

Dottorato in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica. XXVIII Ciclo



**Disagio e depressione perinatali durante la crisi
della maternità.**

Impatto sulla relazione madre-bambino.

Tesi di Dottorato di

Valentino Ferro

Tutor

Cristina Riva Crugnola

Mario Giacomelli, Attorno a me 1955



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

DOTTORATO IN PSICOLOGIA SOCIALE, COGNITIVA E CLINICA

CICLO XXVIII

**Disagio e depressione perinatali durante la crisi
della maternità.
Impatto sulla relazione madre-bambino.**

Tesi di Dottorato di

Valentino Ferro

Tutor

Professoressa Cristina Riva Crugnola

Anno Accademico 2015-2016

*Ad Arianna,
sensibile e sincera compagna di viaggio*

INDICE

Riassunto.....	1
Abstract	3
Premessa.....	5
CAPITOLO 1	
<i>La crisi del divenire madri</i>	11
1.1. Da figlia a madre: i processi psichici della gravidanza	13
1.2. L'incontro con il bambino reale e lo strutturarsi della relazione diadica.....	17
1.3. La psicopatologia della maternità ..	23
1.4. Infanticidio e abuso sul bambino	27
1.5. Depressione post-partum o depressione perinatale.....	31
1.6. Ansia parentale e stress genitoriale.....	36
1.7. Sviluppo infantile e contatto con la sofferenza mentale materna.....	39
1.8. Il ruolo del padre e la depressione perinatale paterna	42
CAPITOLO 2	
<i>Presentazione del progetto di ricerca "Depressione perinatale ed effetti sulla relazione madre e bambino e la regolazione emotiva"</i>	47
2.1. Presentazione del progetto di ricerca.....	49
CAPITOLO 3	
<i>L'influenza della depressione post-partum sulla relazione madre e bambino e sull'adattamento di coppia</i>	53
3.1. Introduzione	55
3.2. Obiettivi	58
3.3. Metodo	60

3.3.1. Partecipanti.....	60
3.3.2. Procedura e strumenti	60
3.4. Analisi dei risultati	63
3.5. Risultati.....	63
3.5.1. Effetto della depressione materna sull’adattamento di coppia e le sotto- scale del test a T1 e a T2.....	63
3.5.2. Effetto della depressione materna sugli stili relazionali diadici a T1 e a T2	65
3.5.3. Continuità di depressione materna, adattamento di copia e stili relazionali diadici tra 3 e 6 mesi di post-partum.....	67
3.6 Discussione dei risultati.....	69
CAPITOLO 4	
<i>Ansia perinatale e fattori di rischio psico-sociali: influenza sulla depressione materna nella transizione alla genitorialità.....</i>	
4.1. Introduzione	77
4.2. Obiettivi.....	79
4.3. Metodo	81
4.3.1. Partecipanti.....	81
4.3.2. Procedura e strumenti.....	82
4.4. Analisi dei risultati	84
4.5. Risultati	84
4.6. Discussione dei risultati.....	88
CAPITOLO 5	
<i>Regolazione emotiva nella diade madre e bambino a 3 mesi di post-partum: il ruolo dell’ansia, della depressione e dello stress parentale.....</i>	
5.1. Introduzione	97

5.2. Obiettivi.....	100
5.3. Metodo	101
5.3.1. Partecipanti.....	101
5.3.2. Procedura e strumenti.....	101
5.4. Analisi dei risultati	107
5.5. Risultati	107
5.6. Discussione dei risultati.....	113
RIFLESSIONI, CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE.....	117
Bibliografia	129
Ringraziamenti	145

Riassunto

Introduzione. La transizione alla maternità è un momento nella vita della donna molto importante ed è una crisi evolutiva, che nella maggior parte dei casi ha un esito positivo. In alcuni casi la maternità può essere influenzata negativamente dall'insorgere nella donna di disagi psichici (Milgrom et al., 2001). Uno dei disagi della maternità è la depressione post-partum, che si manifesta con un'incidenza all'incirca del 13%, ha un'eziologia multifattoriale e ha ricadute sulla salute e acquisizione del ruolo di madre, sull'instaurarsi della relazione madre/bambino, sulla regolazione emotiva diadica e sul rapporto con il partner (Karney & Bradbury, 1995; O'Hara & McCabe, 2013; Pearson et al., 2013). La depressione post-partum è spesso associata con sintomi depressivi durante la gravidanza e questa continuità predice conseguenze peggiori sulla salute psichica della madre (Grigoriadis et al., 2013).

Inoltre anche l'ansia si può presentare in comorbidità con i sintomi depressivi sia in gravidanza sia nel post-partum, l'incidenza è più alta in gravidanza, 18-25%, e decresce dopo il parto fino al 4,7% (Figueiredo & Conde, 2011; Sherry et al., 2014). L'ansia perinatale influenza negativamente gli scambi interattivi della diade madre bambino, queste madri sono più intrusive e i loro figli mostrano: pianto eccessivo, temperamento difficile e meno stati affettivi condivisi (Austin et al., 2008; Feldman, 2007; Reck et al., 2012). Un altro stato di disagio psichico è lo stress parentale che si può presentare nella transizione alla genitorialità (Abidin, 1990), ma non ci sono studi su questo stato in relazione con la depressione post-partum e/o l'ansia.

Obiettivi. Il presente lavoro è suddiviso in tre ricerche che hanno lo scopo di indagare l'incidenza della depressione post-partum, le variabili che predicano maggiormente la depressione post-partum, la relazione fra ansia patologica depressione post-partum e stress parentale e come queste variabili influenzino gli stili interattivi e la regolazione emotiva della diade.

Metodo. Le donne che hanno partecipato alle differenti ricerche sono state contattate presso l'ASL 2 di Savona fra la gravidanza e i primi mesi di post-partum. In tutte le ricerche la depressione è stata indagata con l'EPDS (Cox et al., 1987), l'ansia con lo STAI-Y (Spielberger, 1983), lo stress parentale con il PSI (Abidin, 1987), la percezione del rapporto di coppia con il DAS (Spanier, 1976), gli stili interattivi con il sistema di codifica video CARE-INDEX (Crittenden, 1994) e la regolazione emotiva diadica con il sistema di codifica video ICEP (Weinberg & Tronick, 1999; Riva Crugnola et al., 2013).

Risultati. Le tre ricerche mettono in luce diversi risultati, fra cui come l'ansia in gravidanza sia un fattore predittivo della depressione post-partum e come durante la transizione alla maternità l'aumentare dei fattori di rischio psicosociali sia associato a una maggiore depressione post-partum. Le ricerche sottolineano la stretta relazione fra depressione post-partum, stress parentale e ansia perinatale e come quest'ultima influenzi maggiormente gli stili di regolazione emotiva diadici meno adeguati. Infine la depressione post-partum influenza la percezione della donna della qualità del rapporto di coppia e predice stili interattivi disfunzionali della madre e del bambino.

Conclusioni. I seguenti studi mettono in evidenza la necessità di effettuare screening preventivi e mettere in atto interventi mirati a aiutare e a promuovere il benessere delle madri.

Abstract

Background. The transition to motherhood is an important moment in women's life and it also represents a developmental crisis that in most cases has a positive outcome. Motherhood in some cases is negatively influenced by mental illness (Milgrom et al., 2001). Post-partum depression is one of these perinatal mental illnesses and its incidence is 13%, it has a multifactorial etiology and it influences the woman's well-being, the mother-child relationship, the dyadic emotional regulation and the relationship with the partner (Karney & Bradbury, 1995; O'Hara & McCabe, 2013; Pearson et al., 2013). Postpartum depression often is associated with depressive symptoms during pregnancy and this predicts worse consequences on the mother's psychological well-being (Grigoriadis et al., 2013). The perinatal anxiety often occurs in comorbidity with depressive symptoms both in pregnancy and in the postpartum, the incidence of anxiety is higher in pregnancy between 18% and 25% than in the post-partum period 4.7% (Figueiredo & Conde, 2011 Sherry et al., 2014). The perinatal anxiety has a negative influence on mother-infant relationship: these mothers are more intrusive and their children have excessive crying, difficult temperament and less shared positive states (Austin et al., 2008; Feldman, 2007; Reck et al., 2012). Another perinatal mental distress is parenting stress that may occur in the transition to parenthood (Abidin, 1990), but there are few studies on the relationship of parenting stress, post-partum depression and anxiety.

Aims. This paper is divided in three studies investigating different themes: the incidence of postpartum depression, the variables which predict postpartum depression, the relationship between anxiety postpartum depression and parenting stress and how these variables influence the relationship styles and emotional regulation of the mother-child dyad.

Methods. The women who participated in the research were contacted in ASL2 of Savona between pregnancy and the first months of post-partum. In all the three studies, post-partum depression has been investigated with EPDS (Cox et al., 1987), anxiety with STAI-Y (Spielberger, 1983), parenting stress with PSI (Abidin, 1987), dyadic adjustment with partner with DAS (Spanier, 1976), the relationship styles with the video coding system CARE INDEX (Crittenden, 1994) and the emotional regulation of the mother-child with the video coding system ICEP (Weinberg & Tronick, 1999; Riva Crugnola et al., 2013).

Results. The three studies underline different results: anxiety during pregnancy is predictor of post-partum depression; mothers who have a lot of psychosocial risk factors have more probability to develop depressive symptoms in pregnancy and in the post-partum period; the effect of this risk factors is pejorative in depression symptomatology in the transition to motherhood; maternal depression, anxiety and parenting stress are associated, anxiety is a grater predictor than depression of less adequate styles of mother-infant emotion regulation; post-partum depression affects the dyadic adjustment with partner and dysfunctional relationship styles of mother-child dyad.

Conclusions. The results of these studies highlight the importance of doing early screening and well-timed and preventive intervention programs to help the mother's wellbeing.

Premessa.

Il seguente elaborato si focalizza sul tema della transizione alla maternità con un'attenzione particolare al rischio di poter sviluppare un disagio psichico, come la depressione post-partum.

Il divenire madri è un processo evolutivo importante nella vita di una donna, che comporta cambiamenti sia fisici sia psichici. La donna durante questa transizione che inizia in gravidanza, rielabora le relazioni con le sue figure significative, passa dal ruolo di figlia a quello di madre e si confronta con un cambiamento dell'immagine del proprio corpo che muta durante la gravidanza (Simonelli, 2014; Riva Crugnola, 2012). Nella maggior parte dei casi questa transizione ha un esito positivo ed è l'occasione per un cambiamento maturativo della donna e di tutto il suo *entourage* familiare, ma in alcuni casi questo passaggio verso una nuova identità può essere influenzato negativamente da stati psichici che vanno da una sofferenza esistenziale fino a vere e proprie psicopatologie. Uno di questi stati di disagio materno è la depressione post-partum, che ha un'incidenza sulla popolazione generale occidentale fra il 10% e il 15% (O'Hara & Swain, 1996) e un'eziologia multifattoriale. La depressione materna ha importanti effetti sulla salute della donna, sull'instaurarsi della relazione madre e bambino e sul rapporto con il partner (Karney & Bradbury, 1995; O'Hara & McCabe, 2013; Pearson et al., 2013), inoltre è spesso associata a una sintomatologia ansiosa (Beebe et al., 2011; Reck et al., 2011).

Nel primo capitolo dell'elaborato si approfondisce la transizione alla maternità sottolineando i processi psichici che nascono ed iniziano a svilupparsi durante la gravidanza e formano le basi della "nascita di una madre" (Stern & Bruschweiler-Stern, 1999). Si mette in luce come questa transizione rappresenti una "crisi maturativa" per la donna, che la porta a creare fantasie di se stessa con il bambino che nascerà e fantasie di se stessa come madre (Bibring, 1961). Dopo il parto

avviene l'incontro fra il "bambino immaginario" e il "bambino reale" e la donna si trova a sostituire l'immagine di sé come gestante in attesa con quella di una madre che deve accudire il proprio bambino (Ammaniti et al., 2007). La neo-madre in questa fase solitamente si dedica al proprio bambino e attiva una nuova modalità di pensieri e comportamenti definiti da Stern "costellazione materna" (Stern, 1995), grazie ai quali si crea un legame che permette lo sviluppo della relazione madre-bambino e garantisce la sopravvivenza del piccolo e un adeguato sviluppo socio-emotivo (Raphael-Leff, 2014; Riva Crugnola, 1999).

Nei rari casi in cui questo processo di transizione alla genitorialità non ha un esito positivo si assiste allo svilupparsi delle psicopatologie della maternità, che possono presentarsi per la prima volta o rappresentare un riacutizzarsi di situazioni critiche precedenti nella vita della donna (Cool et al., 2010). Il seguente lavoro presenta ricerche che si sono focalizzate sulla depressione post-partum, ma in questo primo capitolo si dà spazio anche alle altre patologie che una madre può sviluppare nel periodo perinatale, che sono solitamente: disturbo bipolare dell'umore, disturbi d'ansia, stress parentale, uso e abuso di sostanze in epoca perinatale, psicosi puerperale e disturbi psicotici, infanticidio, disturbi del comportamento alimentare e disturbo da stress post-traumatico post-natale (Pachetta et al., 2014).

Inoltre, nel primo capitolo si affronta come la depressione post-partum sia associata spesso a una sintomatologia depressiva in gravidanza e questa continuità sottolinea come il disturbo abbia "radici" importanti prima dell'evento parto e vada studiato anche durante la gravidanza (Grigoriadis et al., 2013; Nemeroff, 2008).

Nel secondo capitolo di questo scritto è presentato il progetto di ricerca "Sostegno alla maternità. Un progetto longitudinale" svoltosi presso i Consultori Infantili e i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 di Savona, all'interno del quale sono stati raccolti i dati per gli studi presentati successivamente. Questo progetto si è

svolto all'interno del progetto ministeriale PRIN 2010/2012, finanziato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR). L'intera ricerca ha visto la collaborazione di un gruppo di psicologi del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca con parte del personale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, del Dipartimento Materno Infantile e del Dipartimento di Cure Primarie e Attività Distrettuali dell'ASL2 di Savona. Nella fattibilità del progetto di ricerca sono state fondamentali le numerose ostetriche che hanno rappresentato il "collante" fra le madri e coloro che hanno somministrato i test, le interviste ed effettuato le video-registrazioni. Le differenti batterie testali utilizzate sono state somministrate, corrette e codificate da psicologi adeguatamente formati dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Inoltre, i criteri per aver partecipato alla ricerca sono stati il non aver ricorso a tecniche di fecondazione assistita, aver avuto bambini nati a termine senza problematiche organiche alla nascita e l'aver compilato il consenso informato a partecipare alla ricerca da parte della coppia genitoriale.

