



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

Depressione postpartum materna e sviluppo socio-emotivo del bambino: uno studio longitudinale

*Maternal postpartum depression and socioemotional development
child: a longitudinal study*

Relatrice:

Prof.ssa Chiara Sacchi

Correlatrice:

Prof.ssa Alessandra Simonelli

Laureanda: Giulia Mattiolo

Matricola: 2082089

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. DEPRESSIONE POST PARTUM	7
1.1 Definizione e sintomi	7
1.1 Criteri Diagnostici	15
1.2.1 DSM-5-TR (Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali Quinta edizione Text Revision)	16
1.3 Fattori di rischio e di protezione	19
1.4 Strumenti di valutazione	24
CAPITOLO 2. LO SVILUPPO DEL BAMBINO	30
2.1 Lo sviluppo socio-emotivo	30
2.1.1 Lo sviluppo sociale.....	30
2.1.1.1 Lo sviluppo delle competenze sociali.....	31
2.1.1.2 La prospettiva dell’embodied cognition	35
2.1.2 Lo sviluppo emotivo.....	37
2.1.2.1 Che cosa sono le emozioni	37
2.1.2.2 Lo sviluppo delle competenze emotive	40
2.2 Strumenti per la valutazione	44
2.2.1 Misure utilizzate nel bambino	44
2.2.2 Misure utilizzate nell’adulto.....	46
2.3 Effetti della depressione materna sullo sviluppo del bambino	48
2.3.2 I disturbi del comportamento del bambino	53
2.3.3 L’interazione madre-bambino	56
CAPITOLO 3. LA RICERCA	60
3.1 Presentazione dello studio longitudinale	60
3.2 Scopo e ipotesi	61
3.3 Metodo	63
3.3.1 Partecipanti e procedure	63
3.3.2 Misure.....	65
3.3.3 Piano di analisi	69
CAPITOLO 4. RISULTATI DELLA RICERCA	71
4.1 Analisi statistiche	71
4.1.1 Caratteristiche del campione	71

4.1.2	Caratteristiche psicometriche delle variabili	73
4.2	Verifica delle ipotesi	74
4.2.1	Analisi relative alla prima ipotesi.....	74
4.2.2	Analisi relative alla seconda ipotesi	76
4.2.3	Analisi relative alla terza ipotesi	76
4.2.4	Analisi relative alla quarta ipotesi	78
CAPITOLO 5.	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	81
5.1.	DISCUSSIONE DEI RISULTATI	81
5.2	PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA	88
5.3	CONCLUSIONI E FUTURE RICERCHE.....	90
BIBLIOGRAFIA		94

INTRODUZIONE

La presente tesi si colloca all'interno del corpus di ricerche che hanno lo scopo di indagare la natura transazionale dello sviluppo del bambino in ottica longitudinale prendendo in considerazione la qualità dell'interazione madre-bambino aspetto, quest'ultimo, che si inserisce come un processo chiave nella traiettoria evolutiva del figlio o della figlia ripercuotendosi nel suo sviluppo socio-emotivo-comportamentale.

In modo particolare, nell'indagine presentata, si è osservato e valutato, come fattore che può condurre ad alterazioni atipiche nel percorso evolutivo del bambino o della bambina, la depressione materna postpartum; dopo il parto il neonato è immerso in un ambiente dal quale è influenzato e che influenza, dove l'adulto svolge un ruolo essenziale nella sua vita, non solo assicura a lui sicurezza e protezione ma, d'altro lato, favorisce l'ingresso del bambino nel mondo sociale. La figura materna, in modo particolare, costituisce, nei primi momenti della vita del neonato, gran parte delle sue interazioni mediando la loro esperienza con il mondo esterno, si configura come promotrice di abilità di regolazione emotiva, aspetto di fondamentale importanza nello sviluppo comportamentale del bambino, al fine di progredire verso il benessere psicologico e il funzionamento adattivo. È conoscenza comune il fatto che il periodo successivo alla nascita costituisca un momento delicato per la donna, grandi cambiamenti avvengono a livello biologico, fisiologico e coniugale, modificazioni a livello fisico e corporeo, un periodo delicato dove il supporto sociale, reale e percepito, costituisce un notevole fattore di protezione verso l'emergere di episodi depressivi e la loro relativa durata.

La sintomatologia materna può fungere da fattore di rischio verso il presentarsi di difficoltà socioaffettive nel figlio date da improvvise interruzioni, disarmonia affettiva e minore considerazione verso quest'ultimo.

La presente tesi si propone di indagare la relazione tra depressione materna, misurata nel postpartum, e la qualità della relazione madre-bambino a 18 mesi dopo la nascita, esplorando gli esiti sullo sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino e della bambina a 18 e 36 mesi postnatale.

In modo particolare, nel primo capitolo è stato esplorato il tema della salute materna, focalizzandosi sulla depressione della madre nel periodo successivo alla nascita del figlio, riportando l'eziologia di tale sintomatologia e i possibili fattori di rischio e protezione che possono entrare in gioco, sia nell'emergere dell'episodio depressivo, sia nel suo

progredire o arrestarsi, sottolineando come le sue implicazioni abbiano conseguenze nell'instaurarsi di una sana relazione con il proprio bambino o con la propria bambina; vengono inoltre riportati gli strumenti di valutazioni più frequentemente utilizzati in letteratura al fine della sua corretta osservazione dal punto di vista clinico e di screening. Nel secondo capitolo è stata esposta una panoramica generale relativa alle tipiche tappe dello sviluppo dal punto di vista emotivo e sociale; vengono presi in esame, oltre all'emergere, a livello longitudinale, delle competenze sociali, la prospettiva dell'embodied cognition, che prevede il delinearsi dei processi mentali dall'interazione di un individuo con il suo ambiente, le emozioni, quali catena di eventi che finiscono per creare un'interazione tra l'organismo e lo stimolo promotore, e riportate le misure utilizzate, al fine della loro valutazione, nel bambino e nell'adulto.

In seguito, sono stati approfonditi gli effetti della depressione materna sullo sviluppo del bambino, dal punto di vista emotivo-sociale-comportamentale e nell'interazione tra madre e figlio.

Dal terzo capitolo è stata descritta l'indagine effettuata, partita da uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS), dell'Università degli Studi di Padova, vengono specificati gli obiettivi che ci si è preposti di raggiungere, le ipotesi iniziali ed il metodo utilizzato.

Successivamente, nel quarto capitolo, sono stati riportati i risultati ottenuti nella ricerca descrivendo il campione utilizzato in base alle caratteristiche sociodemografiche, clinico-ostetriche e perinatali oltre ad analizzare le caratteristiche psicometriche delle variabili.

Tali risultati sono stati discussi all'interno del quinto capitolo dove sono presenti riflessioni relative ai punti di forza ed ai limiti della ricerca, con le conclusioni finali si vuole aprire a considerazioni per possibili futuri studi auspicando una migliore conoscenza della materia oggetto di studio e delle relative sfaccettature presenti al suo interno.

CAPITOLO 1. DEPRESSIONE POST PARTUM

1.1 Definizione e sintomi

La depressione post partum (PPD) è un episodio depressivo maggiore che si verifica tipicamente dopo il parto ma può iniziare anche in fasi successive (FDA, 2023), un disturbo dell'umore paralizzante e storicamente trascurato, diagnosticato e riconosciuto per la prima volta solo nel 1960 (Fossey et al. 1997); a causa della sua alta incidenza viene indicato come un problema di sanità pubblica che porta a conseguenze sul benessere della donna, sulla qualità della relazione madre-bambino (Wisner et al. 2006) e sullo sviluppo stesso di quest'ultimo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2024) sottolinea come i disturbi mentali, in particolare la depressione, colpiscano circa il 10% delle donne in gravidanza e il 13% di coloro che hanno appena partorito, percentuale che risulta ancora più elevata nei paesi in via di sviluppo: la prevalenza, rispetto ai paesi industrializzati, rilevata con EPDS, varia dal 12,9% al 50,7% a quattro settimane dal parto, dal 4,9% al 50,8% dalla quarta settimana all'ottava settimana, dal 8,2% al 38,2% a 6 mesi e dal 21,0% al 33,2% a 12 mesi dal parto (Norhayati et al., 2015).

La DPP (depressione postpartum) si colloca quale prima causa di psicopatologia per le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni (Cicchiello, 2017), inoltre, aspetto importante da considerare, riguarda il fatto che può verificarsi indipendentemente dall'ordine di crescita del bambino: una madre che non ne ha sofferto alla nascita del primo figlio non risulta immune e non è detto che non possa soffrirne in maternità successive (Leveni et al., 2009)

Tiffany R.Farchione, MD, direttrice della Divisione di Psichiatria del Centro per la Valutazione e la Ricerca sui Farmaci della FDA afferma come: *“La depressione post-partum è una condizione grave e potenzialmente pericolosa per la vita in cui le donne provano tristezza, senso di colpa, inutilità e, nei casi più gravi, pensieri di fare del male a se stesse o al proprio bambino. E, poiché la depressione post-partum può interrompere il legame madre-bambino, può anche avere conseguenze sullo sviluppo fisico ed emotivo del bambino”*; le sue manifestazioni interferiscono con la capacità della donna di prendersi cura del neonato e di sé stesse, impendendo la creazione di un legame affettivo, conseguenza, quest'ultimo, di gravi problemi emotivi, sociali e cognitivi nel bambino. In

linea generale la depressione è una malattia debilitante, associata a forte disagio e a un'alterata qualità della vita (Judd et al., 1998), caratterizzata da una perdita generale di energia con conseguente diminuzione di gesti spontanei e ridotta, se non assenza, di mimica facciale, mancanza del normale gioco di movimenti compiuti dagli occhi, dalla bocca, dalla fronte, riassunte nel termine di “ridotte espressioni facciali” che, nella depressione post-partum, si possono tradurre in difficoltà nell'interazione con il proprio bambino (Lowen 1972).

L'epidemiologia della depressione nella popolazione generale oscilla tra il 7% e il 13% (Weissman et al., 1996) dove le donne presentano una frequenza doppia rispetto agli uomini (Kessler et al., 1994; Weissman e Olfson, 1995); nell'esperienza di queste ultime tale sintomatologia coincide con gli anni dell'arrivo dei figli dove l'incidenza di nuovi casi, nei primi mesi successivi al parto, è tripla rispetto ad altri momenti di vita della donna (Ross e Dennis, 2009), in particolare, autori evidenziano una prevalenza del 19,2% di episodi depressivi nei 3 mesi successivi alla nascita del figlio, con esordio collocato nel primo post partum (Gavin et al., 2005).

La depressione post partum si distingue, dalle più classiche forme di depressione, per il periodo di insorgenza e per le componenti di base sul piano ormonale e psicoemotivo, tale disturbo risulta essere tra le più comuni cause di complicanze durante la gravidanza ed il puerperio (Wisner et al. 2002) considerando questi come periodi di maggior rischio per le donne; la fragilità, la sofferenza emotiva, il disagio psicologico della donna possono essere sollecitati dalle modificazioni ormonali, conseguenza dei cambiamenti biologici legati alla nascita del figlio (Chrousos, Torpy e Gold, 1998).

La definizione è di “*disturbo depressivo maggiore con esordio nel peripartum*” (DSM-5-TR, *American Psychological Association*), episodio depressivo che si può manifestare in gravidanza o entro 4 settimane dal parto, anche se molti studi concordano nell'ampliare tale range definendola come una condizione clinica che si può manifestare a partire dalla gravidanza e fino ai 12 mesi successivi alla nascita (Gavin et al., 2005); all'interno del DSM-5-TR viene riconosciuta la possibilità di insorgenza pre-natale omettendo, però, di distinguere tra esordio “pre-parto” e insorgenza “post-partum”, riunendo tali profili nello specificatore di insorgenza “*con esordio nel peripartum*”, di conseguenza non si sono riscontrate differenze in termini di eziologia, profili clinici e diversi tipi di trattamento.

Il limite di diagnosi a 4 settimane dopo il parto risulta essere escludente per i molti episodi associati al parto che si manifestano successivamente (Sharma e Mazmanian, 2014); in merito a questo il Ministero della Salute (2024) riporta, a fronte di diversi studi epidemiologici, come la depressione post partum, oltre a colpire dal 7% al 12% delle neomamme con livelli diversi di gravità, esordisce tra la 6° e la 12° settimana dopo la nascita del figlio, a dimostrazione del fatto che il superamento della fase iniziale non elimini il possibile rischio portando l'emergere di ulteriori aspetti quali: l'incapacità di prendersi cura del figlio, la paura ed insicurezza nel nuocere al neonato, l'interferenza con le abilità della donna di instaurare uno scambio emotivo e comportamentale con il suo bambino, il crearsi di un legame d'attaccamento. Al fine di prevenire conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Ministero della Salute, 2024) è importante che le neomamme vengano monitorate senza che la donna venga dimessa nella terza giornata e da quel momento diventi "terra di nessuno", alla luce del fatto che il primo controllo è dopo 40 giorni (Mencacci, Anniverno, 2008).

La sua identificazione può non essere immediata dal momento che non sempre si manifesta con inquadrabili categorizzazioni diagnostiche tipiche di un disturbo dell'umore, l'umore deflesso non è necessariamente il primo e principale sintomo manifestato. La DPP, in alcuni casi, si presenta come una malattia subdola con ansia, labilità emotiva, disturbi del sonno con insonnia o ipersonnia, perdita di peso, mal di testa e mialgie, tristezza estrema, pianto incontrollabile, sbalzi d'umore, faticabilità ed estrema stanchezza, irritabilità, bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali con sensazione di non essere in grado di provvedere alle cure del bambino, preoccupazioni eccessive o disinteresse verso il bambino con paura di arrecare a lui danno, senso di colpa e vergogna per l'esperienza depressiva che si sta vivendo; questo porta al sentirsi una madre inadeguata, aspetto supportato anche dallo stigma sociale: l'evento nel quale si presenta la sintomatologia depressiva è riconosciuto ed identificato dalla società come positivo, fonte di benessere e gioia (Aceti et al., 2012).

Le donne partorienti depresse vivono all'interno di una condizione emotiva, quella depressiva, antitetica rispetto alla visione della gravidanza in sé (Bennett et al., 2007), un "viaggio nella disperazione", così definito, dove queste sensazioni e sintomi sono accompagnati "*da pensieri vissuti come incomprensibili e invadenti*" portando a forme di

ritiro sociale, bassa autostima, il non sentirti all'altezza e il poco valore che si sente di avere in quanto donne-madri (Grusso & Bramante, 2016).

Le madri depresse, molto spesso, faticano a riconoscere tali vissuti fino a negarli per non ammettere il suo stato di sofferenza, a fronte anche di un contesto culturale che idealizza tale momento appoggiando un immaginario popolare che lo definisce come idilliaco, un senso di realizzazione, di felicità perfetta; non viene accettata la presenza di elementi che possano smentirlo (Amato, 2021), sviluppando, in questo modo, il "*paradosso della madre depressa*": termine coniato da Guedeney (1989) che sottolinea la mancanza del diritto della neo-mamma di sentirsi e/o provare tristezza e infelicità, avendo una rappresentazione di loro stesse come cattive madri (Guedeney, 1993) e domandandosi, di conseguenza, "*perché sto così male adesso che ho questo bellissimo bambino?*" (Milgrom et al., 2003).

Molte donne dopo il parto possono vivere un conflitto tra quelle che sono le aspettative del tipo di maternità ideale e quella concreta che si sta manifestando, così come tra il tipo di madre che loro sentono di essere e quello che vorrebbero essere, questo può portare a forti sensazioni di malessere dato dall'insoddisfazione su come la loro attuale esperienza si sta concretizzando: "*una sorta di impegno silente orientato al voler raggiungere un profilo ideale di maternità così nascondendo i propri reali bisogni e sentimenti*" (Mauthner, 1999); una discrepanza tra ideale e reale che coinvolge vari aspetti della maternità, dal parto alla quotidianità con il proprio bambino, con la propria famiglia e la comunità sociale in senso più allargato (Berggren-Clive, 1998).

In relazione a questo vissuto molte donne possono sviluppare la cosiddetta "*spirale verso il basso*" della DPP dove i sintomi tendono ad aggravarsi manifestando emozioni negative, pensieri ossessivi e riflettendo, nei casi più gravi, sul fare del male a loro stesse o al loro bambino. (Grusso & Bramante, 2016).

La depressione postpartum può assumere diverse forme con relative manifestazioni: il tipo *melanconico* si configura con una madre incapace nel mettere in atto comportamenti riparativi nei confronti del figlio, pervasa da un generale senso di inadeguatezza e di colpa, d'altro lato, il senso di vuoto è tipico della *depressione analitica e disforica* con sentimenti di rabbia verso il figlio, infine, la *depressione minore del post-partum* presenta sentimenti di inadeguatezza verso il proprio ruolo di madre associato a determinate condizioni ambientali (Amato, 2021).

Le manifestazioni differenti riguardano anche le diverse gravità del quadro clinico, consideriamo quindi il “Baby Blues”, termine coniato dal pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott (1896-1971), tradotto letteralmente come “bambino triste”, identificando sintomi lievi di depressione che la donna vive nei primi giorni dopo il parto, un’instabilità emotiva delle puerpere riscontrabile nel 70-80% (Ministero della Salute, 2024) che, non trattandosi di uno stato patologico, non necessita di un intervento terapeutico e tende a rientrare spontaneamente in circa due settimane; viene definita come una risposta para-fisiologica all’esperienza stressante del parto, legata alle frequenti variazioni ormonali tra cui la diminuzione del progesterone, degli estrogeni, degli ormoni tiroidei, della corticotropina (CRH) e del cortisolo (Baker et al. 2002; O’Keane 2011).

Al contrario il 10-15% (Ministero della Salute, 2024) delle donne sperimenta un vero e proprio stato depressivo che, se non trattato, può manifestare i suoi sintomi dopo 6 mesi, nel 50% dei casi, e dopo 1 anno, nel 25%; situazioni più estreme si riscontrano nella psicosi post partum, quale condizione che colpisce una donna su mille, caratterizzata da sintomi specifici come la perdita di contatto con la realtà (Leveni et al., 2009).

La mancata presenza di un trattamento può portare alla sua spontanea risoluzione, come nel caso del baby blues, o alla depressione cronica, dove la psicosi post-partum può aumentare, nei casi estremi, il rischio di suicidio e infanticidio, con un rischio di recidiva di 1 su 3-4 (Moldenhauer, 2022); in presenza di diverse manifestazioni la depressione post-partum è stata paragonata, da alcuni autori, ad un “camaleonte” (Beck, 2002) a fronte della sua caratteristica di presentarsi in diverse forme a seconda del particolare momento, esperienza e vissuto relativo alla donna colpita.

Lo stigma sociale legato all’umore basso ed ai pensieri negativi porta una certa reticenza verso il chiedere aiuto, sottostimando, anche sintomi più pericolosi, che, dal canto loro, si configurano come una delle principali cause di morte diretta nel periodo perinatale (The Lancet, 2023); molte donne spesso si interrogano e arrivano a pensare: “*agli altri interessa solo il bambino, non come mi sento io*”, portandole, in forma estrema, a supporre: “*a volte penso che tutti starebbero molto meglio se io non ci fossi più*” (Milgrom et al., 2003).

Un ulteriore aspetto di allarme è costituito dall’intenzionalità autolesiva che si osserva in alcune di queste pazienti: uno studio del 2001 riporta come il 5,4% di un campione di donne presentava, una settimana dopo il parto, idee di suicidio, riscontrata con

l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Evans et al. 2001), aspetto confermato anche da uno studio del 2005 che evidenziava il suicidio come la seconda causa di morte fra le madri depresse nei 12 mesi successivi al parto (Lindahl et al. 2005); le problematiche in maternità si riscontrano anche nella presenza di maggiori pensieri ossessivi di tipo aggressivo verso il bambino, più elevati rispetto ai casi di depressione classica (Wisner et al. 2002).

La prevalenza dell'idea suicidaria è aumentata notevolmente, dallo 0,1%, per 100 individui nel 2006, allo 0,5% nel 2017; in aumento anche l'autolesionismo intenzionale, dallo 0,1%, sempre per 100 individui, del 2006, allo 0,2% del 2017 (Ross et al. 2021).

In termini normativi Winnicott definiva lo stato emotivo della madre, durante e dopo la gravidanza, "follia normale", la preoccupazione materna primaria che si manifestava in uno "*stato psichico molto particolare che si sviluppa gradualmente per raggiungere un grado di sensibilità maggiore durante la gravidanza e specialmente alla fine, che perdura per alcune settimane dopo la nascita del bambino*" (Winnicott, 1956), di fronte alla DPP, però, l'aspetto ossessivo si estremizza e si manifesta con eccessive preoccupazioni verso il neonato per alimentazione e salute; questi aspetti si spiegano quale possibile conseguenza di un ideale bisogno di perfezione che non si concretizza in una esperienza affettiva continua con il proprio bambino (Amato, 2021).

Dati del 2008 sottolineano come la depressione sia un fenomeno sottodiagnosticato in quanto solo il 49% delle donne, che presentano sintomi depressivi in gravidanza, chiedono un aiuto e di conseguenza un intervento medico, questo dimostra come, nonostante sia una patologia frequente, con una prevalenza seconda solo ai disturbi cardiocircolatori, fino al 50% dei casi rimangono sconosciuti; in virtù di questo, la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), ha dato il via ad una importante campagna di sensibilizzazione: "*Non lasciamole sole. Una rete di tutela dalla depressione post partum*", il bisogno di sentire di non "essere le uniche" (Bennett et al., 2007) favorendo, in questo modo, una conoscenza maggiore della possibile sintomatologia perinatale e, di conseguenza, diminuendo la vergogna e il senso di inadeguatezza che accompagna i sentimenti di queste donne (Grussu & Bramante, 2016).

Identificando la depressione perinatale come una tra le più comuni patologie della gravidanza e del postnatale, ha portato, da parte della Food and Drug Administration (FDA), l'approvazione, il 4 Agosto 2023, dello zuranolone, primo farmaco orale indicato

per il trattamento della depressione post-partum, una pillola che va assunta per 14 giorni e che è in grado di alleviare i sintomi dopo 3; fino a quel momento il trattamento per la DPP riguardava solo la possibilità di iniezione endovenosa somministrata da parte di operatori sanitari in strutture adibite. In merito a tale decisione è bene tenere sempre in considerazione come l'utilizzo di farmaci sia solo uno degli aspetti per affrontare tale sintomatologia, i farmaci non sono raccomandati come trattamento di prima linea a livello generale, strategie migliori riguardano i fattori psicosociali associati all'emergere di tale sintomatologia e la possibilità di proporre, da parte di specialisti, la modalità terapeutica maggiormente adeguata alla forma depressiva manifestata dalla persona, tenendo in considerazione come il contesto sociale locale ma anche la presenza di problemi logistici, quali disponibilità di servizi, costi di presa in carico, presenza di mezzi di trasporto per poter raggiungere il luogo di cura e la mancanza di tempo da parte della donna per i compiti di cura richiesti dal bambino e il suo possibile ritorno nell'ambiente lavorativo, giochino un ruolo fondamentale da non sottovalutare (O'Hara, 2009; Grussu & Bramante, 2016).

In linea con tale aspetto è bene considerare come lo Stato Italiano vede la presenza di leggi che garantiscano il diritto alla salute, l'articolo 32 della costituzione italiana recita: *“La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...”*; il Servizio Sanitario Nazionale con la Legge 833 del 1978 prevede la tutela della salute mentale, della maternità e dell'infanzia al fine di ridurre i fattori di rischio connessi con la gravidanza e il parto, non di minore importanza la Legge 229 del 1999 che pone in luce la necessità dell'integrazione della dimensione sanitaria con quella sociale e dei percorsi assistenziali collegati (Amato, 2021)

Dati epidemiologici riportano una stima globale di DPP (depressione postpartum) che oscilla tra il 13% e il 30%, generalmente più comune nei paesi con medio e basso reddito rispetto a quelli con alto, si è riscontrata una prevalenza del 22% nel Regno Unito, a fronte dell'11% in Nuova Zelanda, del 39% in Sud Africa e del 12% in Tanzania; tali dati eterogenei rispecchiano anche una variabilità negli strumenti utilizzati, dal momento che termini come postnatale, postpartum e perinatale sono spesso usati in modo intercambiabile (The Lancet, 2023).

Un percorso di vita sereno prevede che eventi neutri e spiacevoli siano in equilibrio con attività che ci procurano gioia e serenità, sulla base di questo la depressione è rappresentata da un indice d'interruzione di questo equilibrio, segnale di un suo sbilanciamento verso il polo negativo e discapito di quello positivo; alcune donne descrivono la loro depressione come la sensazione di essere all'interno di un buco nero, di una *spirale depressiva* (Milgrom et al., 2003): immagine usata per descrivere la sensazione della donna che, prendendo parte a poche interazioni con esito positivo, si sentirà sempre più depressa, creando un circolo vizioso per il quale diventa sempre meno attiva socialmente aumentando così il suo malessere.

Si può quindi affermare come la depressione postpartum sia più debilitante rispetto alla depressione che può colpire le donne in altri periodi della vita, donne che hanno sofferto di DPP (depressione postpartum) hanno il doppio della probabilità di sperimentare depressione nei cinque anni successivi rispetto a donne con episodi di depressione ad altra insorgenza (Cooper e Murray, 1995); da uno studio emerge come il 50% delle donne con DPP presenta i sintomi a distanza di 24 mesi dopo la nascita del bambino (Milgrom e McCloud, 1995), al contrario, nei casi di depressione con altra insorgenza, la maggior parte dei casi presenta una completa remissione dei sintomi (APA, 1994).

Nello spiegare l'insorgere di aspetti depressivi si possono considerare alcuni modelli teorici, tra questi troviamo: le teorie sullo stress e sul coping, teorie cognitivo-comportamentali sulla depressione, un modello biopsicosociale sulla depressione postpartum. (Milgrom et al., 2003)

Le teorie sullo stress e sul coping vedono i fattori di vulnerabilità interagire con eventi stressanti portando all'insorgenza di depressione, quest'ultima risulta anche influenzata dallo stile di coping della donna; le "problematicità" vengono vissute in modo diverso e soggettivo, si è notato come lo stile cognitivo e le proprie credenze, riguardo l'essere genitore più o meno capace, fungano da mediatori tra lo stress e l'adattamento post-natale (Cutrona e Troutman, 1986).

Le teorie cognitivo-comportamentali considerano l'impatto dello stile di pensiero e del comportamento come possibili fattori facilitanti, aggravanti o di mantenimento verso sintomi depressivi; l'ottica più cognitivista vede la presenza della "triade cognitiva negativa" di Beck (1967) che prevede aspettative negative verso se stessi, gli altri ed il futuro, o la teoria di Abramson e collaboratori che ipotizzano, nelle persone con stili

attributivi depressivi, l'idea che eventi negativi continueranno ad accadere anche in circostanze diverse con conseguente maggiore probabilità di diventare depressi di fronte ad eventi percepiti come incontrollabili. Il filone più comportamentista si focalizza, invece, sull'esperienza, ipotizzando un'insufficiente presenza di eventi positivi a fronte di un maggior numero di negativi.

L'ottica del modello biopsicosociale non si concentra solo su alcuni elementi, prevede la presenza e l'influenza reciproca di numerosi fattori; fattori di vulnerabilità e fattori facilitatori-scatenanti concorrono, assieme a fattori socioculturali negativi, all'insorgenza di depressione postnatale, che può stabilizzarsi tramite fattori aggravanti e di mantenimento.

Tale modello si basa sulla *teoria sistemica generale* dove i vari sistemi sono interdipendenti tra loro, un evento ad un particolare livello del sistema influenza anche gli altri sistemi a diversi livelli (Engel, 1980). La ricerca riguardante la depressione postnatale, concentrandosi sui fattori di rischio, non ha preso in considerazione, o solo parzialmente, l'interazione tra le variabili e la mediazione che alcuni fattori possono avere sui meccanismi di valutazione cognitiva (Olioff, 1991), quest'ultimo aspetto risulta fondamentale ai fini del miglior trattamento possibile; prendere in considerazione tale modello, seppur in modo incompleto, per la vastità di fattori che concorrono nella depressione postnatale e le poche ricerche metodologicamente valide in tale senso, risulta avere un valore euristico sia per ricerca che per la pratica clinica (Milgrom et al., 2003).

1.1 Criteri Diagnostici

Il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) inserisce la “depressione nel post partum” sotto la denominazione “*Mood Disorder with a Post-partum Onset Specifier*”, tale denominazione non era stata introdotta, nel sistema di classificazione, prima del 1994, con la pubblicazione del DSM-IV: in esso ci sono cinque sottotipi di disturbo depressivo maggiore fra cui i “disturbi della depressione post-partum o associati con il puerperio, non classificati altrove” dove, con “esordio post-partum”, si identifica un esordio entro quattro settimane dal parto (DSM-IV-TR, 2000). Tutt'ora anche il DSM-5-TR (American Psychological Association) non inserisce la depressione post-partum con

una diagnosi a parte, considerandola all'interno degli “*specificatori per i disturbi depressivi*” dove sono inseriti criteri per identificare la sua insorgenza.

1.2.1 DSM-5-TR (Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali Quinta edizione Text Revision)

Secondo il DSM-5-TR il disturbo depressivo maggiore deve presentare:

- A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

Nota: non comprendere sintomi chiaramente attribuiti ad altra condizione medica.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es. si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a). (Nota: nei bambini e negli adolescenti, l'umore può essere irritabile).
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione).
3. Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., un cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in 1 mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. (Nota: nei bambini, considerare l'incapacità di raggiungere i normali livelli ponderali).
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni
5. Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabili dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a o rallentato/a).
6. Faticabilità o mancanza di energia tutti i giorni.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a).
8. Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri).

9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o uno specifico piano suicidario, o un tentativo di suicidio.
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica

Nota: I criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore

Nota: Risposte a una perdita significativa (per es., lutto, tracollo finanziario, perdite derivanti da un disastro naturale, una grave patologia medica o disabilità) possono comprendere sentimenti di intensa tristezza, ruminazione sulla perdita, insonnia, scarso appetito e perdita di peso, annotati al Criterio A, che possono assomigliare a un episodio depressivo. Nonostante tali sintomi possano essere comprensibili oppure considerati appropriati alla perdita, la presenza di un episodio depressivo maggiore in aggiunta alla normale risposta a una perdita significativa dovrebbe essere considerata attentamente. Questa decisione richiede inevitabilmente una valutazione clinica basata sulla storia dell'individuo e sulle norme culturali per l'espressione del disagio nel contesto della perdita.

