



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

Effetti della depressione materna sullo sviluppo emotivo

Effects of maternal depression on emotional development

Relatrice:

Prof.ssa Sara Scrimin

***Laureanda:* Marta Crivellaro**

***Matricola:* 2015219**

Anno accademico 2022/2023

INDICE

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	1
1.1 La depressione materna.....	1
1.2 Lo sviluppo emotivo	1
CAPITOLO 2 – OBIETTIVI E METODO	3
2.1 Obiettivi.....	3
2.2 Metodo.....	3
CAPITOLO 3 – PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DELLA LETTERATURA	6
3.1 Effetti della depressione materna su dimensioni di competenza emotiva del bambino.....	6
3.2 Effetti della depressione materna su aspetti di benessere e funzionamento emotivo del bambino.....	10
CAPITOLO 4 – CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	17
4.1 Punti di forza e limiti.....	17
4.2 Implicazioni e conclusioni.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	21

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 La depressione materna

La diffusione a livello mondiale dei disturbi depressivi è consistente, come segnalato dall’OMS, con una stima del 5% di prevalenza nella popolazione adulta e una maggiore frequenza nella popolazione femminile rispetto a quella maschile (World Health Organization, 2021). In riferimento alla classificazione diagnostica del DSM-5, il più comune risulta essere il disturbo depressivo maggiore, caratterizzato dalla persistenza di un episodio depressivo per un periodo di almeno sei mesi; i sintomi principali sono la presenza pervasiva di umore depresso e/o la marcata diminuzione di interesse o piacere nello svolgimento della maggior parte delle attività, accompagnati da ulteriori sintomi che, nel complesso, generano un disagio significativo nell’individuo o determinano una compromissione del suo funzionamento (Sanavio e Cornoldi, 2017). Oltre ad esserci una maggiore incidenza dei disturbi depressivi nella popolazione femminile, vi è un’ulteriore vulnerabilità per il loro sviluppo nelle madri durante il periodo perinatale: ci si riferisce a quella che viene solitamente denominata depressione post partum. A livello diagnostico, la depressione post partum viene considerata dal DSM-5 come una forma di disturbo depressivo maggiore il cui esordio avviene entro le prime quattro settimane successive al parto (Guyon-Harris, Huth-Bocks, Lauterbach, e Janisse, 2015). Indipendentemente dalle classificazioni diagnostiche, tuttavia, i sintomi depressivi materni si possono presentare con forma, intensità e durata variabili e in corrispondenza di diverse fasi dello sviluppo del bambino; la loro rilevanza non si riduce, dunque, a dei precisi criteri, ma all’impatto che possono avere sulla salute mentale della madre e sul suo ruolo genitoriale. La relazione e la comunicazione che instaura con il proprio figlio possono, infatti, essere modulate dalla presenza di determinate caratteristiche riconducibili alla depressione; ci si riferisce alla sensibilità, alla responsività, alla capacità di sintonizzazione e in generale a tutti quei comportamenti materni che svolgono una funzione chiave per la crescita del bambino (Granat, Gadassi, Gilboa-Schechtman, e Feldman, 2016). L’espressione emotiva negativa, la difficoltà di regolazione delle proprie emozioni e la scarsa presenza di emozioni positive sono dei fattori legati alla depressione materna che potrebbero influenzare le sue pratiche genitoriali sul piano della socializzazione emotiva, rappresentando un fattore di rischio rispetto agli esiti di sviluppo del figlio (Hooper, Feng, Christian, e Slesnick, 2015).

1.2 Lo sviluppo emotivo

Dalla prospettiva del bambino, analizzare lo sviluppo emotivo significa considerare quella componente dello sviluppo che fa riferimento all’esperienza complessa dell’emozione e alle sue funzioni fondamentali per l’adattamento e il benessere. Nel corso delle tappe evolutive emergono

progressivamente delle capacità che consentono di esprimere le emozioni in modo appropriato, riconoscerle, comprenderle e regolarle; si costituisce, cioè, la competenza emotiva (Gillibrand, Lam, O'Donnell, e Tallandini, 2019). Le dimensioni della competenza emotiva sono quindi diverse: consapevolezza emotiva, comunicazione delle emozioni e regolazione emotiva. La consapevolezza emotiva comprende le abilità di distinguere ed etichettare le proprie emozioni, di identificare le loro cause e di riconoscere la loro importanza nel fornire informazioni rispetto a sé stessi e alle relazioni con gli altri. Vi è poi l'abilità di comunicare agli altri le emozioni che si provano, attraverso il canale verbale ma anche quello non verbale; quest'ultimo implica l'utilizzo di gesti ed espressioni facciali che consentono di trasmettere un messaggio, permettendo anche di manifestare empatia e coinvolgimento in emozioni sociali, unitamente alla consapevolezza che è possibile controllare l'espressione manifesta di alcune emozioni. Infine, la regolazione emotiva fa riferimento all'abilità di controllare il livello di arousal emotivo e fronteggiare in maniera adeguata le situazioni che suscitano determinate emozioni per non farsi sopraffare da queste ultime e per esprimerle in un modo funzionale all'adattamento sociale; strettamente legate alla regolazione emotiva sono le strategie di coping, ovvero le capacità di far fronte in modo efficace e adattivo alle situazioni di stress o difficoltà. Durante la crescita il bambino dovrebbe progressivamente acquisire queste competenze, che si sviluppano tipicamente in una certa fascia d'età. La competenza emotiva è in connessione anche con lo sviluppo sociale, in quanto le emozioni influenzano fortemente la comunicazione e le relazioni interpersonali; considerare queste componenti dello sviluppo del bambino risulta perciò importante per prevedere la sua capacità di muoversi con successo nella vita quotidiana: vi può essere un buon adattamento con una situazione di benessere psicosociale o, viceversa, il rischio di presentare problemi di tipo internalizzante ed esternalizzante (Gillibrand et al., 2019). Per comprendere gli esiti dello sviluppo emotivo del bambino è necessario partire dalla considerazione dei fattori che li determinano: oltre alle caratteristiche disposizionali, un'importanza cruciale è rivestita dell'ambiente in cui cresce, che è rappresentato primariamente dalla famiglia. Un'influenza pervasiva risiede nelle interazioni con il caregiver; nel rapporto con quest'ultimo si possono trovare degli aspetti cruciali: si tratta dell'espressione emotiva del genitore stesso, delle sue reazioni alle emozioni e ai comportamenti del bambino, dei rinforzi che gli dà in seguito a determinate modalità di gestione delle emozioni e della misura in cui lo sollecita a esprimere verbalmente i propri vissuti emotivi (Granat et al., 2016). Alla luce della rilevanza che assumono le figure genitoriali per lo sviluppo emotivo del figlio, risulta indispensabile indagare quelle variabili che potrebbero modulare la loro funzione genitoriale; tra queste, si considera la presenza di psicopatologie, e più specificatamente la depressione materna che, come messo in evidenza precedentemente, è una condizione piuttosto diffusa che può rappresentare un fattore di rischio per le traiettorie di sviluppo del bambino.

CAPITOLO 2 – OBIETTIVI E METODO

2.1 Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro è di comprendere, tramite una ricerca bibliografica, gli effetti della depressione materna sullo sviluppo emotivo del bambino, ponendo attenzione a quegli aspetti relazionali e comunicativi che coinvolgono la coppia madre-bambino dalla nascita ai primi anni di vita. La fascia evolutiva di interesse è quella compresa tra la prima infanzia e l'età prescolare. Per quanto riguarda la depressione materna, invece, si considera la presenza di questa sintomatologia in periodi diversificati a partire dall'immediato post partum in poi; non viene, quindi, trattata in maniera circostanziale la depressione in gravidanza. In riferimento a questo, si analizza anche l'impatto di differenti traiettorie di sintomatologia depressiva della madre per poter operare un confronto rispetto a timing, durata e intensità di quest'ultima. Lo sviluppo emotivo del bambino è inteso sia in termini di competenza emotiva e delle sue dimensioni, quindi riconoscimento, espressione e regolazione delle emozioni, sia in termini di benessere e adattamento, ovvero presenza o assenza di problemi emotivi e, più in generale, funzionamento socio-emotivo. Queste difficoltà sono rilevate in alcuni casi tramite metodi osservativi, mentre in altri tramite strumenti basati su un report dei genitori; eventuali concordanze o discrepanze tra i due metodi possono rappresentare un interessante punto di discussione. I quesiti a cui si vuole rispondere fanno riferimento, perciò, alla possibilità che disturbi o sintomi depressivi nella madre possano in qualche modo modulare o compromettere il suo modo di interagire con il figlio e che questo si traduca, poi, nell'insorgere di difficoltà a livello emotivo nel bambino.

