. (2017). Teoria della regolazione affettiva: Un Modello Clinico. R. Cortina.

Hofberg, K., & Brockington, I. (2018). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 176, 83–85. https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83

Holden G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, *6*(3), 151–160. https://doi.org/10.1023/a:1024906315255

Holman, D. M., Ports, K. A., Buchanan, N. D., Hawkins, N. A., Merrick, M. T., Metzler, M., & Trivers, K. F. (2016). The Association Between Adverse Childhood Experiences and Risk of Cancer in Adulthood: A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, *138*(Suppl 1), S81–S91. https://doi.org/10.1542/peds.2015-4268L

Holmes, J. (1993). Bowlby and Attachment Theory. London. Routledge (trad.it. La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola, Cortina, Milano, 1994).

Horesh, D., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2021). Childbirth-related PTSD: Is it a unique post-traumatic disorder? Journal of Reproductive and Infant Psychology, 39(3), 221-224. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1930739

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosomatic medicine, 41(3), 209–218. https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004

Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, Lalor J. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2024 Mar;230(3S):S1116-S1127. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313-327. https://doi.org/10.1002/wps.20769 https://doi.org/10.1017/S0954579421000201.

Huang, C. Y., Costeines, J., Ayala, C., & Kaufman, J. S. (2014). Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development. *Journal of child and family studies*, *23*(2), 255–262. https://doi.org/10.1007/s10826-013-9807-1

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356–e366. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4

Huizink, A. C., & Mulder, E. J. H. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 30*(1), 24–41. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.04.005

Hulette, A. C., Freyd, J. J., Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A., & Becker-Blease, K. A. (2008). Dissociation and Posttraumatic Symptoms in Maltreated Preschool Children. *Journal of child & adolescent trauma*, *1*(2), 93–108. https://doi.org/10.1080/19361520802083980

Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of anxiety disorders*, *25*(4), 520–530. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.006

Istituto Superiore di Sanità. La salute riproduttiva della donna. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018.

Iyadurai, L., Visser, R. M., Lau-Zhu, A., Porcheret, K., Horsch, A., Holmes, E. A., & James, E. L. (2019). Intrusive memories of trauma: A target for research bridging cognitive science and its clinical application. *Clinical psychology review*, *69*, 67–82. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.005

Jacobson, L., & Sapolsky, R. (1991). The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis. *Endocrine reviews*, *12*(2), 118–134. https://doi.org/10.1210/edrv-12-2-118

Janssen, P. A., Holt, V. L., Sugg, N. K., et al. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 188*(5), 1341–1347. https://doi.org/10.1067/mob.2003.274

Jenkins, H., Daskalopoulou, Z., Opondo, C., Alderdice, F., & Fellmeth, G. (2024). Prevalence of perinatal post-traumatic stress disorder (PTSD) in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Public Health, 2*(1), e000215. https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000215

Jiang, S., Postovit, L., Cattaneo, A., Binder, B. E., & Aitchison, K. J. (2019). Epigenetic modifications in stress-response genes associated with childhood trauma. Frontiers in Psychiatry, 10, 808. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00808

Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant behavior & development*, *33*(2), 136–148. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.003

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27*(8), 457-465. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215

Katz, L. F., & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development, 16*(2), 343–360. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00388.x

Kay, T. L., Moulson, M. C., Vigod, S. N., Schoueri-Mychasiw, N., & Singla, D. R. (2024). The Role of Social Support in Perinatal Mental Health and Psychosocial Stimulation. *The Yale journal of biology and medicine*, *97*(1), 3–16. https://doi.org/10.59249/WMGE9032

Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of abnormal child psychology*, *28*(2), 161–179. https://doi.org/10.1023/a:1005122814723

Khalil, A., Kalafat, E., Benlioglu, C., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., & et al. (2020). SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical characteristics and pregnancy outcomes. *EClinicalMedicine, 25*, 100446. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100446

Kivijarvi, M., Raiha, H., Virtanen, S., Lertola, K., Piha, J. (2004). Maternal sensitivity behavior and infant crying, fussing and contented behavior: the effects of mother's experienced social support. Scandinavian Journal of Psychology, 45(3), 239- 246. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00400.x

Kjerulff, KH, Attanasio, LB, Sznajder, KK, & Brubaker, LH (2021). A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. Journal of Psychosomatic Research, 144 , 11https ://fare.O/10.1016 /j .j.2021.110424

Klein, M. (1932). La psicoanalisi dei bambini. (a cura di) H. A. Thorner. Tr. It. Lyda Zaccaria Gairinger. Giunti Editore (2014).