Il terzo capitolo "L'influenza della depressione post-partum sulla relazione madre e bambino e sull'adattamento di coppia" presenta uno studio che indaga se e come la depressione materna a 3 e a 6 mesi di vita del bambino influenzi la relazione diadica e la percezione della qualità del legame di coppia. La depressione post-partum materna influenza lo svilupparsi e strutturarsi della relazione madre e bambino, con ricadute nel breve e nel a lungo termine (Murray & Cooper, 1999). La depressione materna incide sul comportamento della donna con il bambino, limitandone l'espressione emozionale e la quantità e qualità degli scambi interattivi, inoltre i bambini figli di madri depresse hanno maggiori difficoltà nell'interazione e hanno comportamenti difficili o ritirati (Beebe et al., 2008; Weinberg & Tronick, 1997). Lo stato depressivo materno sembrerebbe influenzare negativamente anche la qualità del rapporto di coppia fra la madre e il padre,

entrambi percepiscono in modo maggiormente negativo la loro relazione e non sono di supporto reciprocamente (Karney, 2001; Whitton et al., 2008). I sintomi depressivi possono predire un declino della qualità della relazione di coppia fino a portare alla rottura, con il rischio che madre e bambino abbiano maggiori difficoltà ad essere supportati emotivamente (Beach & O’Leary, 1993; Davila et al., 2003). Lo studio presentato in questo capitolo si pone l’obiettivo di confermare i dati presenti in letteratura sull’influenza della depressione post-partum sulla relazione madre e bambino e sull’adattamento di coppia, andando inoltre a indagare la persistenza di questa relazione a 3 mesi e a 6 mesi di post-partum.

Nel quarto capitolo “Ansia perinatale e fattori di rischio psico-sociali: influenza sulla depressione materna nella transizione alla genitorialità” la ricerca si pone l’obiettivo di studiare quali variabili determinino maggiormente la depressione post-partum. Sarà indagata la relazione fra depressione materna e ansia sia in gravidanza sia a 3 mesi di post-partum, alcuni studi hanno messo in luce come vi sia una forte comorbidità fra questi due disagi psichici materni (Beck, 2001; Matthey et al., 2003; Josefsson et al., 2002; Reck et al., 2012) e la ricerca presentata cercherà inoltre di valutare la continuità di questa relazione fra gravidanza e post-partum. Si valuta anche se la depressione post-partum sia influenzata dalla depressione e dall’ansia provate dalla donna in gravidanza, se questo dato venisse confermato sottolineerebbe l’importanza di considerare la depressione materna come un disagio che inizia prima del momento parto e che influenza tutto il periodo perinatale. Inoltre, si valuta anche quali fattori di rischio psico-sociali, fra quelli maggiormente studiati (Beck, 1996, 2001; Broen et al., 2006; Buist & Barnett, 1995; O’Hara & Swain 1996; Steiner, 2002; Wisner et al., 2002), influenzino in modo determinante lo svilupparsi della depressione materna a 3 mesi di post-partum. Infine, il rischio cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali sarà per la prima volta studiato in merito allo specifico periodo che la donna

sta vivendo, ovvero la transizione alla maternità, per determinare se effettivamente questo momento sia potenzialmente critico e la donna sia maggiormente vulnerabile.

Il quinto capitolo “Regolazione emotiva nella diade madre e bambino a 3 mesi di post-partum: il ruolo dell’ansia, della depressione e dello stress parentale” si focalizza in particolar modo sull’influenza delle variabili di rischio studiate sulla regolazione emotiva diadica. A 3 mesi di vita del bambino si indaga la relazione fra ansia, depressione e stress parentale e successivamente la relazione di queste tre variabili è indagata anche rispetto alla regolazione emotiva diadica. La depressione post-partum secondo la letteratura influenza la regolazione emotiva materna, rendendo queste madri più distaccate e meno sensibili (Karney & Bradbury, 1995; O’Hara & McCabe, 2013), anche l’ansia ha un’influenza negativa perché le madri ansiose sono più intrusive e i loro figli hanno un temperamento difficile e meno stati affettivi condivisi (Austin et al., 2008; Feldman, 2007; Reck et al., 2012). La regolazione emotiva è studiata grazie a un approccio micro-analitico di indagine ai video delle interazioni libere di gioco della madre e del bambino. Si ipotizza che ansia, depressione e stress parentale influenzino i comportamenti negativi della madre e del bambino sia a livello individuale sia a livello diadico. La relazione fra stress parentale e regolazione emotiva è indagata per la prima volta in letteratura. Infine, è studiata quale fra le variabili di rischio analizzate influenzi maggiormente la regolazione emotiva madre-bambino a 3 mesi di post-partum.

Nel sesto e ultimo capitolo di questo elaborato si espongono le conclusioni generali e alcune riflessioni sui temi trattati, si propongono anche idee per ricerche future e interventi di screening e preventivi centrati sulla transizione alla maternità a rischio.

Capitolo 1

LA CRISI DEL DIVENIRE MADRI



Elliott Erwitt, New York 1953

1.1 Da figlia a madre: i processi psichici della gravidanza

Per la donna la gravidanza, il rimanere incinta, il divenire madre rappresenta un momento fondamentale della propria vita, una fase evolutiva particolare, cruciale e al tempo stesso molto delicata. Durante la gravidanza la donna elabora cambiamenti fisici e mentali che la portano a una nuova organizzazione della rappresentazione di Sé. La gravidanza, in particolare la prima, rappresenta per la maggioranza delle donne la realizzazione della propria femminilità, l'affermarsi di sogni e desideri che si sviluppano fin dall'infanzia e anche l'adempimento di un dovere socio-culturale (Stern, 1985). E' un evento importante per entrambi i genitori e i vissuti psichici legati ad essa si trasmettono di generazione in generazione. Questa nuova organizzazione mentale può essere influenzata da importanti turbamenti, perché anche nelle gravidanze più cercate possono emergere angosce e sentimenti contraddittori, che devono essere riconosciuti e affrontati (Raphael-Leff, 2014). La donna per acquisire pienamente il nuovo ruolo materno deve fare un profondo lavoro di rielaborazione e riorganizzazione mentale che le consenta di predisporre in un "assetto mentale", che rappresenta la nascita di una nuova organizzazione psichica (Riva Crugnola, 2012).

Numerosi autori appartenenti alla psicoanalisi, alla psicologia dinamica e all'*infant research* si sono occupati di studiare e analizzare i processi psichici che avvengono in questa breve fase di vita. Secondo l'allieva di Freud la psicoanalista Helene Deutsch la gravidanza è il riuscire a soddisfare un profondo desiderio, un'attitudine sia psichica sia biologica alla base della femminilità, collegata alla naturale tendenza della donna di prendersi cura. La futura madre nei mesi di attesa crea uno spazio interno alla propria mente per il bambino e per l'idea di se stessa come genitore (Deutsch, 1945).

La gravidanza è stata descritta da Bibring come una "crisi maturativa", durante la quale si riattualizzano i conflitti infantili relativi alle esperienze di cura e dal

superamento di questi dipende la nuova identità femminile. Questa autrice mette in evidenza l'importanza delle rappresentazioni durante la gravidanza e individua due stadi con importanti compiti evolutivi. Il primo stadio riguarda i primi mesi e si riferisce all'accettazione dell'embrione e del feto come parte integrante di sé. Il secondo stadio è segnato dal momento in cui la donna inizia a percepire i movimenti del feto ed "esce" dal rapporto simbiotico con esso, preparandosi all'evento nascita/separazione attraverso l'elaborazione delle proprie esperienze relazionali precoci significative (Bibring, 1961). Lo psicoanalista e pediatra britannico Donald W. Winnicott ha descritto la gravidanza come "un'area transazionale o uno spazio potenziale", che si colloca fra realtà ed immaginario ed è l'area fra due persone del rapporto che deve svilupparsi (Winnicott, 1965).

La gravidanza può essere suddivisa più in generale in tre fasi, ognuna delle quali corrisponde ad un diverso stadio dello sviluppo fetale e a differenti elaborazioni psichiche materne. Il primo periodo è il primo trimestre, durante il quale la donna ha soprattutto vissuti di ambivalenza, paure rispetto al poter perdere il bambino, possibili conflitti con la propria madre. Più in generale il primo periodo della gravidanza è caratterizzato da una sorta di assenza mentale del bambino, le rappresentazioni su di esso sono ancora confuse e poco chiare e ciò che la madre rappresenta è un "bambino fantasmatico". Nel secondo trimestre la madre inizia a sentire i movimenti del feto e così inizia a sentire il bambino come diverso da sé e come possibile oggetto di una relazione affettiva, così sviluppa le prime fantasie più concrete sul bambino. Compare così nella mente della madre la rappresentazione del "bambino immaginario", nella quale ci sono insieme le aspettative materne e le fantasie del futuro. Durante il terzo semestre il bambino (la rappresentazione di esso) è vissuto maggiormente come un individuo e la madre sviluppa un intenso attaccamento verso di lui, personificando il loro rapporto. Questa fase è influenzata anche da intense ansie di separazione e

angosce di morte per il parto e per la salute del bambino. Compare verso la fine della gravidanza la rappresentazione del “bambino reale”, come colui che veramente entrerà in relazione con i genitori (Cramer & Palacio Espasa, 1994; Lebovici, 1983).

Secondo Daniel Stern il processo immaginativo della madre inizia dopo il 3° mese di post-partum, perché i medici in questo periodo danno conferme rispetto al normale procedere della gravidanza e alla salute del feto. Le fantasie rispetto al bambino si intensificano soprattutto fra i 4 e 7 mesi, mentre dopo l’8° mese la donna ha meno fantasie sul bambino per permettere che l’incontro fra bambino immaginato e bambino reale non sia caratterizzato da una differenza troppo marcata (Stern, 1999). Inoltre, Stern descrive la transizione verso il ruolo di madre grazie al suo costrutto teorico della “costellazione materna” (Stern, 1995), uno specifico assetto mentale che la donna inizia a sviluppare quando rimane incinta e che perdura per tutta la vita. Questo stato mentale è influenzato dalle esperienze passate e presenti e su queste si inserisce il vissuto della gravidanza, che è influenzata da specifici desideri, paure e fantasie presenti per i nove mesi di gestazione e le prime fasi di vita del bambino. Queste rappresentazioni si organizzano in quattro temi principali, che riguardano: la sopravvivenza del bambino, la capacità di impegnarsi emotivamente con lui, i cambiamenti relativi alla rappresentazione di se stessi e il bisogno di essere sostenuta da altri significativi.

Raphael-Leff invece sottolinea l’importanza delle aspettative della donna durante la gravidanza e come queste influenzino il suo stato psichico e poi la relazione con il bambino, ne individua due tipologie definite: madre facilitante e madre regolatrice. La madre facilitante è la donna che considera la maternità un’esperienza fondante della sua identità e si sente arricchita da ciò che sta vivendo. Questa fase è idealizzata dalla donna, che nega (dissocia) la propria

imperfezione, quella del feto e i sentimenti di invidia e ostilità, inoltre rinuncia ai propri bisogni e interessi personali non riguardanti la maternità. La madre regolatrice considera la gravidanza come un passaggio obbligatorio per avere un bambino, non è a suo agio con le trasformazioni fisiche, vive questo momento in modo passivo e razionalizza. Sono donne che non vogliono farsi influenzare dalla gravidanza e dalle fantasie della relazione con il futuro bambino, pensano molto a ciò che stanno perdendo durante la transizione alla maternità (Badinter, 1993; Raphael-Leff, 1983, 2005).

Un sistema classificatorio per indagare la tipologia di rappresentazioni materne durante la gravidanza è l'Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza IRMAG (Ammaniti et al., 1995), che a seconda della tipologia di narrazione individua: le rappresentazioni materne integrate/equilibrate, le rappresentazioni materne ristrette/disinvestite e le rappresentazioni materne non integrate/ambivalenti.

Infine, la madre durante i nove mesi di gravidanza crea un forte legame con l'immagine mentale del bambino, questa tipologia di relazione è stata definita attaccamento prenatale (Cranley, 1981) o attaccamento al feto (Condon, 1997). Questi costrutti sono definibili come l'insieme dei comportamenti che la madre manifesta verso il futuro nascituro, con differenti gradi di coinvolgimento emotivo (Fonagy, 1990); l'investimento affettivo della donna verso il feto influisce sull'andamento della gravidanza, del parto e in modo fondamentale sulla relazione con il bambino stesso (Siddiqui et al., 2000). Gli strumenti atti a studiare il grado di investimento affettivo del genitore verso il feto sono: il MFAS *Maternal-Fetal Attachment Scale* (Cranley, 1981) e il MAAS *Maternal Antenatal Attachment Scale* (Condon, 1993).

1.2 L'incontro con il bambino reale e lo strutturarsi della relazione diadica

La nascita di un bambino rappresenta per una donna un momento caratterizzato da affetti, sentimenti e pensieri molto intensi. Dopo il parto il bambino immaginato durante la gravidanza si incontra con il bambino reale, parallelamente la neo-madre deve vivere il cambiamento che la porta a sostituire l'immagine di se stessa come gestante con quella di madre che ha il compito di accudire e rispondere ai bisogni del neonato (Ammaniti et al., 2007; Ferraro & Nunziante Cesaro, 1985). In questa fase la madre inizia a costruire una relazione affettiva con una persona totalmente dipendente da lei, deve identificarsi con il bambino attraverso l'empatia per comprendere i suoi bisogni e con il tempo costruire una sintonizzazione affettiva reciproca della nuova diade (Stern, 1985; Riva Crugnola 1999).

I primi mesi dopo il parto sono caratterizzati dalla presenza e dall'elaborazione di stati psicologici complessi che rappresentano delle vere e proprie fasi, sono state suddivise da Pazzagli e collaboratori (1981) in tre macrocategorie: perdita, disillusione e regressione in simbiosi. Secondo gli autori nella fase della perdita si elabora il passaggio da donna incinta con il bambino dentro di sé a donna privata di questo stato e con il dovere di occuparsi di un neonato bisognoso. Questa separazione biologica data dal parto è accompagnata da una riorganizzazione fisica-ormonale e mentale, la donna deve imparare a tollerare e colmare lo spazio vuoto lasciato dalla nascita, elabora così ciò che Otto Rank ha definito il *trauma della nascita* (Rank, 1924). La seconda fase, ovvero quella della disillusione, è caratterizzata dall'incontro fra le aspettative sviluppatesi durante la gravidanza e il bambino vero e proprio con le sue caratteristiche reali. La madre elaborando la disillusione delle sue fantasie ed aspettative accetta il bambino con le sue caratteristiche, accetta di amarlo e farlo sentire importante e così può iniziare a

svilupparsi una relazione fra loro (Vegetti Finzi, 1998). L'ultima fase è quella della regressione in simbiosi, che distingue i primi mesi di vita del bambino e durante i quali la madre si occupa totalmente di lui ed è focalizzata sul rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni. Questa fase, descritta dagli autori, ha molte similitudini con lo stato mentale materno descritto da Winnicott e definito "preoccupazione materna primaria" (1956), con il quale si fa riferimento a quando la madre si *ammala* di amore per il proprio figlio ed è assorbita totalmente dal prendersi cura di lui per comprenderne i bisogni e rispondervi in modo adeguato. La donna con il passare dei mesi esce da questo stato psichico e ritorna ad occuparsi anche di altro rispetto al bambino, ma come sottolinea Stern parlando della "costellazione materna" (1995), questo nuovo stato mentale di "madre devota" è sempre pronto a riattivarsi nei momenti di bisogno del figlio.