- D. Almeno un episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, e non si sovrappone alla schizofrenia, al disturbo schizofreniforme, al disturbo delirante o al disturbo dello spettro della schizofrenia e ad altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.
- E. Non ci è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.

Nota: Tale esclusione non si applica se tutti gli episodi simil-maniacali o simil-ipomaniacali sono indotti da sostanze o sono attribuibili agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Il disturbo depressivo maggiore può essere definito come lieve, moderato o severo a seconda dell'impatto che i sintomi hanno nella vita quotidiana della persona che ne soffre, tale aspetto risulta essere influenzato dal fatto che la manifestazione depressiva può essere legata a un unico episodio circoscritto e limitato nel tempo, al prolungarsi per diverse

settimane o mesi, al ripresentarsi in maniera ripetuta e ravvicinata nel tempo (Grusso & Bramante, 2016).

Il DSM-5-TR, inoltre, riporta la necessità di utilizzare gli “*Specificatori per i disturbi depressivi*”, specificando se: con ansia, con caratteristiche miste, con caratteristiche melancoliche, con caratteristiche atipiche, con caratteristiche psicotiche congruenti all’umore, con caratteristiche psicotiche non congruenti all’umore, con catatonia, con esordio nel peripartum, con andamento stagionale; “*con esordio nel peripartum*” si identifica l’esordio dei sintomi dell’umore durante la gravidanza o nelle 4 settimane successive al parto. Tali episodi legati all’umore possono avere il loro esordio durante la gravidanza o nel postpartum, in quest’ultimo periodo si colloca circa il 50% degli episodi depressivi definiti globalmente come episodi peripartum; tra il concepimento e la nascita circa il 9% delle donne avrà un episodio depressivo maggiore mentre, tra la nascita e il 12 mesi successivi, tale valore si aggira sotto il 7%.

Successivamente è specificato come l’esordio del peripartum di episodi dell’umore possa presentarsi con caratteristiche psicotiche o senza dove, l’infanticidio, evento raro, è maggiormente associato ad episodi psicotici postpartum con allucinazioni imperative che ordinano di uccidere il neonato o deliri di possessione demoniaca di quest’ultimo.

Il rischio, verso episodi psicotici postpartum, si riscontra maggiormente in donne con precedenti situazioni di alterazione psicotica dell’umore postpartum, precedente storia di disturbo depressivo o bipolare e/o storia familiare di disturbi bipolari; il rischio di ricaduta presente si aggira intorno al 30-50% per ogni successivo parto, differenziati dal delirium postpartum che si presenta con un livello fluttuante di coscienza o di attenzione.

Anche il DSM-5-TR fa distinzione tra i disturbi depressivi con esordio nel peripartum o il più comune “*maternity blues*” o, in termini più profani, “*baby blues*”: disturbo mentale con improvvisi cambiamenti d’umore che, non compromettendo il funzionamento e, essendo causato da cambiamenti fisiologici post-parto, si configura come limitato e temporaneo, con miglioramento entro una settimana senza necessità di trattamento.

Viene anche sottolineato come le donne nella fase perinatale possano essere più esposte al rischio di disturbi depressivi, questo a causa di anomalie della tiroide o di altre condizioni mediche che possono causare i sintomi tipici del disturbo; d’altro canto, se tali sintomi depressivi sono riconducibili ad altra condizione medica, dovrebbe essere

diagnosticato “*Il disturbo depressivo causato da altra condizione medica*” invece che “*disturbo depressivo maggiore con esordio nel peripartum*”.

1.3 Fattori di rischio e di protezione

A fronte di un’eziologia ancora sconosciuta, gli studiosi sono concordi verso un’ipotesi multifattoriale sull’insorgenza della depressione postpartum, fattori neurobiologici e ambientali in combinazione con una predisposizione genetica (Grussu & Bramante, 2016); oltre a questi troviamo fattori psicologici, sociali, relazionali che possono essere considerati, a seconda delle dinamiche che si vanno a creare, come fattori di protezione e di rischio.

Fattori di rischio verso l’instaurarsi di depressione, in letteratura, sono classificati in tre categorie a seconda della dimensione del loro effetto che può essere forte-moderato, moderato e debole: fattori di stress della vita e la mancanza di supporto sociale nel primo caso, problemi sociali e coniugali nel secondo ed, infine, fattori ostetrici e socioeconomici nel terzo (Robertson et al. 2004).

Tra i fattori biologici un ruolo di estrema importanza è dato dalle modificazioni dei livelli di estradiolo, testosterone, corticosteroidi, anemia da deficit di ferro (O’Hara et al. 1991, Baker et al. 2002, Beard et al. 2005, O’Keane 2011) e insonnia durante la gravidanza, in modo più rilevante se associato ad episodi depressivi e complicanze mediche (Furuta et al. 2014). Nelle persone con episodio depressivo si sono osservati cambiamenti nella regolazione dei neurotrasmettitori, in particolare diminuzione di serotonina e noradrenalina: la prima porta a peggioramento nel dormire, a pensare ossessivamente alle stesse cose ed a difficoltà nell’interazione sociale, mentre, la seconda, diminuisce “l’iniziativa” verso il fare/agire in vari aspetti della propria vita quotidiana (Leveni et al., 2009).

Nel prendere in esame la componente biologica risultano fondamentali le teorie di Aaron T. Beck, per lo psichiatra la depressione è caratterizzata da tre schemi negativi di pensiero: pensieri negativi su di sé, pensieri negativi sul mondo, pensieri negativi sul futuro che, rispettivamente, rappresentano un’eccessiva autocritica, un mondo visto come ingiusto e ostile, una forte sfiducia e pessimismo verso ciò che ci aspetta e che la vita ci riserva. Queste modalità di pensiero disfunzionali, divenute automatiche e abituali, possono crollare di fronte ad un evento critico, non per forza una situazione negativa, ma una

situazione che risulta soggettivamente stressante per la persona, come appunto la nascita di un figlio per quanto voluto e cercato. Tale condizione richiede una forma di adattamento, che i pensieri disfunzionali non permettono, determinando insuccesso che, a sua volta, diviene generatore di un circolo vizioso. (Beck et al., 1987).

A fronte di questo alcuni autori hanno ipotizzato, sulla base del modello vulnerabilità-stress per l'insorgenza della depressione, che eventi di vita stressanti siano predittivi verso una DPP solo quando si è in presenza di un soggetto con vulnerabilità soggettiva per l'evento stesso (O'Hara et al., 1991), solo una donna su 5, infatti, va incontro a depressione di fronte ad un evento critico, dall'altro lato, l'84% delle donne colpite da depressione ha vissuto un evento stressante (Brown, 1993).

Prendendo in considerazione i fattori di rischio dal punto di vista psicologico si nota una correlazione con: storia passata di ansia e depressione (O'Hara 2009, O'Hara 2014, Leung et al.2016), disturbo bipolare (O'Hara 2009, O'Hara 2014), problemi psichici o somatici durante la gravidanza (Amaru e Le Bon 2014), il percepirsi inadeguate nello svolgere la propria funzione e la tendenza all'autovalutazione, l'età giovane (Kendall-Tackett et al 2013), la storia di violenza sessuale, ansia per una gravidanza tardiva (Zaers et al al.2008), aver avuto un aborto spontaneo nel passato o l'essere nubile (Fisher et al.2012), gravidanza non programmata o indesiderata (Fellenzer e Cibula 2014; Yagmur & Ulukoca, 2010; Csator dai et al., 2007; Koleva et al., 2011), problemi con l'allattamento al seno (Beck et al.2011) e/o pregressi problematici esiti ostetrici (Moldenhauer 2022), l'aver avuto un parto pre-termine (Raisanen et al.,2013), il basso senso di autoefficacia (Mohammad et al.2011).

Altri fattori, oggetto di osservazione nei Paesi industrializzati, riguardano l'intenzione di tornare rapidamente al lavoro (Kozinszky et al., 2011) e pregressi disturbi mestruali (Bloch et al., 2005): uno studio pubblicato di recente da parte della Cambridge University (Checko et al. 2023) ha messo in luce la presenza di correlazione tra la gravità del baby blues e la sindrome premestruale che, a sua volta, aumenta la possibilità di sviluppo di PPD (postpartum depression).

Analizzando più nel dettaglio la correlazione tra ansia e depressione postpartum si è visto come questa giochi un ruolo importante nel vissuto sia del parto che del postpartum, l'ansia può predisporre la futura madre a complicazioni a livello ostetrico, abbassando la soglia di percezione del dolore può alterare il processo di espulsione del feto aumentando

così la probabilità di complicazione come il “prolungamento patologico del travaglio”; d’altro lato, in alcune donne, si riscontra un senso di ansia corrispondente all’angoscia per la propria incolumità fisica o del nascituro che si ripercuotono, a loro volta, sull’attività contrattile del miometrio che diviene irregolare e disarmonico. Questi vissuti negativi fungono da fattori di rischio per la patologia depressiva nel postpartum: *“La gravità dello stato d’ansia durante la gravidanza è fortemente associata al livello della sintomatologia depressiva nel periodo postnatale, ma questo non è un sufficiente fattore predittivo della depressione postnatale. È più probabile che l’ansia, piuttosto che una causa sia una conseguenza dei numerosi eventi stressanti e dei fattori di vulnerabilità caratteristici delle donne che in seguito sviluppano la depressione postnatale.”* (Amato, M., 2021).

Non di minore importanza sono i fattori di rischio sociali ed ambientali, oltre che aspetti di tipo relazionale, in modo particolare il ruolo del partner all’interno della coppia: funzione importantissima di sostegno e supporto; madri che soffrono di depressione postpartum giudicano la relazione con il proprio partner carente ed insoddisfacente, la sintomatologia depressiva acutizza le difficoltà di coppia già presenti, con la possibile insorgenza di disturbi nell’umore anche nei partner delle donne (Milgrom e McCloud, 1996; Areias et al., 1996a). Come evidenziano Campbell e collaboratori, il sostegno del partner e una buona relazione tra madre-bambino, fungono da fattore di protezione verso la durata dell’episodio depressivo: di breve durata ed inferiore a 6 mesi o cronico da 6 mesi a due anni (Campbell et al., 1992); si è inoltre riscontrato che, quando le donne rivelano il loro stato di malessere al partner, il loro vissuto negativo tendeva ad essere sottovalutato o criticato aumentando, di conseguenza, la relativa sofferenza (Grussu & Bramante, 2016).

Ricerche recenti, al fine di avere un panorama il più completo possibile e poter agire preventivamente, hanno evidenziato lo stretto legame fra la depressione paterna con quella materna (Mao et al.2011, Paulson et al.2016), vivere con un partner significativo rappresenta un fattore di rischio per aggravare o sviluppare una depressione postpartum (Goodman, 2004); in particolare si è riscontrato un peggioramento significativo dei sintomi nei sei mesi dopo il parto nelle madri che hanno partner depressi (Paulson et al.2016). Gelosia coniugale, violenze all’interno della coppia e scarso sostegno emotivo, reale o percepito, da parte del proprio partner, incidono in modo negativo sulla salute

psichica della donna in gravidanza, rendendola, nel periodo postpartum, più vulnerabile all'emergere della depressione (Patel et al.2002). L'idealizzazione da parte delle donne di aspettative verso tale periodo, sottovalutando l'impegno e le richieste che provengono da parte del bambino e i relativi cambiamenti di vita, sia dal punto di vista coniugale che sociale, dati dalla sua nascita, possono fungere come variabili di vulnerabilità (Tammentie et al., 2004).

Nell'ambito dei fattori di protezione un aspetto da non sottovalutare riguarda, nell'ottica di prevenzione di DPP, la possibilità di offrire alle donne in gravidanza spazi di informazione, discussione e sensibilizzazione di argomenti quali "donne in gravidanza" o, più nello specifico, "depressione postpartum"; si è osservato come questa tipologia di interventi favoriscano una diminuzione sia in termini di prevalenza di episodi di DPP sia in termini dei sintomi associati (Grussu & Bramante, 2016)

Altri aspetti che correlano positivamente con il rischio di depressione sono: svantaggio socioeconomico, bassi livelli di istruzione, percezione di scarso supporto sociale (Leung et al.2016), l'essere madre adolescente rispetto a donna adulta, (Troutman e Cutrona, 1990; Lanzi, Bert e Jacobs, 2009), minoranza etnica (O'Hara 2013); in modo particolare, nei Paesi in via di sviluppo troviamo: l'aver un marito disoccupato (Yagmur & Ulukoca, 2010), l'essere vittima di violenza domestica (Ahmed et al., 2012), l'essere insoddisfatte della propria condizione di vita (Demirchyan et al., 2014), poligamia (Ho-Yen et al., 2007).

Un ulteriore aspetto da non sottovalutare, che la donna deve affrontare in questo periodo, riscontrato sia nei Paesi industrializzati che in via di sviluppo, riguarda i cambiamenti a livello fisico e corporeo a cui è esposta e la loro scarsa accettazione, questi possono essere fattori associati allo sviluppo di DPP (Green et al., 2006).

Dal punto di vista cognitivo è bene considerare lo stile attributivo della donna: coloro che possiedono un locus of control esterno, e che quindi credono di avere una scarsa se non nulla gestione rispetto agli eventi della loro vita, possiedono un rischio maggiore verso la sintomatologia depressiva, rispetto a chi, utilizzando un locus of control interno, crede di avere pieno controllo sulla propria vita (Hayworth et al., 1980); secondo alcuni autori: *"lo stile d'attribuzione è un predittore significativo della depressione postpartum, assieme alla depressione pre-partum, allo stress del parto e a eventi di vita stressanti"* (O'Hara et al., 1982). Il ruolo delle distorsioni cognitive, perciò, risulta rilevante

nell'interpretare gli eventi relativi alla propria vita correlati o meno a scarsa fiducia, autoefficacia e insicurezza verso le proprie capacità di madre (Amato M., 2021), propendendo, sul versante negativo, al pessimismo e alla scarsa stima di sé, portando, di conseguenza, un rischio maggiore di DPP.

Il periodo dopo il parto rappresenta un momento di particolare impegno per la neomamma, per tale motivo risulta importante che sia supportata e seguita dai propri familiari oltre che dal personale medico e sanitario, come lo stesso J.Bowlby (1907-1990) sottolineava nei suoi studi sull'attaccamento: *“I primi mesi e anni di vita del bambino sono un periodo critico anche per la formazione di una madre e di un padre; un aiuto, se competente e fornito al momento giusto, può servire molto e i vantaggi di un trattamento su un bambino molto piccolo ci sono a questo punto ben noti; ora auspiciamo che anche i genitori ricevano un aiuto appena «nati»”* (Bowlby, 1979).

Lo scarso supporto sociale, barriere nell'accesso ai servizi per la salute materna, povertà, conflitti e violenza da parte del proprio partner sono tra i più comuni fattori di rischio anche se, l'aspetto che più di ogni altro risulta essere predittivo per la manifestazione depressiva perinatale, è rappresentato da una storia passata di depressione o di una malattia psichiatrica in generale (Howell, Mora e Leventhal, 2006; Dietz et al., 2007); è presente una forte familiarità di fronte a storia familiare di depressione o precedente episodio di depressione postpartum o diagnosi di depressione (Moldenhauer 2022).

Altro aspetto da considerare negli ultimi anni riguarda la pandemia da COVID-19 che ha amplificato questi fattori, riportando, in Inghilterra, un aumento di depressione perinatale dal 10% nel 2014 al 20% nel 2020 (The Lancet, 2023). Il tasso di disturbi d'ansia e depressione postpartum è raddoppiato nei primi mesi del 2020, i risultati mostrano, secondo uno studio condotto in Italia su un campione di 14.000 donne, un aumento dell'11.6% nel 2019 al 25.5% fra il novembre 2021 e l'aprile 2022. La mancata frequenza ai corsi preparto, sospesi a causa delle restrizioni, ha ridotto l'incontro con altre future mamme, aspetto di fondamentale importanza nel normalizzare i propri stati d'animo, aumentando, di conseguenza, il possibile sviluppo di aspetti psicopatologici; le donne hanno il bisogno di non “sentirsi le uniche” raccogliendo, in questo modo, speranze per il futuro.

Come già evidenziato, un ruolo di estrema importanza è dato dal contesto familiare e sociale più allargato, principalmente le conflittualità, oltre che con il partner, con la

propria famiglia d'origine (Robertson et al. 2004): un'infanzia difficile, la presenza di genitore ostile o distaccato, una relazione non positiva con la propria madre (O'Hara,1995), maggiormente aggravato se associato a vissuti di abusi sessuali (Raphael-Leff, 1991).

La depressione postpartum porta conseguenze nell'interazione madre-bambino e sullo sviluppo di quest'ultimo, un accumularsi di esperienze negative, secondo quanto sostenuto da Tronick (1989), legate a mancanza di adeguata regolazione dove *“le madri depresse distolgano lo sguardo più spesso dei propri figli, sono più intrusive, esprimono più rabbia e manifestano meno affetti positivi, rispetto le madri senza disturbi psicopatologici”* (Tambelli, 2017). Nuove evidenze riportano il ruolo dello stile di attaccamento materno nel rischio di depressione perinatale: uno stile di attaccamento insicuro sembra essere correlato con la gravità dei sintomi in donne con depressione postpartum (West et al.1999); in modo particolare uno stile di attaccamento evitante è associato a disturbi depressivi prima del parto, mentre, un attaccamento di tipo ansioso, a sintomi depressivi nel periodo successivo al parto (Bifulco et al. 2004). Donne con un attaccamento insicuro hanno un maggior rischio di soffrire di un disturbo affettivo dopo il parto, conseguenza dell'attivazione di modelli operativi interni (MOI) in linea con rappresentazioni negative di sé stesse e degli altri (Feeney et al. 2003; Condea et al. 2011). Uno studio di Aceti e collaboratori del 2015, ha evidenziato, in un campione di 453 donne comprese tra i 18 e i 45 anni, nel terzo trimestre di gravidanza, stile di attaccamento sicuro più alto nel gruppo di controllo rispetto a quello clinico; dall'altro lato, quest'ultimo gruppo, è meglio caratterizzato da stile di attaccamento timoroso-evitante dove i punteggi ottenuti nelle dimensioni di “evitamento” e “ansia” correlano con i punteggi rilevati con l'EPDS. Tali risultati risultano coerenti con quanto presente in letteratura che sottolinea l'associazione tra attaccamento insicuro e disturbi dell'umore (Dozier et al. 2008). Lo studio presentato mette in luce un ulteriore aspetto rilevante: la gravità della depressione aumenta in relazione alla disorganizzazione dell'attaccamento raggiungendo il punteggio più alto in pazienti con attaccamento evitante (Aceti et al. 2015).

1.4 Strumenti di valutazione

Il termine “depressione” viene usato dalle neomamme per descrivere esperienze diverse tra loro, questo perché a volte può essere difficile distinguere la DPP da ciò che non lo è,

a fronte di questo risulta importante comprendere se la condizione che sta vivendo è meglio spiegata da depressione clinica o transitorio umore basso (Mauthner, 1999).

Come sottolineato anche precedentemente, la nascita di un figlio porta a cambiamenti all'interno della vita della famiglia e più nello specifico della donna, che può riscontrare sintomi psicopatologici diversi in termini di frequenza ed intensità; in linea con tale aspetto è bene utilizzare strumenti standardizzati e di valenza psicometrica che, nonostante siano di per sé mancanti di valore diagnostico, permettano di distinguere i diversi livelli di gravità al fine di procedere con il miglior intervento e trattamento adatto alla persona.

Il PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*, Spitzer et al., 1999) indaga la presenza nelle ultime due settimane dei 9 sintomi della depressione secondo il DSM-5 e la compromissione funzionale che causa all'interno della vita del paziente dove, il punteggio di 10, segna il cut-off per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007); alcuni strumenti, come quello appena citato, hanno la tendenza a sovrastimare ciò che è realmente patologico dal momento che si riscontra una sovrapposizione di alcuni sintomi depressivi con manifestazioni più comuni che caratterizzano questo particolare periodo, come ad esempio: disturbi del sonno, mancanza di energia, diminuzione di libido.

Prendendo in considerazione il limite sopra citato, si preferiscono usare altri strumenti tra cui EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, 1987) e PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*, 2010); in questi le difficoltà del sonno, ad esempio, sono viste solo in relazione all'umore triste o al senso di inadeguatezza verso la percezione di non essere adatte al proprio ruolo, si ottengono, in questo modo, informazioni più diagnostiche e mirate rispetto alle normali difficoltà di addormentamento causate dai consueti risvegli notturni nel bambino piccolo.

Negli ultimi 10 anni sono stati condotti numeri studi e rassegne sistematiche che vedono la prevalenza dell'uso di strumenti di valutazione auto-compilati, il più frequentemente usato è l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Cox et al. 1987): un test per il rischio di depressione postpartum che valuta la presenza e gravità di sintomi depressivi in tale periodo, con caratteristiche psicometriche soddisfacenti nelle varie culture (Gibson et al. 2009); la versione italiana è stata validata da Benvenuti e Cox (Benvenuti et al., 1999) con validità interna misurata in alfa di Cronbach di 0,79. L'EPDS è formato da 10

item con scala di risposta da 0 a 3, all'aumento del punteggio corrisponde un aumento della gravità, il periodo di somministrazione consigliato va dalla 6° alla 12° settimana dopo il parto dove il punteggio di 12,5, generalmente, identifica il valore soglia: valori compresi tra il 10 e il 12,5 sono considerati indicatori di una possibile depressione rispetto ai quali è suggerito un approfondimento maggiore, punteggi uguali o superiori al cut-off risultano essere maggiormente gravi e predittivi verso una diagnosi di depressione postpartum (DPP).

Uno studio riporta come donne, che avevano ottenuto punteggi elevati e fino a quel momento avevano nascosto la loro sintomatologia e sofferenza, si sentivano sollevate dal fatto che qualcuno avesse chiesto loro come si sentivano (Milgrom et al., 2003); analogamente Gerrard e collaboratori (1993) sono rimasti stupiti dal rilevare che, alcune donne che pensavano stessero cavandosela bene, fossero in realtà depresse. A sostegno di tale aspetto è bene considerare come l'EPDS sia uno strumento di screening e per tale motivo non possa sostituire valutazioni psichiatriche complete o esami clinici, fornisce un'indicazione generale che, successivamente, deve essere approfondita per evitare falsi negativi o positivi (Milgrom et al., 2003).

La PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*, Beck & Gable, 2000) è un questionario autosomministrato di 35 item che richiede una risposta su una scala a 5 punti, “*fortemente d'accordo*” – *fortemente in disaccordo*”, tali item formano 7 scale: disturbi del sonno/alimentazioni, ansia/insicurezza, labilità emotiva, confusione mentale, perdita del senso di sé, senso di colpa/vergogna, pensieri suicidari; i primi 7 item forniscono una stima della sintomatologia depressiva utilizzabile come primo step per decidere se somministrare o meno l'intero questionario. Più recentemente, in uno studio con madri di neonati in terapia intensiva neonatale, si è visto come una struttura a cinque sottoscale, invece che 7, si adatti meglio ai dati; considerando insieme: ansia/insicurezza, labilità emotiva e compromissione cognitiva, si è riscontrata una migliore rappresentazione con coerenza interna, misura in alfa di Crombach, di 0,95 (Blucker et al., 2014).

Al fine dell'individuazione precoce di sintomi di depressione e per predirne il suo sviluppo utilizziamo interviste e questionari autosomministrati tra cui l'APQ (*AntePartum Questionnaire*, Posner et al. 1997) formato da 40 item e la PDPI-R (*Postpartum Depression Predictors Inventory Revised*, Beck, 2002) uno strumento self-report che comprende domande guida per indagare 13 aree predittrici della depressione

postpartum, più alto è il punteggio maggiore è il rischio di sviluppo di DPP; nel 2004, è divenuto questionario, formato da 39 domande (Hanna et al. 2004), dove viene riscontrata alta correlazione e validità con gli item presenti nell'EPDS.

Nel territorio italiano viene utilizzato il *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica* (Mirabella et al., 2014) che raccoglie informazioni relative al parto, gravidanza e al parto, eventi stressanti negli ultimi 12 mesi, condizione psicologica prima della gravidanza, sostegno familiare e sociale. Il questionario, inoltre, indaga due costrutti: fiducia nelle proprie capacità e risorse sociali, vulnerabilità psicologica/capacità di fronteggiamento delle difficoltà; grazie a questi costrutti è possibile esplorare anche la percezione individuale su possibili fattori di rischio o protezione che permette, a sua volta, di avere un valore predittivo sulla comparsa di DPP.

Di fronte a punteggi sopra soglia, riscontrati nei questionari preliminari, si procede verso un approfondimento diagnostico che prevede alcune interviste, tra cui la SCID-5 (*Structured Clinical Interview for DSM-5*, First et al. 2017), la quale edizione italiana è disponibile in diverse versioni, formata anche dalla SCID-5-CV (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Clinical Version*) per le diagnosi dei quadri più frequenti in ambito clinico come nel caso del disturbo depressivo; nonostante il cospicuo tempo richiesto per la sua somministrazione, permette di ottenere un numero elevato di informazioni che contribuiscono all'identificazione migliore del profilo dinamico del soggetto, con caratteristiche psicometriche superiori alle diagnosi categoriche, sia per la psicopatologia attuale, che per quella "lifetime" (Shankman et al., 2017).

Troviamo poi la SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, Endicott e Spitzer, 1987) che, nonostante sia sostituita da interviste più strutturate che seguono i criteri del DSM-5-TR per la valutazione dell'umore, viene ancora presa in considerazione nell'ambito di alcune ricerche.

Tra gli strumenti disponibili in lingua italiana è presente la CES-D Scale (*Center for Epidemiological Studies-Depression*, Radloff, 1977) formato da 20 item che vanno ad indagare lamentele somatiche ed umore depresso e la Zung SDS (*Zung Self-rating Depression Scale*, Zung, 1965) formato da 20 item che valutano le caratteristiche comuni della depressione tra cui l'effetto pervasivo, equivalenti fisiologici, attività psicomotorie; quest'ultima prevede dieci domande formulate negativamente e dieci positivamente dove,

per ognuna, è richiesto di assegnare un punteggio da 1 a 4, un totale di 70 presuppone un quadro gravemente depresso.

Nonostante gli strumenti presi fino a questo momento in considerazione, il gold standard di riferimento, è rappresentato dal questionario Beck Depression Inventory- II-(BDI-II, Beck et al., 1996), usato per la misurazione della gravità della depressione, è formato da 21 item che descrivono i principali sintomi depressivi, per ciascun item è chiesto un punteggio che va da 0 a 3 valutabili su 4 livelli crescenti di gravità, tale strumento è in grado di misurare le componenti affettive, cognitive e fisiologiche del disturbo, prevede un tempo di somministrazione tra i 5 e i 10 minuti che lo rende molto facile e rapido; è presente una versione italiana a cura di Ghisi e collaboratori con valutazione su campione clinico e taratura specifica sulla popolazione normale pubblicata nel 2006 da Giunti Organizzazioni Speciali. Il valore soglia (cut-off) è rappresentato dal punteggio di 9, punteggi superiori a tale valore indicano la necessità di un'analisi più approfondita; un attento esame suggerisce come gli item 16, 17 e 18 abbiano un maggiore rischio di fraintendimento da parte delle donne nel periodo immediatamente successivo al parto e, per tale motivo, è bene attenzionarli tenendo sempre a mente come il colloquio clinico sia uno strumento indispensabile dal quale non si può prescindere, solo la valutazione clinica da parte di uno specialista può formulare una corretta diagnosi (Leveni et al., 2009). Attraverso il colloquio si possono osservare più nel dettaglio le variabili prese in considerazione dagli strumenti, non confondendo una sintomatologia fisica con quelli che sono i sintomi psicosomatici, caratteristici, questi ultimi, dei quadri di depressione clinica (Grussu & Bramante, 2016).

Un'altra nota scala per la valutazione dei disturbi dell'umore è rappresentata dalla *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D o HDRS; M. Hamilton, 1960) che privilegia i correlati fisiologici rilevando più facilmente la depressione nelle forme più gravi, mentre, il BDI, risulta migliore di fronte a depressione medio-lieve. L'HAM-D è una check-list di 21 item valutati lungo una scala da 0 a 4 o da 0 a 2, prevede un tempo di somministrazione di circa 15-20 minuti, è presente anche nel territorio italiano con la versione a cura di Cassano e collaboratori (1999).

Un altro strumento utilizzato dai professionisti della salute per misurare la gravità dei sintomi depressivi è dato dal questionario diagnostico: *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS, Montgomery & Åsberg, 1979); questa scala di valutazione risulta

più sensibile ai cambiamenti, indotti da antidepressivi o a forme di trattamento, rispetto alla *Hamilton Depression Rating Scale*. Per ciascun item è richiesto un punteggio da 0 a 6, formando in questo modo un totale che può variare da 0 a 60: punteggi da 7 a 19 sono indicatori di depressione lieve, da 20 a 34 depressione moderata ed infine da 35 a 60 indicano la presenza di grave depressione. Tale strumento prevede anche una versione di autovalutazione, la MADRS-S, formata da 9 domande, con un punteggio che varia da 0 a 54, utilizzata nella pratica clinica.

Prendendo in considerazione, nell'ottica più generale, la salute e la disabilità che le persone possono incontrare lungo il corso della loro vita, uno strumento utile in tal senso, per uno screening iniziale, somministrabile nelle diverse culture, è dato dalla WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*, 2010); è presente una versione completa con 36 domande e una breve con 12, alla quale il soggetto deve rispondere rifacendosi ai 30 giorni precedenti all'intervista, in questo modo si può esplorare il funzionamento relativo a 6 domini: attività cognitive, mobilità, cura di sé, relazioni interpersonali, attività della vita quotidiana, partecipazione.

La sintomatologia con la quale la depressione postpartum si manifesta è diversa da donna a donna in quanto la persona può essere più o meno sensibile a determinati sintomi somatici, emotivi e psicologici, è utile in questo senso conoscere l'espressione personale, al di là dei criteri standard per effettuare la diagnosi, ogni persona ha la sua specifica manifestazione data dal modo in cui i sintomi si combinano tra di loro e da come evolvono. Per questo motivo, oltre ad appoggiarci ai gold standard del campo per avere una visione il più oggettiva possibile e vedere o meno il rispecchiamo all'interno dei criteri diagnostici, è bene usare strumenti anche nel quotidiano, lungo questa linea di pensiero troviamo: "*il grafico settimanale dell'umore*" e "*la scheda di registrazione settimanale delle attività*" (Milgrom et al., 2003). Tali strumenti si possono impiegare in seguito alla diagnosi di DPP e offrono l'opportunità alla donna di osservare in prima persona l'andamento della propria sintomatologia, osservando la presenza di eventi o aspetti che possono andare ad agire negativamente o positivamente sul suo decorso per permettere, durante il colloquio clinico, la possibilità di lavorare sui legami presenti tra le varie variabili di pensieri, umore, situazione.