Kochanska, G., Aksan, N., & Joy, M. E. (2007). Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: Two longitudinal studies. *Developmental psychology*, *43*(1), 222–237. https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.222

Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Keenan, K., Rathouz, P. J., D'Onofrio, B. M., Rodgers, J. L., & Waldman, I. D. (2008). Temperament and parenting during the first year of life predict future child conduct problems. Journal of abnormal child psychology, 36(8), 1139–1158. https://doi.org/10.1007/s10802-008-9247-3

Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40(5), 669-682. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00484

Lamont, K., Scott, N. W., Jones, G. T., & Bhattacharya, S. (2015). Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. BMJ (Clinical research ed.), 350, h3080. https://doi.org/10.1136/bmj.h3080

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American journal of psychiatry*, *167*(6), 640–647. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Lannert, B. K., Garcia, A. M., Smagur, K. E., Yalch, M. M., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Lonstein, J. S. (2014). Relational trauma in the context of intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, *38*(12), 1966–1975. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.002

Lavelli, M., & Barachetti, C. (2010). Differenze interdiadiche nello sviluppo dei primi processi di co-regolazione madre-lattante. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 14(3), 455-478. doi:10.1449/33625

Law, K. H., Jackson, B., Guelfi, K., Nguyen, T., & Dimmock, J. A. (2018). Understanding and alleviating maternal postpartum distress: Perspectives from first-time mothers in Australia. *Social science & medicine (1982)*, *204*, 59–66. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.022

Lawlor, D. A., Mortensen, L., & Andersen, A. M. (2011). Mechanisms underlying the associations of maternal age with adverse perinatal outcomes: a sibling study of 264 695

Danish women and their firstborn offspring. *International journal of epidemiology*, *40*(5), 1205–1214. https://doi.org/10.1093/ije/dyr084

Leahy-Warren, P., Newham, J., & Alderdice, F. (2018). Perinatal social support: panacea or a pitfall. Journal of reproductive and infant psychology, 36(3), 219–221. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1477242

Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to infant distress and nondistress on social-emotional functioning. Child Development, 80(3), 762-775. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01296.x.

Lehrner, A., Bierer, L. M., Passarelli, V., Pratchett, L. C., Flory, J. D., Bader, H. N., Harris, I. R., Bedi, A., Daskalakis, N. P., Makotkine, I., & Yehuda, R. (2014). Maternal PTSD associates with greater glucocorticoid sensitivity in offspring of Holocaust survivors. Psychoneuroendocrinology, 40, 213–220. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.11.019

Leight, K. L., Fitelson, E. M., Weston, C. A., & Wisner, K. L. (2010). Childbirth and mental disorders. International Review of Psychiatry, 22(5), 453–471. doi:10.3109/09540261.2010.514600

Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. (2007) Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. J Reprod Infant Psychol. 25:190–202. https://doi.org/10.1080/02646830701467231

Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), Psychosocial interventions for cancer (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of personality and social psychology*, *70*(2), 271–282. https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.2.271

Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis study. *Child abuse & neglect*, *37*(12), 1091–1108. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.001

Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C., Rosenblum, K., & von Eye, A. (2011). The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *40*(3), 398–410. https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563460

Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., & Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect, 33*(12), 877-887. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.004

LeWinn, K. Z., Stroud, L. R., Molnar, B. E., Ware, J. H., Koenen, K. C., & Buka, S. L. (2009). Elevated maternal cortisol levels during pregnancy are associated with reduced childhood IQ. International journal of epidemiology, 38(6), 1700–1710. https://doi.org/10.1093/ije/dyp200

Liberzon, I., & Abelson, J. L. (2016). Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuron*, *92*(1), 14–30. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.09.039

Liu, C. H., Koire, A., Erdei, C., et al. (2022). Unexpected changes in birth experiences during the COVID-19 pandemic: Implications for maternal mental health. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 306*(4), 687–697. https://doi.org/10.1007/s00404-021-06310-5

Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*, *21*(1), 487. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7

Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C., & Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health and quality of life outcomes*, *15*(1), 118. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0692-y

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. Journal für Ornithologie, 83, 137– 215.