2.2 Metodo

Per la realizzazione di questo lavoro è stata fatta un'analisi della letteratura più recente sull'argomento tramite l'utilizzo del motore di ricerca Google Scholar. Inserendo parole chiave quali "maternal depression" e "emotional development", e impostando come anni di pubblicazione da considerare quelli dal 2014 al 2023, è stato possibile accedere ad articoli in lingua inglese pubblicati su riviste scientifiche negli ultimi dieci anni. A fronte di un'ampia quantità di studi a riguardo, è stato ristretto il campo di interesse focalizzandosi su limitate fasce d'età del bambino e su determinati momenti di rilevazione della depressione materna; sono stati quindi presi in considerazione gli studi in cui il campione di bambini ha un'età non superiore ai 5 anni e in cui i sintomi depressivi della madre vengono rilevati nel post partum o in momenti successivi. Molti tra gli articoli scelti includono anche la rilevazione di sintomi depressivi durante il periodo della gravidanza, ma, ai fini della realizzazione di questo lavoro, tali dati non verranno esaminati nello specifico per studiare i loro effetti isolati. I 12

articoli selezionati sono presentati sinteticamente nella Tabella 1, con indicazioni rispetto ad autori, anno di pubblicazione, obiettivo, metodo e risultati principali.

Tabella 1 Breve presentazione degli articoli selezionati

Autori e anno di pubblicazione	Obiettivo	Metodo	Risultati principali
Giallo, R., Woolhouse, H., Gartland, D., Hiscock, H., e Brown, S. (2015)	Esplorare la relazione tra severità e cronicità dei sintomi depressivi materni durante il periodo della prima infanzia e difficoltà emotive e comportamentali dei bambini all'età di 4 anni.	I dati provengono da 1085 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza, a 3, 6, 12 e 18 mesi post partum e a 4 anni post partum con l'EPDS. I problemi emotivi e comportamentali dei bambini sono stati rilevati a 4 anni con il parent-report dell'SDQ.	Sono state identificate 3 traiettorie di sintomi depressivi materni dalla gravidanza a 4 anni post partum: (1) nessun sintomo o pochi sintomi, (2) sintomi persistenti a livello subclinico, (3) sintomi in aumento e persistentemente alti. I bambini con madri appartenenti al secondo e al terzo gruppo erano almeno due volte più propensi ad avere difficoltà emotive e comportamentali rispetto ai bambini con madri appartenenti al primo gruppo.
Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., e Feldman, R. (2016)	Capire i meccanismi implicati nella relazione madre-bambino che potrebbero essere coinvolti nella trasmissione transgenerazionale di vulnerabilità a livello emotivo. Tramite un approccio di osservazione a micro-livelli, sono state sottoposte a verifica ipotesi circa il collegamento tra comportamento materno, sincronizzazione madre-bambino e regolazione emotiva del bambino.	I dati provengono da 100 coppie di madri e bambini di 9 mesi. Le madri sono state suddivise in tre gruppi: diagnosi di disturbo depressivo (utilizzando il BDI), diagnosi di disturbo d'ansia (utilizzando lo STAI) e gruppo di controllo. Sono state visitate a casa durante i 9 mesi successivi al parto e intervistate attraverso la SCID-I. Sono state videoregistrate delle interazioni madre-bambino durante momenti di gioco libero e codificata la sincronizzazione di sguardi e contatto fisico. Sono stati videoregistrati i bambini in contesti che elicitavano emozioni positive e negative e codificate delle componenti di regolazione emotiva.	Sono state rilevate delle sottili differenze tra i gruppi in termini di interazioni madre-bambino, con livelli minori di sincronizzazione di sguardi e contatto fisico nelle madri con disturbi depressivi. I bambini delle madri depresse hanno mostrato livelli maggiori di regolazione in situazioni che elicitavano gioia e in questo gruppo la presenza della madre non è stata in grado di svolgere un ruolo di regolatore esterno per le emozioni negative. La sincronizzazione del contatto fisico ha moderato l'effetto della depressione materna sulla regolazione emotiva del bambino.
Guyon-Harris, K., Huth-Bocks, A., Lauterbach, D., e Janisse, H. (2015)	Esplorare le differenti traiettorie di sviluppo dei sintomi depressivi materni dalla gravidanza a 2 anni post partum e indagare la loro relazione con lo sviluppo emotivo del bambino, valutato in termini di espressione emotiva e presenza di problemi socio-emotivi.	I dati provengono da 120 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza e a 3 mesi post partum con l'EPDS e a 1 e 2 anni post partum con il BDI-II. Lo sviluppo emotivo dei bambini è stato valutato a 2 anni tramite video osservazioni e compilazione da parte della madre del BITSEA.	Sono state identificate 4 traiettorie di sintomi depressivi materni: (1) bassi in diminuzione, (2) bassi stabili, (3) moderati stabili e (4) in aumento. Non sono state trovate associazioni tra queste traiettorie e l'espressione emotiva osservata dei bambini. Le madri appartenenti al quarto gruppo hanno riportato più problemi socio-emotivi nei loro figli rispetto a quelle degli altri gruppi e le traiettorie caratterizzate da sintomi da moderati ad alti stabili nel tempo o in aumento hanno avuto maggiori effetti negativi sullo sviluppo emotivo del bambino secondo la percezione materna.
Hooper, E., Feng, X., Christian, L., e Slesnick, N. (2015)	Indagare differenti profili materni in relazione all'espressione emotiva e ai problemi comportamentali del bambino, al fine di comprendere la variabilità e la complessità del ruolo materno rispetto allo sviluppo emotivo del bambino.	I dati provengono da 128 coppie di madri e bambini di età prescolare. Le madri hanno compilato dei questionari self-report per la misurazione dell'emozionalità (PANAS-X), dei sintomi depressivi (BDI-II) e del livello di stress (PDH). L'espressione emotiva di madri e bambini è stata rilevata tramite l'osservazione di due compiti di interazione madre-bambino. I problemi comportamentali dei bambini sono stati rilevati tramite la compilazione della CBCL da parte della madre.	Sono stati individuati 4 profili materni in base ai livelli di emozione positiva e negativa, sintomi depressivi, stress ed espressione emotiva positiva e negativa: <i>Happy</i> , <i>Melancholic</i> , <i>Stressed</i> e <i>Struggling</i> . Sono state individuate delle differenze nell'associazione tra profili materni e esiti del bambino in termini di espressione emotiva e problemi comportamentali, mostrando come la depressione materna possa essere associata a caratteristiche diverse che hanno effetti differenti sullo sviluppo emotivo del bambino.
Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T.B., e Eberhard-Gran, M. (2016)	Capire se la depressione materna in momenti diversi durante il periodo perinatale ha un impatto sullo sviluppo socio-emotivo del bambino a 2 anni.	I dati provengono da 1235 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati a 32 settimane di gravidanza e a 8 settimane e 2 anni post partum con l'EPDS. Lo sviluppo socio-emotivo dei bambini è stato valutato a 2 anni tramite la compilazione dell'ASQ:SE da parte della madre.	I problemi socio-emotivi dei bambini a 2 anni sono risultati associati alla presenza di sintomi depressivi materni a 32 settimane di gravidanza, a 8 settimane post partum e in entrambi i momenti.