CAPITOLO 2. LO SVILUPPO DEL BAMBINO

2.1 Lo sviluppo socio-emotivo

2.1.1 Lo sviluppo sociale

Nel corso del tempo sono molte le prospettive che si sono concentrate sullo sviluppo sociale del bambino; per citarne alcune troviamo: l'apprendimento sociale di Bandura (1986) che si concentra sull'interesse verso l'influenza che le relazioni interpersonali hanno sullo sviluppo, la visione di Bowlby (1969) che riguarda una prospettiva teorica centrata sull'attaccamento, la prospettiva sociologica di Parsons e Bales (1955) secondo cui lo sviluppo del bambino è parte integrante di un sistema in cui i membri sono tra loro interdipendenti secondo norme condivise.

L'obiettivo che accumuna tutte si basa sull'interesse verso l'emergere di quelle che vengono chiamate "abilità sociali" (*social skills*) che includono, secondo Bedell e Lenox (1997, p-9): *"la capacità di selezionare accuratamente informazioni utili e pertinenti da un contesto interpersonale, utilizzare tali informazioni per determinare un comportamento appropriato diretto all'obiettivo, eseguire comportamenti verbali e non verbali che massimizzano la probabilità di raggiungimento dell'obiettivo e il mantenimento di buone relazioni con gli altri"*.

Rappresentano quell'insieme di *"comportamenti motivati e cognitivamente controllati che permettono ad una persona di iniziare, sviluppare, mantenere e affrontare in modo efficace una buona relazione con gli altri e un buon inserimento nell'ambiente che la circonda"* (Camoglio 1998) sottolineando la componente relazionale e la dimensione delle dinamiche di gruppo. Le capacità acquisite sono trasversali e riguardano la natura psicologica, relazionale e comunicativa prendendo in considerazione la *"cognizione sociale"* dimensione che riflette *"L'abilità di costruire rappresentazioni della relazione fra sé stessi e gli altri e di usare queste rappresentazioni per realizzare comportamenti finalizzati e adattati al contesto"* (Adolphs, 2003); grazie ad essa riusciamo a gestire e rispondere in modo adeguato alle informazioni che provengono dall'ambiente nel quale siamo inseriti.

Le aree coinvolte nella cognizione sociale costituiscono il cervello sociale anche chiamato *social brain* (Brothers, 1990) e formato da: amigdala, corteccia fronto-orbitale, corteccia temporale, neuroni specchio; in modo particolare questi ultimi risultano avere

un'importanza fondamentale nella codifica delle emozioni, nei pensieri e nella programmazione delle future azioni (Rizzolatti et al., 2001).

2.1.1.1 Lo sviluppo delle competenze sociali

L'adulto, come già detto, svolge un ruolo essenziale nella vita del bambino, non solo assicura a lui sicurezza e protezione ma, d'altro lato, favorisce l'ingresso del bambino nel mondo sociale.

Bowlby nella sua teorizzazione afferma la predisposizione genetica a ricercare e mantenere la vicinanza con i membri della propria specie, in modo particolare con la madre, e sostiene come la socializzazione sia una motivazione e un bisogno primario dell'individuo. Varie critiche sono seguite a tale concettualizzazione in quanto l'autore, oltre a porre enfasi eccessiva sulla stabilizzazione del legame con una sola figura, la madre biologica, considerava il legame di attaccamento come prototipico di tutte le relazioni affettive e sociali che il bambino poteva incontrare nella sua vita, sottovalutando l'importanza del rapporto con i pari che si crea fin dai primi anni di vita.

La prospettiva interattivo-cognitivista, d'altro lato, vede gli aspetti interattivi come centrali nello sviluppo sociale del bambino a discapito di quelli individuali; in quest'ottica la suzione, ad esempio, durante l'allattamento del neonato, si basa sull'alternarsi, di pausa e attività, tra madre e bambino, sulla loro capacità di "darsi il turno". Secondo questo approccio il bambino possiede delle basi innate che gli permettono, fin dai primi momenti, di poter confrontarsi con gli altri; il contesto interattivo è una palestra per il bambino che gli permette di imparare nozioni utili per la vita sociale, aspetti essenziali per il suo adattamento al contesto socioculturale nel quale vive (Schaffer, 1984).

Con riferimento al ruolo della percezione, Schaffer (1973) sottolinea l'attrazione primaria verso l'oggetto sociale da parte del neonato, è in grado di differenziare e preferire precocemente le persone da oggetti inanimati in quanto l'essere umano non solo offre una varietà di stimoli ma risulta essere responsivo; dal punto di vista percettivo le caratteristiche dell'oggetto sociale, in modo particolare volto e suono della voce, attirano l'attenzione del bambino (Johnson & Morton, 1991).

Le abilità sociali seguono una traiettoria evolutiva, dove l'imitazione (Meltzoff & Moore, 1997), il riconoscimento facciale e la preferenza verso il volto di persone che ricambiano

il nostro sguardo (Farroni et al., 2002), sono considerati come precursori di capacità più complesse come l'attenzione congiunta (*join attention*) (Happè & Frith, 2014); quest'ultima si configura come la capacità di condividere l'oggetto dell'interesse con un'altra persona, aspetto perciò essenziale in tutto il corso della vita (Sigman & Mundy, 2006) che permette il passaggio da un'interazione diadica ad una triadica.

Prendendo in considerazione la traiettoria di sviluppo del bambino emerge la prospettiva sociale (Moll & Kadipasaoglu, 2013) quale capacità di generare previsioni riguardo l'azione altrui seguita dalla *teoria della mente*, ovvero l'abilità sociale che permette all'individuo di identificare le false credenze, capire scopi, pensieri, assegnare stati emotivi a sé stessi e agli altri, trasferendo al bambino l'idea per cui non tutte le menti sono uguali, facendolo così uscire dall'ottica del suo egocentrismo infantile, il bambino non è più focalizzato su se stesso ma può vedere le cose da un'altra prospettiva intuendo come le persone hanno una propria mente che può generare idee diverse dalle proprie (Piaget & Inhelder, 1969).

Successivamente si presenta il ragionamento morale, capacità che consente agli individui di considerare il mondo circostante e di prendere decisioni giuste o sbagliate in merito. Queste abilità diventano sempre più raffinate, specializzandosi e consentendo al soggetto di entrare pienamente in relazione con il mondo (Aboitiz et al., 2015).

Nei primi 3 anni di vita, in modo particolare a partire dai due mesi, si sviluppa un'interazione per lo più rivolta ai genitori e quindi alle figure di riferimento che il bambino vive quotidianamente, un'interazione faccia a faccia dove l'adulto assume il ruolo attivo di mantenimento dello scambio e di risposte coerenti nei suoi confronti, guidando e controllando i contatti reciproci (Schaffer, 1984). A 5 mesi le interazioni divengono sempre più ricche grazie all'interesse del bambino per gli oggetti non sociali e inanimati, focalizzandosi sul gioco che compie con tali strumenti (Vianello et al., 2015), anche in questo caso, la relazione che si crea è asimmetrica, l'azione dell'adulto non è arbitraria ma sincronizzata e pertinente all'interesse del bambino in quel momento (Schaffer, 1984). Sembra sempre essere presente a questa età, grazie ai progressi sul piano cognitivo, la capacità di riconoscere le persone familiari, in modo particolare la mamma, distinguendole da altri, secondo Schaffer (1984) il bambino transita da una conoscenza di caratteristiche generali degli esseri umani ad una specifica sui tratti caratteristici delle singole persone con le quali ha un contatto stretto.

L'assenza della madre rappresenta un evento particolarmente significativo a partire dal settimo mese, aspetto sostenuto dagli studi condotti sugli effetti dell'ospedalizzazione (Schaffer, 1958; Schaffer & Callender, 1959), rappresenta un periodo particolarmente critico dove si osserva la creazione del legame di attaccamento e dove, ad otto mesi, emerge la paura dell'estraneo. Il bambino acquisisce, a partire dai 10-12 mesi, la competenza di avere un'immagine interiorizzata della madre che procura in lui la stessa sicurezza della sua presenza fisica sviluppando, sempre di più, comportamenti di esplorazione e di separazione (Vianello et al., 2015).

Con l'avanzare dell'età del bambino si verifica uno sviluppo delle abilità relazionali: la comprensione verso una maggiore reciprocità, un apprezzamento dell'unità interattiva genitore-bambino, maggiore intenzionalità nell'agire; il bambino diviene via via in grado di adattare la sua comunicazione sulla base dei feedback che provengono dall'altra persona, grazie all'uso del pensiero simbolico a partire dai 18 mesi.

Le interazioni con i coetanei, durante i primi anni di vita, sono più brevi e passive rispetto all'interazione con gli adulti; uno studio di Camaioni e collaboratori (1978), condotto in un asilo nido, ha rilevato un'evoluzione delle competenze sociali: con lo scorrere del tempo diminuirono i contatti fisici e lo scontro per il possesso dei giochi, aumentando, in parallelo, interazioni di natura positiva (Vandell, Mueller, 1977; Hartup, 1978).

Lo scambio a 20-26 mesi si caratterizza per essere speculare, caratterizzato dallo svolgimento di un'azione in modo autonomo senza interazione (Camaioni et al., 1978), diviene via via più elaborato passando ad azioni complementari e reciproche, che rispondono alla richiesta di aiuto dei loro coetanei.

Dai 3 ai 6 anni il bambino inizia a comprendere i ruoli delle persone, questo avviene attraverso giochi simbolici, con l'imitazione o nell'identificazione con il genitore del proprio sesso e, con la frequenza alla scuola dell'infanzia, entra nel mondo delle "regole sociali" (Vianello et al., 2015). A partire da questa età il bambino manifesta comportamenti di aiuto verso gli altri diventando sempre più bravo nel comprendere il disagio dei pari, un indice di sviluppo si osserva nella scelta di modificare la conversazione a seconda che il suo interlocutore sia un adulto, un bambino più piccolo o un coetaneo (Schaffer, 1984). Comincia, sempre in questo arco di tempo, l'uso della parola amicizia anche se rimane ancora limitato al "giocare insieme", l'amico è colui che

“si comporta bene, è bravo, ubbidiente”, non esiste ancora una chiara divisione tra compagni di scuola, in senso più generale, e amici, in senso stretto (Vianello et al., 2015). I fratelli rappresentano il primo laboratorio sociale per il bambino, spazio nel quale “imparano a negoziare, a cooperare e a competere” (Minuchin, 1974) instaurando interazioni sia positive che conflittuali (Brody, 2004; Dunn, 1993) caratterizzate dall’alternarsi, rapido e frequente, di momenti di vicinanza affettiva, attività di gioco, micro-conflitti, che non perdurano nel tempo.

Con il progredire dell’età le relazioni con i pari si fanno sempre più complesse, già Piaget (1932) aveva evidenziato come, dai 6-7 anni, acquisiscono importanza i giochi con regole, divenendo capaci, con l’avanzamento dei processi cognitivi, di modificare queste ultime per adattarle al gruppo partecipante, sviluppando il concetto di: convenzionalità delle regole e del mutuo consenso. Anche la prospettiva dell’ “amicizia” fa passi avanti, ora si basa sulla condivisione di interessi comuni, non riguarda solo il “fare qualcosa con qualcuno”, come nei momenti precedenti dello sviluppo, ma anche il “fare qualcosa per qualcuno” acquisendo, verso i 10-11 anni, la caratteristica di minore provvisorietà (Bigelow & La Gaipa, 1975; Hartup, 1978) sostenendola anche a svantaggio dei bisogni del singolo ma, allo stesso tempo, tutelando l’identità e autonomia personale (Bombi, Pinto, 1993a).

Nello sviluppo delle competenze sociali un aspetto di rilievo è dato dalla *prosocialità* quale “*tendenza individuale a mettere in atto dei comportamenti mirati ad ottenere effetti positivi e benefici su altre persone. Quando parliamo di prosocialità facciamo riferimento a diversi aspetti relativi all’aiutare, al prendersi cura, al condividere, al cooperare, al sentirsi solidali*” (Begotti & Bonino; 2007); in questo le emozioni giocano un ruolo importante in modo particolare l’empatia e la simpatia. L’empatia riguarda il comprendere il punto di vista dell’altro provando, anche se in forma minore e differente per intensità, la sua emozione, da questa si origina la simpatia, quale risposta affettiva e comprensivamente dispiaciuta verso lo stato di sofferenza o difficoltà di chi abbiamo di fronte a noi (Albiero & Matricardi, 2006). I neonati rispondono al pianto di altri bambini come forma di empatia, ad un anno usano il sorriso come risposta di consolazione per la sofferenza altrui (Zahn-Waxler & Radke- Yarrow, 1982) arrivando, durante l’età prescolare, alla capacità di *perspective taking*, abilità di assumere la prospettiva di un’altra persona; si può quindi sottolineare come i comportamenti prosociali non siano

legati, nella maggiore parte dei casi, ad emozioni negative, questo si può osservare nei bambini e nella loro condivisione di oggetti e giochi per natura positivi, divertenti e fonte di gioia (Eisenberg et al., 2006). In sintesi, si può affermare come si assista ad un aumento delle risposte prosociali che parte dall'infanzia e continua in adolescenza, con maggiori comportamenti di condivisione e donazione (Fabes et al., 1999) fino all'età adulta.

2.1.1.2 La prospettiva dell'embodied cognition

La prospettiva dell'embodied cognition prevede l'emergere dei processi mentali dall'interazione di un individuo con il suo ambiente, risultato dell'attività sensomotoria che il soggetto compie (Valenza & Turati, 2022); le funzioni mentali, cognitive, emotive o affettive, non possono esistere senza l'interazione che si verifica tra il corpo e il suo contesto sociale. La mente viene definita come estesa, situata e distribuita, allargata al corpo e alle sue interazioni, connessa in modo bidirezionale al contesto, vista come proprietà emergente dall'interazione tra diversi sistemi (Shapiro, 2011); la mente è perciò incarnata nel corpo e influenzata in modo dinamico da esso, attraverso il corpo è interconnessa all'ambiente nel quale la persona vive (Ionescu & Vasc, 2014). Questo comporta il fatto che un bambino che presta attenzione al volto umano non solo determini in lui un cambiamento a livello neurale e fisiologico ma anche comportamentale ed epigenetico, modificando l'ambiente sociale nel quale vive e, allo stesso tempo, essendo modificato dal luogo in cui il comportamento si presenta.

La teoria si concentra sul concetto di *context-dependent*, dipendente dal contesto, attribuendo un ruolo cruciale nello sviluppo del bambino ad ogni livello: genetico, comportamentale e cerebrale (Valenza et al., 2022). In quanto individui siamo immersi in un ambiente familiare che influenza il nostro sviluppo sociale, l'esperienza di stimoli sociali, come linguaggio ed espressione facciali dei volti, rappresentano elementi che, se presenti o meno, condizionano il nostro sviluppo.

Seguendo questa prospettiva, e vedendo l'influenza reciproca e dinamica tra i diversi sistemi nello sviluppo del bambino, l'avanzamento delle tappe sullo sviluppo motorio, permette il passaggio dal gattonamento alla posizione eretta modificando, di conseguenza, lo sguardo del bambino sull'ambiente; uno studio, attraverso una microtelecamera posta sulla fronte del bambino, ha messo in luce proprio questo aspetto:

osservando il bambino, a 1 mese ed a 24 mesi, si nota una minor attenzione verso il volto con un aumento d'interesse per le mani e per le azioni altrui (Fausey et al., 2016). Il corpo agisce come filtro e, attraverso il cambiamento della postura, cambia anche la sua esperienza percettiva che porta, a sua volta, uno sviluppo delle competenze cognitive, sociali e relazionali. Da questa osservazione emerge un altro concetto fondamentale riportato dalla teoria dell'*embodied cognition*: percezione e azione come aspetti inscindibili; il bambino agisce sulla base di ciò che percepisce e, allo stesso tempo, le azioni che compie modificano la sua percezione.

La presenza di un caregiver responsivo e sensibile è considerata un'esperienza attesa (*species-expectant experience*) da parte del bambino, fondamentale non solo per garantire i suoi bisogni legati alla sopravvivenza ma anche per esperienze di apprendimento in senso più ampio: sensoriali, sociali, emotive, di regolazione dei propri stati comportamentali; le interazioni, definite *serve and return interactions*, vedono il caregiver in grado di comprendere i segnali non verbali del neonato e di rispondere in maniera adeguata, in termini di timing, quantità e qualità. (Valenza & Turati, 2022).

Le prime eteroregolazioni, messe in atto dall'adulto nei confronti del bambino, passano dal corpo, tra queste troviamo il cullare e l'accarezzare per far tranquillizzare il bambino; queste si tramutano, con l'avanzare dell'età, come forme di autoregolazione emotiva che possono manifestarsi nel toccarsi i capelli, scrocchiare le dita, respirare profondamente.

La minor responsività in madri depresse agisce negativamente sullo sviluppo comportamentale, fisiologico, cognitivo, sensoriale, sensomotorio e cerebrale del bambino (Field, 2018); alcuni studi indicano che il profilo neurobiologico del bambino alla nascita, a fronte di una depressione anche precedente al parto, può presentare alti livelli di cortisolo e attività vagale depressa simili alle loro madri descrivendo un quadro di profilo neurobiologico adattivo alla bassa responsività della madre con DPP (Depressione postpartum) (Valenza et al., 2022).

2.1.2 Lo sviluppo emotivo

2.1.2.1 Che cosa sono le emozioni

Le emozioni sono stati affettivi profondi e intensi contraddistinti da alterazioni fisiologiche e di breve durata, giocano un ruolo centrale nel dare significato agli eventi della vita di ogni giorno (Lazarus, 1991).

L'emozione può rappresentare una reazione ad un evento eccezionale con evidenti ripercussioni interne che comporta una modificazione e attivazione psicofisiologica dell'individuo, come rossore e sudorazione, le quali, essendo coscienti, producono reazioni comportamentali come pianto o gioia, gridare, fuggire, urlare e molte altre (Vianello et al., 2015).

Plutchik descrive l'emozione come *“una complessa catena di eventi che incomincia con la percezione di uno stimolo e finisce con un'interazione tra l'organismo e lo stimolo che ha dato avvio alla catena di eventi”* considerando come maggiori componenti della catena: valutazione cognitiva, esperienza soggettiva, eccitazione fisiologica, impulso all'azione, comportamento manifesto (Plutchick, 1983, p.242).

Nonostante le varie concettualizzazioni, che sono state esposte nel tempo, si concorda nel far risalire l'origine dello studio delle emozioni a William James (1884), nei suoi *Principles of Psychology* (1890); all'interno dei quali, oltre a darne una definizione, l'autore sottolinea il ruolo del sistema nervoso autonomo nel contribuire all'intensità dell'emozione provata ed alla relativa esperienza associata: la percezione dei cambiamenti a livello corporeo rappresenta l'esperienza soggettiva e, per questo, non può esistere l'una senza l'altra ipotizzando, di conseguenza, come siano le conseguenze delle emozioni facciali a suggerire le emozioni a loro associate (James, 1884). Successivamente Walter Cannon (1927) sottolineerà, a differenza del suo predecessore, il ruolo del sistema nervoso centrale (SNC) su quello autonomo (SNA).

Secondo Darwin (1872) le emozioni hanno una funzione adattiva come reazione a stimoli ambientali, risultato di una selezione naturale e divenute perciò parte della nostra eredità evolutiva; secondo la prospettiva evoluzionistica le emozioni sono l'esito di adattamenti che hanno permesso agli uomini di far fronte alle pressioni legate alla sopravvivenza: la rabbia ci permetterebbe di richiamare il proprio possesso verso qualcosa che ci è stato tolto (Lazarus, 1991) mentre, l'orgoglio, si mostra per ottenere rispetto all'interno di un

gruppo, esso è infatti assente in animali solitari (Shariff & Tracy, 2009). Questo dimostra come le espressioni facciali, che accompagnano un'emozione, non solo servono per comunicare ma suscitano nell'altro una reazione, secondo l'ipotesi del *feedback facciale* sono proprio i movimenti muscolari facciali a contribuire all'esperienza stessa dell'emozione (Tompkins, 1962).

Scherer (1982, 1983) ritiene che *“lo sviluppo emotivo sia condizionato dalle capacità di valutazione del bambino”*, secondo questa teoria è la sua capacità di comprendere se un certo stimolo è nuovo o familiare a permette l'emergere di emozioni quali trasalimento, sorpresa e noia mentre la valutazione, dai 3 mesi, tra raggiungimento di un obiettivo o ostacolo, porta a paura e collera da un lato, contentezza e gioia dall'altro.

Paul L. Harris (1989) ritiene il bambino in grado di riconoscere le espressioni facciali di dispiacere, rabbia e felicità e, di conseguenza, capace di attribuire loro un significato corretto; pone particolare accento alle competenze cognitive che permetterebbero la consapevolezza delle proprie esperienze soggettive e, grazie alla capacità immaginativa acquisita dal secondo anno di vita, la comprensione delle emozioni negli altri.

Case e collaboratori (1988), d'altro lato, mettono in luce l'esistenza di solo due coppie di emozioni innate: gioia contrapposta al dolore e curiosità contrapposta ad apatia; da queste, con dovute maturazioni, emergerebbero poi tutte le altre in modo graduale seguendo la traiettoria di sviluppo del soggetto. A sostegno della loro teoria affermano come gelosia, vergogna e invidia, in quanto emozioni che richiedono l'altra persona e la relazione con essa, non si possono basare su schemi sensomotori, presenti fin dalla nascita e, per questo, non possono essere considerate come innate.

Nel comprendere le emozioni nelle loro caratteristiche più essenziali è importante sottolineare la differenza tra emozioni, stati d'animo e umore. Gli stati d'animo non sempre seguono eventi precisi, possiedono una consapevolezza meno definita e più sfocata, non corrispondono ad un umore diffuso e non sono seguiti da modificazioni fisiologiche. L'umore non è un'emozione ma *“uno stato affettivo diffuso e fluttuante”*, che può persistere a lungo, per ore o giorni, le emozioni, invece, sono molto brevi, da qualche secondo a minuti (Beedie et al., 2005).

All'interno delle emozioni possiamo identificare e distinguere quattro componenti e tre funzioni specifiche (Vianello et al., 2015): lo stimolo scatenante esterno o interno, la valutazione della situazione, la risposta fisiologica, la reazione tonico-posturale e

comportamentale, l'attivazione verso l'azione e la propensione alla comunicazione; quest'ultime fondamentali per evitare che la persona si blocchi invece di reagire in modo idoneo. La funzione comunicativa si configura, non solo, come la necessità di comunicare il proprio stato emotivo all'esterno, ma anche all'interno, configurandosi come "*forma di linguaggio, sia pure di un tipo del tutto particolare: all'inizio biologicamente e non culturalmente strutturato*" (Battacchi, Giovannelli, 1988, p.243).

Le emozioni possono essere distinte in fondamentali, o primarie, e secondarie, anche chiamate sociali o complesse (Lewis, 2002). Coloro che possiedono una base espressiva universale e innata, e che quindi sono comuni anche agli animali, vengono inserite nel primo gruppo e sono: paura, tristezza, rabbia, disgusto, interesse, sorpresa, gioia; d'altro lato: senso di colpa, orgoglio, vergogna, gelosia, imbarazzo, fanno parte del secondo gruppo e richiedono un'elaborazione cognitiva, tipica solo degli esseri umani.

Un aspetto interessante da considerare riguarda ciò che Goleman (1995) identifica come *intelligenza emotiva* affermando come avere il controllo e comprendere le proprie emozioni sia una delle chiavi per avere successo nella propria vita; Mayer e collaboratori (2004) identificano quattro componenti dell'IE (intelligenza emotiva):

accurata percezione ed espressione delle emozioni per comprendere l'emozione delle altre persone, capacità di accedere alle emozioni e produrle al servizio della situazione nella quale la persona si trova, comprensione delle emozioni e del loro significato emotivo, regolazione delle emozioni; le persone che faticano a canalizzare correttamente e adeguatamente le proprie emozioni, non solo hanno un rischio maggiore di soffrire di malattie, ma faticano a mantenere relazioni continuative nel tempo (Atkinson & Hilgard's, 2017). Importante sottolineare come, anche in questo costrutto, giochi un ruolo fondamentale la relazione adulto-bambino, la possibilità di sviluppare queste abilità si sviluppa già a partire delle loro prime interazioni (Goleman, 1996).

Un ulteriore aspetto da considerare, nel comprendere il significato delle emozioni, riguarda le influenze culturali, seguiamo queste come "regole non scritte" grazie alle quali il ragazzo apprende cosa provare, in quale occasione e in che intensità; emozioni con uno stesso nome possono differire molto per il loro vissuto: i Samoani non fanno distinzione tra odio e disgusto (Flavell, Miller e Miller, 1977), gli indiani d'America Utku identificano diversi tipi di paura (Briggs, 1970).

A sostegno di come la componente culturale giochi un ruolo rilevante, uno studio ha messo a confronto due gruppi di soggetti, americani e giapponesi: dopo l'esposizione alla visione di due film, il primo riguardante una conferenza sui viaggi e quindi con basso contenuto emotivo mentre, il secondo, inerente ad un intervento chirurgico, ricco di aspetti emozionali, venivano intervistati; nonostante la rilevazione di espressioni facciali di felicità nel primo film e di disgusto nel secondo, il gruppo Giapponese aveva la tendenza a nascondere i suoi reali sentimenti se intervistati da una persona appartenente allo loro stessa cultura, aspetto non rilevato nel gruppo degli americani (Ekman, 1973). Questo studio dimostra come le convenzioni sociali possono portare alla regolazione delle proprie espressioni emozionali ma, allo stesso tempo, non ne modificano l'esperienza soggettiva.

2.1.2.2 Lo sviluppo delle competenze emotive

Gli autori concordano sulla presenza di alcune “tappe evolutive” nello sviluppo delle emozioni:

tenendo a mente gli stadi dello sviluppo di Piaget, la comparsa di gioia, rabbia, collera e paura si collocano tra i 3 e gli 8 mesi, periodo delle reazioni circolari secondarie, nel quale il bambino è centrato sul mondo esterno e sul raggiungimento degli obiettivi dove l'emozione fornisce anche una comprensione dello scopo superando, in questo modo, la mera riproduzione di azioni che hanno prodotto un risultato positivo o sull'esercizio dei riflessi, elementi che rappresentano, invece, reazioni circolari primarie (Piaget, 1945).

La prima forma di comunicazione del bambino è rappresentata dal pianto e dal sorriso; il primo si presenta già a 10 giorni e può essere utilizzato per esprimere situazioni di disagio mentre, il secondo, a 3-4 settimane si esprime nel sorride alla voce materna come segnale di gioia e felicità (Rutter & Durkin, 1987).

Un ulteriore aspetto d'interesse nello sviluppo delle emozioni riguarda la comparsa delle emozioni sociali, definite *autocoscienti*, durante il secondo anno di vita; queste risultano essere più evolute in quanto richiedono l'esposizione del proprio sé al giudizio o allo sguardo altrui (Berti, Bombi, 2005). Le forme più complesse riguardano le “*emozioni autocoscienti valutative*” che, con i relativi comportamenti di autoregolazione, compaiono verso i 2 anni e mezzo: tra queste troviamo orgoglio, senso di colpa e

vergogna (Lewis, 1992). Vengono definite più complesse in quanto prevedono un confronto tra il proprio comportamento e le norme sociali, si manifestano quando il bambino possiede la capacità di riconoscersi e descriversi (Stipek et al., 1990).

Nello sviluppo delle emozioni si possono prendere in esame diverse teorie di riferimento, tra queste troviamo la *teoria della differenziazione* contrapposta alla prospettiva della *teoria differenziale* e il meccanismo della *simulazione emotiva*. La *teoria della differenziazione*, nella sua prospettiva iniziale di Bridges (1930), vede nel neonato la sola distinzione da uno stato di maggiore a uno stato di minore eccitazione, ; versioni successive affermano come lo sviluppo emotivo sia subordinato a quello socio-cognitivo nel bambino, la progressiva riorganizzazione è possibile per il concomitante sviluppo del bambino ed i relativi cambiamenti a livello cerebrale, cognitivo e sociale (Sroufe, 1979). Secondo la teoria sopra citata ciò che è presente fino ai tre mesi non rappresenta delle vere e proprie emozioni ma precursori di queste ultime; solo a 3-4 mesi compaiono emozioni vere e proprie, queste sono basate su azioni che il soggetto fa sul mondo esterno, con una qualche consapevolezza per la componente più soggettiva di quella emozione. Maggiore conoscenza emerge con l'avanzare dell'età del bambino, dopo i 18 mesi emergono emozioni legate all'affetto per sé stessi, alla vergogna e l'opposizione; successivamente notiamo orgoglio, amore, colpa, intenzione di arrecare danno a qualcuno, più complesse ed elaborate richiedendo abilità più avanzate nello sviluppo (Vianello et al., 2015).

Contrariamente alla teoria della differenziazione, la *teoria differenziale* attribuisce un ruolo di estrema importanza alla componente innata (Izard, 1978) in quanto ritiene che le emozioni primarie, se non presenti già alla nascita, comparirebbero nei mesi successivi secondo un ordine già determinato geneticamente manifestandosi, su base maturazionale, al momento opportuno e assumendo un valore adattivo. I primi 2-3 mesi di vita del bambino sono caratterizzati da esperienze sensorio-affettive, dove le emozioni sono usate al fine di comunicare i propri bisogni e per la formazione del legame madre-bambino, a 3-4 mesi il bambino pone attenzione agli elementi del mondo esterno, a 5 mesi è in grado di riconoscere e rispondere in modo adeguato alle diverse espressioni facciali (Bühler, 1930), infine, dai 9 mesi in poi, sono presenti processi cognitivo-affettivi con conseguente maggiore consapevolezza di sé e delle proprie azioni.

Il concetto di “*simulazione emotiva*” prevede un meccanismo di corrispondenza motoria diretta dove l’osservatore comprende lo stato mentale di un’altra persona attribuendogli una specifica emozione attraverso una riproduzione a livello motorio dove la persona rievoca dentro di sé lo stato emotivo osservato (Valenza et al., 2022); la simulazione interna dell’espressione emotiva conduce alla comprensione delle emozioni corrispondenti (Bastiaansen et al., 2009).