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 20(5), 561-592. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7

Lucassen, N., Kok, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Lambregtse-Van den Berg, M. P., & Tiemeier, H. (2015). Executive functions in early childhood: the role of maternal and paternal parenting practices. *The British journal of developmental psychology*, *33*(4), 489–505. https://doi.org/10.1111/bjdp.12112

Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araújo, T. V., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet (London, England)*, *376*(9744), 903–910. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2

MacKenzie, M. J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J., & Waldfogel, J. (2015). Spanking and children's externalizing behavior across the first decade of life: Evidence for transactional processes. Journal of Youth and Adolescence, 44(3), 658–669. https://doi.org/10.1007/s10964-014-0114-y

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York: Basic Books.

Mahmoodi, Z., Dolatian, M., Mirabzadeh, A., Majd, H. A., Moafi, F., & Ghorbani, M. (2017). The relationship between family socioeconomic status and mental health in women during pregnancy: A path analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 11*(2).

Martin, S. L., Harris-Britt, A., Li, Y., Moracco, K. E., Kupper, L. L., & Campbell, J. C. (2004). Changes in Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Journal of Family Violence, 19*(4), 201–210. https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000032630.50593.93

Martin, S. L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L. L., & Cloutier, S. (2006). Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence against women*, *12*(3), 221–239. https://doi.org/10.1177/1077801205285106

Martini, J., Asselmann, E., Weidner, K., Knappe, S., Rosendahl, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and Infant Outcomes. Frontiers in psychiatry, 13, 842410. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.842410

Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human reproduction (Oxford, England)*, *26*(8), 2113–2121. https://doi.org/10.1093/humrep/der157

Masud, H., Ahmad, M. S., Cho, K. W., & Fakhr, Z. (2019). Parenting styles and aggression among young adolescents: A systematic review of literature. Community Mental Health Journal, 55(6), 1015–1030. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00400-0

Maturana, H., & Varela, F. J. (1980). Autopoiesis and cognition: The realization of the living. Dordrecht: Reidel.

McCullough, C., Han, Z. R., Morelen, D., & Shaffer, A. (2017). The moderating effects of maternal age at childbirth and emotion dysregulation on the intergenerational continuity of emotionally unsupportive parenting behaviors. *Journal of Family Issues, 38*(7), 948–971. https://doi.org/10.1177/0192513X15597290

McDonagh M. (1996). Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?. *Health policy and planning*, *11*(1), 1–15. https://doi.org/10.1093/heapol/11.1.1

McDonald, S. W., Kehler, H. L., & Tough, S. C. (2016). Protective factors for child development at age 2 in the presence of poor maternal mental health: results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *BMJ open*, *6*(11), e012096. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012096

McElwain, N. L., & Booth-Laforce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *20*(2), 247–255. https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.247

McKenzie-McHarg, K., Ayres, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(3), 219-237. https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646

McMunn, A., Martin, P., Kelly, Y., & Sacker, A. (2017). Fathers' Involvement: Correlates and Consequences for Child Socioemotional Behavior in the United Kingdom. J Fam Issues, 38(8), 1109-1131. doi: 10.1177/0192513X15622415

Meck, W. H., & Williams, C. L. (2003). Metabolic imprinting of choline by its availability during gestation: implications for memory and attentional processing across the lifespan. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *27*(4), 385–399. https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00069-1

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science (New York, N.Y.)*, *198*(4312), 74–78. https://doi.org/10.1126/science.897687

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 85–90. https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.85

Messerli-Bürgy, N., Sandoz, V., Deforge, C., Lacroix, A., Sekarski, N., & Horsch, A. (2025). Stress responses of infants and mothers to a still-face paradigm after traumatic childbirth. *Psychoneuroendocrinology*, *171*, 107222. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107222

Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & neglect*, *80*, 134–145. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025

Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social support—a protective factor for depressed perinatal women?. International journal of environmental research and public health, 16(8), 1426. https://doi.org/10.3390/ijerph16081426

Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Lange, T. (2012). A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. In J. van Os (Ed.), *PLoS ONE, 7*(12), e51585. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051585

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100(4), 674-701. https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674

Moog, N. K., Entringer, S., Rasmussen, J. M., Styner, M., Gilmore, J. H., Kathmann, N., Heim, C. M., Wadhwa, P. D., & Buss, C. (2018). Intergenerational effect of maternal childhood maltreatment exposure on neonatal brain anatomy. *Biological Psychiatry, 83*(2), 120–127. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.07.009