Kujawa, A., Dougherty, L., Durbin, C.E., Laptook, R., Torpey, D., e Klein, D.N. (2014)	Descrivere le abilità tipiche di riconoscimento delle emozioni in bambini di 3 anni ed esaminare poi gli effetti di depressione materna e paterna e di comportamenti genitoriali negativi su queste abilità.	I dati provengono da 458 bambini di 3 anni e genitori. Le abilità di riconoscimento delle emozioni nei bambini sono state valutate tramite 3 compiti (1 uditivo e 2 visivi). È stato fatto un controllo del lessico ricettivo (PPVT-III) e dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (CBCL) nei bambini. La depressione genitoriale è stata rilevata tramite la SCID e i comportamenti genitoriali negativi tramite una versione modificata della Teaching Tasks Battery.	Le emozioni più facili da riconoscere per i bambini di 3 anni sono risultate essere quelle positive (felicità), mentre le più difficili quelle neutre. Le abilità verbali, l'età in mesi e i sintomi internalizzanti dei bambini hanno avuto un'influenza moderata sulle abilità di riconoscimento delle emozioni. È stato trovato un effetto combinato di depressione materna e comportamenti genitoriali negativi nel predire abilità più scarse di riconoscimento delle emozioni nei bambini.
Pietikäinen, J.T., Kiviruusu, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., e Paavonen, E.J. (2019)	Indagare l'associazione tra diverse traiettorie di sintomi depressivi materni e paterni dalla gravidanza a 2 anni post partum e problemi emotivi dei bambini a 2 e 5 anni.	I dati provengono da 700 bambini e genitori. I sintomi depressivi genitoriali sono stati rilevati tramite la CES-D a 32 settimane di gravidanza, a 3 e 8 mesi post partum e a 2 anni post partum. I problemi emotivi dei bambini sono stati rilevati a 2 anni tramite la compilazione del BITSEA e a 5 anni tramite la compilazione dell'SDQ e di una sottoscala dell'FTF da parte dei genitori.	Combinando le traiettorie di sintomi depressivi materni e paterni sono stati individuati quattro gruppi. La presenza di sintomi depressivi persistenti nella madre o in entrambi i genitori è risultata associata alla presenza maggiore di problemi emotivi nei bambini rispetto ai casi in cui i sintomi depressivi non erano presenti in nessuno dei due genitori o presenti solo nel padre.
Porter, E., Lewis, A.J., Watson, S.J., e Galbally, M. (2019)	Esaminare la relazione tra sintomi depressivi e ansiosi materni in gravidanza e nel post partum e sviluppo socio-emotivo dei bambini a 12 mesi.	I dati provengono da 282 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi e ansiosi materni sono stati rilevati a inizio gravidanza, nel secondo trimestre di gravidanza, alla nascita del figlio e a 6 e 12 mesi post partum tramite l'EPDS e lo STAI. Lo sviluppo socio-emotivo dei bambini è stato valutato a 12 mesi tramite la compilazione del BITSEA da parte della madre.	È emerso che sia i livelli iniziali di sintomi depressivi e ansiosi materni durante la gravidanza che la crescita di questi ultimi durante il post partum hanno predetto più problemi nello sviluppo socio-emotivo dei bambini.
Urizar, G.G. Jr, e Muñoz, R.F. (2021)	Esaminare in che modo il timing (gravidanza o 6 mesi post partum), la severità e la cronicità dei sintomi depressivi materni sono associati allo sviluppo cognitivo e socio-emotivo dei bambini fino ai 5 anni.	I dati provengono da 96 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza e a 6 mesi post partum tramite il CES-D. Lo sviluppo socio-emotivo dei bambini è stato valutato a 1 anno e mezzo e 4 anni e mezzo tramite le VSEEC, intervistando le madri, mentre lo sviluppo cognitivo tramite le MSEL.	La depressione materna in entrambi i momenti considerati (gravidanza e 6 mesi post partum), così come la sua severità e cronicità, sono risultate associate in modo indipendente ad un livello più basso di sviluppo socio-emotivo nei bambini. La depressione materna in gravidanza è risultata associata ad un livello più basso di sviluppo cognitivo nei bambini, soprattutto nelle femmine.
Van der Waerden, J., Galéra, C., Larroque, B., Saurel-Cubizolles, M.J., Sutter-Dallay, A.L., e Melchior, M. (2015)	Valutare la relazione tra diverse traiettorie di depressione materna dalla gravidanza a 5 anni post partum e le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini a 5 anni.	I dati provengono da 1183 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati in gravidanza e a 3 e 5 anni post partum tramite il CES-D e a 4, 8 e 12 mesi post partum tramite l'EPDS. Le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini sono state valutate a 5 anni tramite la compilazione dell'SDQ da parte della madre.	Sono state identificate 5 traiettorie di sintomi depressivi materni: assenza di sintomi, sintomi persistenti a livello intermedio, sintomi persistenti alti, sintomi alti solo in gravidanza e sintomi alti solo nel periodo prescolare del bambino. I sintomi depressivi materni persistenti, sia a livello intermedio che alto, sono risultati associati a maggiori difficoltà emotive e comportamentali nei bambini. La presenza di sintomi depressivi materni alti solo nel periodo prescolare è risultata associata a maggiori sintomi emotivi, problemi di condotta e problemi con i pari nei bambini.
Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., Giallo, R., e Brown, S. (2015)	Esplorare l'associazione tra i sintomi depressivi materni nel periodo perinatale e a 4 anni post partum e le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini a 4 anni.	I dati provengono da 1507 coppie di madri e bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza, a 3, 6 e 12 mesi post partum e a 4 anni post partum tramite l'EPDS. Le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini sono state valutate a 4 anni tramite il parent-report dell'SDQ.	I sintomi depressivi materni a 4 anni post partum sono risultati associati in maniera indipendente ad un aumento di difficoltà emotive e comportamentali nei bambini. Anche i sintomi depressivi materni prenatali e in ognuno dei momenti considerati nei primi 12 mesi post partum sono risultati associati ad un aumento di queste difficoltà nei bambini.
Wu, Q., Feng, X., Gerhardt, M., e Wang, L. (2019)	Esaminare un modello della ruminazione materna che collega i sintomi depressivi materni alle strategie di regolazione emotiva del bambino in età prescolare.	I dati provengono da 126 coppie di madri e bambini. Tutte le misurazioni sono state effettuate all'età di 3, 4 e 5 anni dei bambini. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati tramite il BDI-II. La ruminazione materna è stata rilevata tramite l'RSQ. Le strategie di regolazione emotiva del bambino sono state valutate tramite due compiti osservativi che elicitavano le emozioni della rabbia e della tristezza.	Elevati sintomi depressivi materni sono risultati associati ad una maggiore ruminazione concomitante. La ruminazione materna è risultata associata all'utilizzo di strategie regolatorie maladattive nei bambini: maggiore focalizzazione sul distress in compiti che elicitavano tristezza e minori strategie di distrazione attiva e comportamenti passivi in compiti che elicitavano rabbia.

CAPITOLO 3 – PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DELLA LETTERATURA

3.1 Effetti della depressione materna su dimensioni di competenza emotiva del bambino

Una parte degli studi considerati indaga gli effetti della depressione materna su dimensioni di competenza emotiva del bambino, mentre un'altra parte si focalizza primariamente su aspetti di benessere e funzionamento emotivo. Iniziando con la trattazione degli articoli centrati sulla competenza emotiva, è rilevante mettere in evidenza che quest'ultima viene valutata tramite metodi osservativi. Lo scopo principale di questi lavori è di cercare di comprendere quali sono i meccanismi implicati nella relazione e nelle interazioni madre-bambino che possono portare a delle difficoltà nello sviluppo delle abilità di riconoscimento, regolazione ed espressione delle emozioni; vengono inoltre considerate delle caratteristiche frequentemente associate alla depressione materna che potrebbero fungere da fattori di mediazione o contribuire ad aumentare il rischio associato a questa psicopatologia per gli esiti del bambino.

Nello studio di Granat, Gadassi, Gilboa-Schechtman, e Feldman (2016) si è cercato di capire quali meccanismi della relazione madre-bambino potrebbero essere implicati nella trasmissione transgenerazionale di vulnerabilità a livello emotivo; utilizzando un approccio di osservazione e di codifica a micro-livelli, sono state sottoposte a verifica delle ipotesi circa il collegamento tra comportamento materno, sincronizzazione madre-bambino e regolazione emotiva del bambino. Secondo una prima ipotesi degli autori, le madri depresse metterebbero in atto meno comportamenti legati al contatto fisico e allo sguardo verso il bambino e vi sarebbe meno sincronizzazione di questi stessi comportamenti tra i due. In base ad un'altra ipotesi, questi bambini esprimerebbero più affetti negativi e sarebbero meno capaci di utilizzare la madre come regolatore esterno in contesti emotivi negativi; ci sarebbe, inoltre, una maggiore difficoltà di gestione delle emozioni sia positive che negative, ovvero un aumento di autoregolazione in momenti positivi e un'insufficiente autoregolazione nei momenti negativi. Nel campione finale sono state incluse 100 coppie di madri e bambini di 9 mesi. Utilizzando il Beck Depression Inventory (BDI) e lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI), le madri sono state suddivise in tre gruppi: madri con disturbo depressivo, madri con disturbo d'ansia e gruppo di controllo; la scelta di includere un gruppo di madri con disturbo d'ansia è stata compiuta al fine di comprendere come la depressione materna influenzi in maniera indipendente lo sviluppo emotivo del bambino, distinguendo così i suoi effetti dai casi frequenti di comorbidità con altri disturbi. Le madri sono state visitate a casa durante i 9 mesi successivi al parto e sono state intervistate tramite la Structured Clinical Interview relativa ai disturbi dell'Asse I del DSM-IV-R (SCID-I). Sono state videoregistrate delle interazioni madre-bambino durante dei momenti di gioco libero con successiva codifica della sincronizzazione di sguardi e contatto fisico; i bambini sono stati

videoregistrati anche in quattro contesti emotivi: due positivi (che elicitavano gioia), uno con la madre e uno con uno sconosciuto, e due negativi (che elicitavano rabbia), uno con la madre e uno con uno sconosciuto, ed è stata fatta una codifica di variabili relative alla regolazione emotiva. L'osservazione dei bambini con la madre e con lo sconosciuto ha permesso di cogliere l'unicità del contesto di attaccamento e come la depressione materna influisca su un'eventuale differenziazione degli esiti emotivi del bambino. I risultati hanno evidenziato dei livelli minori di sincronizzazione di sguardi e contatto fisico nelle madri con disturbi depressivi e delle altre sottili differenze nelle interazioni madre-bambino, confermando la prima ipotesi presentata. I bambini delle madri depresse non hanno mostrato livelli di regolazione diversi dagli altri gruppi nei contesti che elicitavano emozioni negative, ma la presenza della madre in questi bambini non è stata in grado di svolgere un ruolo di regolatore esterno tramite il contenimento dell'emozione negativa del bambino. I bambini delle madri depresse hanno mostrato livelli maggiori di regolazione nei contesti che elicitavano emozioni positive solo quando la sincronizzazione del contatto fisico era alta, mettendo in rilievo come quest'ultima abbia moderato l'effetto della depressione materna sulla regolazione emotiva del bambino. L'esposizione alla depressione materna durante i primi mesi di vita risulta, dunque, un importante fattore di rischio per lo sviluppo emotivo del bambino, specialmente se si considera che la dipendenza dalla madre in questo periodo è massima e il cervello e il comportamento sociale sono modellati dai pattern di cura materna (Granat et al., 2016).