Numerosi studi hanno sottolineato tale aspetto dimostrando come le persone provino emozioni coerenti con le espressioni facciali presenti sul volto che stanno osservando e faticano a provare emozioni incoerenti con ciò che hanno davanti a loro (Neal & Chartrand, 2011; Oberman et al., 2007) ponendo in luce un ulteriore aspetto: il legame tra espressione facciale ed emozione. L’azione di meccanismi di risonanza motoria potrebbe supportare anche la capacità di entrare in empatia con le altre persone (Pfeifer et al., 2008).

La capacità di controllo delle proprie emozioni viene definita “*regolazione emotiva*” ovvero il “*controllare o attenuare efficacemente il proprio stato di attivazione psicofisiologica (arousal) per adattarsi alla situazione sociale in cui si trova e raggiungere uno scopo*” (Rothbart, Bates, 2006; Gross, Thompson, 2006).

Uno degli aspetti che segna il passaggio verso la capacità di controllo è data dalla transizione nell’uso di stimoli esterni a quello di stimoli interni. I bambini piccoli si affidano a stimoli esterni, come il genitore, per regolare l’intensità delle loro emozioni, in questo ha particolare importanza il ruolo del caregiver che, attraverso il cullare o il coccolare, distrae il bambino agitato dal suo stato di sofferenza; tramite questa esperienza acquisisce la capacità di utilizzare risorse interne ricorrendo a forme di autoregolazione (Eisenberg, 2001). Con l’avanzare dell’età si acquisiscono ulteriori capacità come l’abilità di nascondere le proprie emozioni mascherando alcuni sentimenti (Harris, 1989) : a partire dai 6 anni il bambino impara a modificare un’emozione per ingannare l’altra persona adottando espressioni facciali non corrispondenti alla realtà ed ai veri sentimenti, questo è utilizzato per nascondere delusioni, mostrando, di conseguenza, un’espressione del volto convenzionale alle norme sociali (Saarni, 1984).

Le emozioni possiedono quella che viene definita “*competenza emotiva*” (Saarni, 1999), modello di studio delle emozioni dove il focus è sulle esperienze di vita del bambino, il contesto socioculturale nel quale vive facilita la costruzione della conoscenza e, per tanto,

qualità delle interazioni e linguaggio, svolgono un ruolo fondamentale; Saarni (1999, p.2) la descrive come “*l’insieme delle abilità necessarie per poter essere autoefficaci nelle transizioni sociali che elicitano emozioni*”.

La capacità di comprendere le emozioni delle altre persone non si limita solo al saperle riconoscere traducendo i segnali verbali legati all’espressione di un’emozione ma è necessario attribuire loro un significato corretto. Darwin (1872) sosteneva che tale capacità era innata, un *meccanismo di riconoscimento innato* (Quaglia & Longobardi, 2012), grazie al quale il bambino è in grado di comprendere alcune emozioni ad un’età molto precoce. Ricerche successive, in bambini di 10 settimane, hanno confermato tale aspetto: reagivano in modo congruente alle espressioni esperite dalle loro madri dimostrandosi contenti in risposta ad espressioni di felicità, arrabbiati o immobili per rabbia, sbavando o succhiando a vuoto di fronte a tristezza (Haviland e Lelwica, 1987). Questo sembra testimoniare una comprensione precoce che, a partire dagli 8 mesi, si traduce nell’interpretazione di espressioni d’ansia o incitamento da parte delle madri in situazioni di *social referencing*: la figura genitoriale può quindi fungere da modellatore del comportamento del figlio fornendo un segnale per la risposta alla situazione (Klinnert, 1984).

Seguendo la traiettoria di sviluppo del bambino si osserva che: a 12 mesi di età risulta essere in grado di comprendere anche espressioni che la madre rivolge all’ambiente esterno leggendole nell’ottica di commento verso la situazione che si presenta (Klinnert, 1984), a 15 mesi il bambino può evitare un gioco, anche dopo trenta minuti, se un estraneo proferisce parole negative e arrabbiate verso l’oggetto in questione (Bradshaw et al., 1986); dopo il primo anno di vita la comprensione è tale da portare l’intervento del bambino, in situazioni che reputa negative, al fine di consolare l’altra persona (Dunn et al., 1981).

L’abilità evolutivamente più avanzata è rappresentata dalla competenza empatica; l’empatia è costituita da due componenti: la componente cognitiva e affettiva. La prima richiama riguarda la capacità di comprendere il punto di vista dell’altro mettendosi nei suoi panni e vedendo la situazione dalla sua prospettiva; tale componente si colloca come co-occorrente nel determinare la risposta empatica ed è perciò strettamente legata alla componente affettiva, quale capacità di condividere lo stato emotivo dell’altro (Hoffman, 2001).

Secondo Hoffman (2001) lo sviluppo dell'empatia vede l'emergere di cinque diverse modalità che, una volta manifestate, continuano ad operare non sostituendosi tra di loro: distress empatico globale, distress empatico egocentrico, distress empatico quasi-egocentrico, vera empatia, distress empatico oltre la situazione, a partire dai 9 anni.

Secondo quanto riporta Harris (1989) verso i 2-3 anni, acquisendo consapevolezza dei propri stati emotivi, il bambino è in grado non solo di rivivere, in forma minoritaria, ciò che prova l'altro, ma anche costruirsi la relativa immagine a livello cognitivo; questo porta, in un'età successiva, tra i 3 e i 6 anni, alla consapevolezza di come la reazione verso gli stimoli sia soggettiva e che quindi una stessa situazione possa suscitare sentimenti antitetici in persone differenti (Harris et al., 1989), questi rappresentano importanti aspetti maturazionali nello sviluppo della *cognizione sociale*.

Importante quindi sottolineare come lo sviluppo cognitivo non proceda in un vuoto affettivo, ma di come cognizione e emozione si influenzino tra loro e concorrano insieme per favorire l'adattamento e la sopravvivenza dell'uomo (Quaglia & Longobardi, 2012). L'emozione può rafforzare la cognizione ma non possono esistere stati emotivi senza comprensione e valutazione cognitiva (Lichtenberg, 1989), non esistono allo stato puro, non si manifestano, a livello di sviluppo maturativo, l'uno prima dell'altro, ma sono inseparabili e inscindibili.

2.2 Strumenti per la valutazione

2.2.1 Misure utilizzate nel bambino

Nell'ottica dello sviluppo socio-emotivo sono molti gli strumenti che possono essere presi in considerazione per la sua valutazione individuando le diverse e singole variabili presenti al suo interno.

Le *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Terza Edizione* (Bayley-III; Bayley, 2006) rappresentano una revisione della seconda edizione (BSID-II; Bayley, 1993) che valuta lo sviluppo del bambino da un mese ai 3 anni e mezzo, al fine di individuare, in modo precoce, un possibile ritardo nello sviluppo; vengono indagate 5 aree di cui 3 prevedono una somministrazione diretta (cognitiva, linguaggio, motoria) mentre 2 sono rivolte ai genitori e misurate attraverso un questionario (socio-emozionale, comportamento adattivo).

Il DP-3 (*Developmental Profile 3*, Alpern, 2015), formato da 180 item, prevede un'intervista o un questionario somministrato ai genitori del bambino o alla persona che si prende cura di lui con lo scopo di valutare lo sviluppo dei bambini e adolescenti fino ai 12 anni di età e 11 mesi, formato da 5 scale: motoria (35 item), comportamento adattivo (37 item), socio-emotiva (36 item), cognitiva (38 item), comunicazione (34 item).

L'aspetto sociale è di rilevante importanza nel funzionamento quotidiano del bambino e può essere esaminato più nel dettaglio dalle SSRS (*Social Skills Rating Scale*, Gresham & Elliot, 1990), valutano le abilità sociali, in modo particolare la cooperazione, l'empatia, l'autocontrollo, l'assertività, la responsabilità e la cooperazione, dove, nella versione per genitori, vengono valutati principalmente aspetti esternalizzanti, internalizzanti e iperattività.

Nell'ottica di considerare gli effetti all'interno del comportamento, che si ripercuotono nel suo sviluppo sociale, il gold standard di riferimento è dato dalla scala CBCL (*Child Behaviour Checklist*, Achenbach & Rescorla 2001) che, nella sua versione prescolare, prevede 110 item che delineando un profilo comportamentale identificabile in 7 sottoscale sindromiche (ritiro, ansia/depressione, problemi somatici, problemi sociali, reattività emotiva, problemi attentivi, problemi di sonno, problemi di aggressività) e 3 globali: problemi totali, che delineano l'entità totale dei problemi di comportamento, problemi internalizzanti e problemi esternalizzanti. Una variante di tale strumento è data dalla CBCL-DP (*Child Behaviour Checklist- Dysregulation Profile*, Achenbach & Rescorla, 2001), sommando i punteggi standard delle tre sottoscale sindromiche quali: ansioso/depresso, comportamento aggressivo e problemi di attenzione, si deve ottenere un punteggio superiore alle due deviazioni standard in almeno due scale per presentare profili caratterizzati da irritabilità e aggressività.

Possiamo trovare, sempre nella rilevazione di problematiche legate al comportamento del bambino, i seguenti strumenti: K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School age Children Present and Lifetime version*, Kaufman et al., 1997), CRS-R (*Conners' Rating Scale-Revised*, Conners, 2007), SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*, Goodman, 1997), MOAS (*Modified Overt Aggression Scale*, Kay et al, 1988).

L'intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini ed adolescenti (K-SADS-PL) è un'intervista semistrutturata che consente di fare una

diagnosi secondo i criteri del DSM-III-R e DSM-IV; di recente è stata modificata e proposta una nuova versione in linea con l'edizione aggiornata del DSM-5 (Kaufman et al., 2019).

Le CRS-R permettono una valutazione dei comportamenti problematici in età evolutiva dai 3 ai 17 anni, sono presenti 3 diverse versioni: una compilata dai genitori (CPRS-R), una dagli insegnanti (CTRS-R) e un questionario per adolescenti dai 12 ai 17 anni (YSR-R). Dalle domande compilate dai genitori emergono 7 sottoscale (oppositività, disturbi cognitivi, iperattività-impulsività, ansia-timidezza, perfezionismo, problemi sociale e tratti somatici), indici per problemi di iperattività e disattenzione e, infine, un indice totale per il comportamento problematico; dai questionari compilati dagli adolescenti si ricavano 6 sottoscale (problemi famigliari, problemi emotivi, problemi di condotta, disturbi cognitivi, problemi di autocontrollo, iperattività) e un indice ADHD.

Il *questionario sui punti di forza e debolezza del bambino* (SDQ), è utilizzato per valutazioni di screening, più che cliniche, con una versione self-report per genitori e per insegnanti. La sua somministrazione prevede 25 item di risposta che valutano problemi di condotta, iperattività, comportamenti prosociali, sintomi emotivi, difficoltà riscontrate nel gruppo dei coetanei; tale strumento risulta essere attendibile e caratterizzato da un'affidabilità soddisfacente.

Infine, troviamo il MOAS, una scala di valutazione settimanale dell'aggressività con quattro diverse sezioni: aggressività verbale, fisica contro oggetti, fisica autodiretta, fisica eterodiretta.

2.2.2 Misure utilizzate nell'adulto

Prendendo in considerazione lo stretto legame tra sviluppo del bambino e l'instaurarsi precoce di un buon legame di attaccamento come fattore di protezione, sono presenti questionari e strumenti che permettono di valutare da un lato, il parenting e lo stato mentale del genitore, dall'altro l'importanza della capacità regolatoria esterna operata dalle figure di riferimento.

La prima variabile è misurata attraverso alcuni strumenti tra cui: il PSI (*Parenting Stress Index*, Abidin, 1995), uno strumento self-report composto da 101 item al fine di un'identificazione precoce di sistemi relazionali stressanti fra un mese e 12 anni di età del bambino, l'APQ (*Alabama Parenting Questionnaire*, Shelton et al., 1996), questionario

formato da 42 item che valutano il coinvolgimento dei genitori oltre che al parenting positivo e il monitoring o la punizione fisica, l'AAI (*Adult Attachment Interview*, George et al., 1985).

La capacità regolatoria del caregiver è meglio esaminata dal: ERQ, (*Emotional Regulation Questionnaire*, Gross & John, 2003) formato da 10 item che valuta le differenze individuali nell'adottare strategie di regolazione emotiva e dal DERS (*Difficulties in Emotional Regulation Scale*, Hallion et al., 2018) formato da 36 item che indaga le difficoltà nella regolazione delle emozioni.

La qualità dell'interazione tra la madre ed il suo bambino rappresenta uno dei fattori fondamentali per lo sviluppo del bambino, dal momento che permette di esplorare l'ambiente circostante e, allo stesso tempo, di avere un contatto fisico che trasmette sicurezza e affetto; tali aspetti possono essere valutati attraverso il PAI (*Positive Affect Index*, Bengtson & Schrader, 1982) e EAS (*Emotional Availability Scales*, Biringen & Robinson, 1991; Biringen, Robinson & Emde, 1998; Biringen, 2008).

Il primo è formato da un indice composto di due parti che valutano i sentimenti della madre rispetto al figlio e la sua percezione dei sentimenti che il figlio prova nei suoi confronti prendendo in considerazione 5 dimensioni: comprensione, equità, fiducia, rispetto e affetto.

Le *Emotional Availability Scales* sono uno strumento utilizzato per la misurazione della disponibilità emotiva, ovvero una connessione sana dal punto di vista emotivo all'intero di una relazione. Robinson e Biringen (1991), al fine di rendere il costrutto applicabile nella ricerca, hanno sviluppato tali scale per osservare e valutare l'interazione tra caregiver e bambino. L'aspetto interessante riguarda l'importanza attribuita al bambino, quale agente attivo nella costruzione del legame con l'altra persona con le sue caratteristiche e qualità che influenzano i comportamenti e le risposte di quest'ultima (Saunders et al., 2015). Le EAS, attraverso griglie osservative applicate durante l'osservazione dell'interazione o nella visione di quest'ultima, precedentemente registrata, identificano 6 diverse scale, due delle quali riferite al bambino (responsività, coinvolgimento dell'adulto) e 4 relative al genitore (sensibilità, strutturazione, non-intrusività, non-ostilità) dove, i primi due indici di ogni scala, possono ottenere un punteggio da 1 a 7 mentre, per i restanti 5, il punteggio varia da 1 a 3.

2.3 Effetti della depressione materna sullo sviluppo del bambino

Durante l'infanzia le conseguenze principali che possono emergere in relazione alla depressione materna riguardano problemi di controllo degli impulsi aggressivi, difficoltà temperamentali, incompetenza sociale, dis-regolazione delle emozioni e problemi di attaccamento; durante il primo anno, successivo al parto, le madri costituiscono gran parte dell'ambiente sociale dei loro bambini mediando la loro esperienza con il mondo esterno (Eisenberg, 2001). Nell'ottica dello sviluppo emotivo del bambino risulta di estrema importanza il ruolo della figura genitoriale che lo aiuta nella regolazione e nel controllo delle proprie esperienze emotive; le madri, interagendo con i loro bambini, permettono loro di apprendere a descrivere i propri stati emotivi favorendo, allo stesso tempo, non solo la comprensione dei sentimenti delle altre persone (Dunn et al., 1991), ma anche una loro migliore integrazione del concetto di sé e del proprio comportamento interpersonale (Fivush, 1990). Il grado di responsività e le abilità di regolazione che il genitore trasferisce al figlio determinano le capacità di regolazione di quest'ultimo, i figli imitano i modelli a cui sono esposti tramite modeling e social refering permettendo, attraverso la ripetizione costante di esperienze di mutua regolazione, il loro interiorizzarsi, laddove si riscontrano mancanze nelle capacità in questo processo, si hanno interferenze ed influenze anche nella personale esperienza empatica.

Un numero consistente di studi indicano gli effetti negativi che la depressione postpartum esercita sullo sviluppo della relazione madre-bambino e sullo sviluppo stesso di quest'ultimo; Campbell e collaboratori (1990) hanno riscontrato maggiore negatività nelle madri depresse e minore positività nei bambini rispetto alle diadi non depresse. Coerentemente a tale studio, Stein e collaboratori (1991) riscontrano, in bambini di 19 mesi con madri con DPP (depressione post partum), una condivisione affettiva e socievolezza con gli estranei significativamente inferiore alla media mostrando un maggior disagio durante le brevi separazioni dalla madre rispetto a coloro che non sono a contatto con tale sintomatologia; in studi successivi Murray (1992) evidenzia una superiore insicurezza nell'attaccamento, in bambini di 18 mesi con madri con DPP, rispetto a figli di madri senza depressione post partum.

Nell'ottica degli studi dell'Infant Research si osserva cosa accade nei bambini nel momento in cui vengono ricongiunti alla loro madre. Bambini sicuri appaiono

visibilmente turbati dalla separazione avvenuta e vengono prontamente confortati dalla madre, essendo poi in grado di ricominciare serenamente la loro esplorazione; dall'altro lato, bambini insicuri-evitanti, risultano essere indifferenti a fronte della separazione, non considerando la madre al suo ritorno e continuando la loro attività senza distogliere lo sguardo (Beebe & Lachmann, 2002).

In uno studio (Koulomzin, 1993; Koulomzin et al., 1993), bambini evitanti guardano la loro madre circa la metà del tempo rispetto a bambini con attaccamento sicuro, utilizzando forme di autoregolazione, a 4 mesi, come strategia per mantenere lo sguardo reciproco, attraverso comportamento tattile autoconsolatorio nei confronti del proprio corpo. Tale ricerca dimostra come, nei bambini evitanti, le strategie autoconsolatorie messe in atto, giocano un ruolo importante nel mantenimento del legame con la propria madre dove, lo stato interiore e lo stato di relazione, vengono co-costruiti. Si è inoltre riscontrato, da studi successivi (Sarro, 1993; Goldstein, 1993; Zicht 1993), come i disturbi dell'autoregolazione a 4 mesi siano predittivi sull'attaccamento insicuro a 1 anno e della risposta al linguaggio materno a 2 anni, questo perché la mancanza di risposta da parte del bambino alle comunicazioni vocali della madre, conseguenza dell'attaccamento insicuro-evitante, compromette l'acquisizione del linguaggio; ancora una volta tale aspetto mette in luce come madre e bambino si influenzino reciprocamente.

Bettes (1988) ha studiato gli effetti della depressione postpartum sul linguaggio che la madre utilizza verso il suo bambino: madri depresse faticano, o non riescono, nel modificare il loro comportamento in base alle azioni messe in atto dai loro figli, mostrandosi come significativamente più lente nel rispondere alle vocalizzazioni del bambino.

La depressione postpartum può quindi andare ad influenzare anche l'attaccamento madre-bambino, aspetto fondamentale per la crescita emotiva e sociale di quest'ultimo, fornendo una base sicura da cui il bambino esplora non solo l'ambiente circostante ma anche le proprie emozioni (Lutkiewicz et al., 2020); la mancanza di contatto dal punto di vista fisico, visivo e affettivo con il proprio bambino può essere data dalle difficoltà emotive che quest'ultima vive, conseguenti alla sua sintomatologia (Śliwerski et al., 2020).

La minore reattività contingente, che rende le risposte materne incoerenti, conduce a confusione nel neonato, dal momento che non è in grado di prevedere i comportamenti che la madre effettua nei suoi confronti (Brookman et al., 2023). Tali circostanze possono

portare all'emergere di stili e modelli di attaccamento insicuri che a loro volta conducono verso problemi emotivo-comportamentali, causa di difficoltà nella regolazione emotiva e nell'instaurarsi delle relazioni sociali (Benoit, 2004).

La ridotta reattività nella madre, e la difficoltà nel creare un ambiente stimolante per il bambino, possono influenzare anche lo sviluppo cognitivo, esso è estremamente legato alla sfera emotiva, dal momento che, benessere in questo campo, accompagnato da attaccamenti sicuri, fornisce al bambino le basi per apprendere e sviluppare abilità cognitive più avanzate (Cassidy et al., 2013).

In accordo con tale aspetto, Siegel (1999) espone il concetto di "*finestra di tolleranza*": a fronte di una buona regolazione emotiva lo stato di arousal segue un andamento sinusoidale, da stato di ipo a stati di iper-arousal, nella disregolazione emotiva, d'altro canto, la "finestra" viene superata, per tale motivo la persona si mostra fuori controllo o apatica, il ruolo dell'adulto si esprime nella capacità di mantenere tale equilibrio.

In quest'ottica un fattore di rischio è rappresentato dall'indifferenza o l'assenza della madre che potrebbe portare, non solo a difficoltà regolatorie nel bambino, ma anche ad una perdita d'interesse verso l'esplorazione del mondo esterno; alla luce di quest'ultimo aspetto si può notare un forte collegamento tra sviluppo emotivo e cognitivo, un ritardo nel primo si riflette in un rallentamento del secondo come conseguenza ad un disturbo dell'umore presente in forma di depressione. (Quaglia & Longobardi, 2012).

Fin dai primi anni di vita tra la madre e il bambino si attiva un forte dialogo emotivo, quest'ultimo è in grado di riconoscere le espressioni facciali emotive e reagirvi in modo adeguato sottolineando come le loro risposte non costituiscano delle semplici imitazioni, laddove la madre esprime tristezza o preoccupazione, i bambini mostrano di comprendere tale sentire distogliendo lo sguardo o interrompendo la loro attività (Cummings, 1987; Jordano, 1986).

Nell'ottica del *social refering* il comportamento del bambino è guidato dalle emozioni che la madre o gli adulti attorno a lui manifestano, tali emozioni rappresentano la sua prima chiave di lettura del mondo esterno, influenzando, di conseguenza, la sua esplorazione (Quaglia & Longobardi, 2012); nel corso del primo anno di vita è proprio l'atteggiamento della madre che incoraggia o meno il bambino nelle sue iniziative.

Le emozioni regolano e organizzano il pensiero e l'azione, lo scopo al quale vogliamo arrivare è collegato all'emozione quale meccanismo motivazionale (Amato, 2017); gli

schemi mentali che la persona possiede conducono l'individuo, la realtà non è oggettiva e ciò che conta non è la situazione reale ma come la donna vive quella circostanza: ciò che differenzia le risposte emozionali tra loro è dato dall'interpretazione soggettiva delle situazioni (Grossi & Trojano, 2009).

Ciò che si osserva nella persona depressa è lo svilupparsi di schemi depressogeni attraverso i quali “guarda” il mondo: *“strutture interne, relativamente permanenti che vengono utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati”* (Beck, 1964, 1967; Beck et al., 1979; Clark et al., 1999).

Perciò, se da un lato la felicità conduce verso l'azione o ad uno stato di benessere, successivo al raggiungimento di un obiettivo, la tristezza, d'altro canto, ci blocca segnalando un fallimento (Castelfranchi, 2022).

I centri emozionali presenti nel cervello, in modo particolare l'amigdala, estremamente importante nella risposta immediata, esaminano lo stimolo esterno prima ancora dei centri adibiti alla pianificazione e strategia d'intervento (Atkinson & Hilgard's, 2017) l'emozione è la forza motivatrice verso l'agire (Legrenzi & Jacomuzzi, 2021); la lettura emotiva del mondo circostante effettuata dalla persona con sintomatologia depressiva la indirizza verso errori cognitivi o distorsioni (biases) dove: *“il paziente compie automaticamente un'interpretazione negativa d'una situazione, anche se esiste una spiegazione più ovvia e più plausibile. Egli modifica i fatti per adattarli alle proprie conclusioni negative precostituite”* (Beck, 1967).

Le distorsioni descritte da Beck riguardano: l'astrazione selettiva, l'ipergeneralizzazione, la deduzione arbitraria, il pensiero dicotomico, la minimizzazione, da un lato, e l'ingigantimento dall'altro, infine, la personalizzazione, aspetto che conduce alla tendenza ad assumersi la colpa in assenza di elementi che giustifichino tale attribuzione. Il comportamento “depresso” materno, riscontrabile in minor affetto positivo e diminuzione di attività, presente nelle diadi madre-bambino, conduce ad una minore propensione all'azione negli stessi bambini di età compresa tra i 3 e i 6 mesi generalizzando tale comportamento alle interazioni con adulti non depressi (Field et al., 1988).

Uno studio interessante (Cohn et al., 1991) riporta il valore positivo delle cure non materne sullo sviluppo del bambino: il tempo trascorso con caregiver alternativi, nel

periodo durante il quale le madri soffrivano di sintomatologia depressiva o erano in fase di recupero, influenzava positivamente lo stabilirsi del legame di attaccamento.

In accordo con tale aspetto la letteratura riporta come la depressione materna abbia un impatto negativo sullo sviluppo generale del bambino, si riscontrano deficit cognitivi significativi nei bambini di madri con tale sintomatologia durante il primo anno di vita (Cogill et al., 1986), ancora una volta a sostegno dell'estrema sensibilità del neonato al suo ambiente interpersonale (Murray, 1988) di cui fa esperienza nella quotidianità; la minor capacità materna di risposta e affetto positivo verso il proprio bambino potrebbe compromettere la capacità dei figli di apprendere e svilupparsi (Black et al., 2007; Liu et al., 2017).

La psicopatologia materna costituisce quindi un fattore di rischio verso la comparsa di problemi emotivi e comportamentali nei bambini nei primi anni di vita (Chatoor et al., 2000; Sameroff, 2000; Thomas et al., 1968) riguardando, oltre a problemi nella regolazione affettiva e nell'instaurarsi di modelli di attaccamento di tipo insicuro, come sopra citato, anche sintomi emotivi, problemi di condotta, problemi con i coetanei (Judith van der Waerden et al., 2015), disregolazione emotiva (Kalita, 2009), più bassa abilità nel regolare la paura (Feldman, 2009), maggiore ansia (Walker et al., 2013) e temperamento difficile (Hanington et al., 2010).

In un'ottica di trasmissione del rischio psicopatologico si osserva, in figli di madri con DPP (depressione postpartum), oltre a maggiori probabilità di sviluppare deficit cognitivi e problemi socioaffettivo-comportamentali, un rischio elevato verso disturbi psichiatrici e medici nell'adolescenza (Pearlstein et al., 2009; Misri et al., 2006).

Numerosi studi si sono concentrati sulle potenziali influenze sulla prole segnalando: disturbo oppositivo-provocatorio e disturbo della condotta (Pawlby et al., 2008), disattenzione-iperattività, ansia da separazione (Lusskin et al., 2007; Hay et al., 2003), bassi punteggi sul versante cognitivo (Johnson et al., 2007; Kurstjens et al., 2001), rischio maggiore per le aree legate allo sviluppo motorio e del linguaggio (Urizar & Muñoz, 2021), comportamento violento e abuso di sostanze (Hay et al., 2003; Johnson et al., 2007), disturbo del sonno (Martucci et al., 2021); tali aspetti sembrano riflettere sia l'influenza genetica che la correlazione gene-ambiente (Dale et al., 2008).

Uno studio, che si è posto di osservare il funzionamento generale e il trattamento di 220 soggetti di età compresa tra i 6 e i 23 anni sul rischio di disturbo di depressione maggiore,

ha riscontrato un aumento della prevalenza generale di depressione maggiore e abuso di sostanze, trattamento psichiatrico, scarso funzionamento sociale e problemi scolastici nei figli di genitori con depressione rispetto ai figli di genitori senza sintomatologia, con un'età media di esordio significativamente minore in figli di probandi depressi (Weissman et al., 1987).

2.3.2 I disturbi del comportamento del bambino

Lo sviluppo del comportamento influenza ed è influenzato dal contesto nel quale viviamo, l'ambiente familiare incide profondamente sui nostri comportamenti (Valenza et al., 2022).

Rotnem (1989) afferma l'ipotesi per cui i figli di madri con significativa depressione, durante i primi mesi della loro vita, mostrano maggiori difficoltà nel comportamento nel periodo che intercorre tra i 4 e gli 8 anni d'età rispetto ai figli di madri senza sintomatologia depressiva.

I disturbi del sonno sono uno dei risultati, dal punto di vista comportamentale, comunemente osservati nei bambini con madri con depressione postpartum. Milgrom, (1999) ha evidenziato come nei figli di madri depresse si rilevi una maggiore presenza di disturbi emotivi, comportamentali, disturbi del sonno, problemi di alimentazione, temperamento e problemi di separazione; Murray (1992) sottolinea la presenza di disturbi comportamentali a 18 mesi nei bambini di madri depresse, rispetto a madri assenti della sintomatologia, aspetto maggiormente evidente per il genere maschile.

Questi bambini possiedono maggiori difficoltà nel regolare i ritmi del sonno, caratterizzati da frequenti disturbi notturni, a mantenere il sonno per un tempo prolungato, o complicazioni nelle fasi di addormentamento; tali aspetti non fanno altro che aumentare la sensazione di disagio e incapacità avvertita dalla madre, esacerbandola (Field, 2010; Peltonen H et al., 2023). Si riscontrano un numero più elevato di problemi di alimentazione che si traducono in una crescita inadeguata, con difficoltà anche nel passaggio e nell'accettazione delle consistenze dei cibi solidi, anche questi elementi aumentano lo stress percepito dalla figura materna e un sovraccarico della diade (Islam et al., 2021). Osservando gli effetti a lungo termine si riscontra, in questi figli, con l'avanzare dell'età, un maggior rischio di sviluppo di problemi legati all'attenzione,

all'iperattività, controllo degli impulsi, regolazione emotiva ma anche alla sfera internalizzante (Smith-Nielsen et al., 2016).

Le abilità di regolazione emotiva rappresentano un aspetto di fondamentale importanza anche verso lo sviluppo comportamentale del bambino al fine di progredire verso il benessere psicologico e il funzionamento adattivo; in quest'ottica, la difficoltà nella regolazione emotiva, è associata a problemi comportamentali esternalizzanti tra cui comportamenti aggressivi e incontrollati che minacciano le interazioni sociali, portando all'isolamento e al rifiuto da parte dei coetanei (Hanish et al., 2004).

I precursori del comportamento aggressivo si possono osservare già durante il primo anno di vita; in modo particolare, durante il secondo, si osserva una prima forma di aggressione strumentale (Dodge et al., 2006), svincolata all'emozione, dove lo scopo è l'acquisizione dell'oggetto d'interesse e non un danno personale. Con lo sviluppo socio-cognitivo del bambino, ed il suo processo maturativo, varia il modo attraverso il quale il bambino manifesta ostilità verso l'esterno, prima fisicamente poi verbalmente: acquisendo capacità di lettura dei segnali non verbali, tra gli 8 e gli 11 anni, aumenta l'aggressione indiretta (Björkqvist, 1994).