In ambito psicoanalitico la capacità materna di comprendere gli stati emotivi, soprattutto di disagio, del bambino, di accoglierli dentro di sé e trasformarli, è stata definita da Bion "reverie materna" (Bion, 1962). La madre elabora le esperienze emotive e sensoriali del bambino non formulate, che l'autore definisce *elementi beta*, e gliele restituisce semplificate, comprensibili, "pensabili" e contenibili, sotto forma di ciò che è definito *elementi alfa*.

Un altro autore che pone molta attenzione su questa fase di vita della donna è Racamier, che crea il termine "maternalità" (in francese *maternalité*), per identificare il percorso di sviluppo di nascita del senso materno nella donna (Racamier et al, 1961). L'attenzione non è posta solo sull'aspetto biologico, che per l'autore è racchiuso nel termine maternità, ma questo neologismo racchiude in sé diversi elementi come: l'importanza dello sviluppo socio-emotivo in una fase di vita in cui la donna è estremamente vulnerabile, vissuti intrapsichici, relazioni con altri significativi, paure e timori dell'interazione con un bambino totalmente dipendente dalla madre e il definitivo passaggio da figlia a madre. Durante lo

sviluppo del senso di maternità le strutture psichiche della donna sono più mutevoli, labili e influenzate da importanti modifiche somatiche e ormonali che questa fase anche biologica porta con sé. La maternità ha la potenzialità per un cambiamento di vita creativo e felice, ma parallelamente possono esserci anche sentimenti di paura del cambiamento, smarrimenti esistenziali, angosce che hanno bisogno del supporto e del contenimento delle persone significative accanto alla donna, per non rischiare di sviluppare dei veri e propri disturbi psichici che possono influenzare il divenire madre e la relazione con il bambino (Ferro & Ferro, 2012; Racamier & Taccani, 2010).

Subito dopo il parto madre e bambino iniziano a sviluppare una relazione e una comunicazione affettiva, la madre riconosce i bisogni del bambino e lo aiuta nella regolazione delle sue emozioni negli scambi prima pre-verbali e poi verbali (Riva Crugnola, 2012). In questa fase risulta essere fondamentale la funzione riflessiva materna, che le permette di rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino e fa sì che possa aiutarlo nella regolazione delle sue emozioni (Fonagy & Target, 2005). La funzione riflessiva materna è visibile negli scambi interattivi durante il primo anno di vita del bambino, durante il quale la madre si relaziona al bambino come un "individuo con una mente", commentando verbalmente gli stati emotivi che emergono nel bambino durante i loro scambi. La Meins definisce questa capacità materna *mind mindedness* e le sue ricerche hanno dimostrato come lo sviluppo di un attaccamento sicuro sia strettamente connesso a questa funzione materna (Meins et al., 2001).

Il bambino fin dalle prime settimane di vita è dotato di un'intelligenza sociale innata, che lo porta a ricercare l'interazione con l'altro (Trevarthen, 1998). Questa spinta innata deve essere accolta dalla madre, o più in generale dal *caregiver*, che ha il compito di supportare il figlio nel suo sviluppo socio-emotivo. La diade madre e bambino è caratterizzata da scambi interattivi affettivamente connotati, resi

possibili da una madre responsiva e sensibile ai segnali del bambino (Ainsworth et al., 1978) e capace di sintonizzarsi con le emozioni, sia sue sia del bambino, che emergono nel corso delle interazioni.

Le interazioni che il bambino ha con la madre, o gli altri *caregivers*, nel corso dello sviluppo diventano delle rappresentazioni mentali contenenti percezioni, sensazioni, affetti, azioni e scopi che caratterizzano quello che Stern definisce “l’essere con” gli altri significativi, che sarà immagazzinato nella memoria procedurale, ovvero quella memoria automatica e non consapevole che si occupa di immagazzinare le informazioni percettive e motorie (Stern, 2004). Queste memorie sono chiamate da Stern RIG (rappresentazioni interne generalizzate) e sono prototipiche delle relazioni del soggetto con l’altro e contengono tutti gli attributi essenziali dell’esperienza soggettiva dei momenti vissuti nell’interazione (Stern, 1995). I modelli di sé con l’altro, che si creano fin dai primi mesi di vita, sono immagazzinati nella memoria procedurale e sono poi in seguito generalizzati alle relazioni successive. I ricercatori dell’*infant research* che formavano il “Gruppo di Boston” (*The Boston Change Process Study Group*) hanno chiamato questo tipo di memoria procedurale affettiva basata sullo stare con gli altri “conoscenza relazionale implicita” (BCPST, 2012, Lyons-Ruth, 2003). Questa conoscenza è preverbale ed è la base per il formarsi dei modelli operativi interni dell’attaccamento che si sviluppano alla fine del primo anno di vita del bambino (Bowlby, 1988). E’ da notare come questo costrutto teorico abbia molte similitudini con il concetto psicoanalitico di “conosciuto non pensato” descritto da Bollas, con il quale l’autore sottolinea l’importanza di queste memorie affettive preverbal, intese come strutture che organizzano inconsciamente il significato dell’esperienza di se stessi e dell’altro durante l’intero ciclo di vita (Bollas, 1987). Edward Tronick ha sottolineato come il bambino fin dai primi mesi di vita sia in grado di regolare le proprie emozioni attraverso l’autoregolazione e

l'eteroregolazione. Le competenze autoregatorie sono comportamenti innati utili al bambino per modulare il proprio stato emotivo (spostamento dello sguardo, mano in bocca, *grasping*, esplorazione dell'ambiente); queste però devono interagire con la funzione regolatoria del genitore. L'eteroregolazione emotiva è costituita da tutti quei comportamenti che il *caregiver* mette in atto per regolare le emozioni del bambino, nella diade madre-bambino si crea un modello di regolazione reciproca (MRM *mutual regulation model*) nel quale si alternano stati affettivi coordinati (*match*) e stati affettivi non coordinati (*mismatch*); quest'ultimi rappresentano delle rotture dell'interazione la cui riparazione può portare a dei momenti nuovi di sapere condiviso esplicito ed implicito. Secondo Tronick questo processo rende la diade più coerente e complessa e lo definisce "espansione diadica di coscienza" (Tronick, 2008; Tronick & Weinberg, 1997). La madre per supportare adeguatamente lo sviluppo socio-emotivo del bambino deve essere responsiva in modo contingente, ovvero non essere nell'interazione né intrusiva né distaccata (Beebe & Lachmann, 2002).

La "conoscenza relazionale implicita" formata dall'interiorizzazione delle strategie di regolazione delle emozioni che si apprendono nell'esperienze interattive con gli altri significati, è la base per lo strutturarsi delle strategie di attaccamento infantili e successivamente adulte. L'esito dello sviluppo dell'attaccamento infantile è dato da tutti quei comportamenti che un bambino mette in atto per ricercare la vicinanza del genitore con il fine di essere accudito, è indipendente dai comportamenti per soddisfare i bisogni fisici di base (Bowlby, 1980). Grazie agli studi svolti con il paradigma sperimentale della *Strange Situation* effettuati dalla Ainsworth è stato possibile dimostrare l'esistenza di differenti pattern di attaccamento o modelli operativi interni di attaccamento (MOI) (Ainsworth et al., 1974; Ainsworth et al., 1978). Si sono individuati tre tipologie di attaccamento nel bambino: sicuro, insicuro evitante e insicuro resistente/ambivalente. Questi

pattern di attaccamento sono rappresentati dalle strategie del bambino per riuscire a mantenere una vicinanza emotiva con il *caregiver* e nel loro svilupparsi sono sempre influenzate dalla disponibilità, sensibilità e responsività emotiva di quest'ultimo (Ainsworth & Eichberg, 1991). Le classificazioni di attaccamento insicuro infantile sono associate nel corso dello sviluppo a difficoltà nell'auto ed etero regolazione delle emozioni (Riva Crugnola, 2007, 2012). Ricerche successive hanno individuato un pattern di attaccamento più raro e maggiormente disfunzionale, l'attaccamento disorientato-disorganizzato, che implica il "collasso" delle strategie di attaccamento del bambino. Il bambino disorganizzato infatti non è capace di costruire nella relazione con il *caregiver* una strategia comportamentale unitaria ed adeguata per attivare sia la sua richiesta di attaccamento sia la risposta dell'altro (Main & Cassidy, 1988). Ciò che fallisce è la costruzione del legame bambino-genitore, evidenziabile soprattutto nei momenti di stress, in cui il bambino avrebbe bisogno di aiuto e contenimento. Questo è visibile osservando comportamenti specifici di questa tipologia di attaccamento, come: movimenti rallentati, posture fisiche anomale, comportamenti stereotipati, addormentamenti improvvisi, *freezing* e comportamenti disorientati. Il bambino disorganizzato è incapace di attivare strategie organizzate per affrontare lo stress e per chiedere aiuto (George & Solomon, 2007). La disorganizzazione dell'attaccamento infantile deriva dal fatto che il bambino percepisce il suo genitore come contraddittorio: è allo stesso tempo colui che dovrebbe consolare e la fonte di tremenda paura. Questa situazione senza uscita viene definita "il paradosso fondamentale" (Main & Hesse, 1992). I genitori dei bambini con attaccamento disorganizzato sono solitamente spaventati o spaventanti nell'interazione con il proprio figlio e la loro mente è ancora legata a ricordi e vissuti traumatici, come: lutti, gravi incidenti, gravi malattie, maltrattamenti,

violenze e abusi subiti o assistiti, esperienze frequentemente non elaborate (Liotti, 2004).

1.3 La psicopatologia della maternità

Il divenire madri in alcuni casi può essere influenzato negativamente da disturbi psichici di diverso tipo che si possono sviluppare nel periodo perinatale. In questa fase di transizione e vulnerabilità la donna è soggetta allo sviluppo o all'esacerbazione di psicopatologie che possono compromettere la sua salute, la relazione con il proprio partner e la relazione con il bambino (Simonelli 2014).

Le patologie mentali legate alla perinatalità possono esordire per la prima volta in questo periodo o rappresentare una ricaduta di una condizione psichiatrica precedente. Queste patologie si distribuiscono da un punto di vista epidemiologico in modo eterogeneo, ma alcuni studi sostengono che vi sia un incremento nei paesi in via di sviluppo rispetto a quelli occidentali (Cook et al., 2010; Fisher et al., 2012). Vi è un aumento delle psicopatologie della maternità in alcuni gruppi specifici di donne, come: le madri adolescenti (Chalem et al., 2012), le donne che si sono sottoposte precedentemente ad interruzione volontaria di gravidanza (Ludermir et al., 2010), le veterane di guerra (Mattocks et al., 2010) e le donne con gravi disturbi medici (Chibanda et al., 2010).

Le principali psicopatologie che possono presentarsi nel periodo perinatale sono: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, alto stress parentale, uso e abuso di sostanze, psicosi puerperale e disturbi psicotici e disturbi del comportamento alimentare (Paschetta et al., 2014).

Nella categoria dei disturbi dell'umore nella transizione alla maternità vi sono la depressione perinatale, il disturbo bipolare dell'umore e il *maternity blues*. Quest'ultimo, chiamato anche *baby blues*, è definibile come uno sbalzo dell'umore che si manifesta nei giorni successivi al parto ed è caratterizzato da tristezza e crisi

di pianto (Zonana & Gorman, 2005). L'incidenza è alta perché oscilla tra il 50 e 80%, ma la remissione è quasi sempre spontanea, aiutata dal supporto emotivo/affettivo familiare, e questo stato emotivo non influenza la relazione madre e bambino (Zonana & Gorman, 2005). Una percentuale minore di donne può sviluppare una depressione pre o post-partum, all'incirca fra il 10 e il 33 % (Berle, 2012; O'Hara, 1994), questa aumenta in base ai fattori cumulativi di rischio. La depressione pre o post partum, meglio perinatale, sarà trattata in modo approfondito nel prossimo paragrafo. Un ulteriore disturbo psichico che riguarda la transizione alla maternità è rappresentato dal disturbo bipolare in epoca perinatale, che può essere caratterizzato da episodi maniacali nel disturbo bipolare di tipo I ed episodi ipomanicali e depressivi nel caso del disturbo bipolare di tipo II. La gravidanza e il post-partum possono rappresentare sia un momento di ricaduta per un disturbo bipolare sia l'esordio, che solitamente avviene nelle prime due settimane dalla nascita del bambino (Munk-Olsen et al., 2012). Inoltre, quando il disturbo bipolare in una donna nel periodo perinatale non è riconosciuto o trattato come una depressione, vi è il rischio di poter sviluppare una psicosi puerperale, che in alcuni casi può sfociare in comportamenti suicidari della puerpera o infanticid (Sharma, 2007; Sharma et al., 2009).

Durante la gravidanza e il post-partum possono manifestarsi anche disturbi d'ansia di differente tipologia e spesso in comorbidità con la sintomatologia depressiva (Keleher et al., 2012). La loro incidenza è variabile e in epoca perinatale oscilla tra il 4,5 e il 15% (Kim et al., 2006), questo argomento però sarà trattato nei paragrafi successivi.

La schizofrenia e la psicosi puerperale sono i disturbi dello spettro psicotico principali nell'epoca perinatale. Per le pazienti schizofreniche vi è un rischio di ricaduta nei primi 3 mesi di post-partum pari al 25% (Seeman, 2012) e questa percentuale può incrementarsi a causa di una brusca sospensione dei farmaci;

invece la psicosi puerperale è un evento raro con un'incidenza di 1-4 casi ogni 1000 donne (Doucet et al., 2009). La sintomatologia di quest'ultima include: allucinazioni, deliri, irritabilità, labilità emotiva, rapide oscillazioni dell'umore e confusione mentale. Inoltre, si presentano anche sintomi maniacali come: eccessiva energia, incapacità a smettere di compiere azioni, circospezione, irrazionalità e preoccupazioni per dettagli insignificanti (Kruckman et al., 1998). I principali fattori di rischio sono rappresentati da aver avuto o avere una familiarità con un disturbo dello spettro psicotico o un disturbo bipolare dell'umore (Chaudron & Pies, 2003). Non vi è ancora un consenso generale rispetto all'intervallo di tempo dal parto da considerarsi idoneo per lo sviluppo della psicosi puerperale, alcuni autori ritengono che il limite sia 6 mesi dal parto (Arentsen, 1968; Paffenbarger, 1964) e altri sostengono che possa insorgere entro 2-3 settimane (Brockington et al., 1982). La ricerca evidenzia però come le donne che hanno un crollo psicotico a maggiore distanza dal parto, abbiano una migliore prognosi rispetto a quelle che lo sviluppano nelle prime settimane (Videbech & Gouliaev, 1995). Più in generale le donne che sviluppano questo disturbo possono avere idee deliranti associate al bambino, come la convinzione che qualcuno lo abbia ucciso, lo voglia rapire o gli voglia fare del male o che il latte materno sia avvelenato (Chandra et al., 2006). Vi sono tre caratteristiche peculiari di una psicosi che si manifesta durante il periodo perinatale, rispetto a quelle di un altro periodo della vita. La prima caratteristica specifica è che la sintomatologia della donna sembra essere definita da un maggior numero di sintomi maniacali, la seconda è che vi sono un minor numero di sintomi della schizofrenia rispetto alle psicosi non puerperali e infine queste donne sono maggiormente confuse e hanno difficoltà nelle attività quotidiane come la cura di se stesse o del bambino (Brockington et al., 1981). Il 4% delle donne con psicosi puerperale commette un infanticidio (Parry, 1995), risulta dunque indispensabile effettuare una tempestiva

prevenzione su soggetti a rischio focalizzata sulla transizione alla maternità e su sintomi più specifici come la perdita del sonno (Sharma & Mazmanian, 2003).