Anche Wu, Feng, Gerhardt, e Wang (2019) hanno esaminato gli effetti della depressione materna sulla regolazione emotiva del bambino; in questo caso, però, è stata considerata come fascia di età del bambino quella prescolare. Il fattore che gli autori hanno considerato come potenziale mediatore nella relazione tra depressione materna e strategie di regolazione emotiva del bambino è la ruminazione depressiva. Secondo la teoria degli stili di risposta, la ruminazione depressiva è la tendenza a focalizzare eccessivamente la propria attenzione verso pensieri negativi senza essere in grado, dall'altra parte, di spostarla verso contenuti più piacevoli; si configura, quindi, come una strategia disfunzionale che porterebbe ad un umore ancora più depresso (Wu et al., 2019). L'ipotesi alla base dello studio era quindi in riferimento all'esistenza di un'associazione tra sintomi depressivi materni e ruminazione, e tra quest'ultima e l'utilizzo di strategie di regolazione emotiva disadattive nei bambini. Hanno partecipato 126 diadi madre-bambino e tutte le misurazioni sono state eseguite in tre momenti: quando i bambini avevano 3, 4 e 5 anni. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati tramite il BDI-II e la ruminazione depressiva tramite una sottoscala del Responsive Style Questionnaire (RSQ). Le strategie di regolazione emotiva dei bambini sono state valutate tramite due compiti osservativi svolti in laboratorio, che erano finalizzati ad elicitare rispettivamente rabbia e tristezza; sono stati codificati tre tipi di comportamento: la focalizzazione sul distress, la distrazione

attiva e i comportamenti passivi. In linea con le aspettative, i sintomi depressivi materni elevati sono risultati associati ad una maggiore ruminazione concomitante; la ruminazione materna a 4 anni di età del bambino prediceva più focalizzazione sul distress del bambino un anno dopo nei compiti che elicitarono tristezza e meno distrazione attiva nei compiti che elicitarono rabbia, mentre a 3 e 4 anni di età del bambino prediceva meno comportamenti passivi del bambino nei compiti che elicitarono rabbia. L'utilizzo di queste strategie nei bambini di età prescolare potrebbe costituire un fattore di rischio precoce per futuri problemi legati alla disregolazione emotiva: una maggiore focalizzazione sul distress porta ad un'intensificazione delle esperienze e dei vissuti negativi, così come una minore distrazione attiva, in quanto collegata all'incapacità di disancorare l'attenzione dall'evento negativo; i comportamenti passivi, sebbene generalmente considerati non adattivi, risultano invece funzionali a fronte di situazioni che suscitano rabbia e una loro carenza impedisce ancora una volta di spostare l'attenzione da quell'evento negativo (Wu et al., 2019).

Un'altra dimensione della competenza emotiva è il riconoscimento delle emozioni; questa abilità è stata studiata in bambini di 3 anni da Kujawa, Dougherty, Durbin, Laptook, Torpey, e Klein (2014). In particolare, sono state valutate le abilità di riconoscimento uditivo e visivo delle emozioni per esaminare le capacità tipiche dei bambini di quest'età e per comprendere gli effetti indipendenti e interattivi che possono avere su di esse la depressione materna e paterna e i comportamenti genitoriali negativi. Sono stati inclusi i dati di 458 bambini e genitori; i bambini hanno partecipato a tre compiti di riconoscimento: il primo era un compito di ascolto in cui è stata valutata l'abilità di identificare le emozioni dal tono della voce e collegarle all'espressione facciale corrispondente tramite la Florida Affect Battery (FAB); il secondo era un compito di etichettamento, in cui al bambino veniva presentata verbalmente una lista di emozioni con relative spiegazioni e gli veniva richiesto di scegliere l'immagine corrispondente (Facial Affect Comprehension Evaluation); infine, il terzo era un compito di apprendimento, in cui al bambino venivano fornite delle immagini e doveva riferire verbalmente che emozione era rappresentata. È stato poi somministrato il Peabody Picture Vocabulary Test-III (PPVT-III) per controllare la variabilità nelle abilità verbali dei bambini e un genitore ha compilato la Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL) per una valutazione dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei bambini. La depressione in entrambi i genitori è stata rilevata tramite la SCID. È stata utilizzata una versione modificata della Teaching Tasks Battery per individuare i comportamenti genitoriali negativi: genitore e bambino hanno completato dei compiti che avevano lo scopo di elicitare determinati comportamenti in entrambi, e le loro interazioni sono state videoregistrate per misurare il livello di ostilità e invadenza del genitore. I risultati hanno messo in evidenza come le emozioni più facili da riconoscere per i bambini di 3 anni fossero quelle positive, mentre le più difficili quelle neutre; il lessico ricettivo e i sintomi internalizzanti dei bambini erano

moderatamente associati alle loro abilità di riconoscimento delle emozioni. È stata trovata un'interazione significativa tra depressione materna e comportamenti genitoriali negativi: i bambini le cui madri avevano riportato una storia di depressione erano particolarmente influenzati dagli effetti negativi dei comportamenti genitoriali di ostilità e invadenza, riportando abilità più scarse di riconoscimento delle emozioni. Non è stato trovato, invece, nessun effetto significativo per quanto riguarda la depressione paterna. Dal momento che la comprensione delle emozioni in età prescolare predice il funzionamento sociale e il benessere psicologico anche in fasi evolutive successive (Kujawa et al., 2014), lo studio congiunto di questi aspetti del parenting, depressione e comportamenti negativi, ha messo ulteriormente in luce l'importanza del ruolo genitoriale per gli esiti di sviluppo del bambino. Anche Hooper, Feng, Christian, e Slesnick (2015) si sono interrogati su quali potessero essere le caratteristiche materne associate alla depressione che, intrecciandosi in modi diversi, costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo emotivo del bambino. Partendo dal presupposto che le madri con problemi depressivi non costituiscono un gruppo omogeneo, hanno individuato differenti profili materni e successivamente hanno esaminato la loro relazione con l'espressione emotiva e i problemi comportamentali dei bambini in età prescolare, al fine di comprendere la variabilità e la complessità del ruolo materno rispetto agli outcome del bambino. Sono stati utilizzati i dati di 128 coppie madre-bambino che hanno partecipato a due compiti di interazione, *clean-up* e *Tickle-Me-Elmo*, finalizzati ad elicitarne rispettivamente reazioni emotive negative e positive; questi scambi sono stati videoregistrati e codificati per valutare l'espressione emotiva sia delle madri che dei bambini. Nei bambini è stata valutata anche la presenza di problemi comportamentali comunemente associati all'espressione emotiva e allo sviluppo emotivo tramite la compilazione della CBCL da parte della madre. Per individuare le caratteristiche materne sono state fatte delle misurazioni tramite questionari self-report: è stato utilizzato il BDI-II per i sintomi depressivi, il Parenting Daily Hassles (PDH) per il livello di stress e la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-X) per l'emozionalità, intesa come tratto temperamentale relativamente stabile. Tramite un'analisi dei profili latenti con un approccio centrato sulla persona, sono stati individuati quattro profili materni in base ai livelli di espressione emotiva positiva e negativa, emozione positiva e negativa, stress e sintomi depressivi: *Happy*, con livelli alti di espressione emotiva positiva e di emozione positiva e livelli bassi di emozione negativa, di stress e di sintomi depressivi; *Melancholic*, con livelli bassi di espressione emotiva positiva, di emozione positiva e di stress e livelli alti di emozione negativa e di sintomi depressivi; *Stressed*, con livelli alti di emozione positiva, di stress e di sintomi depressivi e livelli bassi di espressione emotiva positiva e di emozione negativa; *Struggling*, con livelli alti di espressione emotiva positiva, di emozione negativa, di stress e di sintomi depressivi e livelli bassi di emozione positiva. *Happy* e *Struggling* rappresentano quindi i due profili opposti di