Morabito, D. M., Bedford, C. E., Woller, S., & Schmidt, N. B. (2021). Vulnerability to COVID-19–Related Disability: The Impact of Posttraumatic Stress Symptoms on Psychosocial Impairment During the Pandemic. Journal of Traumatic Stress, 34(4), 701-710. **https://doi.org/10.1002/jts.22717**

Morris, A. S., Silk, J. S., Morris, M. D., Steinberg, L., Aucoin, K. J., & Keyes, A. W. (2011). The influence of mother-child emotion regulation strategies on children's expression of anger and sadness. Developmental psychology, 47(1), 213–225. https://doi.org/10.1037/a0021021

Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., Seng, J., & Abelson, J. L. (2016). PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depression and anxiety*, *33*(7), 584–591. https://doi.org/10.1002/da.22465

Muzik, M., Rosenblum, K. L., Schuster, M. M., Kohler, E. S., Alfafara, E. A., & Miller, N. M. (2016). A mental health and parenting intervention for adolescent and young adult mothers and their children. *Journal of Depression & Anxiety, 5*(3), 2167–1044. https://doi.org/10.4200/2167-1044.1000233

Myrskylä, M., Barclay, K., & Goisis, A. (2017). Advantages of later motherhood. *Der Gynakologe*, *50*(10), 767–772. https://doi.org/10.1007/s00129-017-4124-1

Nakić Radoš S. (2021). Parental Sensitivity and Responsiveness as Mediators Between Postpartum Mental Health and Bonding in Mothers and Fathers. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 723418. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.723418

Neeser, N. B., Martani, A., De Clercq, E., De Geyter, C., Vulliemoz, N., Elger, B. S., & Wangmo, T. (2023). Building a family at advanced parental age: a systematic review on the risks and opportunities for parents and their offspring. *Human reproduction open*, *2023*(4), hoad042. https://doi.org/10.1093/hropen/hoad042

Nepomnaschy, P. A., Salvante, K. G., Zeng, L., Pyles, C., Ma, H., Blais, J. C., Wen, L., & Barha, C. K. (2015). Variation in maternal urinary cortisol profiles across the peri-conceptional period: a longitudinal description and evaluation of potential functions. *Human reproduction (Oxford, England)*, *30*(6), 1460–1472. https://doi.org/10.1093/humrep/dev086

Ni, P. K., & Siew Lin, S. K. (2011). The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review. *JBI library of systematic reviews*, *9*(10), 313–370. https://doi.org/10.11124/01938924-201109100-00001

NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. Developmental Psychology, 35(5), 1297-1310. https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1297

Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth related posttraumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology, 12,* 491–509. doi:10.1348/135910706X120627.

Nicholson, A. A., Friston, K. J., Zeidman, P., Harricharan, S., McKinnon, M. C., Densmore, M., Neufeld, R. W. J., Théberge, J., Corrigan, F., Jetly, R., Spiegel, D., & Lanius, R. A. (2017). Dynamic causal modeling in PTSD and its dissociative subtype: Bottom-up versus top-down processing within fear and emotion regulation circuitry. *Human brain mapping*, *38*(11), 5551–5561. https://doi.org/10.1002/hbm.23748

Nomura, Y., Marks, D. J., Grossman, B., Yoon, M., Loudon, H., Stone, J., & Halperin, J. M. (2012). Exposure to gestational diabetes mellitus and low socioeconomic status: Effects on neurocognitive development and risk of attention-deficit/ hyperactivity disorder in offspring. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 166*(4), 337–343. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.784

O'Donnell, K. J., & Meaney, M. J. (2017). Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis. American Journal of Psychiatry, 174(4), 3193 328. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16020138

O'Connell, R., Owen, C., Padley, M., Simon, A., & Brannen, J. (2019). Which types of family are at risk of food poverty in the UK? A relative deprivation approach. *Social Policy and Society, 18*(1), 1-18. https://doi.org/10.1017/S1474746418000015

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.org/10.1159/000216539

Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment. Norton & Company.