Durante il periodo perinatale alcune donne possono soffrire di disturbi da uso di sostanze, che si possono manifestare per la prima volta o solitamente rappresentano una recidiva. Le sostanze usate maggiormente da donne in età fertile sono l'alcol e il tabacco, seguite da altre sostanze tra cui soprattutto le metanfetamine (Terplean et al., 2009). L'utilizzo di sostanze durante la gravidanza può causare disturbi neuro-comportamentali al bambino ed essere associato a una maggiore comorbidità nelle madri (Oei et al., 2012). Un'altra categoria di disturbi psichici che nel periodo perinatale possono essere pericolosi per la salute della madre e del bambino sono quelli del comportamento alimentare, che devono essere investigati e necessitano interventi tempestivi. Questi disturbi hanno un'alta comorbidità psichiatrica e al momento la poca letteratura in merito ha stimato un'incidenza in gravidanza pari al 0,6%, mentre le percentuali aumentano al 17% per quanto riguarda il comportamento del *binge eating* (abbuffate di cibo) (Soares et al., 2009).

L'evento parto può essere potenzialmente traumatico per la donna, soprattutto in alcuni casi definiti a rischio come quando risulta essere doloroso o difficile da dover ricorrere a un parto cesareo (Ryding et al., 1997), quando ci sono problemi legati alla salute del bambino (De Mier et al., 1996), quando i bambini dopo la nascita sono tolti d'urgenza alla madre per essere ricoverati in terapia intensiva (Farley et al., 2007), nei casi di nascita prematura (Lyons, 1998) e se la madre ha disturbi psichiatrici che rendono l'esperienza ancora più difficile e faticosa (Czarnocka & Slade, 2000). Nonostante questi casi limite, anche donne in buono stato di salute psichica e fisica e con il bambino sano possono vivere l'evento parto come traumatico, come un'esperienza emotiva così intensa da poter causare un disturbo post-traumatico da stress post-natale (PTSD post-natale). In questo

disturbo che può caratterizzare le prime 6 settimane dopo il parto, la donna ha una percezione di sé come vulnerabile, della realtà come imprevedibile e degli altri come inaffidabili, soprattutto si ha la sensazione di aver subito il parto e di non aver avuto alcuno spazio decisionale nel processo ma di essere stati passivi o addirittura vittime dei medici (Di Blasio et al., 2008). La sintomatologia è simile al PTSD sviluppato in altri momenti della vita, ma ha come evento patogeno scatenante la percezione soggettiva traumatica del parto, se questo disturbo non è riconosciuto tempestivamente può aggravarsi e portare a depressione post-partum, evitamento delle cure mediche, paura di parti futuri (tocofobia), disturbi nella relazione con il partner e soprattutto con il bambino (Ayers, 2004; Soet et al., 2003). Vi è una forte comorbidità fra depressione post-partum e PTSD post-natale (Leeds & Hargreaves, 2008; White et al., 2006) e i sintomi di quest'ultimo possono influenzare negativamente l'instaurarsi del legame di attaccamento con il bambino perché causano comportamenti di evitamento e rifiuto nella madre (Ayers et al., 2006).

1.4 Infanticidio e abuso sul bambino

In alcune antiche società l'uccisione di un figlio era una pratica ammessa: in Brasile, per esempio, l'infanticidio era attuato per preservare le limitate risorse alimentari che dovevano essere a disposizione di adulti e bambini forti, mentre in Messico un bambino con anomalie fisiche era "sacrificato" per proteggere la comunità da eventuali malattie. L'uccisione di un neonato malformato era una pratica tollerata anche in epoca romana e greca e altrettanto succedeva in Cina nei ceti disagiati fino al XX secolo alle figlie femmine, le quali erano considerate un peso da mantenere, al contrario dei maschi, che erano più idonei al lavoro e avrebbero tramandato gli usi e le tradizioni paterne alle generazioni successive. È importante notare che, mentre nelle società dove l'infanticidio era ammesso

questo era realizzato con passività tramite l'abbandono, mentre nelle società industriali e tecnologicamente avanzate, in cui l'uccisione dei neonati è una pratica illegale, vengono invece utilizzati mezzi molto aggressivi. L'infanticidio è un tema trattato anche nella mitologia greca: nel mito delle Menadi, per esempio, le seguaci del dio Dioniso, che personificano gli spiriti orgiastici della natura, sono spinte dal dio stesso ad uccidere il figlio di una di loro perché colpevole di opporsi ai riti della madre. Il mito delle Menadi è un tipico caso di figlicidio per insanità mentale: Dioniso era anche chiamato "Menadones" ovvero "portatore della follia". La più famosa figura figlicidia della storia dell'antica Grecia è Medea, personaggio che compare in diverse tragedie greche, ma le versioni del mito più famose sono quelle narrate da Apollonio Rodio e successivamente da Euripide. Nelle "Argonautiche" Apollonio Rodio narra dell'incontro tra Giasone e Medea, la quale innamoratasi perdutamente dell'eroe lo aiuta a conquistare il vello d'oro e a sfuggire a suo padre. Nella tragedia di Euripide, la vicenda ha inizio quando i due amanti giungono nella regione della Corinzia, dove il re di questo paese offre in sposa a Giasone sua figlia Glauce. Medea subisce l'affronto, ma per vendicarsi e punire lo sposo del tradimento uccide i propri figli. Al termine della tragedia, Medea, pur ammettendo di soffrire per quello che ha fatto, si dichiara comunque soddisfatta per il supplizio afflitto al marito traditore.

Durante l'illuminismo e con la nascita della scienza giuridica, l'infanticidio è condannato ma è comunque considerato meno grave dell'omicidio comune. L'attenuazione è dovuta ad una sorta di ribaltamento: l'attenzione si sposta dalle caratteristiche dell'oggetto a quelle di colui che compie il delitto. L'infanticida per eccellenza nei codici ottocenteschi è la madre, anche quando indotta o aiutata da altri. La colpa della madre si giudicava attenuata dall'aver agito per motivazioni estreme, quali, ad esempio, "salvare il proprio onore" o "evitare sovrastanti sevizie". Questo tipo di spiegazione sposta l'attenzione sulla responsabilità di terzi

coinvolti e non tiene in sufficiente considerazione l'individualità dell'infanticida. Nella legge italiana, i "motivi di onore" sono valse come attenuanti nelle pene di infanticidio fino al 1981, quando è stato abrogato il Codice Rocco. Nel 2001 in uno studio di Meyer e Oberman sono state individuate cinque differenti categorie di omicidio commesso da un genitore: neonaticidio, donne che uccidono il loro bambino e il partner contemporaneamente, bambini che muoiono per distrazione dei genitori, donne con gravi disturbi mentali che non riescono più a prendersi cura del bambino e *caregivers* che abusano dei bambini fino a causarne la morte. Il neonaticidio è l'uccisione di un figlio nelle sue prime 24 ore di vita. Si tratta di un crimine commesso tipicamente da giovani donne, che possono essere in stati dissociativi e per varie ragioni (religione, cultura, denaro, immaturità) non sono state in grado di considerare le alternative dell'aborto o dell'affido. Il rifiuto della loro condizione di donna incinta è così profondo che ignorano l'imminente nascita del bambino. Le donne che uccidono sia il loro bambino che il partner contemporaneamente, sono solitamente vittime di un ciclo di abusi da cui non sono in grado di proteggere loro stesse e il figlio. Le donne con gravi problemi mentali, che le portano ad interrompere la loro capacità di essere compassionevoli e pazienti verso i loro bambini. Lo spettro delle patologie è ampio: va da semplici disturbi emotivi, a disturbi di personalità, fino a severi episodi depressivi o psicotici. Dall'analisi dei dati epistemologici è evidente l'influenza della malattia psichica nel determinare l'omicidio: il picco di prevalenza dei disordini psichiatrici si colloca nei tre mesi dopo il parto, periodo durante il quale si verificano il 50% degli infanticidi. Infine, le donne che abusano del bambino fino a causarne la morte, che commettono questi atti solitamente in momenti precisi della giornata, come l'ora dei pasti e l'ora del sonno, che richiedono maggiori attenzioni e cure. Alcuni studi hanno individuato dei fattori di rischio nelle donne che potrebbero facilitare lo sviluppo di comportamenti di abuso e infanticidi, come: gravidanza non

desiderata, scarso supporto familiare, malattie mentali come depressione o psicosi, abuso di sostanze, carattere aggressivo, giovane età, conflitti con la madre o storia di abusi o abbandoni e carenza di un modello positivo da introiettare (Guerrieri, 2002; Nivoli, 2002; Spinelli, 2002).

Nelle manifestazioni psicopatologiche femminili molto gravi, come psicosi o depressione acuta, possono manifestarsi tentativi di suicidio o attacchi diretti al bambino; è importante sottolineare che nella maggior parte dei casi la donna prima di compiere un atto così efferato tende a comunicare ad altri significativi le sue intenzioni e a chiedere aiuto. In situazioni di grande stress, dove gli eventi sembrano impossibili da controllare, il desiderio di uccidere il proprio figlio può diventare molto forte. Questo desiderio si fonda sull'insistente idea della donna che il proprio bambino stia soffrendo e soffrirà sempre di più: la morte diventa così l'unica via di salvezza.

La dinamica inconscia del figlicidio sembrerebbe basarsi sulla proiezione di una parte dell'Io materno nel bambino: ciò che la donna proietta è attaccato e danneggiato da un oggetto interno patologico implacabile, così che la morte del figlio diventa al tempo stesso un modo per eliminare il dolore e l'oggetto interno che terrorizza (Soifer, 1971). Nei casi di figlicidio ci sono alcuni elementi psicologici che emergono più spesso, come: visione distorta del mondo e di sé in rapporto con gli altri, identificazione della causa della propria sofferenza nel bambino, pietà verso un figlio che soffre di una grave malattia e l'omicidio è volto a evitare nuove sofferenze, negazione della propria identità sessuale e quindi di madre e agire omissivo di madri negligenti nel proprio ruolo, per le quali il bambino minaccia la loro esistenza (Nivoli, 2002).

In psichiatria esistono due malattie che sono associate all'abuso su bambino e all'infanticidio, che sono la Sindrome di Munchausen e la Sindrome di Medea. Nella Sindrome di Munchausen uno o entrambi i genitori inventano sintomi o segni

fittizi nel figlio, sottoponendoli a esami e interventi che possono danneggiarli o ucciderli. La Sindrome di Medea è caratterizzata da quelle situazioni, fortunatamente rare, in cui il genitore di sesso femminile, in situazioni di stress emotivo e/o conflittuale con il partner, usa il figlio per scaricare l'aggressività e la frustrazione e questo può causare anche la morte del piccolo. Questi atti sono solitamente uno strumento di rivalsa nei confronti del coniuge. Un altro fenomeno comune nei casi di infanticidio è l'amnesia che si verifica dopo l'omicidio del figlio: la madre rimuove completamente dalla memoria l'accaduto, anche per diversi anni. La rimozione permette alla donna di non entrare in conflitto con se stessa e in questo particolare caso con il proprio ruolo di madre: se i ricordi tornassero coscienti potrebbe esserci un tentativo di suicidio o la comparsa di una grave depressione (Bramante & Grussu, 2016).

Negli ultimi anni televisioni e giornali hanno parlato molto di casi di infanticidio, ma va sottolineato che in realtà il numero è molto più ridotto rispetto a quanto si potrebbe desumere dai reportage sulla depressione materna. Le statistiche riguardanti le azioni penali intraprese dall'autorità giudiziaria per infanticidio dal 1991 al 2000 evidenziano come non ci sia una tendenza all'aumento di questi fenomeni, ma si riscontra un andamento oscillatorio: nel 1991 sono presenti sei casi di infanticidio, nel 1995 tre e nel 2000 otto. Invece, per quanto riguarda le situazioni di maltrattamento, si può constatare una tendenza all'aumento abbastanza consistente: dai 1765 casi del 1991 ai 2814 del 2000.

1.5 Depressione post-partum o depressione perinatale

La gravidanza e il post-partum sono momenti nella vita della donna caratterizzati da gioia, allegria e senso di soddisfazione personale; ma al tempo stesso si possono presentare sentimenti di fragilità, paure, angosce dovute alle forti sollecitazioni emotive e cambiamenti fisici, sociali e psicologici tutti concentrati in un periodo di

tempo limitato (Jevitt et al., 2006). Le donne soffrono di depressione maggiormente fra i venti e i trent'anni e questo periodo coincide in larga misura con la potenziale nascita di figli (Weissman et al., 1997), si può sviluppare un episodio depressivo nel periodo perinatale con un'incidenza compresa fra il 10-33% (Ban & Santorius, 2012; Berle, 2012; Dietz et al., 2007; Freeman et al., 2005; O'Hara & Swain, 1996) e nel periodo perinatale vi è un rischio di maggiore di sviluppare episodi depressivi rispetto a qualsiasi altro momento nella vita di una donna (Ross & Dennis, 2009).