funzionamento ottimale e disfunzionale, le cui caratteristiche sono generalmente associate a esiti positivi e negativi per lo sviluppo emotivo del bambino; in questo studio, però, sono stati delineati altri due profili che presentano una combinazione eterogenea di caratteristiche, a dimostrazione del fatto che ci sono distinzioni importanti tra i gruppi di madri depresse e queste distinzioni hanno poi implicazioni diverse per il bambino. Se, infatti, il profilo *Struggling* è risultato associato a peggiori esiti del bambino sia in termini di espressione emotiva che di problemi comportamentali, non è avvenuto lo stesso per gli altri due gruppi di madri con sintomi depressivi: il profilo *Melancholic* è risultato negativamente associato all'espressione emotiva dei bambini mentre il profilo *Stressed* è risultato positivamente associato ai problemi comportamentali dei bambini. Anche se le madri del gruppo *Stressed* hanno mostrato livelli alti di stress e sintomi depressivi, la loro emozionalità positiva può aver favorito un clima emotivo positivo per il bambino; dall'altra parte, le madri del gruppo *Melancholic* non hanno riportato livelli consistenti di stress e sembra che sia proprio quest'ultimo, spesso associato alla depressione, a causare maggiori problemi comportamentali nei bambini rispetto alla presenza di sintomi depressivi considerati nella loro unicità. I risultati hanno evidenziato, dunque, delle distinzioni rilevanti tra caratteristiche materne concorrenti e interagenti che partecipano al processo di socializzazione emotiva del bambino e suggeriscono differenze nei fattori che contribuiscono al rischio per lo sviluppo emotivo del bambino; è necessario, pertanto, avere consapevolezza di questa complessità (Hooper et al., 2015).

Lo sviluppo delle abilità di riconoscimento, regolazione ed espressione delle emozioni nei primi anni di vita del bambino risulta dunque influenzato negativamente dalla presenza di sintomi depressivi materni e da altre caratteristiche comunemente associate a questa condizione; la rilevanza di tutto ciò emerge se si considera ancora una volta l'importanza cruciale che hanno queste dimensioni della competenza emotiva per l'adattamento e il benessere del bambino anche futuri, esponendolo, in questo caso, al rischio di sviluppare problematiche di tipo internalizzante ed esternalizzante e di determinare una compromissione del suo funzionamento socio-emotivo.

3.2 Effetti della depressione materna su aspetti di benessere e funzionamento emotivo del bambino

Passando alla trattazione degli studi centrati su benessere e funzionamento emotivo, si può già notare una differenza riguardo al metodo, in quanto la valutazione di questi aspetti nel bambino avviene tramite l'utilizzo di strumenti parent-report, compilati perlopiù dalle madri. L'obiettivo primario, in questi casi, è indagare l'impatto di diverse traiettorie di sintomatologia depressiva materna a partire dalla gravidanza per capire se il timing, la severità e la cronicità di questa psicopatologia possono avere degli effetti differenti in termini di problemi socio-emotivi e comportamentali nel bambino. In

questi studi, quindi, ci si focalizza nello specifico in quella che viene solitamente categorizzata come depressione post partum.

Partendo dalla disamina del periodo della prima infanzia, vi è lo studio di Porter, Lewis, Watson, e Galbally (2019) che ha analizzato la relazione tra sintomi depressivi e ansiosi materni in gravidanza e nel post partum e sviluppo socio-emotivo dei bambini a 12 mesi, quest'ultimo definito come la capacità del bambino di formare relazioni vicine e sicure, unitamente alla possibilità di fare esperienza nell'ambiente, regolare ed esprimere le emozioni in modo appropriato. Data l'elevata comorbidità tra depressione e ansia e la tendenza alla continuità di questi sintomi dal periodo prenatale a quello postnatale, sono state fatte delle misurazioni specifiche per le due sintomatologie in momenti diversi dalla gravidanza al primo anno di età del bambino, in una prospettiva longitudinale. In particolare, le 282 madri con bambini che hanno partecipato allo studio hanno compilato l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) per la rilevazione dei sintomi depressivi e lo STAI per i sintomi ansiosi in cinque momenti: all'inizio della gravidanza, nel secondo trimestre di gravidanza, alla nascita del figlio, a 6 mesi post partum e a 12 mesi post partum. La valutazione del funzionamento socio-emotivo del bambino è stata effettuata tramite la compilazione da parte della madre del Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA). In base ai risultati ottenuti, si è osservato che le madri che avevano mostrato maggiori sintomi depressivi o ansiosi all'inizio della gravidanza e che continuavano a presentare sintomi stabili o in aumento durante il periodo perinatale riportavano più problemi sociali ed emotivi nei loro bambini, suggerendo che i livelli di entrambi i sintomi psicopatologici all'inizio della gravidanza e l'incremento di questi sintomi nel tempo hanno predetto più problemi nello sviluppo socio-emotivo del bambino. Sia i sintomi depressivi che i sintomi ansiosi della madre, infatti, sono risultati associati alla scala *Problems* del BITSEA, mentre non sono risultati associati alla scala *Competence*. Questo evidenzia come la salute mentale materna nel periodo perinatale possa esporre il bambino, già nel primo anno di vita, al rischio di manifestare problemi socio-emotivi, che si configurano come espressioni precoci di comportamenti internalizzanti, esternalizzanti e auto-regolatori (Porter et al., 2019).

La prospettiva longitudinale è stata adottata anche da Junge, Garthus-Niegel, Slinning, Polte, Simonsen, e Eberhard-Gran (2016), sempre allo scopo di comprendere come la depressione materna in vari momenti durante il periodo perinatale impatti sullo sviluppo socio-emotivo del bambino, valutato, però, a 2 anni di età. Il campione era composto da 1235 coppie di madri e bambini; i sintomi depressivi materni sono stati rilevati tramite l'EPDS a 32 settimane di gravidanza e a 8 settimane e 2 anni post partum, mentre la valutazione dello sviluppo socio-emotivo dei bambini è stata effettuata tramite la compilazione dell'Agès and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ:SE) da parte della madre. Sono state distinte le seguenti categorie per quanto concerne la depressione materna:

assenza di sintomi depressivi, sintomi depressivi a 32 settimane di gravidanza ma non a 8 settimane post partum, sintomi depressivi a 8 settimane post partum ma non a 32 settimane di gravidanza e sintomi depressivi in entrambi i momenti. È emerso che i problemi socio-emotivi dei bambini a 2 anni erano associati alla depressione materna durante la gravidanza, nel post partum e in entrambi i momenti: ne consegue che la depressione prenatale e quella postnatale hanno avuto un impatto negativo sia quando erano presenti singolarmente che quando erano considerate congiuntamente. I due diversi timing di depressione materna possono, perciò, costituire anche da soli un fattore di rischio, oltre a quello determinato dalla combinazione dei due. Riguardo alla depressione postnatale, gli autori hanno rimarcato come le caratteristiche associate alla depressione, quali, ad esempio, la ruminazione e l'alterazione dell'umore, abbiano degli effetti sulle capacità genitoriali e rendano difficile rispondere adeguatamente alle richieste del bambino e valorizzare i suoi vissuti emotivi, andando così a ridimensionare la qualità dell'attaccamento e il comportamento supportivo delle madri. La rilevazione dei sintomi depressivi materni a 2 anni post partum è servita come misura di controllo per potenziali bias riguardo al giudizio della madre sullo sviluppo del bambino in quel momento; le madri depresse, infatti, rispetto alle madri non depresse, potrebbero sottostimare le abilità del bambino e percepirlo con più difficoltà. Questo problema, tuttavia, non si è verificato, in quanto i risultati sono rimasti significativi anche quando è stata presa in considerazione la depressione attuale della madre, indicando che l'effetto ottenuto non era distorto dalla valutazione materna (Junge et al., 2016). Questo aspetto rappresenta sicuramente un punto di forza di questo studio rispetto agli altri presi in considerazione che, infatti, hanno utilizzato anch'essi strumenti parent-report per valutare lo sviluppo emotivo del bambino senza, però, indagare l'eventuale presenza di bias legati alla depressione materna.

Allargando ulteriormente il periodo postnatale preso in considerazione, Woolhouse, Gartland, Mensah, Giallo, e Brown (2015) hanno esplorato l'associazione tra i sintomi depressivi materni all'inizio della gravidanza, a 3, 6 e 12 mesi post partum e a 4 anni post partum e le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini a 4 anni; anche in questo caso, quindi, è stato svolto uno studio di tipo longitudinale. 1507 madri hanno compilato l'EPDS per la rilevazione dei sintomi depressivi nei diversi momenti e lo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) per le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini. Al fine di indagare gli effetti indipendenti della depressione a 4 anni post partum e separarli, quindi, dalle influenze della precedente depressione nel periodo perinatale, le madri sono state suddivise in due gruppi in base alla presenza o meno di sintomi depressivi attuali. I risultati hanno confermato l'ipotesi di un'associazione indipendente tra i sintomi depressivi materni a 4 anni post partum e l'aumento di difficoltà emotive e comportamentali nei bambini; inoltre, è rilevante notare che la depressione materna era più comune a 4 anni post partum rispetto ad ogni altra

fase del periodo postnatale presa in esame. Anche i sintomi depressivi materni durante la gravidanza e in ognuno dei momenti considerati nei primi 12 mesi post partum sono risultati associati agli stessi outcome del bambino; questo ha evidenziato che la depressione materna cronica, ricorrente e in aumento ha un impatto negativo maggiore sugli esiti di sviluppo emotivo del bambino rispetto ad un singolo episodio di depressione. La vulnerabilità materna, pertanto, non si estingue nei primi mesi dopo il parto, ma può persistere anche negli anni successivi, continuando ad avere un impatto consistente sullo sviluppo del bambino (Woolhouse et al, 2015).