Ornoy, A., Becker, M., Weinstein-Fudim, L., & Ergaz, Z. (2021). Diabetes during Pregnancy: A Maternal Disease Complicating the Course of Pregnancy with Long-Term Deleterious Effects on the Offspring. A Clinical Review. *International journal of molecular sciences*, *22*(6), 2965. https://doi.org/10.3390/ijms22062965

Ortu F., Pazzagli C., Williams R. (2008). La psicologia contemporanea e la teoria dell'attaccamento. Carocci Editore, Roma.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(2), 127–142. https://doi.org/10.1080/02646830802350831

Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2013). The impact of parents' mental health on parent-baby interaction: a prospective study. *Infant behavior & development*, *36*(4), 599–608. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.06.003

Parolin M., Sudati L. (2014) Il processo di transizione alla genitorialità. In Simonelli A. (a cura di), "La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia". Raffaello Cortina Editore, Milano.

Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., Schiff, M., & Brom, D. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. Infant mental health journal, 36(3), 337–348. https://doi.org/10.1002/imhj.21515

Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25–44). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10468-002

Patterson, G. R., & Bank, C. L. (1989). Some amplifying mechanisms for pathologic processes in families. In M. R. Gunnar & E. Thelen (Eds.), *Systems and development* (pp. 167–209). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Patterson, G. R., & Capaldi, D. M. (1990). A mediational model for boys' depressed mood. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 141–163). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.010

Patterson, G. R., Capaldi, D. M., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), The development and treatment of childhood aggression (pp. 139-168). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Persson, P., & Rossin-Slater, M. (2018). Family ruptures, stress, and the mental health of the next generation. *American Economic Review, 108*(4-5), 1214–1252. https://doi.org/10.1257/aer.20141406

Pervanidou, P., Kolaitis, G., Charitaki, S., Lazaropoulou, C., Papassotiriou, I., Hindmarsh, P., Bakoula, C., Tsiantis, J., & Chrousos, G. P. (2007). The natural history of neuroendocrine changes in pediatric posttraumatic stress disorder (PTSD) after motor vehicle accidents: progressive divergence of noradrenaline and cortisol concentrations over time. *Biological psychiatry*, *62*(10), 1095–1102. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.02.008

Phillips, R. (2013). The sacred hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. Newborn and Infant Nursing Reviews, 13(2), 67-72. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001

Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and

eating problems in the infant. Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition, 88(5), F400–F404. https://doi.org/10.1136/fn.88.5.f400

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. Developmental Psychology, 53(5), 873–932. https://doi.org/10.1037/dev0000295

Pittara, T., Vyrides, A., Lamnisos, D., & Giannakou, K. (2021). Pre-eclampsia and long-term health outcomes for mother and infant: an umbrella review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16683

Pluess, M., & Belsky, J. (2011). Prenatal programming of postnatal plasticity?. *Development and psychopathology*, *23*(1), 29–38. https://doi.org/10.1017/S0954579410000623

Porti, K. A., Holman, D. M., Guinn, A. S., Pampati, S., Dyer, K. E., Merrick, M. T., Lunsford, N. B., & Metzler, M. (2019). Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: An exploratory review of the literature from 2005 to 2015. *Journal of Pediatric Nursing, 44*, 81–96. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.009

Pretorius, R.A., Avraam, D., Guxens, M. *et al.* (2025). Is maternal diabetes during pregnancy associated with neurodevelopmental, cognitive and behavioural outcomes in children? Insights from individual participant data meta-analysis in ten birth cohorts. *BMC Pediatr* 25, 76 https://doi.org/10.1186/s12887-024-05365-y

Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A. S., Abdulaziz, A. M., & Hai, A. (2002). Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *103*(1), 26–29. https://doi.org/10.1016/s0301-2115(02)00022-2

Racine, N., Plamondon, A., & Madigan, S. (2018). Maternal adverse childhood experiences and infant development. *Pediatrics, 141*(4), e20172495. https://doi.org/10.1542/peds.2017-2495

Rahman, A., Surkan, P. J., Cayetano, C. E., Rwagatare, P., & Dickson, K. E. (2013). Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. PLoS medicine, 10(5), e1001442. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001442

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.org/10.1016/j.midw.2009.06.005

Reid, K. M., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social science research*, *54*, 246–262. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009

Reynolds J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, *156*(6), 831–835.

Riem, M.M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Cima, M. et al. (2023). Grandparental Support and Maternal Postpartum Mental Health. Hum Nat 34, 25–45 https://doi.org/10.1007/s12110-023-09440-8

Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio. Raffaello Cortina Editore.