La buona capacità "riparativa" del genitore nei confronti del figlio risulta di estrema importanza nei processi di sintonizzazione affettiva; il porre limiti, regole morali e sociali scatena nel bambino l'attivazione di sentimenti di frustrazione, paura, vergogna, tristezza e dispiacere che, qualora la relazione sia caratterizzata da sicurezza con qualità positiva e coesa del legame di attaccamento, permetterà il riconoscimento di tali stati emotivi in modo costruttivo e non minacciante (Muratori & Lambruschi, 2020). Il caregiver è perciò in grado di comprendere gli stati emotivi del figlio aiutandolo a tollerarli, permettendo a questi sentimenti di non trasformarsi in rabbia disregolata e intollerabile. Al contrario, di quanto sopra riportato, nei modelli di attaccamento insicuri, la rabbia può diventare la modalità attraverso la quale il bambino gestisce e regola lo stato della relazione (Lambruschi & Muratori, 2013). Uno studio ha evidenziato come attaccamento sicuro sia maggiormente associato a fiducia nella figura materna e, di conseguenza, a migliori processi di socializzazione con i coetanei del figlio (Kochanska et al., 2010).

Nell'origine dei disturbi esternalizzanti è stato evidenziato come, il processo interattivo con presenza di cicli coercitivi tra genitori e bambino (Patterson, 1986), sia il risultato dell'unione tra un bambino con un temperamento difficile e un genitore non capace di

comprendere i bisogni del figlio. Si osserva come i quadri diagnostici dei Disturbi della Condotta (DC, DSM-5) siano associati alla presenza di psicopatologia nei genitori, di come sintomi depressivi materni e comportamenti delinquenti paterni possano portare lo sviluppo di DC (Pffiffer et al., 2005). Questo legame può essere spiegato dal fatto che un quadro psicopatologico influisce nella percezione del comportamento del figlio e, di conseguenza, anche nella sua modalità di relazionarsi con lui (Frick et al., 1992) dove, a sua volta, la scelta di pratiche educative dure ed imponenti, aumentano il comportamento disturbato dei figli rafforzando la percezione sbagliata del genitore.

Alcuni autori (Querido et al., 2002) hanno evidenziato come la sintomatologia depressiva della madre muta la percezione del comportamento del figlio vedendolo come più alterato nei momenti di maggior depressione.

Il contesto relazionale e la possibilità di instaurare relazione di attaccamento sicure o meno rappresentano variabili di protezione, o dall'altro lato di rischio, nell'emergere di problematiche comportamentali; in modo particolare si osserva una relazione tra attaccamento disorganizzato e sviluppo di problematiche nella sfera dei disturbi esternalizzanti (Main & Salomon, 1990; Groh et al., 2012). Già Bowlby aveva osservato come l'insicurezza nella creazione dei primi legami può essere un fattore determinante nello sviluppo di aggressività e comportamento antisociale (Bowlby, 1944).

Uno studio recente (Whittenburg et al., 2023), in un gruppo di mamme per il 76% Afroamericane con i loro bambini di età prescolare, è andato ad indagare l'associazione tra i sintomi depressivi materni e le problematiche all'interno del comportamento del bambino, in modo particolare vedendo l'attaccamento come un fattore protettivo. Dallo studio emerge un'associazione tra i sintomi depressivi materni (MDS) ed elevati problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini di età prescolare, a conferma di studi precedenti (Koblinsky et al., 2006); il dato più interessante emerge dall'associazione differente tra le variabili: l'effetto di mediazione, dato dalla sicurezza dell'attaccamento, era presente solo tra MDS e sintomi internalizzanti, per quanto riguarda invece le problematiche di natura esternalizzante si osserva una relazione predittiva tra questi ultimi e attaccamento.

Si può quindi sottolineare come il contesto relazionale e l'ambiente quotidiano di vita del bambino abbiano un ruolo fondamentale nel regolare le modalità di espressione emotivo-affettiva-comportamentale del bambino dove profili più critici, a livello temperamentale,

si trovano di fronte a genitori che, con il loro stato mentale, possono esacerbare la disregolazione del figlio (Muratori & Lambruschi, 2020).

2.3.3 L'interazione madre-bambino

Grazie ai numerosi studi dell'Infant Research, si è notato come l'ambiente di accudimento ha un ruolo di estrema importanza nello sviluppo e nell'organizzazione psichica del bambino.

Sroufe (1995) afferma: *“il corso generale dello sviluppo emozionale può essere descritto come movimento dalla regolazione diadica all'autoregolazione dell'emozione. Inoltre, la regolazione diadica costituisce il prototipo dell'autoregolazione; le radici delle differenze individuali nell'autoregolazione dell'emozione sono presenti all'interno dei modelli caratteristici della regolazione diadica”*.

Beebe e Lachmann (2014) parlano di un *“mondo presimbolico”* dove si organizza il dialogo della diade sulla base di processi di autoregolazione e regolazione interattiva che, a loro volta, generano *“schemi che il bambino impara a riconoscere, ricordare e prevedere”*. In quest'ottica la depressione postpartum ha conseguenze nell'interazione tra la donna ed il figlio, con rischio maggiore per coloro che presentano forme di depressione anche prima della nascita. Madri depresse partoriscono bambini più inclini al pianto e difficili da consolare notando una correlazione importante: più depressa è la madre più irritabile è il suo bambino (Amato, 2017).

La DPP conduce la donna ad una fatica maggiore nell'interazione con il figlio, nel prendersi cura di lui a causa di una minore sensibilità e attenzione da parte sua (Stein et al., 1991), questo potrebbe determinare un circolo vizioso dove il pianto del bambino, ad esempio, non fa altro che aumentare i sentimenti negativi materni rendendo ancora più difficoltoso l'instaurarsi di un legame. L'importanza delle prime interazioni madre-bambino è ampiamente sostenuta dalla ricerca, la madre che parla, gioca, sorride con il proprio neonato rappresenta il *“cibo”*, metaforico, essenziale per lo sviluppo socio-cognitivo di quest'ultimo; la difficoltà nel relazionarsi e rispondere a lui, nei casi di depressione postpartum, può portare a disturbi dell'attaccamento e del comportamento (Leveni et al., 2009) oltre che alla percezione, da parte della madre, di incapacità, aspetto che non fa altro che aumentare il suo senso di colpa e vergogna verso il non considerarsi idonea per questo *“compito”*.

Alcuni studi hanno analizzato i possibili effetti a lungo termine della DPP materna sul neonato, in modo particolare in casi di depressione di lunga durata associata a difficoltà a livello sociale e di conflitto con il proprio partner, troviamo, oltre a disturbi dell'attaccamento sopra citati, anche disturbi cognitivi e sociali (Murray & Cooper, 1997a), difficoltà nel relazionarsi con altri bambini della famiglia, compromissione generale dello sviluppo del bambino (Murray & Stein, 1989) e, nei casi più gravi, situazioni di negligenza, trascuratezza e maltrattamento (Scott, 1992).

Già nelle prime otto ore di vita si osserva uno scambio di suoni tra madre e bambino, la madre sensibile, al momento dell'allattamento, tocca il bambino solo quando è lui a smettere di succhiare in modo da non essere intrusiva nell'azione (Pridham et al., 1989), l'interazione faccia-a-faccia, che diventa sempre più elaborata nello scorrere dei giorni (Lier, 1988), permette di porre le basi per lo sviluppo sociale del neonato.

Uno scambio diadico considerato *sufficientemente buono* si basa sulla capacità della madre di rispondere in maniera sensibile e contingente ai segnali del bambino facendosi guidare dalle sue risposte al fine di instaurare una comunicazione bidirezionale e offrendo, allo stesso tempo, un ambiente di contenimento sicuro e costante; la teoria psicodinamica postula uno sviluppo positivo del senso di sé del bambino ad un ambiente affidabile e all'abilità adeguata della figura materna nel rispondere ai suoi bisogni (Winnicott, 1974; Davis & Wallbridge, 1981), questo permette la crescita del suo senso di padronanza e di controllo degli eventi.

Alcuni comportamenti riscontrati nelle madri con depressione postpartum riguardano: un minor scambio oculare (Fiel et al., 1985), un minor risposta attiva e contingente (Murray, 1988), minor tono affettivo (Bettes, 1988), descrivendole come emotivamente distaccate, poco coinvolte, insensibili, piatte (Gelfard e Teti, 1990; Goodman, 1992); lo stesso massaggio infantile, molto spesso consigliato per stabilire un legame con il proprio bambino, deve essere adattato alla sintomatologia della madre in quanto i sentimenti, anche negativi, si trasferiscono attraverso il tatto e vengono comunicati al figlio (Leveni et al., 2009).

Nel considerare le diverse manifestazioni di DPP è bene tenere a mente le numerose differenze individuali che possono emergere, le interazioni potrebbero oscillare tra i due versanti opposti, da un lato essere totalmente assenti, dall'altro essere molto intrusive (Cohn & Tronick, 1989; Cox, 1988; Murray, 1988): possono coinvolgere il bambino nella

loro sfera depressiva, distanziarsi da lui e allontanarlo o essere capaci e presenti (Milgrom, 1991); necessario sempre prendere in esame anche il sesso del bambino che può giocare un ruolo importante: madri depresse sembrano essere più intrusive con i figli maschi (Hart et al., 1998).

La depressione si manifesta anche a livello motivazionale dove la persona non ha voglia ed interesse nel partecipare ad eventi sociali privilegiando ritiro e isolamento, questo si può presentare anche in relazione con il proprio bambino, non volendo interagire con lui (Amato, 2017). La madre con depressione postpartum faticano nel garantire al figlio la presenza nella sua esperienza affettiva, aspetto che si ripercuote nella loro interazione con grandi mancanze.

Mettendo a confronto figli di madri con e senza depressione si è osservato come a 6 mesi il primo gruppo distoglieva lo sguardo in maniera più significativa (Westey, 1992), generalizzando, già a 3 mesi, il loro stile d'interazione con altri adulti che non presentavano sintomatologia (Field et al., 1985), si mostrano come più assonnati, capricciosi, concentrati in attività solitarie (Cox, 1988), piangendo maggiormente con comportamenti di protesta (Field et al., 1990) e tensione più elevata (Cutrona & Troutman, 1986; Whiffen & Gotlib, 1989); bambini con madri non depresse, d'altro canto, reagivano maggiormente di fronte a condizione di simulazione di DPP (Cohn & Tronick, 1989).

Studi si sono focalizzati sul rilevare se le differenze temperamentali nei bambini potessero influenzare il loro comportamento o se questo fosse il risultato della depressione postpartum materna (Cooper & Murray, 1997; Milgrom & McCloud, 1996); si è riscontrato che, nonostante il temperamento del bambino possa agire come fattore scatenante, combinato con altri eventi stressanti, per l'insorgere di DPP, non lo si può considerare quale fattore di causa primaria nello sviluppo della patologia o causa diretta nelle difficoltà d'interazione tra madre e bambino derivate, invece, da improvvise interruzioni, disarmonia affettiva e minore considerazione verso il neonato.

Neonati prematuri che a un mese dalla nascita sperimentano scambi inadeguati in termini di quantità e qualità ottengono valutazioni sensomotorie peggiori a nove mesi (Beckwith et al., 1976), d'altro lato, ritardo nella produzione del linguaggio a 3 anni risulta correlato a comportamenti di evitamento oculare e irritabilità a 3 mesi (Field et al., 1981; Pawlby & Hall, 1980). L'indisponibilità psicologica della madre nel prendersi cura del suo

bambino può provocare in lui una deprivazione emotiva; questo era già stato osservato da Tronick e collaboratori (1978) di fronte alla situazione del “volto immobile” vissuto dal neonato come una forma di abbandono alla quale, se non riesce a reagire, si ritira consolandosi da solo (Tronick & Weinberg, 1997).

Ciò che si riscontra è la resistenza al cambiamento nelle interazioni disturbate tra madre e bambino (Meager & Milgrom, 1996) questo sembra essere causato dall’instaurarsi di un circolo vizioso per il quale le donne, non fiduciose nelle loro capacità materne, finiscono con il comportarsi in modo da non essere rinforzate dai loro figli; la madre si sentirà in colpa per l’influenza possibile della sua depressione sul bambino, questo la porterebbe a pensare di essere inutile e, di conseguenza, porterà il bambino ad evitare il suo sguardo, confermando il fallimento del suo ruolo di madre (Cox, 1988).

Bambini con madri depresse, secondo la letteratura, possono adottare diversi meccanismi per esprimere le loro emozioni, aspetto che riflette meccanismi di autoregolazione, trovando tre modelli teorici di riferimento. Il modello “depression inhibition” (Dix et al., 2012) afferma che i figli di madri con sintomatologia sopprimono le proprie emozioni dal momento che hanno vissuto precedenti esperienze negative nei confronti della manifestazione di questi ultimi. Secondo il modello “mirroring”, invece, i bambini, basandosi sull’imitazione delle espressioni emotive materne, esprimono maggiori affetti negativi più che positivi (Quaglia & Longobardi, 2012); infine, il modello della “regolazione reciproca” (Mutual Regulation Model, MRM, Tronick, 1989), afferma come l’interazione madre-bambino sia regolata da reciprocità attraverso feedback emotivi dove, la diade, non sempre è caratterizzata da sincronia ma, spesso, da rotture e riparazioni. Nei casi di DPP sono presenti lunghi periodi di disallineamento dovuto a maggiori difficoltà materne nell’interazione, flessibilità e variabilità nei sistemi di regolazione e riparazioni, tali aspetti inficiano negativamente sulle capacità di autoregolazione del bambino.

CAPITOLO 3. LA RICERCA

3.1 Presentazione dello studio longitudinale

La presente ricerca fa parte di uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università degli Studi di Padova, che ha come obiettivo l'osservazione del benessere psicologico delle donne prima e dopo la gravidanza, con particolare accento sullo sviluppo del bambino, durante l'emergenza sanitaria da COVID-19; tale assunto vede come base teorica gli effetti a lungo termine del PNMS (Programmazione Fetale e allo Stress Materno Prenatale) sulla salute fisica e mentale della prole equiparando il *lockdown* ad un disastro naturale. Durante l'intero studio le donne reclutate, che si sono rese disponibili per la ricerca, sono state seguite attraverso piattaforme online quali Qualtrics, al fine della compilazione online dei questionari, Mailchimp, per la gestione delle mail in modo automatizzato e Zoom, piattaforma utilizzata per effettuare videochiamate, per possibili ed eventuali riunioni.

Lo studio prevede 5 diverse tappe: gravidanza (t_0), 6 mesi post-partum (t_1), 12 mesi post-partum (t_2), 18 mesi post-partum (t_3) e 36 mesi post-partum (t_4) dove, tutte le tappe, da protocollo, prevedono la compilazione di un questionario self-report; in aggiunta per la tappa t_3 l'osservazione è stata integrata da un'intervista sulla funzione riflessiva genitoriale e da un'interazione madre-bambino.

Nella ricerca proposta sono stati utilizzati i dati appartenenti alle tappe: t_1 , t_3 , t_4 , in modo diverso a seconda dell'ipotesi considerata che si riteneva opportuno esplorare. Particolare focus della ricerca è stato attribuito sia alla salute mentale materna nel postpartum, più nel dettaglio è stata considerata la depressione postpartum, sia allo sviluppo socio-emotivo del bambino, ponendo accento sui possibili disordini comportamentali, dovuti a tale situazione di stress, e all'interazione madre-bambino, presente fin dai primi momenti successivi alla nascita e per questo di rilevante importanza nell'intera traiettoria evolutiva del neonato.

3.2 Scopo e ipotesi

La presente ricerca si pone come obiettivo l'approfondimento ed il ruolo che la depressione materna postpartum ha sullo sviluppo del bambino e sulla qualità dell'interazione madre-bambino in un'ottica longitudinale, osservando, in modo particolare, la traiettoria evolutiva a 18 e 36 mesi postpartum.

Il primo obiettivo della tesi qui presentata riguarda l'esplorazione della relazione fra sintomatologia depressiva materna, misurata nel periodo postpartum ($t1$), e la qualità della relazione madre-bambino a 18 mesi ($t3$).

Secondo quanto riportato dalla letteratura, le manifestazioni depressive conducono la donna verso una maggiore difficoltà nel prendersi cura del proprio bambino a causa di una minore sensibilità e attenzione che essa riveste in lui (Stein et al., 1991). Fin dai primi momenti successivi alla nascita si instaura e si attiva spontaneamente, tra madre e bambino, uno scambio bidirezionale dove, la figura materna, acquisisce l'abilità di rispondere ai bisogni del figlio (Winnicott, 1974; Davis & Wallbridge, 1981).

Ciò che si riscontra nelle diadi con madre con DPP (depressione postpartum) è un minor scambio oculare (Field et al., 1985) e una minore risposta attiva e contingente (Murray, 1988) che le rende distaccate, insensibili e piatte (Goodman, 1992) rispondendo meno alle vocalizzazioni verbali dei neonati (Field et al., 1988); tale aspetto provoca in loro diverse reazioni: si mostrano come maggiormente assonnati, capricciosi, più inclini alla scelta di attività solitarie (Cox, 1988), più propensi a pianto e comportamenti di protesta (Field et al., 1990). Bettes (1988), ha inoltre evidenziato, come le madri con tale sintomatologia, mostrino difficoltà nel cambiare il loro comportamento in risposta alle azioni svolte dal bambino.

Sulla base di tali evidenze si ipotizza che la presenza di condizioni avverse nella salute mentale materna nel postpartum ($t1$), in modo particolare nei confronti di sintomatologia depressiva, risulti essere predittiva di una peggiore qualità dell'interazione a 18 mesi ($t3$), aspetto che si ripercuote sulla traiettoria evolutiva del bambino delineando, in questo modo, una compromissione generale (Murray & Stein, 1989).

Il secondo obiettivo della ricerca riguarda l'osservazione sul ruolo che la sintomatologia depressiva materna riveste sullo sviluppo socio-emotivo-comportamentale del bambino. Numerosi studi mettono in luce l'importanza della figura genitoriale nella capacità di

regolazione e di comprensione delle proprie ed altrui esperienze emotive nel bambino (Dunn et al., 1991), quest'ultimo è guidato dalle capacità regolatorie che la madre implicitamente gli trasferisce e dalle emozioni che lei stessa prova, quale chiave di lettura nei confronti del mondo esterno (Quaglia & Longobardi, 2012): un bambino che “vede” tristezza negli occhi della propria madre non sarà incentivato ad effettuare un'azione ma, dall'altro lato, si sentirà bloccato (Castelfranchi, 2022). L'indisponibilità e la scarsa sensibilità materna conducono a difficoltà regolatorie nel neonato, oltre che ad una perdita d'interesse verso il mondo esterno.

Si osserva, in figli con madri depresse, maggiori problematiche nella sfera comportamentale (Murray, 1992) riscontrabili anche nelle difficoltà di regolazione dei ritmi del sonno, nel mantenimento per un tempo prolungato e nella fase di addormentamento.

Sulla base di queste evidenze ci si aspetta che i sintomi presenti nella madre con depressione postpartum (*t1*) agiscano sullo sviluppo emotivo ma anche comportamentale del bambino (Murray, 1992) a 18 mesi postpartum (*t3*), in modo particolare si prevede di osservare, in relazione ad alta sintomatologia materna, maggiori comportamenti di natura esternalizzante ed internalizzante, reazioni emotive, problemi nel sonno.

Successivamente, in un'ottica esplorativa, ci si pone di approfondire le implicazioni che la presenza di una qualità dell'interazione peggiore tra madre-bambino, a 18 mesi (*t3*), ha sullo sviluppo emotivo-comportamentale del bambino a 36 mesi (*t4*). In letteratura è infatti segnalato come il contesto relazionale e la possibilità di instaurare relazioni di attaccamento sicure o, dall'altro lato, l'insicurezza precoce nella creazione dei primi legami, costituiscano fattori predittivi verso l'emergere, o meno, di problematiche comportamentali (Bowlby, 1944; Groh et al., 2012) e difficoltà regolatorie (Muratori & Lambruschi, 2020).

Come ultima ipotesi si vuole indagare il ruolo che la depressione materna (*t1*) può avere nelle scelte e nell'uso delle strategie, oltre che l'instaurarsi di punti di forza e/o debolezza, dal punto di vista emotivo-comportamentale, del bambino a 36 mesi postpartum (*t4*); si riporta infatti, secondo quanto presente in letteratura, un rischio di trasmissione psicopatologica, sulla base dell'influenza genetica e della correlazione gene-ambiente (Dale et al., 2008), nella prole di madri con DPP, riscontrando maggiori difficoltà di disattenzione ed iperattività, propensione verso disturbi della condotta e oppositivi-

provocatori (Dale et al., 2008), problemi con i coetanei (Judith van der Waerden et al., 2015) e disregolazione emotiva (Kalita, 2009). In accordo con diversi autori si prevede di osservare difficoltà sia legate alla sfera internalizzante, a problemi di attenzione, d'iperattività, con difficoltà di controllo degli impulsi e regolazione emotiva (Smith-Nielsen et al., 2016) ma anche problematiche di natura esternalizzante che conducono, a loro volta, a difficoltà nella relazione sociale a lungo termine (Hanish et al., 2004).

3.3 Metodo

3.3.1 Partecipanti e procedure

Il campione della presente ricerca è stato estratto dal gruppo di donne reclutate all'interno dello studio longitudinale condotto da parte del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS).

Tale gruppo prende in considerazione tutte le donne che volontariamente hanno deciso di partecipare allo studio durante la primavera del 2020 e che, successivamente, hanno dato la loro disponibilità per essere ricontattate in fasi successive; il reclutamento ha avuto luogo tramite la pubblicazione di un sondaggio online fra l'8 aprile e il 4 maggio 2020. I criteri di inclusione, per la partecipazione all'indagine, prevedevano l'aver trascorso almeno 2 settimane di gravidanza durante il lockdown o l'essere incinta nel momento in cui si compilava il questionario, essere maggiorenni, parlare un italiano fluente ed avere la residenza italiana; la mancata presenza di tali caratteristiche, o la compilazione non totale del questionario, rappresentavano criteri di esclusione.

La partecipazione richiesta era del tutto volontaria e avveniva attraverso un sondaggio online nel quale le donne compilavano un questionario self-report che indagava aspetti legati alla salute mentale materna, al suo benessere, alla raccolta di dati anagrafici tra cui: età, livello di scolarizzazione e status socioeconomico.

Rispettando i criteri di inclusione sopra riportati, a fronte delle 2502 mamme reclutate, sono state selezionate 2090 mamme per l'assessment in gravidanza ($t0$) delle quali 1611 hanno dato il loro consenso al fine di essere ricontattate per le tappe successive.

La fase seguente dell'indagine si svolgeva a 6 mesi postpartum ($t1$) al fine di indagare l'esperienza della nascita ed il benessere materno, sulla base anche del supporto sociale percepito in questo momento delicato, ottenendo così informazioni, tramite questionari,

inerenti alla sua salute mentale e, sempre attraverso la percezione materna, al temperamento del bambino. Questa tappa dello studio ha raggiunto una numerosità di 689 soggetti escludendo dalla ricerca coloro che non avevano completato interamente questa seconda indagine.

La terza fase è stata realizzata a 12 mesi postpartum (*t2*), dal 29 Aprile 2021 al 28 Dicembre 2021, ed ha visto la partecipazione effettiva di 281 donne, sono state infatti escluse coloro che avevano abortito o che avevano avuto parti gemellari in quanto rappresentavano una casistica particolare. In questa tappa sono stati introdotti strumenti volti ad indagare la regolazione emotiva materna e le relative strategie di coping con questionari specifici sul parenting e sulla genitorialità, al fine di osservare possibili situazioni di stress e burnout; per quanto riguarda lo sviluppo del bambino si prendendo in considerazione, oltre che il suo sviluppo dal punto di vista comportamentale, anche aspetti emotivi, cognitivi, comunicativi e abitudini relative al sonno.

La tappa successiva dello studio si è svolta tra i 18 e i 24 mesi postpartum (*t3*), escludendo coloro che non desideravano essere ricontattate, e prevedendo l'invio, per le donne che a *t0* avevano espresso il desiderio di partecipare alle fasi successive dello studio, di due newsletters; si aggiunsero anche coloro che, perse in tappe precedenti, avevano espresso il desiderio di essere reinserite nello studio.

In linea con la tappa precedente vengono esplorate le difficoltà comportamentali del bambino (*Child Behavior Checklist*; CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001), aggiungendo strumenti relativi alla qualità dell'interazione madre-bambino (*Emotional Availability Scale*; EAS, Biringen, 2008); alla fine di questa tappa i risultati ottenuti prevedono 107 CBCL, 85 EAS.

L'ultima fase dello studio, avvenuta tra Aprile e Ottobre 2023, prevedeva il contatto, a 36 mesi postpartum (*t4*), per coloro che avevano espresso la volontà a *t2* di proseguire nello studio longitudinale e per coloro che erano state inserite nuovamente a *t3*. Tale tappa ha visto la partecipazione effettiva di 128 donne a fronte dei 374 soggetti contattabili. In questa fase dell'indagine viene aggiunta, sempre tramite questionari parent-report, l'osservazione rivolta al bambino verso i punti di forza e debolezza dal punto di vista emotivo-comportamentale (*Strength and Difficulties Questionnaire*; SDQ, Goodman, 1997).

3.3.2 Misure

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, 1996) è un questionario self-report che permette di individuare la presenza e gravità di sintomi depressivi durante il periodo perinatale e postnatale. Prevede 10 item con scala di risposta da 0 a 3, scala Likert a 4 punti, dove, la loro somma, determina il punteggio della sintomatologia depressiva; valori superiori a 10, nella versione postpartum, vengono considerati come indicatori di una possibile sofferenza legata a depressione (Levis et al., 2020).

Emotional Availability Scale (EAS)

Le *Emotional Availability Scales* (EAS, Biringen, 2008) sono uno strumento basato sul costrutto della disponibilità emotiva che origina, a sua volta, nella capacità di due persone di condividere una sana connessione emotiva, andando quindi a definire la qualità diadica all'interno di una relazione. Gli autori (Robinson & Biringen, 1991), per poter visionare tale costrutto, hanno identificato una serie di scale che permettono di osservare la qualità diadica sia dalla prospettiva del bambino che dell'adulto, attraverso l'osservazione dell'interazione o, la sua visione, precedentemente registrata. Il costrutto della disponibilità emotiva (EA) chiama in gioco vari aspetti tenendo anche conto, ad esempio, della capacità dell'adulto di fornire struttura all'interno di un'interazione. La valutazione della EA proposta dagli autori (Biringen et al., 1998; Biringen, 2008) prevede 6 scale, 4 delle quali relative all'adulto e 2 al bambino, al fine di notare ed evidenziare l'aspetto bidirezionale nella relazione. Ogni scala viene valutata da 1 a 7 punti, per ciascuna di esse si richiede, per le prime due sottoscale di ogni dimensione, di attribuire un punteggio sempre da 1 a 7 mentre, per le successive cinque, da 1 a 3, dove, alti punteggi, identificano migliori qualità dell'interazione (Biringen, 2008; Biringen et al., 2014).

Analizzando più nel dettaglio: la presenza di punteggi superiori al 5.5 riflettono una buona interazione e ottime skills da poter mettere in gioco nella relazione con proprio bambino, d'altro canto punteggi tra i 3.5 e i 5 si collocano nel range di mezzo con alcune difficoltà

e una qualità non ottimale, infine, punteggi inferiori a tale valore si localizzano nella soglia più bassa, caratterizzati da una povertà qualitativa e molte difficoltà presenti.

Visionando più nel dettaglio le singole scale troviamo, per il genitore: sensibilità, strutturazione, non ostilità, non intrusività; per il bambino: reattività del bambino all'adulto e coinvolgimento del bambino.

Sensitivity

La sensibilità consiste nel mettere in atto comportamenti ed emozioni finalizzate alla creazione e al mantenimento di una connessione emotiva positiva con il proprio bambino, caratterizzata da appropriatezza, autenticità e spontaneità. Si fa riferimento alla capacità dell'adulto di essere emotivamente connesso e di fornire calore attraverso il canale sia verbale che non verbale. Vengono prese in considerazione 7 diverse componenti: qualità degli affetti, chiarezza nella percezione e appropriatezza della risposta ai segnali del bambino, attenzione dell'adulto a tempismo e ritmicità, flessibilità e variabilità durante l'interazione, accettazione del bambino, ammontare delle interazioni, presenza di situazioni di conflitto.

Structuring

La strutturazione riguarda la capacità di un adulto di sostenere e guidare l'apprendimento del bambino ad un livello superiore, oltre al fornire dei limiti, stabilendo delle regole, che vengano rispettate. Un adulto con una buona capacità di strutturazione non solo insegna, ma aiuta anche il bambino affinché possa acquisire un grado di autonomia superiore, sviluppando competenze in modo indipendente. Questo avviene nel momento in cui il genitore aggancia il bambino nel suo livello di comprensione attuale utilizzando strategie verbali e non verbali per guidare il figlio.

Le sottoscale presenti sono: fornire una guida e suggerimenti preventivi, presenza di tentativi di successo, ammontare della strutturazione, fornire limiti e confini in modo proattivo, capacità di rimanere fermi di fronte alle pressioni del figlio, integrazione di suggerimenti verbali e non verbali, adottare un "ruolo da adulto".

Non-Intrusiveness

La non intrusività si riferisce alla capacità dell'adulto di seguire il bambino durante il suo gioco evitando di intervenire in modo intrusivo. La buona riuscita si riscontra nella mancata presenza di interferenze, sia fisiche che verbali, verso l'attività, questo limiterebbe la possibilità di espressione del figlio, la sua esplorazione e indipendenza. Sulla base della prospettiva diadica questa dimensione è valutata tenendo anche in considerazione i feedback del bambino rispetto ai comportamenti messi in atto dal genitore; in particolare le sottoscale comprendono: capacità di seguire la guida del bambino, modalità di accesso alle interazioni, uso di ordini e direttive, uso della parola, insegnamenti "relazionali" rispetto a quelli "didattici", presenza di interferenze, feedback proveniente dal bambino.

Non-Hostility

Tale scala è rivolta alla capacità dell'adulto di regolare le proprie emozioni senza che queste ricadano sul bambino, l'incapacità in questa competenza porta l'adulto verso situazioni di ostilità nascosta e/o palese. La prima consiste nel dimostrare le proprie emozioni negative attraverso impazienza, frustrazione e noia che si collocano come sottofondo emotivo rispetto all'interazione; la seconda, si manifesta con aggressioni fisiche e minacce di separazione. Le componenti per la valutazione della scala sono: negatività nella voce o nel volto e nelle parole, comportamenti non rispettosi verso il bambino, minacce di separazione, mantenimento della calma durante situazioni stressanti, presenza di comportamenti spaventanti e silenzi, scelta di temi di gioco ostile.