Tra gli anni 70' e gli anni 80' la depressione post-partum era ritenuta un fenomeno esclusivamente occidentale, così ebbe inizio l'idea secondo cui la depressione nelle madri fosse un fatto meramente culturale connesso al venir meno di una struttura sociale di sostegno alla madre (Cox, 1996; Stern & Kruckman, 1983). Negli ultimi decenni differenti ricerche hanno trovato dati empirici che sostengono il contrario, dimostrando come l'insorgere della depressione sia associato alla nascita di un figlio in molti paesi di culture differenti. Se le statistiche riportano che, almeno una donna su dieci (10%), va incontro ad un disturbo di tipo depressivo durante la gravidanza e nel corso del primo anno di vita del figlio, tassi ancora più elevati d'incidenza sono stati riscontrati in aree urbane socialmente e culturalmente deprivate quali i contesti sudafricani (34,7%), pakistani (28%), indiani (23%) e vietnamiti (32,8%) (Cox & Holden, 2008). Cryan e collaboratori (2001) hanno osservato, a partire da un gruppo di 944 donne residenti in un'area deprivata di Dublino, che il 28,6 % di queste madri sviluppava depressione dopo il parto. Affonso (2000) ha rilevato invece i sintomi depressivi, a 4-6 settimane e a 10-12 settimane dopo il parto, attraverso l'uso dell'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e della *Beck Depression Inventory Scale* (BDI) in differenti paesi e le percentuali maggiori di depressione sono state rilevate in Guyana e Taiwan. Alla

luce della letteratura si può riscontrare come la depressione post-partum sia diffusa anche in paesi non occidentali.

Alcuni studi si sono occupati invece di rilevare i paesi in cui la frequenza di rischio depressivo dopo il parto è ridotta, tra questi vi sono: Malta (Felice, 1998), la Svezia dove l'assistenza alla madre è effettuata preventivamente e accuratamente (Wickberg e Hwang, 1997) e quelle culture, come Giappone e Malesia, in cui i ruoli genitoriali sono ben definiti (Tamaki et al., 1997; Kit et al., 1997)

La depressione post-partum ha un quadro sintomatologico in parte sovrapponibile all'episodio depressivo maggiore descritto nel DSM, perché i sintomi più comuni sono: umore depresso, agitazione, difficoltà a concentrarsi, ansia, pianto eccessivo, perdita di interessi, disturbi del sonno e dell'alimentazione, stanchezza, svalorizzazioni e idee suicidarie (Beeber, 2002; Bernstein et al., 2008, Chan & Levy, 2004). Si aggiungono a questi sintomi quelli centrati sulla fase specifica di acquisizione del ruolo materno come: senso di vergogna e disperazione per le difficoltà nella relazione con il bambino, senso di inadeguatezza, paura di fare male al bambino o che lui possa farlo alla madre, ansie e paure non legate alla realtà rispetto alla salute del bambino e in casi rari ed estremi pensieri di commettere un infanticidio (Cooper & Murray, 1995; Nonacs, 2005; Raphael-Leff, 1991). Le preoccupazioni per la propria salute possono sfociare in disturbi somatici e non è raro che queste donne accusino repentini mal di testa e difficoltà nell'alimentazione. Si associano a questa condizione anche forme di sonno discontinuo e disturbato che possono condurre a disturbi del sonno veri e propri e anche a difficoltà nella vita di coppia (Cox & Holden, 2008). La depressione post-partum si associa spesso a stati di intensa ansia, che possono anche interferire sul comportamento sociale, a tal punto da poter sviluppare fobie sociali, agorafobie e diversi disturbi d'ansia (Milgrom et al., 2003).

Un episodio depressivo nel post-partum dura alcuni mesi e nelle forme più gravi si può protrarre fino a due anni, il decorso è variabile e legato alla storia di vita della donna (Campbell & Cohn, 1997). Inoltre, le donne che hanno sofferto di depressione post-partum hanno un rischio maggiore di sviluppare un episodio depressivo nei cinque anni successivi all'essere diventate madri (Cooper & Murray, 1995).

L'insorgenza di questa psicopatologia risulta essere influenzata da differenti fattori di rischio, come: le componenti biologiche, caratteristiche psicologiche, la storia di vita della persona, l'ambiente relazionale e sociale in cui vive, scarso supporto sociale da parte del partner, complicanze durante il parto, nascita del bambino pretermine e il parto cesareo d'urgenza (Campbell & Cohn, 1991; Milgrom et al., 2008; Paulden et al., 2009). Questo periodo è influenzato anche da variazioni biologiche nel corpo della donna, come quelle dell'estradiolo, del progesterone, della prolattina, cortisolo e di alcuni ormoni tiroidei (estrogeni). Le variazioni agiscono a livello cerebrale e possono interferire i meccanismi dei neurotrasmettitori coinvolti nel disturbo depressivo influenzando il manifestarsi dei sintomi depressivi. Nonostante ciò, la maggior parte delle donne può subire cambi ormonali nel periodo postnatale, ma non tutte sviluppano una depressione, questo dimostra come si tratti di una psicopatologia eterogenea, complessa e influenzata da diversi fattori eziopatogenetici (Goodman & Gotlib, 1999; Gotlib et al., 1991).

Nell'esacerbazione della depressione post-partum sono anche importanti i conflitti fra le aspettative sociali e culturali legate alla maternità e le esperienze reali. Spesso le donne si trovano in contesti sociali che negano le difficoltà emotive legate alla transizione alla maternità e la conseguente richiesta di aiuto. Guedeney si è occupato di questo tema e ha coniato il termine "paradosso della madre depressa", per sottolineare quelle situazioni in cui la neo-madre non pensa di

avere il diritto di essere infelice e/o triste durante il periodo perinatale (Gudeny, 1989). Queste donne non ritengono di avere il diritto di sentirsi tristi, infelici, depresse, in un momento in cui si sente il dovere di essere felici e realizzate; così la nascita di un figlio per loro diviene un compito troppo gravoso e non trovano quello spazio necessario per richiedere aiuto. Se la depressione è riconosciuta allora la giustificazione sarà di tipo morale, e non psicopatologica, e queste donne avranno una rappresentazione di loro stesse come di cattive madri per i loro bambini (Gudeny, 1993). Questa situazione può portare la donna ad avere grandi difficoltà a richiedere aiuto e il ritardo con cui è intrapreso un percorso terapeutico adeguato è associato ad un aumentare della gravità dei sintomi della depressione post-partum e a una difficoltà nell'instaurare una relazione con il proprio bambino (Dosssett, 2008).

Durante la transizione alla maternità si possono sviluppare stati depressivi anche in gravidanza e alcuni autori sottolineano la continuità della depressione fra gravidanza e post-partum e parlano più in generale di depressione perinatale per sottolineare come la sofferenza psichica di queste donne non dipenda in sé dall'evento parto (Caretto et al., 2013). La gravidanza è un momento di vita per la donna stressante e in questi mesi si possono sviluppare disagi emozionali anche intensi, la sintomatologia depressiva in questo periodo risulta essere uno dei maggiori fattori di rischio per sviluppare una depressione post-partum e un terzo delle donne che hanno sofferto di depressione durante la gravidanza ne continuano a soffrire nei primi mesi di vita del bambino (Barrio & Burt, 2000; Nemeroff, 2008). La depressione in gravidanza sembra essere contraddistinta da sintomi come: scarsa energia, sentimenti di autosvalutazione ed inadeguatezza, ansie e paure per la salute del feto, ritiro psicologico e percezione di scarso supporto sociale. I disagi psichici durante la gravidanza sono influenzati dalla riorganizzazione dell'identità della donna che inizia ad includere il nuovo "essere

madre”, ci possono essere difficoltà ad elaborare lutti o situazioni traumatiche che caratterizzano momenti di vita precedenti e possono riattivare vissuti di perdita riguardanti la propria vita, il rapporto con i genitori o altri significativi (Manzano et al., 2001).

1.6 Ansia parentale e stress genitoriale

Una donna durante la gravidanza e nei primi mesi di post-partum ha differenti preoccupazioni e ansie che sono funzionali ad aumentare l’attenzione in queste fasi. Durante la “preoccupazione materna primaria” (Winnicott, 1956) la madre vive intense preoccupazioni che però l’aiutano ad accrescere l’abilità materna di leggere i segnali del bambino e rispondere adeguatamente ai suoi bisogni. Nel periodo perinatale l’ansia materna ha un significato fisiologico, evolutivo, adattivo e serve per aiutare la donna a sintonizzarsi nei confronti prima del feto e poi del bambino. Tuttavia quando i livelli di ansia diventano eccessivi al punto di bloccare o alterare l’acquisizione del ruolo materno e causare sofferenza psichica nella donna, c’è la possibilità che si sviluppi una psicopatologia ansiosa (Matthey et al., 2003).

Non è facile identificare l’ansia perinatale a causa dell’alta comorbidità con altre psicopatologie, della sovrapposizione di sintomi fisici e psichici propri della gravidanza con manifestazione psicopatologiche proprie del disturbo (Austin et al., 2010). I disturbi d’ansia nel periodo gestazionale e nel post-partum possono riattivarsi o svilupparsi per la prima volta e quelli che sono stati maggiormente studiati in questo arco temporale specifico sono: il disturbo da attacchi di panico, il disturbo da ansia generalizzata, il disturbo ossessivo compulsivo e la fobia sociale (Recht et al., 2008).

Sono state identificate alcune ansie specifiche che possono esordire e influenzare negativamente la gravidanza (*Pregnancy Specific Anxiety, PSA*) e si configurano

come un quadro clinico peculiare definito da: ansie legate ai cambiamenti fisici, paure legate alla salute del feto, preoccupazioni rispetto ai cambiamenti nella vita dati dal divenire madri e intense paure rispetto al dolore che si può provare durante il parto (Huizink et al., 2002). Inoltre, vi sono anche paure e ansie connesse all'acquisizione del nuovo ruolo sociale dell'essere madre, nelle donne primipare, e alle aspettative negative sulla maternità come il terrore di essere un genitore incompetente. Durante il periodo perinatale sono state identificate numerose ansie specifiche, fra cui la paura per un'anormalità del feto, paura della morte del feto, che si può anche manifestare con un'eccessiva preoccupazione per i movimenti fetali. La donna può avere anche paure legate all'essere abbandonata e non supportata nell'allevamento del bambino. Più in generale le ansie maggiormente frequenti di una donna durante il periodo perinatale sono quelle relative alla salute e sicurezza propria e del bambino, come per esempio la morte in culla, e gli eccessivi timori relativi alle critiche di altri sul proprio ruolo di madre (Brockington et al., 2006).

Dunque, si può notare come nelle donne possa esistere un'ansia patologica specifica del periodo perinatale. L'incidenza di questa psicopatologia durante la gravidanza è fra il 15 e il 23% (Grant et al., 2008); vi è un livello più alto di ansia clinica nel primo trimestre rispetto al terzo in oltre il 25% delle donne dovuto probabilmente alle specificità psicofisiche di ogni trimestre (Teixeira et al., 2009). Il primo trimestre di gestazione è caratterizzato dalle preoccupazioni rispetto ai cambiamenti fisici, corporei e la novità che per una donna può rappresentare il diventare madre, l'incidenza dell'ansia patologica in questo periodo è all'incirca del 15% (Rubertsson et al., 2014). Nel secondo trimestre i livelli di ansia decrescono, tra il 6 e il 10%, perché il periodo è più sereno e tranquillo, nel quale la madre si focalizza sulla crescita del feto e il sentire i movimenti (Heron et al., 2004). Il terzo trimestre l'incidenza di ansia patologica sale ed è stimata tra il 21 e il 36%,

probabilmente perché vi è una nuova sollecitazione delle paure connesse al parto e alla separazione fisica con il bambino che rappresenta la fine dello stato di fusione madre-bambino della gravidanza (Austin et al., 2010; Goodman & Tyer-Viola, 2010).

Alcune ricerche hanno messo in luce come vi sia una continuità di ansia patologica fra pre e post parto, ma dopo il parto il livello di ansia clinica tenda a decrescere, dai livelli più alti del terzo trimestre di gravidanza del 29% si passa al 16% che caratterizza il periodo del post-partum (Anderson et al., 2006; Britton, 2008; Rubertsson et al., 2014). In un studio è stato riscontrato come si passi da livelli di incidenza del 18.2% del terzo trimestre di gravidanza al 4.7% nelle donne a tre mesi di post-partum (Figueiredo & Conde, 2011).

L'ansia patologica durante tutto il periodo perinatale è spesso in comorbidità con la sintomatologia depressiva e l'ansia clinica in gravidanza predice in modo significativo l'insorgenza di una depressione post-partum (Field et al., 2008; Leigh & Milgrom, 2008; Mauri et al., 2010, Reck et al., 2008). Inoltre, l'ansia in gravidanza può determinare complicazioni al momento del parto (Levey et al., 2004), condizionare negativamente il funzionamento neurocomportamentale del feto (Di Pietro et al., 2003), rendere difficoltoso l'allattamento al seno (Tabassum et al., 2011), influenzare lo sviluppo di tratti temperamentali difficili nei bambini (Werner et al., 2007) e disturbi comportamentali e affettivi durante l'infanzia (Barker et al., 2011; Davis et al., 2004).

Un'altra tipologia di sofferenza psichica che rientra nella macrocategoria dell'ansia patologica è lo stress parentale percepito (*parenting stress*), che è una specifica forma di stress centrato sull'assunzione del ruolo genitoriale e sulle responsabilità associate ad esso (Abidin, 1995; Milner, 1993). Lo stress parentale riguarda in modo specifico il *parenting* ed è distinto da altre tipologie di stress che possono influenzare altri momenti di vita, è prodotto dallo squilibrio tra le richieste (interne

ed esterne) associate al divenire genitore e la percezione delle risorse personali e sociali come non disponibili (Cooper et al., 2009), inoltre è caratterizzato da sentimenti negativi rispetto a sé stessi e al bambino (Deater-Deckard, 1998). Risulta essere influenzato dalle caratteristiche del genitore stesso, del bambino e dalle variabili socio-economiche che definiscono l'ambiente che circonda la famiglia.

Lo stress parentale sembrerebbe essere associato, sia in campioni normativi sia in campioni clinici, a determinate variabili come lo stress percepito in gravidanza, l'esperienza del parto vissuto come traumatico, scarsa qualità della relazione coniugale e difficoltà nella gestione del bambino nei primi mesi di post-partum (Coms-Orme et al., 2004; Crnic et al., 2002). Inoltre, questo stato di disagio psichico è associato ed è predittivo di un maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi nel post-partum (Soliday et al., 1999). Alti livelli di stress durante l'acquisizione del ruolo genitoriale possono comportare una sofferenza psichica del *caregiver* e influenzare negativamente lo sviluppo socio-emotivo del bambino (Abidin et al., 1992).

1.7 Sviluppo infantile a contatto con la sofferenza mentale materna

Le cure genitoriali facilitano e sostengono lo sviluppo e l'acquisizione di numerose capacità del bambino, innate e non, come la regolazione emotiva, il processamento dell'informazione simbolica, le capacità comunicative non verbali e verbali e lo stare con gli altri. Nelle situazioni in cui la relazione madre e bambino sia inadeguata, essa costituisce un fattore di rischio importante per lo sviluppo socio-emotivo del bambino e per la salute psichica dello stesso genitore (Murray & Cooper, 1999).