Robinson, E. L., StGeorge, J., & Freeman, E. E. (2021). A Systematic Review of Father-Child Play Interactions and the Impacts on Child Development. *Children (Basel, Switzerland)*, *8*(5), 389. https://doi.org/10.3390/children8050389

Robson, K., & Pevalin, D. J. (2007). Gender differences in the predictors and socio-economic outcomes of young parenthood in Great Britain. *Research in Social Stratification and Mobility*, 25, 205–218. **https://doi.org/10.1016/j.rssm.2007.08.002**

Rogal, S. S., Poschman, K., Belanger, K., Howell, H. B., Smith, M. V., Medina, J., & Yonkers, K. A. (2007). Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of affective disorders*, *102*(1-3), 137–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.003

Roseingrave, R., Murphy, M., & O'Donoghue, K. (2022). Pregnancy after stillbirth: Maternal and neonatal outcomes and health service utilization. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 4(1), 100486. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100486

Rousseau, S., Feldman, T., Shlomi Polachek, I., Frenkel, T.I., 2023. Persistent symptomsof maternal post-traumatic stress following childbirth across the first monthspostpartum: associations with perturbations in maternal behavior and infantavoidance of social gaze toward mother. Infancy 28 (5), 882–909. https://doi.org/10.1111/infa.12553

Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement,* *23*(3), 300–317. https://doi.org/10.1037/h0079019

Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child development*, *73*(2), 483–495. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00419

Sadruddin, A. F. A., Ponguta, L. A., Zonderman, A. L., Wiley, K. S., Grimshaw, A., & Panter-Brick, C. (2019). How do grandparents influence child health and development? A systematic review. *Social science & medicine (1982)*, *239*, 112476. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112476

Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European child & adolescent psychiatry*, *31*(10), 1489–1499. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2

Salerno, A. (2015). Violenza domestica e gravidanza. Conseguenze della violenza del partner intimo nelle fasi prenatali e neonatali. *Maltrattamento e abuso all'infanzia, 17*(2), 37-54.

Salovey, P., & Sluyter, D. J. (1997). Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications. Basic Books.

Sameroff A. (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, *81*(1), 6–22. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), The transactional model of development: How children and contexts shape each other (pp. 3–21). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11877-001

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 135–159). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.009

Sameroff, A. J., Emde, R. N., & Anders, T. F. (Thomas F.). (1989). Relationship disturbances in early childhood : a developmental approach. Basic Books.

Sanchez, C. E., Barry, C., Sabhlok, A., Russell, K., Majors, A., Kollins, S. H., & Fuemmeler, B. F. (2018). Maternal pre-pregnancy obesity and child neurodevelopmental outcomes: a meta-analysis. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *19*(4), 464–484. https://doi.org/10.1111/obr.12643

Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and its impact on mental and physical health. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), Social support: An interactional view (pp. 9-25). Wiley.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatrica, 97(2), 153–158. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x

Schechter, D. S., Willheim, E., Hinojosa, C., Scholfield-Kleinman, K., Turner, J. B., McCaw, J., Zeanah, C. H., & Myers, M. M. (2010). Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*, *73*(2), 130–144. https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.2.130

Scheeringa, M.S., & Zeanah, C.H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. Journal of Traumatic Stress, 14, 799–815.

Schilling EA, Aseltine RH, Gore S (2008) The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models, and interpretations. Soc Sci Med 66(5):1140–1151. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.023

Schore, A. N. (1994). Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9781410604163

Scott, SA, Hakim-Larson, J. (2021) Temperament, Emotion Regulation, and Emotion-Related Parenting: Maternal Emotion Socialization during Early Childhood. *J Child Fam Stud* **30** , 2353–2366). https://doi.org/10.1007/s10826-021-02016-z

Scott-Storey, K. (2011). Cumulative Abuse: Do Things Add Up? An Evaluation of the Conceptualization, Operationalization, and Methodological Approaches in the Study of the Phenomenon of Cumulative Abuse. Trauma, Violence, & Abuse, 12(3), 135-150. https://doi.org/10.1177/1524838011404253

Seng, J. S., Low, L. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., & Liberzon, I. (2011). Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 118(11), 1329–1339. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03071.x

Seng, J. S., Low, L. K., Ben-Ami, D., & Liberzon, I. (2005). Cortisol level and perinatal outcome in pregnant women with posttraumatic stress disorder: A pilot study. Journal of Midwifery & Women's Health, 50(5), 392–398. doi:10.1016/j.jmwh.2005.04.024

Shlomi Polachek, I., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of women's mental health*, *19*(3), 483–490. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232–e246. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social indicators research*, *117*(2), 561–576. https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. Guilford Press.

Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. Child Development, 74(6), 1869-1880. https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x

Simonelli, A. (2014). La funzione genitoriale - Sviluppo e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina Editore

Slade A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & human development*, *7*(3), 269–281. https://doi.org/10.1080/14616730500245906

Slagt, M., Dubas, J. S., Deković, M., & van Aken, M. A. (2016). Differences in sensitivity to parenting depending on child temperament: A meta-analysis. Psychological bulletin, 142(10), 1068–1110. https://doi.org/10.1037/bul0000061

Smith, A. L., Cross, D., Winkler, J., Jovanovic, T., & Bradley, B. (2014). Emotional dysregulation and negative affect mediate the relationship between maternal history of childhood maltreatment and maternal child abuse potential. *Journal of Family Violence, 29*(5), 483–494. https://doi.org/10.1007/s10896-014-9606-5

Smith, M. V., Poschman, K., Cavaleri, M. A., Howell, H. B., & Yonkers, K. A. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder in a community sample of low-income pregnant women. The American Journal of Psychiatry, 163(5), 881–884. doi:10.1176/appi.ajp.163.5.881

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *30*(1), 36–46. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x

Soldati, E., Schonewille, N. N., de Ruijter, M. C., Postma, I. R., van Pampus, M. G., & Broekman, B. F. P. (2025). Adverse childhood experiences and the impact on pregnancy intention: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 46*(1), 2463981. https://doi.org/10.1080/0167482X.2025.2463981

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* Guilford Publications.

Stack, D. M., Serbin, L. A., Girouard, N., Enns, L. N., Bentley, V. M., Ledingham, J. E., & Schwartzman, A. E. (2012). The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. Development and psychopathology, 24(1), 93–105. https://doi.org/10.1017/S095457941100068X

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. The Lancet, 384(9956), 180031819. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0

Stern, D. (1985). Il mondo interpersonale del bambino, Trad. It. Boringhieri, 1992

Stern, D. (1995). La costellazione materna. Torino: Bollati Borlinghieri.

Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1998). Nascita di una madre. Come l'esperienza di una maternità cambia una donna. Mondadori.

Su, S., Jimenez, J. D., Roberts, C. T., & Loucks, E. B. (2015). The role of adverse childhood experiences in cardiovascular disease risk: A review with an emphasis on

plausible mechanisms. *Current Cardiovascular Risk Reports, 17*(10), 88. https://doi.org/10.1007/s11886-015-0645-1

Swopes, R. M., Simonet, D. V., Jaffe, A. E., Tett, R. P., & Davis, J. L. (2013). Adverse childhood experiences, posttraumatic stress disorder symptoms, and emotional intelligence in partner aggression. *Violence and victims*, *28*(3), 513–530. https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00026

Tao, S., Yi Hung Lau, E., Li, JB. et al. Short-Term Transactional Relation Between Parenting Behavior and Preschoolers' Aggression: Disentangling the Between-Person and Within-Person Effects. J Fam Viol (2024). https://doi.org/10.1007/s10896-024-00702-2

Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., Slater, P. F., Shapiro, E., & Klaus, P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *16*(11), e0258170. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170

Tearne, J. E., Robinson, M., Jacoby, P., Allen, K. L., Cunningham, N. K., Li, J., & McLean, N. J. (2016). Older maternal age is associated with depression, anxiety, and stress symptoms in young adult female offspring. *Journal of Abnormal Psychology*, **125**, 1–10. **https://doi.org/10.1037/abn0000119**

Temcheff, C. E., Serbin, L. A., Martin-Storey, A., Stack, D. M., Ledingham, J., & Schwartzman, A. E. (2011). Predicting adult physical health outcomes from childhood aggression, social withdrawal and likeability: a 30-year prospective, longitudinal study. *International journal of behavioral medicine*, *18*(1), 5–12. https://doi.org/10.1007/s12529-010-9082-0

The NICHD Early Child Care Research Network. (1998). Early child care and self-control, compliance, and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. Child Development, 69(4), 1145-1170

Thoits, P. A. (1995). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. Social Psychology Quarterly, 58(1), 29-45.