Child Responsiveness

La reattività del bambino verso l'adulto ha a che fare con gli affetti e si mostra nella sua propensione nei confronti dell'interazione, quando, ad esempio, viene chiamato verso un'attività; è caratterizzata da una responsività attiva nei suoi confronti dell'adulto che si manifesta anche nel posizionamento fisico che il bambino sceglie di adottare.

Nel valutare tale scala è bene tenere in considerazione, oltre alla regolazione emotiva e all'organizzazione dal punto di vista emotivo-comportamentale, che costituiscono la prima sottoscala, anche: responsività del bambino, ricerca di autonomia, posizionamento fisico, assenza di sovra-responsività o inversione di ruolo, assenza di evitamento, concentrazione sul compito.

Child Involvement

Il coinvolgimento del bambino, d'altro canto, riguarda la presa di iniziativa e la volontà di richiamare il genitore all'interno dell'interazione al fine di renderlo spettatore o partecipante; questo si può notare dalle azioni del bambino verso iniziative semplici o elaborate, dall'uso che il bambino fa dell'adulto, dalla presenza di ipercoinvolgimento/coinvolgimento negativo e indici non verbali, dal coinvolgimento vocale e verbale, dall'orientamento del suo corpo nello spazio.

Child Behavior Checklist (CBCL)

La *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach & Rescorla, 2001), è un questionario self-report considerato come il gold standard di riferimento nello sviluppo sociale, comportamentale ed emotivo del bambino; nella presente ricerca viene utilizzata la sua versione prescolare, per età compresa tra 1 ½ e i 5 anni, rivolta ai genitori in forma *parent-report*. Comprende 100 item ai quali il genitore deve rispondere attribuendo un punteggio su una scala Likert a 3 punti, che oscilla dall'affermazione “Non vera per il/la proprio/a bambino/a” a “In parte o qualche volta vera” fino ad arrivare a “Per lo più vera”.

Ad ogni affermazione il genitore risponde sulla base del comportamento richiesto nell'osservazione cercando di rispecchiare, il più verosimilmente, la realtà.

Tali item formano 7 sottoscale sindromiche: “Ansia/Depressione”, “Lamentele somatiche”, “Ritiro”, “Reattività emotiva”, “Problemi attentivi”, “Comportamento aggressivo”, “Problemi di sonno”, con 3 scale generali per indicare il totale dei problemi riscontrati al fine di avere informazioni nell'area “internalizzante” ed “esternalizzante”.

Il punteggio totale è ottenuto dalla somma dei singoli item dove, punteggi T sopra 70, indicano la presenza di un problema significativo in tale area osservata.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Lo *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman, 1997), utilizzato, al fine del presente studio, nella sua versione prescolare, per bambini di età compresa fra i 2 e i 4 anni, è uno questionario *parent-report* che permette di osservare le caratteristiche positive e negative, valutando i punti di forza e le difficoltà, riguardo al comportamento e alle strategie emotive utilizzate del bambino/a. Comprende 25 item, suddivisi in 5 sottoscale (“Sintomi di tipo emozionale”, “Problemi di condotta”, “Iperattività/Inattenzione”, “Problemi nelle relazioni con i pari”, “Comportamento prosociale”), nei quali è chiesto, al genitore, di attribuire un punteggio, sulla base del comportamento del figlio/a negli ultimi 6 mesi, su una scala Likert a 3 punti: 0= “Non vera”, 1=“In parte vera”, 2=“Certamente vera”.

3.3.3 Piano di analisi

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

Inizialmente sono state eseguite analisi descrittive per esplorare la media, deviazione standard e la frequenza riguardo ai fattori sociodemografici e clinico-ostetrici, delle donne, e le caratteristiche postnatali dei bambini e delle bambine inclusi nel nostro studio e appartenenti al campione considerato.

Al fine di poter valutare le ipotesi sopra esposte sono state condotte analisi di regressione, in modo particolare utilizzando modelli di regressione lineare, tenendo in considerazione variabili possibilmente confondenti tra cui: età della madre e del bambino in riferimento alle settimane di gestazione, sesso del bambino, minacce di aborto, depressione materna precedente alla gravidanza, livello di istruzione.

Per la prima ipotesi è stato considerato un modello di regressione lineare che mettesse in relazione l'aspetto predittore, depressione materna postpartum, misurata attraverso l'EPDS (*L'Edinburgh Postnatal Depression Scale*; Cox, 1996), con il presunto esito, misurato attraverso le EAS (*Emotional Availability Scale*; Biringen, 2008); in particolare se la sintomatologia e le manifestazioni depressive materne potessero incidere sulla qualità della relazione diadica madre-bambino a 18 mesi postpartum (*t3*).

Rispetto alla seconda ipotesi è stato svolto un processo simile, prendendo sempre in esame la depressione materna a 6 mesi postpartum (*t1*), si voleva testare se questa potesse predire lo sviluppo emotivo-comportamentale del bambino, misurato attraverso le CBCL (*Child Behavior Checklist*; Achenbach & Rescorla, 2001), a 18 mesi postpartum (*t3*).

Anche per la valutazione della terza ipotesi è stato utilizzato un modello di regressione lineare dove si voleva esplorare la possibile influenza che la qualità della relazione madre-bambino, a 18 mesi postpartum (*t3*), riveste sullo sviluppo emotivo-comportamentale del bambino, misurato attraverso SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 1997), a 36 mesi (*t4*).

Infine, riguardo alla quarta ed ultima ipotesi, si vuole testare la possibile relazione tra la depressione materna postpartum, a 6 mesi (*t1*), con i punti di forza e le difficoltà, riguardo al comportamento e alle strategie emotive utilizzate del bambino a 36 mesi postpartum (*t4*), con l'intento di capire se, nel campione considerato, la presenza di una peggiore qualità dell'interazione, possa essere associata, a livello longitudinale, allo sviluppo del bambino.

CAPITOLO 4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Analisi statistiche

4.1.1 Caratteristiche del campione

Nella **Tabella 1** sono riportate le caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche delle madri oltre che le caratteristiche perinatali dei bambini e delle bambine facenti parte della presente ricerca. Per le variabili di natura categoriale sono state indicate le frequenze assolute e relative mentre, per le variabili numeriche, media, deviazione standard e campo di variazione (range).

Tabella 1. *Variabili sociodemografiche, clinico-ostetriche e perinatali (n=85)*

<i>Variabili</i>	<i>Valori</i>
<i>Variabili sociodemografiche</i>	
Età , media, sd (range)	32.635, 4.053, 22-45
Livello socioeconomico , N (%)	
Basso (reddito < 12.000)	1 (1.176%)
Medio basso (reddito 12.000 – 25.000)	16 (18.826 %)
Medio (reddito 25.000 – 50.000)	53 (62.353%)
Medio alto (reddito 50.000 – 75.000)	13 (15.294%)
Alto (reddito > 75.000)	2 (2.353%)
Livello di istruzione , N (%)	
Licenza media inferiore	1 (1.191%)
Licenza media superiore	21 (25%)
Laurea di Primo Livello (triennale)	17 (20.238%)
Laurea di Secondo Livello (magistrale)	33 (39.286%)
Dottorato o Specializzazione	12 (14.286%)
Stato civile , N(%)	
Nubile	3 (3.571%)
Convivente	30 (35.714%)
Sposata	50 (59.524%)
Divorziata	1 (1.190%)

Variabili clinico-ostetriche

Età gestazione a t0, media, sd (range) 26.494, 7.930, 8-40

Gravidanza pianificata, N(%)

Si 73 (85.882%)
No 12 (14.118%)

Tipo di parto, N (%)

Parto vaginale non assistito 9 (10.588%)
Parto vaginale assistito 54 (63.529%)
Parto cesareo programmato 10 (11.765%)
Parto cesareo d'urgenza 12 (14.118%)

Aborti, N (%)

No 66 (77.647%)
Una volta 16 (18.824%)
Due volte 3 (3.529%)

Minacce di aborto, N (%)

Si 13 (15.294%)
No 72 (84.706%)

Difficoltà di concepimento, N (%)

Si 21 (24.706%)
No 64 (75.294%)

Patologie gravidiche, N (%)

Si 9 (10.588%)
No 76 (89.412%)

Depressione precedente alla gravidanza, N (%)

Si 12 (14.118%)
No 73 (85.882%)

Variabili perinatali

Età gestazionale alla nascita, media, sd (range) 39.735, 1.267, 35.42857-41.85714

Sesso, N (%)

Maschio 42 (49.412%)
Femmina 43 (50.588%)

Peso alla nascita (kg), media, sd (range) 3407.048, 417.2442, 2360 - 4540

4.1.2 Caratteristiche psicometriche delle variabili

Nella **Tabella 2** vengono riportate le caratteristiche psicometriche: media, deviazione standard e campo di variazione (range) delle variabili considerate a *t1*, *t3*, *t4*.

Nelle **Figure 1 e 2** si mostra la distribuzione delle variabili relative alla salute mentale materna a *t0* e lo sviluppo socioaffettivo-comportamentale a *t4*, aspetti centrali nella ricerca.

Tabella 2. Variabili relative alla depressione materna nel postpartum, allo sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino e alla qualità dell'interazione.

<i>Variabili</i>	<i>Valori</i>
Salute mentale materna	
EPDS a t1 (punteggio totale), media, ds (range)	18.36, 2.876, 11-24
Sviluppo socioaffettivo-comportamentale infantile	
CBCL (“internalizing problems”) a t3, media, ds (range)	5.906, 8.218, 0-69
CBCL (“externalizing problems”) a t3, media, ds (range)	9.365, 6.414, 0-29
CBCL (“total problems”) a t3, media, ds (range)	25.31, 20.423, 1 – 160
CBCL (“sleep problems”) a t3, media, ds (range)	3.012, 2.152, 0-10
CBCL (“other problems”) a t3, media, ds (range)	7.024, 6.254, 0-52
SDQ (“internalizing”) a t4, media, ds (range)	5.5, 1.982, 3-12
SDQ (“externalizing”) a t4, media, ds (range)	5.94, 1.634, 3-10
SDQ (“tot”) a t4, media, ds (range)	11.44, 2.9635, 7-21
Qualità dell'interazione	
EAS (“sensitivity”) a t3, media, ds (range)	5.74, 0.898, 3-7
EAS (“structuring”) a t3, media, ds (range)	5.527, 1.027, 2.5-7
EAS (“non intrusiveness”) a t3, media, ds (range)	5.616, 1.053, 3.5-7
EAS (“non hostility”) a t3, media, ds (range)	6.178, 0.907, 3-7
EAS (“child responsiveness”) a t3, media, ds (range)	5.76, 0.925, 3-7
EAS (“child involvement”) a t3, media, ds (range)	5.719, 0.913, 2.5-7

4.2 Verifica delle ipotesi

4.2.1 Analisi relative alla prima ipotesi

In relazione alla prima ipotesi, dalle analisi di Regressione Lineare, condotte includendo nei modelli un set di covariate (età della madre e del bambino in riferimento alle settimane di gestazione, sesso del bambino, minacce di aborto, depressione materna precedente alla gravidanza, livello di istruzione) e, assumendo come valore di significatività statistica il valore di $p\text{-value} < .05$, non emergono relazioni significative; non si riscontra un valore predittivo della depressione postpartum materna ($t1$) sull'influenza nella relazione madre-bambino a 18 mesi ($t3$).

I risultati delle analisi di regressione sono riportati nella **Tabella 3**, all'interno della quale, come nelle successive, sono state elencate parte delle matrici di regressione emerse dalle analisi. In modo particolare sono presenti i valori relativi ai parametri dell'intercetta e del coefficiente di regressione associato al presunto predittore (β), la probabilità associate ad essi, relativa sia al modello senza covariate (p) sia al modello con covariate ($p\text{-adj}$) e, infine, la probabilità associata al modello con le covariate ($p\text{-value}$).

Tabella 3. *Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla depressione postpartum materna ed esiti relativi alla qualità dell'interazione madre-bambino a 18 mesi post-partum.*

Mod.1a: Sensitivity t3 ~ EPDS t1			Mod.1b: Structuring t3 ~ EPDS t1			Mod.1c: Non intrusiveness t3 ~ EPDS t1					
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	5.649	<.001	0.599	Intercept	6.009	<.001	0.218	Intercept	5.819	<.001	0.709
EPDS_t1	0.005	0.902	0.778	EPDS_t1	-0.026	0.561	0.402	EPDS_t1	-0.011	0.812	0.378
p-value			0.575	p-value			0.644	p-value			0.363

Mod.1d: Non hostility t3~ EPDS t1			Mod.1e: Child involvment t3 ~ EPDS t1			Mod.1f: Child responsiveness ~ EPDS t1					
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.382	<.001	0.273	Intercept	4.808	<.001	0.719	Intercept	4.896	<.001	0.729
EPDS_t1	-0.011	0.781	0.517	EPDS_t1	0.049	0.215	0.402	EPDS_t1	0.047	0.246	0.569
p-value			0.972	p-value			0.489	p-value			0.398

4.2.2 Analisi relative alla seconda ipotesi

Rispetto alla seconda ipotesi, in riferimento alle analisi di Regressione Lineare, condotte utilizzando le medesime covariate sopra riportate, non sono emerse relazioni statisticamente significative fra depressione materna postpartum a *t1* e lo sviluppo socio-emotivo-comportamentale a 18 mesi (*t3*).

I risultati sono presentati nella **Tabella 4**.

4.2.3 Analisi relative alla terza ipotesi

In riferimento alla terza ipotesi, le analisi di regressione lineare hanno fatto emergere, considerando nel modello le relative covariate, una relazione statisticamente significativa della depressione materna, misurata nel postpartum (*t1*), sulla scala “Conduct Problems” a *t4* (SDQ, $p = .015$), tuttavia, globalmente, il modello non si è mantenuto significativo ($p = .071$).

Si osserva, inoltre, una relazione statisticamente significativa data della depressione materna a *t1* sulla scala dei comportamenti prosociali (“Prosocial Scale”) a *t4* (SDQ, $p = .042$) dove anche il modello, globalmente, si è mantenuto statisticamente significativo ($p = .035$).

Oltre a questo effetto non sono emerse altre relazioni statisticamente significative negli aspetti dello sviluppo socioaffettivo-comportamentale a 36 mesi (*t4*).

I risultati sono riportati nella **Tabella 5**.

Tabella 4. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla depressione materna postpartum ed esiti relativi allo sviluppo socio-emotivo-comportamentale del bambino a 18 mesi.

Mod. 2 a: Total problems_t3 ~ EPDS_t1			Mod. 2 b: Internalizing problems_t3 ~ EPDS_t1			Mod. 2 c: Externalizing problems_t3 ~ EPDS_t1					
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	41.422	0.005	0.019	Intercept	10.395	0.079	0.043	Intercept	14.420	0.002	0.076
EPDS_t1	-0.877	0.262	0.266	EPDS_t1	-0.244	0.439	0.484	EPDS_t1	-0.275	0.263	0.221
p-value			0.0464	p-value			0.218	p-value			0.0711

Tabella 5. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla depressione materna postpartum ed esiti relativi allo sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino a 36 mesi.

Mod. 3 a: Internalizing_t4 ~ EPDS_t1			Mod. 3 b: Externalizing_t4 ~ EPDS_t1			Mod. 3 c: Total_t4 ~ EPDS_t1					
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.035	0.0014	0.911	Intercept	6.804	<.001	0.840	Intercept	12.839	<.001	0.977
EPDS_t1	-0.0298	0.761	0.602	EPDS_t1	-0.048	0.552	0.377	EPDS_t1	-0.078	0.595	0.411
p-value			0.675	p-value			0.173	p-value			0.472

4.2.4 Analisi relative alla quarta ipotesi

Infine, rispetto alla quarta ed ultima ipotesi della ricerca, si sono riscontrate relazioni statisticamente significative fra alcune scale, che misurano la qualità dell'interazione tra madre-bambino, valutata tramite lo strumento EAS, a 18 mesi postpartum (*t3*) e alcuni aspetti dello sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino a 36 mesi (*t4*).

In particolare, la scala "Non intrusiveness" (EAS), a *t3*, risulta essere predittiva della scala "Emotional problems" (SDQ, $p=.045$), a *t4*, tale relazione si è mantenuta statisticamente significativa anche inserendo nel modello le covariate ($p = .032$) ma, globalmente, il modello non risulta statisticamente significativo ($p = .276$).

Inoltre, le analisi, condotte con l'utilizzo delle medesime covariate precedentemente riportate, hanno fatto emergere una relazione statisticamente significativa, a livello soglia, tra la "Non intrusiveness" a *t3* e la scala "Internalizing" a *t4* (SDQ, $p = 0.05$), tuttavia il modello complessivo non rimane significativo ($p=.454$).

Si osserva infine come la scala "Non hostility", a *t3*, sia predittiva della "Prosocial scale", a *t4*, ($p=.028$), tuttavia, l'inserimento delle covariate nel modello ha condotto alla perdita di significatività statistica della relazione ($p=.061$) anche il modello, globalmente, non risulta statisticamente significativo ($p = .189$).

I risultati sono elencati nella **Tabella 5**.

Tabella 6. Modelli di regressione lineare comprendenti predittori relativi alla qualità dell'interazione madre-bambino a t3 ed esiti relativi allo sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino a 36 mesi postpartum.

Mod. 3a: Internalizing_t4 ~ Sensitivity_t3				Mod. 3b: Internalizing_t4 ~ Structuring_t3				Mod. 3c: Internalizing_t4 ~ Non intrusiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	4.285	0.074	0.233	Intercept	4.244	0.039	0.215	Intercept	1.927	0.293	0.138
Sensitivity_t3	0.191	0.629	0.669	Structuring_t3	0.203	0.556	0.657	Non intrusiveness_t3	0.600	0.058	0.050
p-value			0.909	p-value			0.908	p-value			0.454
Mod. 3d: Internalizing_t4 ~ Non hostility_t3				Mod. 3e: Internalizing_t4 ~ Child involvement_t3				Mod. 3f: Internalizing_t4 ~ Child responsiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	5.535	0.020	0.184	Intercept	4.859	0.017	0.165	Intercept	4.619	0.033	0.197
Non hostility_t3	-0.021	0.955	0.813	Child involvement_t3	0.097	0.775	0.611	Child responsiveness_t3	0.137	0.704	0.743
p-value			0.920	p-value			0.902	p-value			0.916
Mod. 3g: Externalizing_t4 ~ Sensitivity_t3				Mod. 3h: Externalizing_t4 ~ Structuring_t3				Mod. 3i: Externalizing_t4 ~ Non intrusiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	5.561	0.009	0.129	Intercept	5.459	0.003	0.128	Intercept	5.858	0.001	0.128
Sensitivity_t3	0.066	0.847	0.767	Structuring_t3	0.085	0.774	0.540	Non intrusiveness_t3	0.015	0.957	0.540
p-value			0.714	p-value			0.676	p-value			0.676

Mod. 3j: Externalizing_t4 ~ Non hostility_t3				Mod. 3k: Externalizing_t4 ~ Child involmment_t3				Mod. 3l: Externalizing_t4 ~ Child responsiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	6.148	0.003	0.129	Intercept	3.856	0.023	0.065	Intercept	3.782	0.038	0.101
Non hostility_t3	-0.032	0.918	0.842	Child involmment_t3	0.370	0.200	0.065	Child responsiveness_t3	0.377	0.220	0.151
p-value			0.7204	p-value			0.314	p-value			0.457
Mod. 3m: total_t4 ~ Sensitivity_t3				Mod. 3n: total_t4 ~ Structuring_t3				Mod. 3o: total_t4 ~ Non intrusiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	9.846	0.007	0.095	Intercept	9.70	0.002	0.088	Intercept	7.785	0.007	0.059
Sensitivity_t3	0.257	0.659	0.636	Structuring_t3	0.288	0.569	0.504	Non intrusiveness_t3	0.615	0.192	0.105
p-value			0.737	p-value			0.707	p-value			0.425
Mod. 3p: total_t4 ~ Non hostility_t3				Mod. 3q: total_t4 ~ Child involmment_t3				Mod. 3r: total_t4 ~ Child responsiveness_t3			
	β	p	p -adj		β	p	p -adj		β	p	p -adj
Intercept	11.683	0.001	0.079	Intercept	8.718	0.004	0.045	Intercept	8.402	0.009	0.071
Non hostility_t3	-0.053	0.921	0.778	Child involmment_t3	0.467	0.346	0.155	Child responsiveness_t3	0.514	0.329	0.289
p-value			0.756	p-value			0.499	p-value			0.616

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di indagare la relazione tra depressione materna postpartum e qualità della relazione madre-bambino nei primi 18 mesi di vita del figlio prendendo in considerazione, a livello longitudinale, le conseguenze a lungo termine sullo sviluppo socioaffettivo-comportamentale a 18 e 36 mesi postpartum.

Tale indagine è avvenuta attraverso la somministrazione di strumenti parent-report e l'osservazione dell'interazione caregiver-bambino, al fine di valutare le aree d'interesse della presente tesi.

In primo luogo, ci si aspettava che la sintomatologia depressiva materna, riportata dalla madre a 6 mesi postpartum, fosse associata a una peggiore qualità dell'interazione a 18 mesi. Le analisi non hanno supportato la nostra ipotesi, non mostrando associazioni statisticamente significative tra aspetti della salute materna e qualità dell'interazione; questo si discosta da quanto presente in letteratura fino ai nostri giorni, ovvero di come la sintomatologia materna sia considerata un fattore di rischio verso una peggiore qualità della relazione (Stein et al., 1991). Sulla discrepanza ottenuta, fra i risultati della nostra ricerca e la letteratura scientifica in merito, può essere utile porre attenzione ai possibili fattori confondenti scelti all'interno delle nostre analisi. Si è osservato, in uno studio di Hart e collaboratori (1998), il ruolo del sesso del bambino come fattore determinante verso l'emergere di atteggiamenti intrusivi materni nelle interazioni diadiche, una possibilità è che l'inserimento del genere come una delle covariate, nei modelli testati, possa aver celato, in parte, l'effetto della sintomatologia materna sulla qualità effettiva dell'interazione osservata.

D'altro canto si sottolinea il ruolo, riportato dalla letteratura, del temperamento del neonato quale possibile fattore scatenante, combinato con altri eventi stressanti, nell'emergere della sintomatologia depressiva nel postpartum (Cooper & Murray, 1997; Milgrom & McCloud, 1996); si ritiene quindi opportuno, in future ricerche, includere come fattori di moderazione o mediazione, oltre al genere, anche il temperamento del bambino, indagando eventi di natura stressante o protettivi, come la qualità della relazione di coppia, il supporto sociale e la presenza di caregiver alternativi che possano, da un lato esacerbare la sintomatologia materna e condurre verso maggiori difficoltà

nell'interazione con il proprio bambino, dall'altro influenzare positivamente lo stabilirsi di una sana relazione, compensativa rispetto alle difficoltà avvertite dalla madre (Cohn et al., 1991).

Rispetto alla seconda ipotesi, ci si aspettava di osservare una relazione tra depressione materna, misurata a 6 mesi, e sviluppo socio-emotivo-comportamentale del bambino a 18 mesi postpartum. Tale ipotesi non è stata supportata dai risultati delle analisi nonostante, a nostra conoscenza, la depressione materna abbia un impatto generale, statisticamente significativo, sullo sviluppo del bambino (Benoit, 2004).

La letteratura riporta una maggiore concentrazione verso attività solitarie e comportamenti di ritiro in figli di madri con sintomatologia depressiva nel postpartum (Cox, 1988) dove, l'esposizione postnatale a condizioni alterate, date da improvvise interruzioni, disarmonia affettiva e minore considerazione verso il neonato dovrebbe condurre, quest'ultimo, verso disturbi dell'attaccamento e del comportamento, conseguenza della messa in atto di comportamenti di isolamento (Leveni et al., 2009); è infatti noto in letteratura come figli di madri depresse sviluppano, a seguito di una minore responsività materna e reattività contingente, che rende le risposte materne incoerenti conducendo a confusione nel neonato (Brookman et al., 2023), la creazione di forme di attaccamento di tipo evitante.

I molti studi presenti fino ad oggi, riportano una maggiore difficoltà nella consolazione, un'inclinazione elevata al pianto (Amato, 2017), messa in atto di comportamenti di protesta (Field et al., 1990) e tensione elevata, (Cutrona & Troutman, 1986; Whiffen & Gotlib, 1989) in probandi di madri depresse oltre che a problematiche nella sfera internalizzante (Smith-Nielsen et al., 2016).

Sebbene queste considerazioni si pongano in contrasto rispetto ai risultati ottenuti, è bene considerare il ruolo di potenziali caregiver alternativi che possano aver celato il risultato di tale relazione, ponendosi come fattore di protezione verso l'instaurazione di una sana relazione di attaccamento.

A nostra conoscenza la figura genitoriale può fungere da modellatore del comportamento del figlio (Klennert, 1984), fornendogli mezzi o segnali per la risposta alla situazione, imitando i modelli a cui sono esposti tramite meccanismi di social referring e modeling; prendendo in esame quest'ultima considerazione, non solo si ritiene di estrema importanza l'ambiente al quale il bambino è esposto fin dai primi anni di vita ma, allo

stesso tempo, di come la presenza di altri adulti di riferimento si ponga come fattore di protezione nei confronti dei cambiamenti repentini dati dalla sintomatologia depressiva materna. È noto in letteratura il ruolo di caregiver alternativi che possano, durante i periodi più acuti della psicopatologia o in fase di recupero, influenzare positivamente lo stabilirsi del legame di attaccamento (Cohn et al., 1991); tale aspetto potrebbe aver alterato la relazione osservata rendendo quindi opportuno, in futuri studi, prendere in considerazione tale variabile esaminando il ruolo svolto dal supporto sociale percepito dalla donna (Leung et al. 2016), in modo particolare dal proprio partner, possa compensare l'impatto della depressione sulla cura del bambino (Milgrom e McCloud, 1996; Areias et al., 1996a).

Un ulteriore elemento da valutare riguarda l'interpretazione dei valori osservati: questi possono essere determinati dall'alterata percezione materna rispetto alla condizione particolare nella quale si trova, il ruolo delle distorsioni cognitive, in modo particolare il locus of control interno o esterno che caratterizza il loro stile attributivo, potrebbe non rispecchiare l'oggettività della realtà (Hayworth et al., 1980; Amato M., 2021); coerentemente con quanto riportato dalla letteratura le distorsioni cognitive, tipiche della persona che soffre di sintomatologia depressiva, possono condurre all'ingigantimento della situazione fino alla sua minimizzazione (Beck, 1967).

Sorprendentemente non si riscontrano problematiche di natura esternalizzante nella nostra ricerca, un possibile fattore da considerare riguarda la presenza, in letteratura, di disturbi comportamentali nei bambini di madri depresse in aspetto prevalente nel genere maschile (Murray, 1992); il sesso dei bambini e delle bambine, aggiunto come covariata nel modello, potrebbe aver celato, in parte, il risultato della relazione. Altro aspetto da non sottovalutare, nell'origine di problematiche esternalizzanti, riguarda la relazione tra temperamento del figlio e familiarità verso comportamenti di natura delinquenziale nella figura paterna (Patterson, 1986) così come le differenti pratiche di parenting (Frick et al., 1992) e supporto sociale; tali aspetti potrebbero mediare o moderare l'effetto della depressione materna sui comportamenti del figlio ritenendo quindi opportuno, in ricerche future, prendere in considerazione questi fattori.

Una possibile riflessione, riguardo l'assenza di una relazione statisticamente significativa tra depressione materna postpartum e problemi socio-emotivi-comportamentali del bambino a 18 mesi, riguarda la difficoltà di valutazione: i questionari parent-report, oltre

a riflettere una visione soggettiva più che oggettiva della realtà, rendono difficile l'osservazione di comportamenti socio-affettivi-comportamentali che sono ancora in via di sviluppo, soprattutto in un periodo particolare, come quello della somministrazione, dove la reclusione forzata, data dalla pandemia da COVID-19, non offriva il confronto necessario per comprendere, in modo più veritiero, l'evoluzione e lo sviluppo del proprio bambino o della propria bambina, d'altro canto, la presenza di altre figure di riferimento all'interno della relazione potrebbe, non solo celare l'effetto dell'episodio depressivo materno sul bambino, ma far sì che le conseguenze di tale fattore stressante si manifestino e diventino più evidenti solo più tardi nello sviluppo (Smith-Nielsen et al., 2016).

Riflettendo sulla terza ipotesi della nostra ricerca, dove l'obiettivo era quello di indagare gli effetti della depressione materna postpartum sulla traiettoria di sviluppo del bambino a 36 mesi a livello socioaffettivo-comportamentale, le analisi effettuate non hanno supportato l'ipotesi iniziale: è stata osservata, contrariamente con quanto ci si aspettava, una relazione statisticamente significativa fra alta sintomatologia depressiva materna, a 6 mesi, e alte capacità prosociali del bambino a 36 mesi. Tale risultato si pone in contrasto con quanto presente in letteratura secondo cui gli effetti della depressione materna possano essere causa di difficoltà nell'instaurazione di relazioni sociali (Benoit, 2004), verso comportamenti minaccianti le interazioni, portando ad isolamento e rifiuto da parte dei coetanei (Hanish et al., 2004).

L'ambiente di vita nel quale il bambino vive gioca un ruolo fondamentale nelle modalità di espressione emotivo-affettiva-comportamentale di quest'ultimo (Muratori & Lambruschi, 2020), incidendo profondamente sui suoi comportamenti (Valenza et al., 2022). Sulla base di tale considerazione, risulta importante, in future ricerche, considerare il ruolo, come possibile fattore di mediazione o moderazione nella relazione osservata, rivestito dalla rete di supporto materna e dall'intervento di caregiver alternativi all'interno della quotidianità del bambino o della bambina sullo sviluppo delle sue competenze; in letteratura è noto il valore positivo delle cure non materne nella crescita del bambino dove il tempo trascorso con caregiver alternativi, nel periodo durante il quale le madri soffrivano di sintomatologia depressiva o erano in fase di recupero, risultava essere fattore determinante nella costruzione dei rapporti sociali (Lutkiewicz et al., 2020; Benoit, 2004; Kochanska et al., 2010) ripercuotendosi in benessere psicologico e

funzionamento adattivo, l'ambiente di vita del bambino funge da modellatore del suo comportamento, questo sia in ottica negativa che positiva.