Urizar e Muñoz (2021) hanno esaminato in che modo il timing, la severità e la cronicità dei sintomi depressivi materni erano associati allo sviluppo socio-emotivo dei bambini fino ai 5 anni. Sono state coinvolte 96 madri immigrate dall'America Latina a basso reddito con i loro bambini; i sintomi depressivi materni sono stati rilevati tramite il Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) in due differenti momenti, durante la gravidanza e a 6 mesi post partum, e lo sviluppo socio-emotivo dei bambini è stato valutato tramite le Vineland Social-Emotional Early Childhood Scales (VSEEC) a 1 anno e mezzo e a 4 anni e mezzo, intervistando le madri. Anche in questo caso i risultati hanno suggerito che la depressione in entrambi i momenti, quindi sia prima che dopo il parto, può impattare in maniera indipendente lo sviluppo socio-emotivo del bambino attraverso diverse traiettorie; anche la severità e la cronicità dei sintomi depressivi erano associate ad un livello più basso di sviluppo socio-emotivo nei bambini (Urizar e Muñoz, 2021). Questo studio è stato condotto su una popolazione minoritaria considerata a rischio; pertanto, i risultati potrebbero non essere generalizzabili. Tuttavia, negli altri lavori presi in considerazione i gruppi minoritari sono spesso sottorappresentati; il problema della generalizzabilità, quindi, si pone lo stesso ma nella direzione inversa. Riconoscendo la presenza di questo limite, che in ogni caso rimane, si è incluso questo studio per illustrare un esempio in cui i dati provengono da una popolazione minoritaria ma in cui i risultati ottenuti sono in accordo con quelli degli altri lavori presentati.

Gli ultimi studi presi in esame hanno delineato delle specifiche traiettorie di depressione materna a partire dalla gravidanza per poter operare dei confronti in termini di tempistiche, intensità e persistenza dei sintomi depressivi materni in relazione agli outcome dei bambini.

Guyon-Harris, Huth-Bocks, Lauterbach, e Janisse (2015) hanno esplorato le differenti traiettorie di sintomi depressivi materni dalla gravidanza a 2 anni post partum e la loro influenza sullo sviluppo emotivo del bambino a 2 anni, valutato in termini di espressione emotiva e presenza di problemi socio-emotivi, ipotizzando che sarebbero emerse traiettorie differenti e che queste ultime avrebbero avuto effetti diversi sullo sviluppo emotivo, con maggiori effetti negativi a carico di traiettorie caratterizzate da sintomi costantemente alti o in aumento. Sono state coinvolte 120 madri in uno studio di tipo longitudinale con i loro bambini; i sintomi depressivi materni sono stati rilevati in

quattro momenti: nel terzo trimestre di gravidanza e a 3 mesi post partum tramite l'EPDS e a 1 e 2 anni post partum tramite il BDI-II. L'espressione emotiva dei bambini è stata valutata attraverso compiti osservativi videoregistrati e codificati, che comprendevano 10 minuti di gioco libero e 2 minuti di riordino; per valutare la presenza di problemi socio-emotivi nei bambini, le madri hanno compilato il BITSEA. Utilizzando un approccio centrato sulla persona, sono state individuate 4 traiettorie di depressione materna: sintomi bassi in diminuzione, sintomi bassi stabili, sintomi moderati stabili e sintomi in aumento. Non sono emerse differenze significative tra gruppi riguardo all'espressione emotiva osservata dei bambini, mentre ci sono state differenze rispetto ai risultati del BITSEA: le madri con sintomi depressivi in aumento hanno riportato più problemi socio-emotivi nei loro figli rispetto alle madri degli altri gruppi e, più in generale, le traiettorie caratterizzate da sintomi depressivi da moderati ad alti stabili nel tempo o in aumento erano associate a maggiori effetti negativi sullo sviluppo emotivo secondo la percezione materna. Questi risultati hanno mostrato come i sintomi depressivi nel post partum non sempre tendano a diminuire, ma come ci sia, invece, eterogeneità nelle traiettorie materne. In aggiunta, in questo studio non è emerso uno specifico gruppo di madri che presentava livelli alti di sintomi depressivi iniziali che andavano poi a diminuire; al contrario, le donne che durante la gravidanza avevano riportato sintomi moderati o alti avevano continuato a riportare livelli uguali o maggiori di sintomi depressivi dopo la nascita del bambino. Tuttavia, è apparsa una discrepanza tra i risultati ottenuti tramite i compiti osservativi e quelli derivanti dal parent-report, che potrebbe essere legata al problema precedentemente citato del bias nella valutazione materna: le donne che fanno esperienza di sintomi depressivi potrebbero essere più propense a notare ed essere influenzate negativamente dall'emotività del bambino e riportarla come maggiormente problematica (Guyon-Harris et al., 2015).

Lo studio longitudinale di Pietikäinen, Kiviruusu, Kylliäinen, Pölkki, Saarenpää-Heikkilä, Paunio, e Paavonen (2019) ha incluso, invece, entrambi i genitori, andando ad indagare l'associazione tra diverse traiettorie di sintomi depressivi materni e paterni e problemi emotivi dei bambini a 2 e 5 anni. Sono stati raccolti i dati di 700 bambini e genitori; la depressione materna e paterna è stata rilevata tramite il CES-D a 32 settimane di gravidanza, a 3 e 8 mesi post partum e a 2 anni post partum. La presenza di problemi emotivi nei bambini è stata valutata a 2 anni attraverso il BITSEA e a 5 anni attraverso l'SDQ e una sottoscala del Five to Fifteen (FTF); in entrambi i casi, quindi, sono stati utilizzati strumenti parent-report e sono stati misurati sia i problemi internalizzanti che quelli esternalizzanti. Combinando 3 diversi profili materni e paterni di sintomatologia depressiva, sono stati individuati 4 gruppi: *Gruppo 1*, con sintomi depressivi materni e paterni bassi; *Gruppo 2*, con sintomi depressivi materni persistentemente intermedi o alti e sintomi depressivi paterni bassi; *Gruppo 3*, con sintomi depressivi paterni persistentemente intermedi o alti e sintomi depressivi

materni bassi; *Gruppo 4*, con sintomi depressivi materni e paterni persistentemente intermedi o alti. I risultati hanno mostrato che un livello più alto di sintomi depressivi materni era associato ad un livello maggiore di problemi emotivi nei bambini ad entrambe le età, mentre non si è osservata la stessa associazione con i sintomi depressivi paterni; la persistenza di sintomi depressivi nella madre o in entrambi i genitori è risultata associata alla presenza maggiore di problemi emotivi nei bambini rispetto ai casi in cui i sintomi depressivi non erano presenti in nessuno dei due genitori o presenti solo nel padre. In base a questi risultati, quindi, avere due genitori depressi non correlerebbe con un aumento di rischio per il bambino di sviluppare problemi internalizzanti ed esternalizzanti se comparato con il rischio associato all'avere solo la madre depressa (Pietikäinen et al., 2019). Nel presente lavoro, tuttavia, l'interesse è rivolto primariamente all'analisi degli effetti della depressione materna; non si proseguirà, perciò, ad indagare e discutere nello specifico l'influenza della depressione paterna.

Proseguendo con un altro studio longitudinale, Giallo, Woolhouse, Gartland, Hiscock, e Brown (2015) hanno esplorato la relazione tra severità e cronicità dei sintomi depressivi materni durante il periodo della prima infanzia e difficoltà emotive e comportamentali dei bambini a 4 anni, partendo dalla considerazione che la depressione materna può manifestarsi a livello clinico o subclinico e che può essere di tipo cronico o episodico. Sono stati raccolti i dati di 1085 coppie di madri e bambini; i sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza, a 3, 6, 12 e 18 mesi post partum e a 4 anni post partum tramite l'EPDS; la presenza di problemi emotivi e comportamentali dei bambini è stata valutata tramite la compilazione dell'SDQ da parte della madre. In questo caso sono state individuate 3 traiettorie di depressione materna: la prima, con nessun sintomo o pochi sintomi; la seconda, con sintomi persistenti a livello subclinico; la terza, con sintomi in aumento e persistentemente alti. I risultati hanno messo in evidenza che i bambini con madri appartenenti al secondo o al terzo gruppo erano almeno due volte più inclini a presentare difficoltà emotive e comportamentali rispetto ai bambini con madri appartenenti al primo gruppo; non vi erano, invece, differenze significative tra i bambini con madri appartenenti al secondo gruppo e bambini con madri appartenenti al terzo gruppo. Ne deriva la considerazione che i sintomi depressivi materni ad un livello considerato subclinico espongano il bambino ad un rischio rilevante di sviluppare difficoltà nello sviluppo emotivo, al pari di quelli considerati francamente patologici (Giallo et al., 2015).