Il *caregiver* nella relazione con il neonato gli dà i segnali necessari ad espandere la complessità e la coesione del suo stato di coscienza e per la creazione di un

sistema diadico è necessario che genitore e bambino apprendano dai rispettivi stati di coscienza (Gianino & Tronick, 1988). In caso contrario la creazione di uno stato diadico che appartenga ad ognuno di loro non è possibile, genitore e bambino rimangono così separati e non coordinati. In modo particolare quando una madre è depressa vi è una grande difficoltà a creare e sviluppare un sistema diadico madre-bambino coordinato e sintonizzato, il neonato è privato dell'esperienza di espandere i propri stati di coscienza in collaborazione con la madre (Weinberg & Tronick, 1994). L'esperienza di questi bambini figli di madri depresse sarà così limitata e adotteranno schemi autoregolatori rigidi che comprometteranno il loro sviluppo socio-emotivo. Il bambino di una donna depressa può avere un'esperienza di espansione diadica di coscienza prendendo su di sé alcuni degli stati mentali della madre, che molto probabilmente sono caratterizzati da tristezza, ostilità, isolamento, senso di inadeguatezza e distacco (Tronick & Field, 1987; Tronick & Gianino, 1980). In questo modo il bambino incorpora uno stato di coscienza che simula lo stato depressivo materno, dunque quando la regolazione diadica è caratterizzata da ripetuti scambi interattivi negativi e non riparabili lo sviluppo stesso può essere compromesso (Tronick, 2003, 2007).

Lo stato emotivo depresso della neo-madre influenza il suo comportamento e la conseguente relazione con il bambino, limitandone l'espressività emotiva (Reck et al., 2011). Le madri depresse sono fisicamente presenti ma emotivamente non disponibili, risultano così meno sensibili e responsive nei confronti del bambino, sono focalizzate sulle loro paure e ansie e hanno difficoltà ad avere un contatto fisico spontaneo con il neonato (Field, 1994). La comunicazione verbale di queste madri con il bambino è difficoltosa, non si riescono ad inserire adeguatamente nell'alternanza dei turni, hanno poche vocalizzazioni, usano un linguaggio piatto e attribuiscono maggiori intenzioni negative al comportamento del bambino

(Hammen et al., 1990; Zan-Walxler et al., 1990). I bambini di 9 mesi di madri depresse sono più passivi nell'interazione, hanno un tono emotivo più basso, piangono spesso e sono difficilmente consolabili; a 18 mesi le interazioni madre depressa-bambino, rispetto ai gruppi di controllo senza depressione, sono: carenti di scambi vocali, meno giocose e hanno una minor qualità globale (Righetti-Veltema et al., 2003). Le madri depresse sono più ansiose e i loro bambini presentano una minore condivisione affettiva e un numero maggiore di risposte affettive negative, fattori che compromettono la relazione sia nel breve e sia nel lungo termine (Ammaniti et al., 2007; Reck et al., 2008).

La depressione nella madre in gravidanza può influenzare il feto e sono state riscontrate conseguenze sui neonati come: una maggior tendenza al pianto, maggiore inconsolabilità, disturbi del sonno e dell'alimentazione, temperamento difficile e ritardi nello sviluppo emotivo, cognitivo e motorio (Della Vedova et al., 2009). Inoltre, i figli di madri depresse a 3 mesi sono passivi e ritirati, in uno stato simil-depressivo e hanno una maggiore propensione al pianto rispetto ai gruppi di controllo, tra i 12 e i 14 mesi sono poco socievoli e impauriti nei confronti degli estranei (Murray & Cooper, 1996).

I primi studi sulle madri depresse hanno evidenziato come il loro comportamento sia molto eterogeneo e si possano differenziare in due tipologie principali di madri: le intrusive e le ritirate (Tronick & Weinberg, 1997). Le madri intrusive hanno un tono di voce arrabbiato e interferiscono spesso nelle attività del bambino. Le madri ritirate non interagiscono molto con il bambino, sono affettivamente piatte, non reattive e aiutano poco i figli nelle loro attività. I bambini delle madri intrusive evitano lo sguardo materno, sono poco focalizzati sugli oggetti ed esprimono poco il loro stress per esempio attraverso il pianto. I bambini di madri ritirate faticano a creare legami sociali e sviluppano uno stile di regolazione distaccato e rivolto a loro stessi.

Rispetto alle madri con ansia patologica i loro figli hanno problemi nel regolare le emozioni e sono più irritabili rispetto ai gruppi di controllo (Huizink et al., 2002), hanno scarsa capacità attentiva, iperattività, minori abilità linguistiche e maggiori difficoltà nel sonno e nell'alimentazione (Mennes et al., 2006; O'Connor et al., 2003; Van der Bergh et al., 2005). Inoltre, queste madri a 4 mesi di vita del bambino hanno specifici pattern comportamentali contraddistinti da maggior contatto visivo connotato da intrusività, minori sintonizzazione emotiva, caratterizzata da comportamenti poco empatici (Beebe et al., 2011).

I figli di donne con ansia patologica hanno una ridotta responsività, scarse competenze sociali e producono minori comunicazioni positive (Murray et al., 2007); questi bambini possono sviluppare anche sintomi somatici (coliche, dolori addominali cronici), sintomi associati allo sviluppo cognitivo (difficoltà scolastiche) e psicologico (tono emotivo negativo nella relazione con la madre) (Glasheen et al., 2010). Infine, la sintomatologia ansiosa influenza negativamente anche gli stili genitoriali, causando minor coinvolgimento interattivo, minor sensibilità, maggior difficoltà a sintonizzarsi con i bisogni del bambino e una maggior predominanza di comportamenti intrusivi nella relazione (Nicol-Harper et al., 2007).

1.8 Il ruolo del padre e la depressione perinatale paterna

Il “divenire padri”, soprattutto per la prima volta, è un'esperienza estremamente complessa, che comporta una grande modificazione del sentimento di identità. Nella vita dell'uomo è una tappa nella quale si acquisisce un nuovo ruolo, una nuova funzione e una nuova immagine di sé nei rapporti con gli altri e con se stessi. Il ruolo dell'uomo durante la gravidanza e il puerperio è molto importante, egli deve sostenere la sua partner nei nove mesi di attesa e durante il parto, successivamente dovrà favorire la relazione madre-bambino e il comportamento esplorativo del figlio. La donna, in questo periodo, ha un forte bisogno di

dipendenza, il partner deve essere in grado di accogliere questa regressione svolgendo una funzione protettiva e contenitiva per assistere la sua compagna e accoglierne le ansie.

Il desiderio di paternità comporta nell'uomo importanti modificazioni psicologiche, si inizia a creare un'immagine di padre che farà mutare la relazione con la famiglia di origine e con la propria partner. I due partner devono costruire uno spazio adeguato sia fisico sia psicologico per accogliere il bambino e aprirsi a una relazione triangolare madre-padre-bambino (Pirone & Tomassini, 2007).

Sembra esistere un profondo rapporto dell'uomo con la gravidanza e la nascita del bambino, dimostrato per esempio dall'esistenza della sindrome della *couvade* (Trethwan & Colon, 1965), data da manifestazioni ansiose e disturbi psicosomatici che sono simili ai disagi fisici della compagna incinta. Questa sindrome prende origine da un vero e proprio rituale, il rituale della *couvade* dal francese *couver* ovvero covare, il quale è stato osservato in diverse popolazioni del mondo, con diverse accezioni (Haynal, 1968). Si distinguono la *couvade* prenatale o pseudo materna, che consiste nella simulazione del parto da parte dell'uomo, il quale accompagna le doglie della neomadre imitandole, così da alleggerire il dolore della partoriente; e la *couvade* dietetica o post-natale, che prevede un regime alimentare molto rigido per il padre, al fine di preservare la salute del neonato, con la convinzione che qualunque cosa egli faccia questa ricadrà sul nascituro a causa del legame molto intimo che li lega (Smorti, 1980). Questa sindrome, che sottolinea il rapporto psichico fra padre e bambino, può rappresentare la manifestazione espressa attraverso il corpo dell'elaborazione del divenire padre (Bazzani & Lera, 2007).

I disturbi affettivi paterni si manifestano in modo differente rispetto a quelli della donna e, pur essendo frequenti, sono spesso sottovalutati, non diagnosticati o trascurati dalla ricerca: gli studi riguardanti i disturbi psicologici legati alla paternità

sono infatti ancora piuttosto rari. Tuttavia, l'interesse scientifico per l'argomento è aumentato e negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi studi empirici sui disturbi affettivi perinatali paterni volti a valutarne la sintomatologia, l'epidemiologia, il legame con lo stato emotivo della madre e l'influenza sullo sviluppo dei figli (Baldoni & Ceccarelli, 2013). Si definisce depressione perinatale paterna (*Paternal Perinatal Depression*, PPNP) la sintomatologia depressiva di un uomo che va dall'inizio della gravidanza ad un anno dopo il parto della propria partner. L'espressione clinica dei disturbi depressivi perinatali paterni è diversa rispetto a quella materna, nonostante la durata del disturbo e il periodo di esordio possano essere simili. Le alterazioni dell'umore nel padre tendono ad essere più lievi e a presentarsi in comorbidità con altri disturbi affettivi (soprattutto i disturbi d'ansia), comportamentali (*acting out* comportamentali, disturbi da controllo degli impulsi e dipendenze patologiche) e somatici che si sovrappongono ai sintomi depressivi, o li mascherano, generando quadri clinici complessi e difficilmente diagnosticabili (Goodman, 2004; Munk-Olsen et al., 2007; Bradley & Slade, 2011).

I disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale possono essere definiti in maniera più generica *paternal blues*, o *baby blues*, facendo riferimento alle alterazioni lievi e transitorie presenti nella madre nei primi giorni di puerperio, denominate *maternity blues*. La diagnosi di depressione perinatale paterna è, in qualsiasi caso, preferibile a quella di depressione paterna postpartum o post-natale, in quanto le alterazioni affettive riscontrate si manifestano con maggiore frequenza durante i mesi precedenti alla nascita del bambino, sebbene la sintomatologia possa protrarsi fino al sei mesi dopo il parto (Zelkowitz & Milet, 2001).

L'umore depresso è meno grave e meno definito nel padre alla madre, pur potendo essere comunque presente. Possono manifestarsi vaghi vissuti di tristezza, di sconforto, di estraneità, umore depresso, irrequietezza, irritabilità, perdita di interessi, una preoccupazione costante riguardo l'andamento della

gravidanza e la salute del bambino, difficoltà di concentrazione, calo del desiderio sessuale, alterazioni del sonno. Se di lieve entità questa sintomatologia tende ad essere sottovalutata e considerata come reazioni legate allo stress non patologico del divenire padre. Nei casi più gravi sono presenti sentimenti di impotenza, fallimento, malinconia o crisi di pianto indicativi di un'evidente psicopatologia depressiva (Grussu & Bramante, 2016).

Diversi studi hanno evidenziato l'influenza reciproca degli stati mentali materni e paterni durante il periodo perinatale e l'esistenza di una correlazione significativa tra i disturbi depressivi perinatali materni e paterni. Si è riscontrato che a 6-8 settimane dopo il parto il 22-50% dei padri depressi ha una partner depressa (Ballard et al., 1994), ed è emerso che, dopo un anno dalla nascita del bambino, i padri sono maggiormente a rischio di sviluppare disturbi depressivi quando la loro compagna mostra elevati punteggi di depressione (Matthey et al., 2000). La relazione tra disturbi depressivi materni e paterni è particolarmente forte nelle ricerche che hanno preso in considerazione insieme alla sintomatologia depressiva la percezione comune dello stress parentale (Buist et al., 2002; Kaitz & Katzir, 2004; Goodman, 2004; Paulson & Bazemore, 2010; Musser et al., 2012).

Riconoscere la manifestazione depressive paterne durante il periodo perinatale è importante perché questi disturbi hanno conseguenze negative non solo per il paziente, ma anche sul benessere della madre e sullo sviluppo del bambino. Bambini e adolescenti che sviluppano disturbi psicopatologici sono spesso figli di genitori che hanno sofferto per lunghi periodi di depressione e vi è una relazione tra depressione perinatale paterna e la comparsa di disturbi psichiatrici nei bambini a sette anni di età, in particolare disturbi di attenzione e iperattività, disturbi della condotta, disturbi d'ansia e depressivi, disturbi oppositivo provocatori (Ramchandani et al., 2008).

La presenza di un disturbo depressivo nei primi due anni di vita del bambino spesso è associata a cure parentali inadeguate di entrambi i genitori. La depressione paterna è associata ad un minore coinvolgimento nell'accudimento del neonato, a problemi infantili di adattamento dei figli di padri depressi, a comunicazione tra genitore e bambino inadeguata, a disturbi del comportamento internalizzanti o esternalizzanti del figlio fino all'età di quattro anni e a comportamenti materni restrittivi o punitivi per compensare l'assenza del padre (Ballard et al., 1994).

I partner di madri depresse, tuttavia, se non affetti da psicopatologia depressiva, tendono ad essere maggiormente coinvolti nelle interazioni positive con il nascituro (Edhborg et al., 2003), la loro disponibilità emotiva media le relazioni familiari e funge così da fattore protettivo per lo sviluppo psico-emotivo del bambino (Letourneau et al., 2009).

Capitolo 2

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA “DEPRESSIONE PERINATALE ED EFFETTI SULLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO E LA REGOLAZIONE EMOTIVA DIADICA”



Ferdinando Scianna

2.1 Presentazione progetto di ricerca

Nei prossimi capitoli di questo elaborato saranno presentate alcune ricerche che fanno parte del disegno di ricerca “Sostegno alla maternità. Un progetto longitudinale” svoltosi all’interno del più ampio progetto ministeriale PRIN, Progetto di Ricerca di Rilevanza Nazionale, 2010/2012 finanziato dal Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca (MIUR) fatto su scala nazionale.

Le ricerche effettuate hanno il fine di studiare e indagare la depressione perinatale materna e come questa possa influenzare l’instaurarsi e lo strutturarsi della relazione madre-bambino fin da primi mesi di vita.

Particolare attenzione è stata posta allo studio delle variabili che influenzano nella donna lo sviluppo di disagi psichici come la depressione perinatale e nello specifico è stato indagato il ruolo dell’ansia. Inoltre, si è indagato in che modo la sofferenza mentale della madre possa influenzare la relazione di coppia con il proprio bambino e il suo sviluppo socio-affettivo.

La ricerca è frutto della collaborazione fra il gruppo di ricerca del Dipartimento di Psicologia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca coordinato dalla professoressa Cristina Riva Crugnola e l’ASL2 di Savona, che ha contribuito grazie all’aiuto del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza, il Dipartimento Materno Infantile e il Dipartimento di Cure Primarie e Attività Distrettuali.