Nonostante il risultato ottenuto si mostri come controintuitivo, sono molte le variabili che possono entrare in gioco nel determinare tale relazione, le caratteristiche proprie del bambino rappresentano un elemento incisivo portandoci a considerare, ancora una volta, il ruolo che nelle nostre analisi possa aver avuto il sesso del figlio o della figlia (Hart et al., 1998), scelto come covariata, ed il ruolo del temperamento (Cooper & Murray, 1997; Milgrom & McCloud, 1996), non preso in esame; la letteratura in merito presuppone che profili maggiormente critici, a livello temperamentale, possano esacerbare la loro disregolazione di fronte a genitori con forme di psicopatologia (Muratori & Lambruschi, 2020), influenzando la loro capacità nell'affrontare la situazione, dimostrando il loro ruolo "attivo" fin dalle prime interazioni.

Sulla base degli studi presenti fino ad oggi, la depressione materna si può tradurre in un'incapacità di prendersi cura del proprio bambino, in insicurezza verso la possibilità di nuocere al neonato, in scarsa fiducia nelle proprie competenze genitoriali con sensazione di non essere in grado di provvedere alle cure del bambino, preoccupazioni eccessive o disinteresse verso quest'ultimo con paura di arrecare a lui danno (Aceti et al., 2012), tale aspetto può portare alla considerazione, sulla base dei risultati ottenuti, di delegazione, volontaria o involontaria, di tale compito al proprio partner o ad altre figure di riferimento, che non dimostrando difficoltà psicologiche, possano condurre il bambino verso il corretto sviluppo, non risentendo, in modo preponderante, gli effetti della sintomatologia materna.

In studi futuri, sarebbe utile andare ad osservare la qualità della relazione e del sostegno, reale e percepito, dal proprio partner quale possibile fattore di moderazione o mediazione, non solo verso la costruzione di una sana relazione di attaccamento con il figlio, ma come fattore di protezione verso la durata dell'episodio depressivo, aspetto che a sua volta si ripercuote nell'interazione con i propri bambini (Campbell et al., 1992; Patel et al. 2002). In merito alla quarta ed ultima ipotesi della ricerca, è stata testata, a livello esplorativo, la predittività di una peggiore qualità dell'interazione, a 18 mesi, sulla presenza di difficoltà socioaffettive-comportamentali a 36 mesi postnatale. I risultati hanno condotto verso relazioni statisticamente significative fra: alti punteggi nella scala della non intrusività e alti punteggi legati alla presenza di problemi emotivi in bambini di 36 mesi, tra alti

punteggi nella scala della non ostilità a fronte di bassi risultati ottenuti sulla scala delle capacità prosociali nei bambini e nelle bambine; risultate statisticamente significative senza però considerare l'influenza dei fattori potenzialmente confondenti.

In letteratura è ormai consolidata la relazione tra difficoltà relazionali della madre, causate dalla sintomatologia depressiva, e difficoltà sul versante sociale nei figli (Murray & Cooper, 1997a), la madre sensibile si mostra come non intrusiva nell'interazione con il proprio bambino (Prisham et al., 1989) permettendo il porsi delle basi per il suo sviluppo sociale; una forma di psicopatologia materna, come quella depressiva, si pone perciò come potenziale fattore che può alterare tale aspetto, in accordo con la nostra ipotesi iniziale.

Atteggiamenti intrusivi materni, però, non rappresentano caratteristica identificativa della sintomatologia depressiva, studi riportano come è bene considerare le numerose differenze individuali che possono emergere: le interazioni potrebbero oscillare tra i due versanti opposti, da un lato essere totalmente assenti, dall'altro essere molto intrusive (Cohn & Tronick, 1989; Cox, 1988; Murray, 1988), coinvolgendo il bambino nella loro sfera depressiva, o essere capaci e presenti (Milgrom, 1991).

Nonostante la relazione ottenuta nella nostra ricerca possa presentarsi come controintuitiva, si pone in linea con la letteratura, una madre non intrusiva non è necessariamente sinonimo di madre presente, il coinvolgimento emotivo e il supporto possono essere ridotti o assenti a causa della natura della sua sintomatologia (Murray, 1988; Bettes, 1988; Gelfard e Teti, 1990; Goodman, 1992), potrebbe lasciare il bambino solo a gestire le richieste che la vita quotidiana pone di fronte a lui aumentando, di conseguenza, la possibilità verso l'instaurarsi di uno stile di attaccamento di tipo evitante che, nel tempo, si potrebbe tradurre in difficoltà nel richiedere aiuto, determinando un accumulo emotivo (Benoit, 2004). L'assenza di intrusività materna, che apparentemente sembra configurarsi come un valore positivo, dall'altro lato può significare assenza, non solo fisica, ma anche emotiva da parte della madre, portando il bambino verso lo sviluppo di capacità autoconsolatorie dove, la mancanza di contatto dal punto di vista fisico, visivo e affettivo con il proprio bambino, può essere data dalle difficoltà emotive che quest'ultima vive, conseguenti alla sua sintomatologia (Śliwerski et al., 2020).

Coerentemente con quanto sopra riportato, il modello della "depression inhibition" (Dix et al., 2012), afferma come figli di madri con sintomatologia depressiva sopprimono le

loro emozioni dopo aver vissuto precedenti esperienze negative nei confronti delle loro manifestazioni a causa di un'indisponibilità materna nell'accogliere i loro vissuti e bisogni.

L'ostilità materna, d'altro canto, nascosta o palese, può essere letta dal bambino come un modello al quale ispirarsi che si ripercuote nelle sue relazioni sociali, si manifesterebbe nell'espressione di emozioni negative, da un lato, e in aggressioni fisiche o minacce di separazione dall'altro, queste forme di comportamento possono essere immagazzinate e usate dal bambino ripercuotendosi, a sua volta, nelle sue interazioni con i pari (Biringen, 2008). Ancora una volta il risultato da noi ottenuto sembra porsi in contrasto con quanto riportato dalla letteratura, è bene però considerare come bassi punteggi nelle capacità prosociali del bambino possano essere innescati dall'ambiente nel quale vive: madri con depressione postpartum riscontrano maggiori difficoltà nel comprendere e rispondere in modo sensibile ai bisogni del bambino riducendo le opportunità di apprendimento di quest'ultimo verso la messa in atto di comportamenti altruistici, allo stesso tempo, tendono ad avere minori contatti relazionali diminuendo, ancora una volta, le occasioni di acquisizione tramite imitazione e social refering (Klennert, 1984) da parte del neonato, ripercuotendosi a cascata nelle sue relazioni con i pari.

A nostra conoscenza la depressione materna si manifesta anche a livello motivazionale dove la persona non ha voglia ed interesse nel partecipare ad eventi sociali privilegiando ritiro ed isolamento, comportamento che si può presentare anche in relazione con il proprio bambino, non volendo interagire con lui (Amato, 2017); d'altro canto, lo svilupparsi di attaccamento sicuro, tramite la presenza attiva materna, si associa a migliori processi di socializzazione con i coetanei (Kochanska et al., 2010).

La ridotta reattività e difficoltà materna nel creare un ambiente stimolante per il bambino, può influenzare anche il suo sviluppo cognitivo, impendendogli di acquisire le basi per apprendere e sviluppare abilità più avanzate nello sviluppo (Cassidy et al., 2013).

Oltre a questi fattori, è bene considerare il possibile effetto, di moderazione o mediazione, dato dalla partecipazione, nella vita quotidiana del neonato, di altre figure di riferimento ostili: la presenza di caregiver alternativi può essere un notevole fattore di protezione (Cohn et al., 1991) così come di rischio (Pfiffner et al., 2005).

Secondo quanto presente in letteratura, lo svilupparsi di un buon legame di attaccamento passa attraverso l'instaurarsi di una sana interazione tra madre e bambino, che, a sua volta,

risulta essere aspetto di fondamentale importanza per la crescita emotiva e sociale di quest'ultimo, fornendogli una base sicura da cui esplora, non solo l'ambiente circostante, ma anche le proprie emozioni (Lutkiewicz et al., 2020); l'interazione diadica tra madre-bambino è perciò elemento cardine verso l'emergere di sintomi emotivi e problemi con i coetanei (Judith van der Waerden et al., 2015), in linea con la nostra ipotesi iniziale.

Ciò che si ritiene opportuno evidenziare, è il possibile ruolo che l'ambiente sociale e la percezione di supporto avvertita dalla madre, così come la presenza di caregiver alternativi, possa aver giocato nel determinare tali punteggi, in ulteriori studi futuri sarebbe auspicabile prendere in considerazione tali variabili al fine di osservare il possibile ruolo di mediazione o moderazione che eserciterebbero; è inoltre importante analizzare con cautela i risultati ottenuti considerando le riflessioni portate come spunti per possibili studi futuri dal momento che si sono dimostrati significativi senza considerare i potenziali fattori confondenti.

5.2 PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA

La presente ricerca contribuisce ad arricchire le conoscenze in merito all'associazione presente tra la depressione materna, misurata nel postpartum, e lo sviluppo del neonato, facendo luce sulla sua prima forma d'interazione sociale, la relazione madre-bambino, osservando, successivamente, la traiettoria di sviluppo di quest'ultimo dal punto di vista socio-emotivo-comportamentale.

Un punto di forza di questo lavoro è costituito dall'aver scelto un disegno di indagine longitudinale, il quale ha previsto la raccolta di informazioni a partire dai 6 mesi postpartum fino ai 36 mesi successivi alla nascita del bambino, con la possibilità di poter avere informazioni più dettagliate per ogni singolo momento, indispensabili per osservare le diverse associazioni emerse. Un altro aspetto da considerare riguarda l'aver osservato la qualità dell'interazione madre-bambino nelle sue singole componenti, ponendo al centro la natura diadica e visionando come le azioni, ed i comportamenti materni, possano innescare differenti outcome e manifestazioni, a fronte delle richieste che la quotidianità e l'ambiente circostante pone di fronte al figlio.

Il lavoro svolto presenta anche limitazioni legate, in primo luogo, alla scelta degli strumenti di assessment utilizzati, mezzo attraverso i quali si chiedeva alla madre una stima dei comportamenti del figlio; l'utilizzo di questionari parent-report, per valutare lo

sviluppo socioaffettivo-comportamentale del bambino, sia in termini quantitativi che qualitativi, riflette la visione soggettiva della persona e non l'oggettività del comportamento del figlio, la percezione materna riguardo alle informazioni non detiene la massima accuratezza di queste ultime. Tale modalità di valutazione, anche se utilizzato spesso per i bassi costi e per velocità e flessibilità nella somministrazione, potrebbe riflettere, oltre a possibili aspetti di desiderabilità sociale, legati allo stigma comune, che vede il periodo del postpartum come idilliaco e privo di possibili manifestazioni negative (Aceti et al., 2012), una discrepanza tra ideale e reale che coinvolge vari aspetti della maternità dal parto alla quotidianità con il proprio bambino (Berggren-Clive, 1998).

Oltre all'utilizzo di strumenti self-report, al fine della valutazione della qualità della relazione madre-bambino, è stata videoregistrata un'interazione successivamente visionata; tale modalità potrebbe non essere totalmente veritiera, per quanto si cerchi di creare un ambiente il più ecologico possibile, chiedendo di riprodurre una scena della propria quotidianità, oltre ad osservare un'interazioni di pochi minuti a fronte di giornate intere trascorse insieme al proprio caregiver, si può correre il rischio di mettere in atto una sorta di best performance che non rifletterebbe la realtà della situazione.

La scelta dell'uso degli strumenti utilizzati permette la possibilità di valutazione e osservazione di alcuni degli effetti che la depressione postpartum può avere nello sviluppo dei bambini e delle bambine, non prendendo in considerazione, ad esempio, il possibile emergere di disturbi alimentari, e molti altri, come sostenuto dalla letteratura (Milgrom, 1999).

Data la natura transazionale dello sviluppo del bambino e della stessa depressione materna, un altro limite insito nella ricerca è quello di non aver testato modelli che prendessero in considerazione l'interazione fra più di due variabili, come modelli di moderazione e di mediazione; lo sviluppo del bambino è caratterizzato da una complessità di fattori che interagiscono tra di loro, è immerso in un contesto che influenza e dal quale viene influenzato, dove, la presenza di aspetti temperamentali, affettivo-relazionali, elementi stressanti e fattori protettivi, come ad esempio la presenza di altri caregiver significativi all'interno della relazione, rappresentano componenti da non sottovalutare e che quindi si ritiene opportuno prendere in esame in future ricerche.

Ultimo aspetto da considerare riguarda la numerosità, il campione ristretto di soggetti limita la possibilità di generalizzazione dei risultati, le dimensioni ridotte potrebbero non

avere la potenza statistica necessaria per rilevare una relazione significativa nonostante un effetto sia presente, inoltre, la presenza di una depressione cronica e severa, piuttosto che episodica e meno intensa, potrebbe avere effetti diversi, variazioni in termini di durata ed intensità portano con sé conseguenze differenti in termini di gravità.

Importante considerare come i valori ottenuti nella depressione materna riflettano l'idea della donna, basandosi sempre su questionari self-report, che potrebbe essere alterata, non solo dal particolare momento che sta vivendo, ricco di cambiamenti (Chrousos, Torpy e Gold, 1998), ma anche dalla particolare situazione nella quale sono stati raccolti i presenti dati: la pandemia da COVID-19 ha amplificato questi fattori (The Lancet, 2023), la mancata frequenza ai corsi preparto, sospesi a causa delle restrizioni, ha ridotto l'incontro con altre future mamme, aspetto di fondamentale importanza nel normalizzare i propri stati d'animo, con il rischio di aumentare la percezione del loro malessere; le donne hanno il bisogno di non "sentirsi le uniche" raccogliendo, in questo modo, speranza verso le loro capacità e la relazione con il proprio bambino. Il termine "depressione" viene usato dalle neomamme per descrivere esperienze diverse tra loro, risulta difficile, soprattutto in un periodo senza possibilità di confronto, distinguere la depressione postpartum da ciò che non lo è (Mauthner, 1999); si ritiene quindi importante prevedere, in futuri studi, altri strumenti, oltre ad autovalutazioni e questionari parent-report, che potrebbero ridurre l'effetto di amplificazione o attenuazione nei risultati delle relazioni osservate.

5.3 CONCLUSIONI E FUTURE RICERCHE

Sin dai primi momenti successivi alla nascita si instaura, tra madre e bambino, un intenso scambio di vocalizzi e sguardi che pone in luce, fin da subito, la natura bidirezionale e diadica, dove l'uno è strettamente influenzato dall'altro; la madre, dal canto suo, rappresenta la prima esperienza del bambino al mondo esterno (Eisenberg, 2000), interagendo con lui permette l'apprendimento dei propri e altrui stati emotivi (Dunn et al., 1991) favorendo la conoscenza del suo comportamento interpersonale (Fivush, 1990). Nello sviluppo del bambino il contesto nel quale vive gioca un ruolo fondamentale (Valenza et al., 2022), in questo la sintomatologia materna influenza non solo la qualità della relazione (Campbell et al., 1990) ma agisce da fattore determinante ripercuotendosi nella traiettoria socio-emotiva-comportamentale del neonato (Milgrom, 1999).

Madre e bambino vivono all'interno di un'ambiente che offre possibili fattori di protezione e di rischio che, in ottica transazionale, si determinano reciprocamente e contribuiscono vicendevolmente allo sviluppo del bambino o della bambina (Murray & Stein, 1989).

Il presente lavoro si proponeva di evidenziare come difficoltà nella salute mentale materna, corrispondenti in particolare a sintomatologia depressiva misurata nel postpartum, possano avere un impatto significativo non solo sullo sviluppo del bambino, sotto diversi e molteplici aspetti, ma anche sullo svilupparsi di un buon legame di attaccamento, conseguenza dell'instaurarsi di una sana relazione con il proprio caregiver. Le problematiche comportamentali, generalmente, si mostrano come le più evidenti e allarmanti spingendo i genitori a dirigersi verso professionisti della salute, nonostante questo è bene tenere a mente come altre conseguenze, sebbene meno evidenti, dovrebbero essere di altrettanta attenzione clinica. Sulla base di quest'ultima considerazione, e sulla consapevolezza dell'importanza precoce della prevenzione, aspetto che emerge come fattore di rilievo da questo studio, si sottolinea la necessità di offrire sostegno psicologico alle donne nel periodo successivo alla nascita, ricco di mutazioni e di elementi di stress alla quale la madre deve far fronte (Tammentie et al., 2004) con lo scopo di ridurre i meccanismi negativi che a cascata minacciano il benessere futuro del bambino e della bambina oltre che della stessa madre.

La letteratura è concorde nel ritenere che interventi, collocati in ottica di prevenzione, offrano, non solo la possibilità di avere spazi di informazione, discussione e sensibilizzazione verso argomenti riguardanti le donne in gravidanza e lo sviluppo di sintomatologia depressiva nel postpartum, ma favoriscano anche una diminuzione dell'episodio depressivo sia in termine di prevalenza che di sintomi associati (Grussu & Bramante, 2016).

Al fine di pianificare interventi di supporto alla genitorialità, promotori di benessere per la madre ed i propri figli, è fondamentale considerare il ruolo che l'ambiente quotidiano svolge nella tutela della qualità stessa della vita della donna offrendo fattori protettivi verso lo sviluppo e il benessere del neonato. È infatti noto in letteratura che la sintomatologia depressiva materna può verificarsi indipendentemente dall'ordine di nascita del bambino: una madre che non ne ha sofferto, successivamente alla natività del primo figlio, non risulta immune e non è detto che non possa soffrirne in maternità

successive (Leveni et al., 2009); per tale motivo è bene prestare adeguata attenzione ad ogni momento non sottovalutando le diverse situazioni.

Sulla base dei risultati ottenuti emergono spunti per ulteriori future ricerche. Sarebbe utile, come primo aspetto, prendere in considerazione, oltre a questionari e strumenti self-report, misurazioni più oggettive, basandosi non solo sulla mera percezione materna che, proprio per la particolare condizione che sta affrontando, potrebbe essere alterata, approfondire tale aspetto non permette solo di far luce sul rapporto tra caratteristiche oggettive e percezione soggettiva, ma offre conoscenze utili per adottare interventi ad hoc nel diminuire l'effetto della percezione alterata materna sul comportamento e sulla relazione con il proprio bambino, aspetto, secondo quanto riportato in letteratura, che aumenta la distorsione creando così un circolo vizioso.

Allo stesso modo, nella valutazione ed osservazione della qualità della relazione, si riterrebbe ideale osservare un periodo più dilatato di tempo nel quale possano emergere le differenti sfaccettature tipiche della quotidianità, analizzando la relazione in momenti diversi e non solo nel gioco.

In future ricerche sarebbe interessante testare i possibili fattori di mediazione o moderazione che possono avere un ruolo decisivo nel comprendere i meccanismi sottostanti la relazione fra salute mentale materna postnatale e influenze nello sviluppo del bambino o della bambina. Sulla base di quanto sopra riportato l'individuo vive all'interno di un ambiente ricco di stimoli e di possibili fattori di stress o protezione, studiare il ruolo che queste componenti hanno nella costruzione della relazione con il proprio bambino potrebbe aiutare ad offrire spunti per possibili interventi che si collochino verso la diminuzione degli effetti negativi a lungo termine nello sviluppo del bambino; tra questi troviamo: qualità della relazione genitoriale e coniugale, supporto sociale percepito e reale, scelta di pratiche di parenting, presenza di caregiver alternativi, possibili forme di psicopatologia paterna oltre che materna.

Allo stesso modo può essere utile visionare, in studi futuri, il ruolo attivo che il bambino riveste nelle relazioni sociali fin dai primi momenti successivi alla nascita, la funzione che le caratteristiche temperamentali del neonato hanno nelle dinamiche relazionali e nella sua creazione.

Aspetto da non sottovalutare riguarda il particolare momento nel quale questi dati sono stati raccolti, la pandemia da COVID-19 ha sicuramente alterato e modificato la vita di

tutti, la mancanza di interazioni sociali, già potenzialmente assenti nella vita di madri con sintomatologia depressiva, sono state estremizzate ed hanno portato conseguenze anche nello sviluppo sociale ed emotivo del bambino; questo studio rappresenta perciò uno spaccato di un momento delicato paragonabile ad una catastrofe naturale che offre spunti per ulteriori ricerche future.

In conclusione, si ritiene utile approfondire il panorama di ricerche al fine di avere una conoscenza esaustiva sui diversi protagonisti che intercorrono nella relazione fra salute mentale materna postnatale e sviluppo del bambino, dove la qualità dell'interazione si pone come uno di questi, permettendo la possibilità di incrementare programmi di intervento preventivi al fine di garantire il benessere dei bambini e delle bambine immerse in un ambiente sociale fin dai primi momenti della loro vita dal quale assimilano ogni forma di stimolo.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin R.R. (1995), *Parenting stress index: Professional manual* (3rd ed.). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Abramson L.Y., Seligman M.E.P. e Teadsale J.D. (1978), Learned helplessness in humans: Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1, 49-74.
- Aceti F, Meuti V, Giacchetti N, Carluccio G, Zaccagni M, Marini I, Giancola O, Ciolli P, Biondi M. (2015). Perinatal depression and patterns of attachment: a critical risk factor?, *HINDAWI* <https://doi.org/10.1155/2015/105012>
- Aceti F., F. Aveni, V. Baglioni, G.M. Carluccio, D. Colosimo, N. Giacchetti, I. Marini, V. Meuti, P. Motta, M. Zaccagni, M. Biondi (2012). Perinatal and postpartum depression: from attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*, 18, 328-334
- Achenbach T. M. & Rescorla L.A. (2001), *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families.
- Adolphs R. (2003), *Cognitive Neuroscience of human social behaviour*, Nature Reviews Neuroscience, 4, 165-178.
- Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG (2012). Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 285, 1249-55.
- Albiero P., Matricardi G. (2006), *Che cos'è l'empatia*, Carocci, Roma.
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of women's mental health*, 23, 741-748.
- Alpern G.D. (2015), *Developmental Profile 3 (DP-3)*, WPS, Edizione italiana (a cura di) Lanfranchi S. & Vianello R.
- Amaru D, Le Bon O (2014). Postpartum depression: correlations and predictive factors. *Revue Médicale de Bruxelles* 35, 1, 10-6.
- Amato M. (2021) *Come vincere la depressione durante e dopo la gravidanza*. Sovera Editore

- Areias M.E.G., Kumar R., Barros H. & Figueiredo E. (1996a), Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Atkinson R.L., Hilgard E.R. (2017), *Introduzione alla psicologia*, (a cura di) Susan Nolen-Hoeksema, Barbara L. Fredrickson, Geoffrey R. Loftus, Piccin-Nuova Libreria
- Baker J, Mancuso M, Montenegro M, Lyons BA (2002). Treating postpartum depression. *Physician Assistant* 26, 10, 37-44.
- Bandura A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Battacchi M.W., Giovannelli G. (1988), *Psicologia dello sviluppo*, La Nuova Italia Scientifica, Firenze.
- Bayley N. (2006), *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Terza Edizione* (Bayley-III). Adattamento Italiano (a cura di) Ferri R., Orsini A. & Stoppa E. Giunti O.S.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scale of Infants Development (Bayley-III)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beard JL, Hendricks MK, Perez EM, Murray-Kolb LE, Berg A, Vernon-Feagans L, Irlam J, Isaacs W, Sive A, Tomlinson M (2005). Maternal iron deficiency anemia affects postpartum emotions and cognition. *The Journal of Nutrition*, 135, 2, 267-72.
- Beck A.T. (1964). Thinking and Depression: 2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck A. T. (1967), *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, New York, Harper e Row.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Tr. it. *La Depressione*. Torino, Boringhieri 1978.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F e Emery G. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Beck AT, Steer RA & Brown GK. (1996) Beck depression inventory Second Edition Manual. San Antonio: *The Psychological Corporation*
- Beck, Cheryl Tatano. (1996) Postpartum Depressed Mothers' Experiences Interacting With Their Children. *Nursing Research* 45,2.

- Beck C.T. (2002), Postpartum depression: A metasyntesis, *Qualitative Health Research*, 12, 453-472.
- Beck CT, & Gable RK (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49, 5, 272–282.
- Beck CT, Gable RK. (2010). *PDSS - Postpartum Depression Screening Scale*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Beck CT. (2002) Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*, 31, 394-402.
- Beckwith L., Cohen S. E., Kopp C. Y., Parmelee A. H. e Marcy T. G. (1976), Caregiver-infant interaction and early cognitive development in preterm infants, *Child Development*, 47, 579-58.
- Bedell J. R., & Lennox S. S. (1997). *Handbook for Communication and Problemsolving Skills Training – A Cognitive-Behavioral Approach*. Willey.
- Beebe B. & Lachman F.M. (2014), *The origins of attachment: Infant Research and adult treatment*, Routledge, Taylor & Francis; trad. it. *Le origini dell'attaccamento. Infant Research e trattamento degli adulti*, Milano, Cortina, 2015.
- Beebe B., Lachman F.M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Beedie, C., Terry, P., & Lane, A. (2005) Distinctions between emotion and mood. *Cognition & Emotion*, 19, 847-878.
- Bengtson & Schrader (1982) Bengtson VL, Schrader SS. Parent-child relations. In: Mangen DJ, Peterson WA, editors. *Research instruments in social gerontology vol. 2 social roles and social participation*. University of Minnesota Press; Minneapolis: 1982. pp. 115–186.
- Bennett H.A., Boon H.S., Romans S.E. e Grootendorst P. (2007), Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy: A qualitative study, *BMC Women's Health*, 7, 13.
- Benoit D. (2004), Infant parent attachment: Definition, types, antecedents, measurements and outcome. *Paediatr Child Health*.
- Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. (1999) The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorder*; 53,2, 137-41.

- Berggren-Clive L. (1998), Out of the darkness and into the light: Women's experiences with depression of childbirth, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 17, 103-120.
- Berti A.E., Bombi A.S. (2005), *Corso di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Bettes B.A. (1988), Maternal depression and motherese: temporal and intonational features, *Child Development*, 59, 4, 1089-1096.
- Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, et al. (2004). *Maternal attachment style associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study*. *Br J Psychiatry Suppl*, 46, 31-7.
- Bigelow B.J., LaGaipa J.J. (1975), Children's written descriptions of friendship: A multidimensional analysis, *Developmental Psychology*, 11, pp. 857-58.
- Biringen Z. (2008). Emotional Availability (EA)TM Scales; 4th Edition, penultimate draft.
- Biringen Z., Robinson J.L. (1991). Emotional availability: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 228-271.
- 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., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167.
- Björkqvist K. (1994), Differenze sessuali nell'aggressione indiretta. Una rassegna delle ricerche recenti, *Età Evolutiva*, 49, pp. 73-78.
- Black M.M., Baqui A.H., Zaman K., McNary S.W., Le K., Arifeen S.E., Hamadani J.D., Parveen M., Yunus M., Black R.E. (2007), Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: implication for infant development, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 48.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorder*. 88, 1, 9-18.

- Blucker RT, Gillaspay JA, Jackson D, Hetherington C, Kyler K, Cherry A, Cherry A, McCaffree MA, Gillaspay SR (2014). Postpartum depression in the NICU: An examination of the factor structure of the Postpartum Depression Screening Scale. *Advances in Neonatal Care*, 14, 6, 424–432.
- Bombi A.S., Pinto G. (1993a), *Disegnati con un amico! Psicologia contemporanea*, 115, pp.26-33.
- Bowlby J., (1969), *Attachment and loss*, vol.1 Attachment, Basic Book, New York (trad. It., *Attaccamento e Perdita. L'attaccamento alla madre*, Boringhieri Torino 1976).
- Bowlby, J. (1944). Fourty-four juvenile theives: Their characters and home life. *International Journal of PsychoAnalysis*, 25, 19-52.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. Tr. It. (1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bradshaw D., Campos J.J., Klinnert M.D., 1986, *Emotional expressions as determinants of infants immediate and delayed responses to prohibitions*, relazione presentata alla Fift International Conference on Infant Studies, Los Angeles.
- Bradshaw D., Campos J.J., Klinnert M.D., 1986, *Emotional expressions as determinants of infants immediate and delayed responses to prohibitions*, relazione presentata alla Fift International Conference on Infant Studies, Los Angeles.
- Bridges K., 1932, Emotional Development in Early Infancy, *Child Development*, 3, pp. 324-41.
- Briggs J. (1970), *Never in anger*, Cambridge, Harvard University Press.
- Brody G.H. (2004), Siblings' direct and indirect contributions to child development, *Current Directions in Psychological Science*, 13, pp. 124-26.
- Brookman R, Kalashnikova M, Levickis P, et al. (2023), Effect of maternal depression on maternal responsiveness and infats' expressive language abilities. *PLoS One*.
- Brothers, L. (1990). The social brain: A project for integrating primate behavior and
- Brown G.W. (1993), *The role of life events in the aetiology of depressive and anxiety disorders*. In S.C. Stanforde P. Salmon (a cura di), *Stress: From synapse to syndrome (pp. 23-50)*, London, Academic Press.
- Bühler C. (1930), *The first year of life*, New York, John Day.

- Camaioni, L., Gerbino W, Hvastia-Stefani L., (1978), L'interazione sociale tra bambini coetanei e tra bambini e adulto. Una ricerca sullo sviluppo dell'interazione sociale da due a tre anni, *Giornale italiano di psicologia*, 2, pp. 291-321.
- Campbell S.B., Cohn J.R., Flanagan C., Popper S. e Meyers T. (1992), Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood, *Development and Psychopathology*, 4, 29-47.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*
- Case R., Hayward S., Lewis M.D. e Hurst P. (1988), Toward a neo-piagetian theory of cognitive and emotional development, *Developmental Review*, vol.8, pp.1-51
- Cassidy J, Jones JD, Shaver PR. (2013), Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation and policy. *Dev Psychopathol.*
- Castelfranchi, C. (2022). Il valore degli scopi: non solo duplice ma ibrido. Sistemi intelligenti, *Rivista quadrimestrale di scienze cognitive e di intelligenza artificiale*, 3, 471-488.
- Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsh, R., Borman-Spurrell, E., & Mrazek, D. A. (2000). *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 743–751.
- Chrousos G.P., Torpy D.J. e Gold P.W. (1998), Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: Clinical implications. *Annals of Internal Medicine*, 129, 229-240
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (1999). *Scientific Foundation of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. John Wiley & Sons Inc. Tr. it. *Teoria e Terapia Cognitive della Depressione*. Milano, Masson 2001
- Cicchello S. (2017). La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi. *Cognitivism clinico*, 14, 1, 22-45. *Cognition & Emotion*, 19, 847-878.
- Cogill S.R., Caplan H.L., Alexandra H., Robson K.M., Kumar R. (1986), Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)*.