Thomason, M. E., & Marusak, H. A. (2017). Revisiting the understanding of the impact of trauma on the developing human brain. *Neuroscience, 342*, 55–67. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.02.022

Thompson, R. A. (1994). Emotional regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3), 25-52

Thomson, K., Moffat, M., Arisa, O., Jesurasa, A., Richmond, C., Odeniyi, A., Bambra, C., Rankin, J., Brown, H., Bishop, J., Wing, S., McNaughton, A., & Heslehurst, N. (2021). Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 11*(3), e042753. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042753

Thurston, C., Murray, A.L., Franchino-Olsen, H. et al. (2023) Prospective longitudinal associations between adverse childhood experiences and adult mental health outcomes: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* **12**, 181 https://doi.org/10.1186/s13643-023-02330-1

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*, *132*(6), 959–992. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959

Tronick, E. (2008). The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. W.W. Norton & Company.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. American Psychologist, 44(2), 112–119. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112

Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17(1), 1-13. https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)62273-1

Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D., & Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *178*, 556–560. https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556

Vahidi, F., Mirghafourvand, M., Naseri, E. *et al.* (2023). Birth-related posttraumatic stress disorder and negative childbirth experience related to maternal functioning among adolescent mothers: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* **23**, 371 https://doi.org/10.1186/s12884-023-05717-z

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.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003

Van Den Bosch, L. M., Verheul, R., Langeland, W., & Van Den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *37*(5), 549–555. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01199.x

van Ee, E., Kleber, R. J., Jongmans, M. J., Mooren, T. T., & Out, D. (2016). Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attachment & human development*, *18*(3), 273–291. https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1148748

Venuti, P., & Giusti, Z. (1996). Madri e padri nei primi tre anni di vita del bambino: differenze nelle modalità interattive e comunicative. Età Evolutiva, 55, 3–16.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., et al. (2012) PTSD Following Childbirth: A Prospective Study of Incidence and Risk Factors

in Canadian Women. Journal of Psychosomatic Research, 73, 257-263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Vesel, J., & Nickasch, B. (2015). An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. Nursing for women's health, 19(6), 504–525. https://doi.org/10.1111/1751-486X.12234

Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A., & Connelly, C. D. (2017). Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, *26*(23-24), 3859–3868. https://doi.org/10.1111/jocn.13800

Vismara, L. (2017). Difficoltà nella formazione del legame mamma-bambino in presenza di sintomi di iperattivazione materna.

Von Bertalanffy, L. (1968). General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller.

von Hinke, S., Rice, N., & Tominey, E. (2022). Mental health around pregnancy and child development from early childhood to adolescence. Labour Economics, 78 , 10https ://doi.org//10/J.labeco .2022.102245

Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press.

Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, *85*, 101998. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998

Weathers, FW, Litz, BT, Keane, TM, Palmieri, PA, Marx, BP, & Schnurr, PP (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scala disponibile presso il National Center for PTSD su www.ptsd.va.gov .

Weinraub, M., & Wolf, B. M. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two-parent families. Child development, 54(5), 1297–1311. https://doi.org/10.2307/1129683

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of the events scale—revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD (pp. 399–411). The Guilford Press.

Wills, T., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, 86-135. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0004

Witt, W. P., Cheng, E. R., Wisk, L. E., Litzelman, K., Chatterjee, D., Mandell, K., & Wakeel, F. (2014). Maternal stressful life events prior to conception and the impact on infant birth weight in the United States. *American Journal of Public Health, 104*(Suppl 1), S81–S89. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301544

Wolke, D., Skew, A. (2012). Family Factors, Bullying Victimisation & Wellbeing in Adolescents. Longitudinal and Life Course Studies, 3(1), pp. 101-119 https://doi.org/10.14301/llcs.v3i1.165

Xu, K., Sun, W., Yang, S. et al. (2024) The impact of COVID-19 infections on pregnancy outcomes in women. *BMC Pregnancy Childbirth* 24, 562. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06767-7

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 208, 6343645. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Yonkers, K. A., Smith, M. V., Forray, A., Epperson, C. N., Costello, D., Lin, H., & Belanger, K. (2014). Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA psychiatry*, *71*(8), 897–904. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.558

Zhou, Y., Yin, S., Sheng, Q., Yang, J., Liu, J., Li, H., Yuan, P., & Zhao, Y. (2023). Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort study in China. *Journal of global health*, *13*, 04161. https://doi.org/10.7189/jogh.13.04161