Le madri sono state contattate presso i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia della provincia di Savona e hanno preso parte a una ricerca longitudinale che prevedeva alcuni incontri per la somministrazione di test, interviste e videoregistrazioni di interazioni libere di gioco della diade. Le fasi della ricerca sono state: terzo trimestre di gravidanza, terzo mese di post-partum, sesto mese di post-partum, nono mese di post-partum e fra il quattordicesimo e sedicesimo mese di post-partum. Le differenti batterie di test utilizzate per la ricerca sono state somministrate, corrette e codificate da psicologi adeguatamente

formati. In queste fasi sono state indagate longitudinalmente differenti variabili come: depressione, ansia, stress parentale, adattamento di coppia, temperamento del bambino, attaccamento adulto e infantile, stili interattivi diadici e regolazione emotiva della coppia madre e bambino.

Gli obiettivi del progetto di ricerca longitudinale sono molteplici come le variabili indagate e nello specifico la ricerca si è focalizzata sullo studio: dell'incidenza del rischio depressivo e dell'ansia patologica nella donna in gravidanza e durante il primo anno di vita del bambino, sulla continuità del rischio depressivo e dell'ansia dalla gravidanza al post-partum, i fattori di rischio caratterizzanti il campione di ricerca e come la depressione perinatale e l'ansia patologica possano influenzare gli stili di interazione e la regolazione affettiva della diade madre-bambino. Inoltre, si sta indagando il rischio psicopatologico del bambino con un follow-up a quattro anni di vita.

I criteri di inclusione per partecipare alla ricerca sono non aver ricorso a tecniche di fecondazione assistita, i bambini nati tutti a termine senza problematiche organiche alla nascita e l'aver compilato il consenso informato a partecipare allo studio da parte della coppia genitoriale.

La ricerca si è svolta a partire da gennaio 2012 e si è conclusa a dicembre 2015, il suo svolgimento è stato possibile soprattutto grazie al prezioso aiuto delle ostetriche dell'ASL2 di Savona, che sono state il "collante" fra il gruppo di ricerca e le donne e hanno sempre supportato entrambi.

Nei casi maggiormente a rischio le donne sono state seguite dagli operatori dei Consultori Familiari e del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, che hanno seguito le loro normali procedure di intervento. Le donne seguite con terapie farmacologiche e psicoterapeutiche sono state estromesse dal campione di ricerca per quanto riguarda le fasi successive all'inizio del trattamento.

I lavori di ricerca nelle pagine successive si focalizzano su una parte dei dati raccolti, in particolare sono indagati i fattori di rischio che possono influenzare l'insorgere di una depressione perinatale, come la depressione perinatale e l'ansia patologica influenzano la regolazione emotiva della diade madre e bambino, come la depressione perinatale influenza la percezione del supporto di coppia e gli stili interattivi di madre e bambino.

Capitolo 3

L'INFLUENZA DELLA DEPRESSIONE POST- PARTUM SULLA RELAZIONE MADRE E BAMBINO E SULL'ADATTAMENTO DI COPPIA



Gianni Berengo Gardin, Lido di Venezia 1959

3.1 Introduzione

Diventare genitori è un momento di crisi evolutiva importante (Racamier et al., 1961; Raphael-Leff, 2015) e avere un bambino e crescerlo ha un impatto significativo sulla soddisfazione percepita dalla coppia rispetto al loro rapporto (Simonelli et al., 2008).

Differenti fattori legati al post-partum possono influenzare la percezione della qualità del rapporto di coppia (Wilcox & Dew, 2011) e l'averne un figlio, soprattutto se è il primo, è un fattore cruciale nel cambiamento dell'adattamento della coppia (Lawrence et al., 2008), ma la maggior parte delle ricerche in questo ambito si è focalizzata sui fattori di rischio precedenti alla nascita del bambino e al divenire genitori.

Uno studio ha evidenziato come coppie felicemente sposate siano tre volte meno soggette a sviluppare depressione rispetto ad individui single, separati o divorziati (Weissman, 1987) e in gruppi clinici con problemi matrimoniali, il 50% soffre di una combinazione di disfunzione coniugale e sintomi depressivi (Beach et al., 1985). Sono presenti evidenze a favore del fatto che i sintomi depressivi possano precedere un declino della qualità della relazione di coppia (Beach & O'Leary, 1993) e la depressione è negativamente associata alla soddisfazione di coppia perché gli individui affetti da questa patologia tendono a interagire in maniera significativamente più negativa con i loro partner, rispetto a coloro che non sono affetti da tale disturbo (Davila et al., 1997).

Sintomi depressivi e bassa qualità del rapporto di coppia sembrano essere connessi e un rapporto di coppia poco soddisfacente durante la gravidanza può essere associato ad una maggiore probabilità di sviluppare sintomatologie depressive nel post-partum, calcolata sia in termini di sintomi depressivi (Hock et al., 1995; Milgrom et al., 2008) sia di diagnosi di disturbo depressivo maggiore (Gotlib et al., 1991). Alcune ricerche hanno testato il legame, durante il periodo

perinatale, tra sintomatologia depressiva e adattamento di coppia trovando una covarianza tra i cambiamenti nel rapporto fra partner e i sintomi depressivi: quando la qualità del rapporto di coppia è più bassa del normale, i sintomi depressivi tendono ad acutizzarsi (Davila et al., 2003; Karney, 2001; Whitton et al., 2008).

La depressione nel periodo antecedente e successivo alla nascita del bambino può portare ad una percezione maggiormente negativa della relazione coniugale, per via della difficoltà di adattamento allo stress parentale da parte del partner depresso, che può comportare un severo declino della soddisfazione coniugale. Inoltre, il partner non depresso può provare una minor soddisfazione di coppia dovuta alla presa in carico di doveri supplementari, come svolgere più compiti domestici o sostenere un maggior onere emotivo che la situazione comporta a causa dell'assenza emotiva del partner depresso (Benazon & Coyne, 2000). L'insoddisfazione coniugale, che comincia a svilupparsi durante la transizione alla genitorialità e che si aggrava a causa della psicopatologia depressiva nel post-partum, può perdurare nel tempo, deteriorando ulteriormente il rapporto fra i partner. Le coppie affette da depressione post-natale mostrano infatti un tasso molto più alto di separazione e divorzio rispetto alle coppie non affette da tale patologia (Milgrom & McCloud, 1996). Dunque, in letteratura si è analizzato il rapporto fra depressione e adattamento di coppia, ma soprattutto concentrandosi sulla depressione in generale e non molto nello specifico della depressione post-partum e come questa influenzi la percezione del rapporto con il partner durante differenti momenti del periodo perinatale. Compito del presente studio è quello di analizzare come la depressione influenzi l'adattamento di coppia nelle sue differenti manifestazioni e valutare come questa influenza perduri nel primo periodo del post-partum, ovvero a 3 e a 6 mesi.

La depressione post-partum oltre influenzare la salute della neo-madre (O'Hara &

Swain, 1996) e la qualità del legame della coppia dei *caregivers*, ha un effetto negativo anche sullo strutturarsi della relazione madre-bambino con ricadute sulla salute psico-fisica sia a breve (Murray & Cooper, 1999) sia a lungo termine (Gelfand & Teti, 1990). La depressione post-partum incide sul comportamento della donna, limitandone l'espressione emozionale, la quantità e la qualità degli scambi relazionali all'interno del sistema di mutua regolazione affettiva fra madre e bambino (Beebe et al., 2008; Tronick et al., 1978; Weinberg & Tronick, 1997). La madre depressa ha difficoltà a relazionarsi in modo sintonizzato (Stern, 1995) con il bambino e gli impedisce di raggiungere i propri obiettivi di interazione sociale e di esplorazione dell'ambiente, si registra nei bambini di madri depresse una maggiore rabbia, una riduzione del divertimento diadico e maggiori sentimenti di impotenza e incapacità (Field, 2010).

Gli studi sugli scambi interattivi precoci fra madre depressa e bambino hanno individuato 4 stili principali affettivi e comportamentali: intrusivo, ritirato, positivo e misto (Cohn & Tronick, 1983; Tronick, 1989), lo stile intrusivo materno è caratterizzato da condotte intrusive, invadenti e iperstimolanti nell'interazione. Il bambino risponde a questi comportamenti evitando la madre ed esplora poco l'ambiente circostante, manifesta sentimenti di ostilità, rabbia e respinge la madre. Se il comportamento intrusivo materno perdura, il bambino può interiorizzare uno stato di rabbia nell'affrontare l'ambiente circostante, che anticipa il comportamento della madre. Le madri ritirate hanno invece un'affettività piatta, un basso livello di reattività, scarso contatto fisico, evitano lo sguardo del bambino, parlano poco e hanno scarsa espressione facciale. Queste madri interagiscono poco con i loro bambini e quest'ultimi sono irritabili e piangono molto. Quando questo stile ritirato materno perdura nel tempo i bambini sviluppano stili di regolazione distaccati e auto-diretti, caratterizzato da condotte autoconsolatorie e comportamenti passivi (Tronick & Weinberg 1997). Lo stile

materno positivo della madri depresse è molto simile a quello delle madre non depresse ma vi sono meno scambi visivi nelle interazioni faccia a faccia (Ammaniti et al., 2007); invece lo stile misto caratterizza quelle madri che presentano sia comportamenti intrusivi sia ritirati sia positivi, i bambini rispondono a queste madri in modo molto differente.

A 3 mesi di vita del bambino le madri depresse sembrerebbero meno sensibili e meno responsive nei confronti dei bambini, hanno meno contatto fisico e poca attenzione, si focalizzano soprattutto sulla propria esperienza e angosce (Monti et al., 2005), inoltre hanno difficoltà ad interpretare correttamente le richieste dei bambini e non rispondono spesso in modo appropriato ai loro bisogni anche fisiologici (Dodge, 1990). I bambini che vivono a lungo con madri depresse, assimilabili alla “madre morta” descritta da André Green (1983), presenti fisicamente ma assenti affettivamente ed emotivamente, possono interiorizzare questo vuoto emotivo come uno scenario interattivo primario che influenzerà gli scambi successivi diventando un “bussola relazionale disfunzionale”.

Sono stati effettuate poche ricerche longitudinali che abbiano analizzato come la depressione post-partum influenzi nel corso dei primi mesi del periodo perinatale la relazione madre e bambino, facendo più di una misurazione, inoltre non è ben chiaro se vi siano stili comportamentali specifici infantili associabili alla depressione materna. Il presente studio valuterà anche se la depressione post-partum influenzi la relazione diadica madre e bambino a 3 e a 6 mesi e cercherà identificare pattern relazionali specifici.

3.2 Obiettivi

Alla luce di quanto precedentemente presentato, questa ricerca si focalizza sulla relazione fra depressione materna, relazione madre-bambino e adattamento di coppia.

Il primo obiettivo del presente studio è analizzare se la depressione materna influenzi l'adattamento di coppia della donna, ovvero come questa percepisce se stessa nella relazione con il proprio partner. In base agli studi presenti in letteratura (Benazon & Coyne, 2000; Coz et al., 1999), ipotizziamo di trovare un'associazione significativa fra la percezione della qualità di coppia e la depressione, tale che all'aumentare del rischio depressivo avremo una diminuzione della soddisfazione del rapporto di coppia sia a 3 mesi sia a 6 mesi di post-partum.

Il secondo obiettivo è quello di valutare l'influenza della depressione sulla relazione madre e bambino a 3 e 6 mesi dopo la nascita del bambino. Le interazioni madre e bambino sono state videoregistrate in modo tale da poter vedere sempre i volti e i corpi di entrambi i membri della diade, sono state effettuate in ambienti adibiti per essere familiari e con la possibilità di poter usare alcuni giocattoli e sono durate fra gli 8 e i 10 minuti. Ipotizziamo che la depressione influenzi negativamente la relazione madre bambino, sia a livello del comportamento materno, con comportamenti sia eccessivamente intrusivi sia distanzianti, nel bambino invece ci aspettiamo di riscontrare comportamenti difficili in alcuni e passivi in altri, come evidenzia la letteratura (Tronick & Field, 1987; Tronick & Giannino, 1980; Tronick & Weinberg, 1997; Tronick et al., 2005; Reck et al., 2011).

Infine, si vuole valutare l'andamento nei punteggi di depressione, adattamento di coppia e stili relazionali diadici a 3 e a 6 mesi di post-partum. Ci aspettiamo che questi punteggi rimangano stabili nel tempo considerato, perché la letteratura ha evidenziato come il rischio depressivo abbia un'influenza che perdura nel tempo (Beck & Discroll, 2006; Gaynes et al., 2005; Goodman, 2004; Nemeroff, 2008). Le altre variabili considerate, adattamento diadico e relazione madre e bambino,

avranno anch'essi punteggi stabili nel tempo come la depressione perché secondo le ipotesi sono influenzati da essa.

3.3 Metodo

3.3.1 Partecipanti

Allo studio hanno partecipato 81 madri contattate presso diversi Consultori Familiari e reparti di Ostetricia e Ginecologia della provincia savonese durante visite di controllo. L'età delle partecipanti è compresa tra i 23 e i 44 anni ($M = 33.25$, $DS = 4.99$). Relativamente al grado di istruzione ($M = 14.35$, $DS = 2.82$, range = 8 – 18), il 53,57% delle donne ha conseguito la licenza media, il 28,57% possiede la laurea, il 13,10% è in possesso di un diploma di studi superiori e il 4,76% ha conseguito la licenza elementare.

Per quanto riguarda l'incidenza di rischio depressivo a 3 mesi di post-partum, l'11% delle donne presenta un lieve rischio di sviluppare disturbi depressivi nel periodo post-natale, mentre il 9% presenta un rischio conclamato, complessivamente il 20% del campione è a rischio.

I criteri per essere inclusi nella ricerca sono stati l'assenza di tecniche di fecondazione assistita, la nascita a termine e senza problematiche organiche e la compilazione del consenso informato a partecipare allo studio da parte delle famiglie contattate.

3.3.2 Procedura e strumenti

La batteria di test e video della ricerca è stata somministrata a 81 madri a 3 mesi dalla nascita del bambino (T1) e a 45 madri a 6 mesi dalla nascita (T2), per indagare l'andamento nel tempo delle variabili prese in considerazione e le eventuali variazioni. Il campione si riduce a 74 a T1 e a 41 a T2 solo nelle analisi dei video delle interazioni, perché in alcuni casi non è stato possibile codificare i video. In T2

è presente un modesto drop-out (36,9%) probabilmente dovuto al crescere del bambino e al fatto che le madri abbiano frequentato meno i servizi consultoriali e ospedalieri, dove la ricerca è stata fatta. I questionari e i video sono stati somministrati ed effettuati da psicologi adeguatamente formati del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

La batteria è composta da:

- Intervista per raccogliere i dati anamnestici e socio-culturali costruita *ad hoc*.
- *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, Cox et al., 1987; versione italiana Benvenuti et al., 1999), questionario self-report composto da 10 item che permette di individuare madri a rischio depressivo e può essere somministrato sia durante la gravidanza che nel periodo del postpartum. Durante la somministrazione alla donna viene chiesto di indicare, tra le quattro alternative presenti per ciascun item, la risposta che maggiormente rappresenta il suo stato d'animo nei precedenti sette giorni. Il punteggio di *cut-off* è di 9 per un rischio lieve, e dal punteggio di 13 il rischio è considerato conclamato ed è richiesto l'intervento di uno specialista. Questo strumento fornisce indicazioni generiche rispetto alla possibilità di insorgenza di una sintomatologia depressiva nel postpartum.
- *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier, 1976; versione italiana Gentili et al., 2002), questionario self-report che valuta il grado di adattamento di coppia e la qualità della relazione in coppie conviventi, coniugate o no. Essendo uno strumento auto-valutativo, la DAS permette di valutare la percezione che ciascun coniuge ha della propria relazione. La scala è composta da 32 item, suddivisi in quattro scale: Soddisfazione diadica, che valuta la felicità o l'infelicità che le coppie percepiscono della loro relazione; Consenso diadico, che indaga il grado di accordo e disaccordo dei partner su argomenti come le finanze, il tempo libero, la religione; Coesione diadica, che valuta la quantità di tempo in cui i partner condividono attività

piacevoli quali interessi sociali, il dialogo, il lavorare insieme su obiettivi comuni; Espressione affettiva, che esamina come la coppia esprime i propri sentimenti, l'amore e la sessualità. La somma del punteggio ottenuto dalle singole scale fornisce un indice finale che esprime la rappresentazione che ciascun partner ha della propria relazione di coppia, definita Adattamento di coppia.