- Cohn JF, Campbell SB, Ross S. (1991), Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. *Development and Psychopathology*, 3, 4.
- Cohn, J. F. , Campbell, S. B. , Matias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-Face Interactions of Postpartum Depressed and Nondepressed Mother–Infant Pairs at 2 Months. *Developmental Psychology*, 26, 1.
- Cohn J.R. e Tronick EZ. (1989), Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242-248.
- Comoglio M. (1998), *Educare insegnando. Apprendere ad applicare il cooperative learning*. LAS:Roma
- Condea A., Figueiredoa B., Bifulco A. (2011). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attachment and Human Development*. 13,3, 271-191.
- Conners, C. K. (2007). *Manuale Conners' Rating Scale-Revised*. Firenze: Giunti O.S.
- Cooper P.J. e Murray L. (1997), *The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development*. In L. Murray e P.J. Cooper (a cura di), *Postpartum depression and child development*, New York, Guilford Press, pp. 201-220.
- Cooper P-J. e Murray L. (1995), Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 166,2,191-195.
- Corno & Lang (2009). *La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*. Franco Angeli
- Cox A.D. (1988), Maternal depression and impact on children's development, *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 63, n. 1, pp. 90-95.
- Cox J.L., Hoiden J.M. e Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Psychiatry*, 150, 782-786.
- Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth É, Krajcsi A, Sefcsik T, Pál A. (2007) Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Education and Counseling*, 67,84-92.

- Cummings E.M. (1987), Coping with background anger in early childhood, *Child Development*, vol. 58, pp. 976-984.
- Cutrona C.E. & Troutman B.R. (1986), Social support, infant temperament, and – parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression, *Child Development*, 57, 1507-1518
- Dale F. Hay, Pawlby Susan, Waters C. S., Sharp D. (2008), Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 10.
- Darwin C., 1872, *The expression of emotions in man and animals*, Murray, Londra (trad. it., *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Bollati Boringhieri, Torino 1982).
- Davis M. e Wallbridge D. (1981), *Boundary and space: An introduction to the work of D.W. Winnicott*, Melbourne, Penguin.
- Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. (2014) Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 229- 37.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, (DSM-IV). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC.
- Dietz P.M., Williams S.B., Callaghan W.M., Bachman D.J., Whitlock E.P. e Hornbrook M.C. (2007), Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births, *American Journal of Psychiatry*, 64, 1515-1520
- Dix, T., Meunier, L. N., Lusk, K., & Perfect, M. M. (2012). Mothers' depressive symptoms and children's facial emotions: examining the depression-inhibition hypothesis. *Development and psychopathology*, 24(1), 195–210. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000770>

- Dodge K.A., Coie J.D., Lynam D. (2006), *Aggression and antisocial behavior in youth*, in Damon W., Eisenberg N. (a cura di), *Handbook of child psychology (6th ed.), Social, Emotional, and Personality Development*, vol.3, Wiley, New York, pp.719-88.
- Dozier M., Stovall-McClough K. C., Albus K. E. (2008) Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J., Shaver P. R. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Application*. 2nd. New York, NY, USA: Guildford Press.
- Duan J., Kendrick C., Macnameer., 1981, The reaction of first-born children to the birth of sibling: Mother's reports, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, pp. 1-18.
- Dunn J. (1993), *Young children's close relationships: Beyond attachment*, Sage, Thousand Oaks.
- Dunn J., Brown J. e Beardsall L. (1991), Family talk about feeling states and children's – later understanding of others' emotions, *Developmental Psychology*, vol. 27, pp. 448-455.
- Eisenberg N., 2001, Distinctions Among Various Modes of Empathy-Related Reactions: A Matter of Importance in Human, *Behavioral and Brain Sciences*, 25, pp. 33-34.
- Eisenberg N., Fabes R.A., Spinrad T.L. (2006), *Prosocial development*, in W. Damon, N. Eisenberg (a cura di), *Handbook of child psychology (6th ed.), Social, Emotional, and Personality Development*, vol.3, Wiley, New York, pp. 646.718.
- Ekman P. (1973), *Cross-cultural studies of facial expression*. In P. Ekman (a cura di), *Darwin and facial expressions*, New York, Academic Press.
- Engel G.L. (1980), The application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. *Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth*. *BMJ* 4,323,257-60.
- Fabes R.A., Carlo G., Kupanoff K., Liable D. (1999), Early adolescence and prosocial/moral behavior: Pt.1. The role of individual processes, *Journal of Early Adolescence*, 19, pp. 5-16.

- Farroni, T., Csibra, G., Simion, F. & Johnson, M.H. (2002). Eye contact detection in humans from birth. *Psychological and cognitive sciences*, 99(14), 9602-9605.
- FDA U.S. Food And Drug Administration (2023). FDA Approves First Oral Treatment For Post Partum Depression. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-oral-treatment-postpartum-depression>
- Feeney J., Alexander R., Noller P., Hohaus L. Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 4, 475–493
- Feldman R, Granat A, Pariente C, et al. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 48, 9.
- Fellenzer JL & Cibula DA (2014). Intendedness of Pregnancy and Other Predictive Factors for Symptoms of Prenatal Depression in a Population-Based Study. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 2426-2436
- Field T., Healy B., Goldstein S. e Gotherz M. (1990), Behaviour state matching and synchrony in nondepressed versus depressed dyads, *Developmental Psychology*, 24, 7-14.
- Field T., Sandberg D., Garcia R., Nitza V., Goldstein S. e Guy, L. (1985), Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions, *Developmental Psychology*, 21, 6, 1152-1156.
- Field T.M., Dempsey J.R. e Shuman H.H. (1981), *Developmental follow-up of pre- and post-term infants*. In. S.L. Friedman e M. Sigman (a cura di), *Preterm birth and psychological development*, New York, Academic Press.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of Depressed Mothers Show “Depressed” Behavior Even with Nondepressed Adults. *Child Development*, 59(6), 1569–1579.
- Field T. (2010), Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*.
- First M.B, J. B.W, Benjamin L.S., L. Spitzer R.L. *SCID-5-CV. Intervista clinica strutturata per i disturbi del DSM-5® – Versione per il clinico*. Raffaello Cortina Editore, 2017.

- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 90, 139-149G.
- Fivush R. (1990), *Self, gender and emotion in parent-child conversations about the past*, relazione presentata al convegno dell'American Psychological Association, Boston, Mass.
- Flavell J. H., Miller P.H. e Miller S.A. (1977), *Cognitive development*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall International (trad. it. *Psicologia dello sviluppo cognitivo*, Bologna, Il Mulino, 1996).
- Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M (1997). Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 18, 1, 17-21
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M.A.G., & Hanson, K. (1992). Familiar risk factors to Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth* 7, 14, 133.
- Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G. e Swinson T. (2005), Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence, *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083.
- Gelfand D.M. e Teti D.M. (1990), The effects of maternal depression on children, *Clinical Psychology Review*, 10, 329-352.
- George C., Kaplan N. & Main M. (1985), *The adult attachment interview*. *Unpublished Manuscript*. Berkeley: University of California.
- Gerrard J., Holden J. M. e Elliott S.A. (1993), A trainer's perspective of an innovative training programme to teach health visitors about the detection, treatment and prevention of postnatal depression, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1825-1832

- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. (2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 5, 350-64
- Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: a UK validation of the PHQ-9 and CORE-OM. (2007) *British Journal of General Practice*, 57, 650-652.
- Goldstein, R. (1993), *Modality and the regulation of mother-toddler attention*. Tesi di dottorato. Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University, New York.
- Goleman D. (1996), *Emotional intelligence*, London, Bloomsberry.
- Goleman, D. (1995, May 2) *Biologists find the site of working memory*. New York Times.
- Goodman J.H. (2004), Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health, *Journal of Advances Nursing*, 45, 26-35
- Goodman R. (1997), The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-86.
- Goodman S. H. (1992), *Understanding the effects of depressed mothers on their children*. In E.F. Walker, R. H. Dworkin, e B.A. Cornblatt (a cura di), *Progress in experimental personality and psychopathology research (pp. 47-109)*, New York, Springer.
- Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. (2006) *Psychology, Health & Medicine*, 425-31.
- Gresham F. & Elliott S.N. (1990), *Social Skills Rating Scale (SSRS)*, Pearson
- Groh, A.M., Roisman, G.I., van Ilzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Fearon, R.P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Gross J.J., Thompson R.A, 2006, *Emotion regulation: conceptual foundations*, in J.J. Gross (a cura di), *Handbook of emotion regulation*, The Guilford Press, New York, pp. 3-26

- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Grossi, D., Trojano, (2009), in *La regolazione delle emozioni*, di Matarazzo, O e Vanda, L.Z, il Mulino.
- Grussu P. & Bramante A. (2016) *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Erickson
- Guedeney N. (1993). A propos des mères déprimées: l'impact de la dépression sur les interactions précoce, in *Analyse des travaux anglo-saxons. Annales de Pédiatrie*, 40, 8, 496-502.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32,269-309.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in psychology*
- Hamilton M. (1960), "A rating scale for depression", *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hanington, L, Ramchandani P, Stein A. (2010). Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behav Dev*;33,1.
- Hanish LD, Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL, Ryan P, Schmidt S. (2004), The expression and regulation of negative emotions: risk factors for young children's peer victimization. *Dev Psychopathol*
- Hanna, B., Jarman, H., & Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post- partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 2, 72- 79.
- Happé,F., & Frith, U. (2014). Annual research review: towards a developmental neuroscience of atypical social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55,553-577.
- Harris P.L. (1989), *Children and emotion*, Blackwell, Oxford (trad. It., *Il bambino e le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano 1991).

- Hart S., Field T. e del Valle C. (1998), Depressed mothers' interactions with their one-year-old infants, *Infant Behavior and Development*, 21, 3, 519-525.
- Hartup W.W. (1978), *I bambini e i loro amici*, in H.McGurk (a cura di), *Issues in childhood social development*, Methuen, Londra (trad. it., *Lo sviluppo sociale del bambino*, Boringhieri, Torino 1984).
- Haviland J.M., Lelwica M., 1987, The induced affect response: 10 week old infants' responses to three emotional expressions, *Developmental Psychology*, 23, pp. 97-104.
- Hay, D. F., Angold, A., Pawlby, S., & Harold, G. T. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39, 1083–1094.
- Hayworth J., Little B.C., Bonham Carter S., Raptopoulos P., Priest R.G. e Sandler M. (1980), A predictive study of postpartum. depression: Some predisposing characteristics, *British Journal of Medical Psychology*, 53, 161-167
- Hoffman M.L., 2001, *A comprehensive theory of prosocial moral development*, in D. STIPEK, A. BOHART (a cura di), *Constructive and destructive behavior*, American Psychological Association, Washington D.C., pp. 61-86.
- Howell E.A., Mora P. e Levanthal H. (2006), Correlates of early postpartum depressive symptoms, *Maternal Child Health Journal*, 10, 149-157
- Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. (2007) Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 86, 291-297.
- Islam MJ, Broidy L, Baird K, Rahman M, Zobair KM. (2021), Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. *PLoS One*.
- Izard C.E, 1978, *On the ontogenesis of emotion-cognition relationships in infancy*, in M. Lews, A.L. Rosenblum (a cura di), *The development of affect*, Plenum Press, New York.
- James W. (1884), What is emotion?, *Mind*, vol. 9, pp. 10-18.
- James, W. (1890/1950) *Principles of psychology*. New York: Dover.
- Johnson M.H., Morton J. (1991), *Biology and cognitive development: The case of face recognition*, Blackwell, Cambridge.

- Johnson, P. L., & Flake, E. M. (2007). Maternal depression and child outcomes. *Psychiatric Annals*, 37, 404–410.
- Jordano R. (1986), *The effects of adult emotion on young children*, Oxford, University of Oxford.
- Jordano R. (1986), *The effects of adult emotion on young children*, Oxford, University of Oxford.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Maser J.D., Zeller P.J., Endicott J., e Coryell W. (1998), A prospective 12-years study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700
- Judith van der Waerden, Cédric Galéra, Béatrice Larroque, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Anne-Laure Sutter-Dallay, Maria Melchior, (2015) Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years, *The Journal of Pediatrics*, Volume 166, Issue 6.
- Kalita, KN. (2009). Developmental profile of infants born to mothers with postpartum depression and anxiety: a comparative study. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health*; 6,1.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Rao, U., & Ryan, N. (2004). *K-SADS-PL. Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini ed adolescenti. Manuale e protocolli*, Trento: Erickson.
- Kay S.R., Wolkenfeld F. & Murrill L.M. (1988), Profiles of aggression among psychiatric patients: I. Nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 539-46.
- Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW (2013). Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeeding Medicine* 8, 1, 16-22.
- Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H. e Kendler K.S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: Result from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klinnert M., 1984, The regulation of infant behavior by maternal facial expression, *Infant Behavior and Development*, 7, pp. 447-65.

- Koblinsky, S. A., Kuvalanka, K. A., & Randolph, S. M. (2006). Social skills and behavior problems of urban, African American preschoolers: role of parenting practices, family conflict, and maternal depression. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 554–563.
- Kochanska, G., Koenig, J.L., Barry, R.A., Kim, S., & Yoon, J.E. (2010), Children's conscience during toddler and preschool years, moral self, and a competent, adaptive developmental trajectory. *Developmental Psychology*, 46(5), 1320- 1332.
- Koulomzin, M. (1993), *Attention, affect, self-comfort and subsequent attachment in four-month-old infants*. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.
- Koulomzin, M., Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S. (1993), *Infant self comfort, disorganized scanning, facial distress, and bodily approach in face-to-face play at four months discriminate 'A' vs. 'B' attachment at one year*. In Society for Research in Child Development Abstracts, p. 446.
- Kozinszky Z, Dudas RB, Csator dai S, Devosa I, Toth E, Szabo D, Sikovanyecz J, Zadori J, Barabas K, Pal A. (2011) Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 46, 413-23.
- Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 623–636.
- Lambruschi F. & Muratoti P. (2013), Tra temperamento e relazione: Una prospettiva multifattoriale e complessa nella comprensione dei disturbi da comportamento dirompente. In F. Lambruschi & P. Muratori, *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*, Roma: Carocci Editore.
- Lanzi R.G., Bert S.C. e Jacobs B.K. (2009), Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22, 194-202.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Legrenzi P. & Jacomuzzi A. (2021), *Fondamenti di Psicologia generale. Teorie e Pratiche*. Seconda edizione. Bologna: Il Mulino

- Leung BM, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M & APrON Team (2016). Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Mental Health Journal*, 53, 420-431.
- Leveni D., Morosini P., Piacentini D., (2009), *Mamme Tristi. Vincere la depressione post partum*. Erikson, Trento
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*.
- Lewis M. (2002), *Early emotional development*, in A. Slater, M. Lewis (a cura di), *Introduction to infant development*, Oxford University Press, Oxford, pp.192-209.
- Lewis M., (1992), *Shame, The exposed self*, The Free Press, New York.
- Lichtenberg J.D. (1989), *Psychoanalysis and motivation*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum (trad. it. *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Milano, Raffaello Cortina, 1995).
- Lichtenberg J.D. (1989), *Psychoanalysis and motivation*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum
- Lier L. (1988), Mother-infant relationships in the first year, *Acta Paediatrica Scandinavica Supplementum*, 344, 77, 31-42.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. (2005) Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8,77-87.
- Liu Y., Kaaya S., Chai J., McCoy D.C., Surkan P.J., Black M.M., Sutter-Dallay A.L., Verdoux H., Smith-Fawzi M.C. (2017), Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis, *Psychol. Med.*, 47.
- Lowen A. (1972) *La depressione e il corpo. La base biologica della fede e della realtà*. Astrolabio Ubaldini
- Mao Q, Zhu LX, Su XY (2011) A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 5-6, 645-652.
- Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: Hiding in plain sight. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 479–488.
- Lutkiewicz K, Bieleninik Ł, Cieślak M, Bidzan M. (2020), Maternal infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. *Int J Environ Res Public Health*.

- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In T. M. Greenberg, D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, Chicago: University of Chicago Press.
- Martucci M., Aceti F., Giacchetti N. & Sogos C. (2021), The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorder. *Rivista di psichiatria*, 56,5.
- Mauthner N.S. (1999), Felling low and feeling really bad about feeling low: Women's experiences of motherhood and postpartum depression, *Canadian Psychology*, 40, 143-161.
- Mayer J. D., Salovey P., & Caruso D. R. (2004) A further consideration of the issues of emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15, 249-255
- Meager L. e Milgrom J. (1996), Group treatment for postpartum depression: A pilot study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 852-860.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1997). Explaining facial imitation: A theoretical model. *Early Development and Parenting*.
- Mencacci C, Anniverno R. (2008) *La depressione post partum in Italia: fotografia del problema*. Atti del Convegno Nazionale SIGO: *Non lasciamole sole. Una rete di tutela contro la depressione post partum*.
- Milgrom J. & McCloud P. (1996), Parenting stress and postnatal depression, *Stress Medicine*, 12, 3, 177-186.
- Milgrom J. (1991). *Mother-infant interaction and postpartum depression*. Final Report of the Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, Australia.
- Milgrom J. (1999). *A 2-year follow up of mothers and infants following postnatal depression*. Submitted for publication.
- Milgrom J. e McCloud P.I. (1996), Parenting stress and postnatal depression, *Stress – Medicine*, 12, 3, 177-186.
- Milgrom J., Martin P.R., Negri L.M. (2003) *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Erikson, Trento
- Ministero della salute (2024). *Depressione post partum*.
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>

- Minuchin S. (1974), *Famiglie e terapie della famiglia*; trad. it Astrolabio, Roma 1976.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. *Riv Psichiatr*, 2014, 49, 253-64.
- Misri S, Reebye P, Kendrick K, et al. (2006). Internalizing behaviors in 4-year-old children exposed in utero to psychotropic medications. *Am J Psychiatry*, 163,6.
- Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*, 27, 6, 238-245.
- Moldenhauer J.S. Depressione post partum. MD, Children's Hospital of Philadelphia.
- Montgomery SA, Åsberg M. (1979) A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 4, 382-389.
- Moll, H., & Kadipasaoglu, D. (2013). The primacy of social over visual perspective-taking. *Frontiers in Human Neuroscience*
- Mundy, P., & Sigman, M. (2006). Joint attention, social competence, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 293–332).
- Muratori P. & Lambruschi F. (2020), I disturbi del comportamento in età evolutiva. Fattori di rischio, strumenti di assessment e strategie psicoterapeutiche. Trento: Erickson
- Murray L. (1988), *Effects of postnatal depression infant development: Direct studies of early mother-infant interactions*. In R. Kumas e IF. Brockington (a cura di), *Motherhood and mental illness 2* (pp. 159-185), Cambridge, UK, Butterworth.
- Murray L. (1992), The impact of postnatal depression on infant development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 561.
- Murray L. e Cooper P.J. (a cura di) (1997a), *Postpartum depression and child development*, New York, Guilford Press.
- Murray L. e Stein A. (1989), The effects of postnatal depression on the infant, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3, 4, 921-933.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-564.

- Norhayati MN, Hazlina NH Nik, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. (2015) Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorder*, 175,34-52.
- O'Hara M.W. (2009), Postpartum depression: What we know, *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269.
- O'Hara MW, McCabe JE (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
- O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1, 63-73.
- O'Hara MW, Wisner KL (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 1, 3-12.
- O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, Seneviratne G, Taylor A, Moore R (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *Journal of Neuroendocrinology*, 23, 11, 1149-1155.
- O'Hara M.W. (1995), *Postpartum depression: Causes and consequences*, New York, Springer.
- O'Hara M.W., Rehm I.R. e Campbell S.B. (1982), Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 6, 457-461.
- Olioff M. (1991), *The application of cognitive therapy to postpartum depression*. In T.M. Vallis, J.L. Howes e P.C. Miller (a cura di), *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations* (pp. 111-133), Plenum Press, New York.
- Parsons T. e Bales R.F. (1955), *Family, socialization and interaction process*, Illinois, Free Press Glencoe.
- Patel V, Rodrigues M, DeSouza N (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1, 43-47.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-44.

- Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA (2016). The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Archives of Womens's Mental Health*, 19, 4, 655-663.
- Pawly S. e Hall F. (1980), *Early interactions and later language development of children whose mothers come from disrupted families of origin*. In T. Field, S. Goldberg, D. Stem e A.M. Sostek (a cura di), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions*, New York, Academic Press.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., & O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and childhood outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241–245.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, et al. (2009). Postpartum depression. *Am J Obstetr Gynecol*; 200,4.
- Peltonen H, Paavonen EJ, Saarenpää-Heikkilä O, Vahlberg T, Paunio T, Polo-Kantola P. (2023), Sleep disturbances and depressive and anxiety symptoms during pregnancy: associations with delivery and newborn health. *Arch Gynecol Obstet*.
- Pfiffner, L.J., Meburnett, K., Rathouz, P.J., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 347-56.
- Piaget J. (1932), *Le jugement moral chez l'enfant*, Alcan, Parigi (trad. it., *Il giudizio morale nel fanciullo*, Giunti, Firenze 1972).
- Piaget J. (1945), *La formation du symbole chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, (trad. it. *La formazione del simbolo nel bambino*, Firenze, La Nuova Italia, 1974)
- Plutchik R., (1983), *Emotions in early development: A psychoevolutionary approach*, in R. Plutchik, H. Kellerman (a cura di), *Emotions in early development*, Academic Press, New York.
- Posner NA, Unterman RR, Williams KN, Williams GH. (1997) Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *J Reprod Med*,42, 207-15.
- Pridham K.F., Berger Knight C. e Stephenson C.R. (1989), Mothers working models of infant feeding: Description and influencing factors, *Journal of Advanced Nursing*,14, 1051-1061.
- Quaglia R. & Longobardi C. (2012, 3° ristampa) *Psicologia dello sviluppo. Teorie, modelli e concezioni*. Trento: Erikson

- Querido, J.G., Bearss, K., & Eyberg, S.M. (2002). *Theory, research, and practice of parent-child interaction therapy*. In F.W. Kaslow & T. Patterson, *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Vol. 2) (pp. 91-113). New York: Wiley.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 3, 385-401.
- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. (2013) Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 28, 3, 11.
- Raphael-Leff J. (1991), *Psychological processes of childbearing*, London, Chapman & Hall. Reliability and validity of severity dimensions of Psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). Wiley
- RCore Team. (2013). A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing.
- Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V. (2001), Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action, *Nature Reviews Neuroscience*
- Robertson E., Grace S., Wallington T., Stewart DE (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 4, 289–295.
- Ross E, Zuromski K, Reis B, Nock M.K, Kessler R.C., Smoller J.W. (2021) Accuracy Requirements for Cost-effective Suicide Risk Prediction Among Primary Care Patients in the US. *JAMA Psychiatry*, 78, 6,642-650.
- Ross L.E. & Dennis C.L. (2009), The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: A systematic review, *Journal of Women's Health*, 18, 475-486
- Rothbart M.K., Bates J.E., 2006, *Temperament*, in N. Eisenberg, W. Damon (a cura di), *Handbook of child psychology*, vol. 3, *Social, emotional, and personality development* (6th ed.), Wiley, New York, pp. 99-166.
- Rotnem, D. (1989). *An examination of the association between maternal depression and the behavioral functioning of school age children*, Smith College.
- RStudio Team. (2016). RStudio: Integrated Development for R.
- Rutter D.R. e Durkin K. (1987), Turn-taking in mother infant interaction: An examination of vocalisations and gaze, *Developmental Psychology*, 23, 1, 54-61.

- Saarni C. (1984), Observing children's use of display rules: Ages and sex differences, *Child Development*, vol. 55, pp. 1504-1513.
- Saarni C., 1999, *The development of emotional competence*. Guilford, New York.
- Sameroff, A. J. (2000). *Developmental system and psychopathology*. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Sarro, S. (1993), *The mutual regulation of mother-toddler attention*. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.
- Saunders, H., Kraus, A., Barone, L., e Biringen, Z. (2015). Emotional availability: theory, research and intervention. *Frontiers in Psychology*, 6, 1069.
- Schaffer H.R. (1958), Objective observations of personality development in early infancy, *British Journal of Medicine Psychology*, 31, pp. 174-83.
- Schaffer H.R. (1971), *The growth of sociability* (trad it., *La socializzazione nei primi anni di vita*, Il Mulino, Bologna 1973).
- Schaffer H.R. (1984), *Parental control techniques in the context of socialization theory*, in W. Doise, A. Palmonari (a cura di), *Social Interaction in Individual Development*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Schaffer H.R., Callender W.M. (1959), Psychologic effects of hospitalization in infancy, *Pediatrics*, 24, pp. 528-39.
- Scherer K.R., 1982, Emotion as a process: Function, origin and regulation, *Social Science Information*, 21, pp. 555-70.
- Scherer K.R., 1983, *La comunicazione non verbale delle emozioni*, in G. Attili, P.E. Ricci Bitti (a cura di), *Comunicare senza parole*, Bulzoni, Roma.
- Scott D. (1992), Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse, *Child Abuse and Neglect*, 16, 345-358.
- Shariff, A. F., & Tracy, J. L. (2009). Knowing who's boss: Implicit perceptions of status from the nonverbal expression of pride. *Emotion*, 9(5), 631–639. <https://doi.org/10.1037/a0017089>
- Sharma, V., Mazmanian, D. (2014) The DSM-5 peripartum specifier: prospects And pitfalls. *Arch Womens Ment Health*, 17, 171–173. Shankman S.A., Funkhouser C.J., Klein D.N., Davila J., Lerner D., Hee D. (2017)

- Shelton K.K., Frick P.J. & Wootton J. (1996), The assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-27.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E, (2020). The effect of maternal depression on infant attachment: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*.
- Smith-Nielsen J, Tharner A, Krogh MT, Vaever MS. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language and motor development. *Scand J Psychol*.
- Soto-Icaza P, Aboitiz F & Billeke P (2015) Development of social skills in children: neural and behavioral evidence for the elaboration of cognitive models. *Neurosci*.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282, 18, 1737-44
- Sroufe L.A. (1995), *Emotional development*, Cambridge, Cambridge University Press (trad. it. *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*, Milano, Raffaello Cortina, 2000).
- Sroufe L.A., 1979, *Socioemotional development*, in J.D. Osofsky (a cura di), *Handbook of infant development*, Wiley, New York.
- Stein, A., Gath, D., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, E (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Stipek D.J., Granlinski H., Kopp C.B. (1990), Self-concept development in the toddler years, *Developmental Psychology*, 26, pp.972-77.
- Tammentie T., Paavilainen E., Astedr-Kurki P. e Tarkka M-T (2004), Family dynamics of postnatally depressed mothers: Discrepancy between expectations and reality, *Journal of Clinical Nursing*, 13, 65-74.
- Tatiana Begotti, Silvia Bonino, La prosocialità in "MINORIGIUSTIZIA" 4/2007, pp 69-77.

- The Lancet. (2023) *Perinatal depression: a neglected aspect of maternal health*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01786-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01786-5/fulltext)
- Thomas A., Chess S., & Birch H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: Universities Press
- Tompkins S.S. (1962), *Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. The positive affects*. New York: Springer.
- Tronick E.Z. e Weinberg M.K. (1997), *Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness*. In L. Murray e P. Cooper (a cura di), *Postpartum depression and child development (pp. 54-81)*, New York, Guilford Press.
- Tronick E.Z., Als H., Adamson L., Wise S. e 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, 1-13.
- 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>
- Troutman B.R. & Cutrona C.E. (1990), Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Urizar G.G. & Muñoz R.F. (2021), Role of maternal depression on child development: A prospective analysis from pregnancy to early childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-13.
- Valenza E. & Turati C. (2022), *Mente e corpo nello sviluppo*. Corocci Editore. Studi Superiori
- Vandell D.L., Mueller E.C. (1977), *The effects of group size on toddler's social interactions with peers*, relazione presentata al convegno biennale della Society for Research in Child Development (New Orleans).
- Verkerk GJ, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJ, Pop VJ. (2005) Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 4, 632-7.
- Vianello R., Gini G., Lanfranchi S. (2015). *Psicologia dello sviluppo. Seconda edizione*. Novara: De Agostini Scuola Spa
- Walker MJ, Davis C, Al-Sahab B, et al. (2013). Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. *Matern Child Health J*; 17,5.

- Weissman M.M. & Olfson M. (1995), Depression in women: Implications for healthcare research, *Science*, 269, 799-806
- Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., Faravelli C., Greenwald S., Hwu H.G., Joyce P.R., Karam E.G., Lee C.K., Lellouche J., Lepine J.P., Newman S., Rubio-Stipec M., Wells J.E., Wickramaratne P., Wittchen H.U. e Yeh E.K. (1996), Cross-national epidemiology of major depression and bipolar depression, *Journal of the American Medical Association*, 276, 293-299.
- Weissman, Myrna & Gammon, G & John, Kathoor & Merikangas, Kathleen & Warner, Virginia & A., Prusoff & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of general psychiatry*, 44.
- West M, Rose SM, Spreng S, Verhoef M, Bergman J. (1999) Anxious attachment and severity of depressive symptomatology in women. *Women & Health*, 29,47-56.
- Westley D.T. (1992), *The effect of postnatal depression on the mother-infant interaction*. Unpublished master's thesis, Monash University, Clayton, Melbourne.
- Whiffen V. e Gotlib I. (1989), Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 3, 274-279.
- Whittenburg P.N., Stern J.A. , Brett B.E. Straske M.D. & Cassidy J. (2023), Maternal depressive symptoms and child behavior problems: Attachment security as a protective factor, *Development and Psychopathology*, 35, 678–688
- Winnicott D.W. (1974), *Playing and reality*, London, Pelican.
- Winnicott, D.W. (1975). *Dalla pediatria alla psicanalisi*. Firenze: Martinelli
- Wisner KL, Chambers C, Sit DK. (2006) Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA*,296,21, 2616-8.
- Wisner KL, Gracious BL, Piontek CM, et al. (2002) *Postpartum disorders: phenomenology, treatment approaches, and relationship to infanticide*. In: Spinelli MG, editor. *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp. 36-60.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. (2002) Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 347, 194-9.

World Health Organization (2024). *Maternal Mental Health*.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (2010), Ginevra, Svizzera: World Health Organization.

Yagmur Y, Ulukoca N. (2010) Social support and postpartum depression in low socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International Journal of Public Health*, 55,6, 543-49.

Zaers S, Waschke M, Ehlert U (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 29, 1, 61-71.

Zahn-Waxler C., Radke-Yarrow M. (1982), *The development of altruism: Alternative research strategies*, in N. Eisenberg (a cura di), *The development of prosocial behavior*, Academic Press, New York, pp. 109-37.

Zicht S. (1993), *Attachment and the regulation of mother-toddler attention*. Tesi di dottorato. Yeshiva University, New York.

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.