Infine, Van der Waerden, Galéra, Larroque, Saurel-Cubizolles, Sutter-Dallay, e Melchior (2015) hanno seguito 1183 coppie di madri e bambini dalla gravidanza al quinto anno di età del bambino per valutare la relazione tra diverse traiettorie di depressione materna e le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini a 5 anni. I sintomi depressivi materni sono stati rilevati durante la gravidanza e a 3 e 5 anni post partum tramite il CES-D, e a 4, 8 e 12 mesi post partum tramite l'EPDS;

le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini sono state valutate tramite la compilazione dell'SDQ da parte della madre. Sono state identificate 5 traiettorie di depressione materna: assenza di sintomi, sintomi persistenti a livello intermedio, sintomi persistenti alti, sintomi alti solo in gravidanza, sintomi alti solo nel periodo prescolare del bambino. È risultato che i sintomi depressivi materni persistenti, sia a livello intermedio che alto, erano associati a maggiori difficoltà emotive e comportamentali nei bambini; la presenza di sintomi depressivi materni alti solo nel periodo prescolare del bambino era associata a livelli aumentati di difficoltà nel bambino nelle sottoscale *emotional symptoms*, *conduct problems* e *peer problems* dell'SDQ rispetto all'assenza di sintomi depressivi materni. Gli effetti negativi maggiori, pertanto, sono stati riscontrati rispetto alla cronicità della depressione materna, mentre, in accordo con lo studio precedente, la severità non è risultata essere una variabile determinante, in quanto anche livelli subclinici di sintomi depressivi materni sono risultati essere potenzialmente deleteri per diversi aspetti di benessere emotivo del bambino (Van der Waerden et al., 2015).

I risultati di questi studi rendono evidente l'influenza della depressione materna sul livello di adattamento e funzionamento emotivo del bambino dai primi mesi di vita all'età prescolare. L'esposizione al rischio di sviluppare difficoltà e problematiche a livello internalizzante ed esternalizzante si verifica non solo nei casi di disturbo conclamato nella madre, ma anche quando i sintomi sono in un range valutato come subclinico dai principali strumenti psicologici finalizzati a cogliere il livello di gravità di questa psicopatologia. Le conseguenze peggiori per lo sviluppo emotivo del bambino sembrano verificarsi, invece, in relazione alla persistenza dei sintomi depressivi materni che, come è stato messo in evidenza, spesso continuano a rimanere, o addirittura aumentare, anche negli anni successivi al parto, incrementando l'impatto avverso sul bambino. La cosiddetta depressione post partum, perciò, non è sempre un fenomeno che rimane circoscritto al periodo perinatale, ma può perdurare ed evolversi in varie forme; è necessario tenerne conto e intervenire dal punto di vista clinico per cercare di limitare gli effetti negativi che questo può determinare sul benessere psicologico della madre e del bambino.

CAPITOLO 4 – CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

4.1 Punti di forza e limiti

La prospettiva longitudinale, adottata nella maggior parte degli studi considerati, ha permesso di cogliere aspetti legati all'evoluzione dei sintomi depressivi materni durante il tempo, consentendo anche di studiarli in relazione alle diverse fasi di sviluppo del bambino; in questo modo, a fronte di un'eterogeneità nelle manifestazioni psicopatologiche della madre dal periodo della gravidanza all'età prescolare del bambino, si sono potute indagare le conseguenze specifiche di queste differenti forme di depressione. Tramite l'utilizzo di un approccio centrato sulla persona e andando a svolgere delle analisi delle traiettorie o dei profili materni, quindi, molti lavori hanno perseguito un duplice scopo: in primo luogo è stato possibile comprendere le modalità di espressione dei sintomi depressivi materni sui versanti dell'intensità e della persistenza e in riferimento agli elementi caratteristici di ogni caso; successivamente, in base a questi risultati, si è riusciti a differenziare gli effetti legati a queste dimensioni della depressione materna sullo sviluppo emotivo dei bambini.

La depressione materna, tuttavia, come solitamente avviene nell'ambito della ricerca, è stata rilevata tramite il solo utilizzo di strumenti self-report, quando invece, in ambito clinico, il colloquio risulta essere sempre l'elemento imprescindibile per effettuare una diagnosi attendibile; basarsi solamente sull'utilizzo di un test per accertare la presenza di una psicopatologia, pertanto, non è la stessa cosa di effettuare un colloquio clinico. A fronte di questo limite, però, i questionari maggiormente utilizzati, ovvero l'EPDS e il BDI-II, sono stati scelti accuratamente in riferimento al momento di interesse della misurazione: l'EPDS, che indaga la frequenza dei sintomi depressivi nel periodo perinatale, è stato utilizzato prevalentemente in riferimento alla depressione in gravidanza o nel periodo postnatale; il BDI-II, invece, che misura la severità dei sintomi depressivi negli adulti, è stato scelto perlopiù nei casi in cui la depressione della madre doveva essere rilevata ad una certa distanza di tempo dal momento del parto. In particolare, nel lavoro di Guyon-Harris et al. (2015) sono stati usati questi due diversi strumenti di misurazione della depressione materna in riferimento ai differenti momenti considerati; la decisione è stata presa tenendo conto della sovrapposizione che vi può essere tra i sintomi della depressione e i sintomi più tipici della gravidanza e del post partum, come affaticamenti, alterazioni del sonno e dell'appetito o disturbi somatici, che potrebbe rendere difficile valutare con precisione i sintomi depressivi durante questo periodo: utilizzando una misura di valutazione come l'EPDS, progettata e convalidata tenendo conto di questi aspetti, hanno potuto ridurre al minimo eventuali errori di sovrapposizione, rendendo quindi la valutazione più accurata rispetto a quanto non sarebbe avvenuto utilizzando solamente il BDI-II (Guyon-Harris et al., 2015). Un ulteriore limite riguarda, invece, la modalità di valutazione dello sviluppo emotivo del bambino;

come evidenziato in precedenza, gli studi centrati su benessere e funzionamento emotivo del bambino hanno utilizzato strumenti parent-report per rilevare la presenza di problemi e difficoltà di tipo internalizzante ed esternalizzante nel bambino. Nella maggior parte dei casi, quindi, il livello di adattamento socio-emotivo del bambino è stato riportato dalla madre, ovvero la stessa persona in cui si stava valutando la presenza di sintomi depressivi. Emerge, quindi, nuovamente la questione del potenziale bias nel giudizio materno sullo sviluppo emotivo del bambino: le madri depresse potrebbero interpretare in maniera diversa e distorta gli stati emotivi e i comportamenti dei loro figli, riportandoli come più problematici e descrivendo il loro funzionamento nel complesso come più negativo rispetto a quanto farebbero le madri non depresse (Junge et al., 2016). Questo aspetto problematico è emerso in maniera evidente nello studio di Guyon-Harris et al. (2015), in cui c'è stata una discrepanza tra i risultati ottenuti tramite i metodi osservativi e quelli derivanti dal report materno, con maggiori problemi socio-emotivi, secondo la percezione materna, a carico di bambini di madri depresse, ma nessuna associazione tra le traiettorie di depressione materna e l'espressione emotiva osservata dei bambini.

Altre limitazioni, anch'esse già menzionate in precedenza, fanno riferimento all'impossibilità di generalizzare completamente i risultati dal momento che gli articoli provengono dalla letteratura internazionale e quindi i campioni su cui sono stati condotti gli studi hanno coinvolto popolazioni differenti; in alcuni casi vi era una sotto-rappresentazione di determinate popolazioni minoritarie, mentre in altri casi l'esperimento aveva come target delle specifiche popolazioni a rischio; in un senso o nell'altro, quindi, risulta difficile affermare che i risultati possano essere estendibili a livello universale.

Infine, l'obiettivo di questo lavoro rimane circoscritto alla comprensione del ruolo che riveste la depressione materna sullo sviluppo emotivo del bambino dalla prima infanzia all'età prescolare; risulterebbe ugualmente rilevante indagare gli effetti più a lungo termine, quindi in età scolare e in adolescenza; inoltre, meriterebbe attenzione anche la presenza di sintomi depressivi nei padri e più in generale l'impatto della depressione sulla funzione genitoriale.

4.2 Implicazioni e conclusioni

L'esistenza di un collegamento tra la depressione materna e lo sviluppo emotivo del bambino è stata sostenuta e illustrata da tutti i lavori qui presentati; a fronte di questo scopo comune, tuttavia, le direzioni verso cui si sono mosse le ipotesi dei ricercatori riguardano l'indagine di aspetti differenti: in alcuni casi sono stati studiati nello specifico dei fattori sottostanti a questa associazione, ovvero quei meccanismi implicati nelle interazioni madre-bambino che potrebbero spiegare la relazione tra le due variabili considerate; in altri casi si è cercato di capire se delle caratteristiche frequentemente

associate alla depressione materna possano concorrere a originare l'effetto osservato. Tramite l'analisi di potenziali altre variabili coinvolte e fattori di mediazione, quindi, sono emerse diverse indicazioni rispetto a dei fattori terzi che plausibilmente intervengono nella relazione tra la depressione materna e lo sviluppo emotivo del bambino e che possono aiutare a spiegarla. Tra queste, è stata messa in rilievo la frequente comorbidità tra sintomi depressivi e sintomi ansiosi, oppure la presenza di altre condizioni associate quali stress, ruminazione ed elevata emozionalità negativa; è stata poi studiata la combinazione tra sintomi depressivi e comportamenti genitoriali negativi di ostilità e invadenza. Gli elementi tipici della depressione che possono andare a compromettere le capacità genitoriali della madre, alterando la relazione con il bambino, fanno riferimento, invece, a deficit a carico di aspetti di interazione tramite il contatto fisico e lo sguardo, modalità di sincronizzazione di questi ultimi, responsività di fronte ai bisogni del bambino, sintonizzazione con i suoi stati emotivi e valorizzazione dei suoi vissuti; sono perciò tutte quelle condizioni che vanno a determinare la qualità della relazione di attaccamento e il livello di supporto fornito al bambino. Da questo punto di vista, l'impatto avverso della depressione materna sullo sviluppo emotivo del bambino deriva da una compromissione a questi livelli che, andando a modulare le interazioni ripetute tra madre e figlio, non consente al bambino di fare esperienza del proprio vissuto emotivo in maniera ottimale. Vi sono indubbiamente molteplici variabili coinvolte ed è necessario considerarle in maniera congiunta per arrivare ad una lettura quanto più complessa e completa del fenomeno, così da poter cogliere molti elementi diversi ma ognuno rilevante e valido per giungere ad una comprensione ampia della situazione.

Le conclusioni principali rivelano che la depressione materna, inoltre, ha sia degli effetti direttamente osservabili sul funzionamento emotivo del bambino, ma anche degli effetti indiretti che, passando per le capacità di riconoscimento, regolazione ed espressione emotiva, si ripercuotono, però, sempre, nel corso del tempo, sull'adattamento e sul benessere emotivo del bambino. È risultato, poi, che le madri depresse non rappresentano un gruppo omogeneo, ma possono presentare i sintomi psicopatologici in momenti diversi e in forme differenti; questi, inoltre, possono svilupparsi lungo varie traiettorie e combinarsi con altre caratteristiche. Sono emerse, a riguardo, delle dissomiglianze tra caratteristiche materne associate alla depressione o compresenti; queste caratteristiche specifiche, che hanno permesso di definire dei profili materni, sono risultate riflettersi su componenti diverse dello sviluppo emotivo del bambino, mostrando come la depressione materna, alla luce delle peculiarità che la contraddistinguono, contribuisca in misura e in modalità differenti al rischio per gli outcome del bambino. In aggiunta, si sottolinea nuovamente il differente livello di rilevanza assunto dall'intensità e dalla persistenza dei sintomi depressivi materni rispetto agli esiti sfavorevoli sullo sviluppo emotivo del bambino: il livello di gravità non sembra essere sempre una variabile determinante, dal momento

che anche sintomi depressivi considerati moderati o in un range subclinico possono avere degli effetti simili o addirittura sovrapponibili ai casi in cui, invece, risultano gravi e si parla di disturbo conclamato; dall'altra parte, al contrario, la persistenza dei sintomi depressivi materni per periodi prolungati determina degli effetti peggiori sul bambino rispetto a episodi circoscritti di depressione, che sembrano avere un impatto minore. Risulta, pertanto, sempre necessario tenere in considerazione questa complessità per avere consapevolezza di ogni situazione specifica e comprenderla approfonditamente.

Per concludere, è importante precisare che l'esposizione di questi risultati non ha come scopo ultimo quello di colpevolizzare le madri; si vuole, diversamente, indirizzare l'attenzione verso le implicazioni che tutto questo comporta, che necessitano considerazione e intervento. In primo luogo, risulta fondamentale la promozione del benessere della madre e del bambino già durante la gravidanza e nel post partum, dato che questi rappresentano momenti critici per la formazione di un equilibrio diadico e in cui la donna può essere soggetta a particolare vulnerabilità. Ciò che viene sottovalutato, però, è l'importanza di continuare ad interessarsi della salute mentale della madre, e del modo in cui questa si ripercuote sulla relazione con il bambino, anche nei periodi successivi perché, come illustrato, la depressione materna non si esaurisce nei primi mesi dopo la nascita del figlio ma, anzi, molto spesso continua ad essere presente per anni; in questo modo, la sua influenza sullo sviluppo del bambino persiste durante tutte le tappe evolutive che questi si trova ad affrontare. Interessarsi al benessere psicologico della madre assume, dunque, anche il significato di impegnarsi per garantire un percorso di crescita sano nel bambino; questo nella convinzione che il suo sviluppo, soprattutto nei primi momenti di vita, non possa essere considerato in maniera decontestualizzata rispetto al suo ambiente primario, ovvero la relazione con il caregiver. Ed è proprio in riferimento al fatto che il genitore rappresenta il fattore ambientale più influente per lo sviluppo del bambino che, in determinate situazioni sfavorevoli, la sua funzione può andare a configurarsi anche come un fattore di rischio altrettanto decisivo; la presenza di una psicopatologia, in questo caso la depressione, può avere un forte impatto sul ruolo genitoriale con conseguenti risvolti sugli esiti di sviluppo del bambino. Risulta, pertanto, necessario intervenire innanzitutto a livello preventivo a sostegno delle donne che si trovano ad affrontare la nascita di un figlio, per agire, poi, tempestivamente qualora si manifestassero precocemente dei sintomi depressivi e continuare a monitorare, nel corso del tempo, le madri che durante il periodo perinatale hanno incontrato delle difficoltà di salute mentale, rivolgendo analoga attenzione clinica anche ai loro bambini.

BIBLIOGRAFIA

Giallo, R., Woolhouse, H., Gartland, D., Hiscock, H., e Brown, S. (2015). The emotional-behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*, 1233-1244.

Gillibrand, R., Lam, V., O'Donnell, V. L., Tallandini, M. A. (2019). *Psicologia dello Sviluppo* (2a ed.). Milano: Pearson.

Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., e Feldman, R. (2016). Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. *Emotion*, *17*, 11-27.

Guyon-Harris, K., Huth-Bocks, A., Lauterbach, D., e Janisse, H. (2015). Trajectories of maternal depressive symptoms across the birth of a child: associations with toddler emotional development. *Archives of Women's Mental Health*, *19*, 153-165.

Hooper, E., Feng, X., Christian, L., e Slesnick, N. (2015). Emotion Expression, Emotionality, Depressive Symptoms, and Stress: Maternal Profiles Related to Child Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 1319-1331.

Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T.B., e Eberhard-Gran, M. (2016). The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Maternal and Child Health Journal*, *21*, 607-615.

Kujawa, A., Dougherty, L., Durbin, C.E., Lupton, R., Torpey, D., e Klein, D.N. (2014). Emotion recognition in preschool children: associations with maternal depression and early parenting. *Development and Psychopathology*, *26*, 159-170.

Pietikäinen, J.T., Kiviruusu, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., e Paavonen, E.J. (2019). Maternal and paternal depressive symptoms and children's emotional problems at the age of 2 and 5 years: a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*, 195-204.

Porter, E., Lewis, A.J., Watson, S.J., e Galbally, M. (2019). Perinatal maternal mental health and infant socio-emotional development: A growth curve analysis using the MPEWS cohort. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101336.

Sanavio, E., e Cornoldi, C. (2017). *Psicologia Clinica* (3a ed.). Bologna: Il Mulino.

Urizar, G.G. Jr, e Muñoz, R.F. (2021). Role of Maternal Depression on Child Development: A Prospective Analysis from Pregnancy to Early Childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 53, 502-514.

Van der Waerden, J., Galéra, C., Larroque, B., Saurel-Cubizolles, M.J., Sutter-Dallay, A.L., e Melchior, M.; EDEN Mother–Child Cohort Study Group (2015). Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *The Journal of Pediatrics*, 166, 1440-1448.

Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., Giallo, R., e Brown, S. (2015). Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum and emotional/behavioural difficulties in children: results from a prospective pregnancy cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 141-151.

World Health Organization (WHO). (2021, 13 settembre). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> Ultimo accesso: 30 maggio 2023.

Wu, Q., Feng, X., Gerhardt, M., e Wang, L. (2019). Maternal depressive symptoms, rumination, and child emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 1125-1134.