- *CARE-INDEX* (Child-Adult Relationship Experimental Index, Crittenden 1994,2000), sistema di codifica macro-analitico che permette di valutare gli stili interattivi di madre e del bambino. L'analisi delle videoregistrazioni è indipendente per l'adulto e per il bambino che interagiscono insieme, ma si osserva e valuta per entrambi i seguenti fattori: espressioni facciali, espressione facciale, espressione verbale, posizione e contatto corporeo, affetto, contingenza di successione dei turni, controllo e scelta delle attività. I primi quattro sono relativi allo stato affettivo della diade e gli ultimi tre si riferiscono alle contingenze temporali tra i partner. Sulla base dei punteggi che si danno ai differenti fattori la madre può essere classificata come: sensibile, quando sono messi in atto comportamenti responsivi e configurazioni comportamentali in sincronia con lo stato emotivo del bambino e le attività da lui svolte; controllante, (copertamente ostile/apertamente ostile) i comportamenti materni sono direttivi ed ostili e interferiscono con l'attività spontanea del bambino; non responsiva (copertamente non responsivo/apertamente non responsivo) i comportamenti sono caratterizzati da distacco fisico ed emotivo sia dal bambino sia dalle attività che il piccolo svolge. Il bambino invece può essere classificato come: cooperativo, bambino in grado di esprimere emozioni positive, di intraprendere azioni in modo autonomo e di accettare le proposte di gioco del genitore; compiacente-compulsivo bambino mette in atto dei comportamenti cauti ed inibiti nei confronti del genitore per compiacerlo; difficile, bambino che rifiuta in modo esplicito e resistente le

proposte dell'adulto; bambino passivo, bambino che riduce al minimo il contatto fisico ed emozionale con il genitore.

3.4 Analisi dei risultati

Le analisi statistiche di questa ricerca sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS 22.0. Sono state effettuate delle analisi preliminari per identificare i dati mancanti. La prima analisi è stata quella della distribuzione dei punteggi relativi alla depressione per identificare la percentuale di madre a rischio clinico e a rischio sub-clinico per la depressione.

Al fine di testare l'associazione fra le variabili e l'effetto della depressione materna a 3 e a 6 mesi di post-partum sull'adattamento di coppia e gli stili relazionali diadici sono state effettuate delle regressioni lineari standard, in cui la depressione è la variabile indipendente e le altre variabili sono le dipendenti.

Sono stati effettuati dei T-Test per campioni appaiati su tutte le variabili analizzate per studiare i cambiamenti avvenuti fra T1 e T2.

3.5 Risultati

3.5.1. Effetto della depressione materna sull'adattamento di coppia e le sotto-scale del test a T1 e a T2

Nel presente studio sono state analizzate le associazioni tra le differenti variabili considerate tramite i punteggi ottenuti dalle madri nei due tempi di rilevazione, a 3 mesi, ovvero T1, e a 6 mesi, ovvero T2, alle sotto-scale del DAS (*Dyadic Adjustment Scale*), e dell'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Utilizzando modelli di regressione lineare è stato possibile valutare l'influenza che la scala della depressione ha sulle varie sotto-scale dell'adattamento di coppia.

La sotto-scala del DAS del *Consenso diadico* a T1 ha una tendenza alla significatività nell'essere influenzata negativamente dalla depressione materna misurata con

l'EPDS, $F(1, 81) = 3.49$; $p = .065$, invece la scala del DAS della *Soddisfazione diadica* è influenzata negativamente in modo significativo dalla depressione materna a T1, $F(1, 81) = 6.42$; $p = .013$, così come la scala di *Coesione totale* del DAS che somma tutte le sue sotto-scale è influenzata negativamente dalla depressione materna a T1, $F(1, 81) = 5.22$; $p = .025$ (Tabella 1).

A tre mesi di post-partum la depressione materna misurata con l'EPDS non influenza negativamente in modo significativo le sotto-scale del DAS dell'*Espressione affettiva* e della *Adattamento diadica* (Tabella 1).

Tabella 1. Regressioni lineari con indipendente EPDS e dipendenti scale del DAS a T1.

	β	t	p
Depressione materna EPDS T1			
Consenso diadico	-.63	-1.87	.065
Soddisfazione diadica	-.63	-2.53	.013*
Espressione affettiva	.01	.33	.738
Coesione diadica	.04	.45	.651
Adattamento totale DAS	-1.14	-2.28	.025*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A 6 mesi di post-partum, T2, la depressione materna, su un campione ridotto di 45 donne, influenza negativamente in modo significativo la sotto-scala del DAS del *Consenso diadico*, $F(1, 45) = 5.22$; $p = .027$, così come con la sotto-scala della *Soddisfazione diadica* del DAS, $F(1, 45) = 15.18$; $p = .000$ (Tabella 2). Inoltre, la sotto-scala del DAS dell'*Espressione affettiva* è anch'essa influenzata negativamente in modo significativo dall'EPDS, $F(1, 45) = 9.88$; $p = .003$, anche la sotto-scala della *Coesione diadica* è influenzata negativamente in modo

significativo dall'EPDS, $F(1, 45) = 7.11$; $p = .011$. Infine a T2 la depressione materna influenza negativamente la *Adattamento totale* del test DAS, $F(1, 45) = 15.04$; $p = .000$ (Tabella 2).

Tabella 2. Regressioni lineari con indipendente EPDS e dipendenti scale del DAS a T2.

	β	t	p
Depressione materna EPDS T2			
Consenso diadico	-.68	-2.28	.027*
Soddisfazione diadica	-.83	-3.89	.000***
Espressione affettiva	-.97	-3.14	.003**
Coesione diadica	-.92	-2.66	.011*
Adattamento totale DAS	-1.28	-3.87	.000***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.5.2. Effetto della depressione materna sugli stili relazionali diadici a T1 e a T2

In questa ricerca si è indagata anche la relazione fra depressione materna misurata con l'EPDS a 3 e a 6 mesi di post-partum e gli stili relazionali della diade madre-bambino, nello specifico si è analizzato l'effetto della depressione su ogni classificazione del CARE-INDEX sia per la madre sia per il bambino.

La depressione materna a 3 mesi di post-partum influenza negativamente la categoria *Madre sensibile* del CARE-INDEX, $F(1, 74) = 5.16$; $p = .026$. Inoltre la categoria *Madre controllante* è influenzata in modo significativo dalla depressione materna a T1, $F(1, 74) = 11.10$; $p = .001$, mentre la categoria *Madre non responsiva* non è influenzata dalla depressione materna (Tabella 3).

A 3 mesi di post-partum la depressione materna indagata con l'EPDS influenza in modo negativo la categoria *Bambino cooperativo*, $F(1, 74) = 7.13$; $p = .009$, e anche la categoria *Bambino difficile*, $F(1, 74) = 3.70$; $p = .050$. La depressione materna non influenza a 3 mesi di post-partum le categorie *Bambino compiacente* e *Bambino passivo* (Tabella 3).

Tabella 3. Regressioni lineari con indipendente EPDS e dipendenti scale del CARE-INDEX a T1.

	β	t	p
<i>Depressione materna EPDS T1</i>			
Madre sensibile	-.18	-2.27	.026*
Madre controllante	.27	3.33	.001**
Madre non responsiva	-.09	-1,26	.209
<i>Depressione materna EPDS T1</i>			
Bambino Cooperativo	-.29	-2.67	.009**
Bambino compiacente	.00	.63	.528
Bambino difficile	.17	1.92	.050*
Bambino passivo	.11	1.06	.29

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A 6 mesi di post-partum su un campione ridotto di 41 donne rispetto alle 74 dei 3 mesi, la depressione materna indagata con l'EPDS non ha un effetto significativo su alcuna categoria del CARE-INDEX sia della madre sia del bambino, dunque in

questa fase di vita della coppia non sembra esserci relazione nel nostro campione fra depressione e stile relazionali diadici (Tabella 4).

Tabella 4. Regressioni lineari con indipendente EPDS e dipendenti scale del CARE-INDEX a T2.

	β	t	p
<i>Depressione materna EPDS T2</i>			
Madre sensibile	.23	1.60	.117
Madre controllante	-.13	-.81	.421
Madre non responsiva	-.12	-1,34	.185
<i>Depressione materna EPDS T2</i>			
Bambino Cooperativo	.33	1.9	.065
Bambino compiacente	-.07	-1.36	.178
Bambino difficile	-.04	-.45	.653
Bambino passivo	-.24	-1.40	.167

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.5.3. Continuità di depressione materna, adattamento di coppia e stili relazionali diadici tra 3 e 6 mesi di post-partum

Per verificare la stabilità o gli eventuali cambiamenti tra 3 e 6 mesi nella depressione materna, nella percezione della qualità del rapporto di coppia e negli stili relazionali diadici sono stati condotti diversi T-test per campioni appaiati.

Come si evince dalla Tabella 5, per quanto riguarda la scala di misurazione della depressione materna, sembra esserci un cambiamento significativo tra T1 e T2

$t(52) = 4.786, p < .001$, dove si nota una diminuzione significativa della scala a T2 ($M = 4.13, DS = 2.97$) rispetto a T1 ($M = 6.81, DS = 4.36$).

In nessuna delle sotto-scale del DAS che analizzano l'Adattamento di coppia sembra esserci un cambiamento significativo da T1 a T2, come riportato in Tabella 5 i valori di queste variabili rimangono stabili dai 3 ai 6 mesi di post-partum.

Tabella 5. Confronto T1 e T2: sotto-scale e scala totale DAS e EPDS

	T1		T2		t	gl	p
	M	DS	M	DS			
Consenso diadico	51.61	6.90	51.13	7.61	.667	45	.508
Soddisfazione	49.24	6.73	49.43	6.99	-.198	45	.844
Espressione	47.59	7.33	48.51	6.39	-.643	45	.524
Coesione	59.95	8.93	57.60	6.93	.193	45	.848
Totale DAS	51.33	7.62	51.95	7.20	-.667	45	.509
Depressione EPDS	6.81	4.36	4.13	2.97	4.786	52	<.001***

*Note: media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gl), livello di significatività (p). * p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Per quanto riguarda gli stili interattivi diadici e i loro cambiamenti da 3 a 6 mesi, la categoria *Madre non responsiva* ha un miglioramento significativo $t(41) = 3.07, p = .004$, perché il punteggio decresce da T1 a T2. Le altre categorie degli stili relazionali materni rimangono con punteggi costanti da T1 a T2.

La categoria *Bambino cooperativo* ha un cambiamento significativo $t(41) = -3.7, p = .001$, il punteggio aumenta da 3 a 6 mesi di post-partum. Nella categoria *Bambino difficile* vi è un cambiamento significativo $t(41) = -3.1, p = .004$, il punteggio diminuisce considerevolmente, così come per la categoria *Bambino passivo* vi è un simile cambiamento significativo $t(41) = -32.6, p = .045$.

Tabella 6. Confronto T1 e T2: stili relazionali diadici CARE-INDEX

	T1		T2		t	gl	p
	M	DS	M	DS			
Madre sensibile	8.06	2.95	8.93	2.67	-1.45	41	.154
Madre controllante	4.08	3.23	4.48	2.89	-.68	41	.496
Madre non responsiva	1.84	2.56	.64	1.83	3.07	41	.004**
Bambino cooperativo	5.53	3.92	8.44	3.26	-3.7	41	.001**
Bambino compiacente	.04	.20	.26	.93	-1.56	41	.124
Bambino difficile	2.24	3.89	.64	1.56	3.01	41	.004**
Bambino passivo	6.15	3.83	4.64	3.09	2.06	41	.045**

*Note: media (M), deviazione standard (DS), t di Student (t), gradi di libertà (gl), livello di significatività (p). * p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

3.6 Discussione dei risultati

Il presente studio si è focalizzato su un periodo della vita della donna e della coppia molto delicato e vulnerabile ovvero la transizione alla genitorialità, che implica numerosi processi di profondo cambiamento. Quando questo periodo di maturazione è influenzato da stati psicopatologici dei genitori si può assistere allo svilupparsi di problematiche dell'umore come la depressione post-partum e ci può essere una compromissione della salute psichica della neo-madre, della coppia dei partner e della diade madre e bambino (Brockington, 2004; Simonelli et al., 2008; Simonelli, 2014).

La ricerca è stata compiuta grazie alla collaborazione di un gruppo di donne che hanno frequentato normalmente i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 di Savona e si è indagata la presenza del rischio depressivo nel post-partum e come questo influenzi l'adattamento di coppia e la relazione

madre e bambino durante il primo semestre di vita del bambino, sono state effettuate due misurazioni della variabili considerate: a 3 mesi e a 6 mesi

I risultati confermano parzialmente le ipotesi iniziali del lavoro e i dati presenti in letteratura. A 3 mesi di post-partum nel campione di ricerca vi è un rischio depressivo totale del 20%, suddiviso in un 11% a lieve rischio e un 9% a rischio conclamato; questo dato è leggermente maggiore rispetto alla maggior parte dei dati presenti in letteratura che evidenziano come in questo periodo e nelle zone del mondo occidentale la percentuale di rischio vada dal 10% al 15% (Ban et al., 2012; Berle, 2012; O'Hara & McCabe, 2013). Nonostante l'incidenza del gruppo con un rischio conclamato sia nella media evidenziata dalla letteratura, il fatto che nella nostra ricerca si abbia anche un'alta percentuale di donne a lieve rischio può dipendere dal clima emotivo di apertura e disponibilità promosso dalle ostetriche, che potrebbe aver aiutato molte madri ad esprimere le loro preoccupazioni e timori.

Il nostro campione potrebbe non essere più grave rispetto agli studi presenti in letteratura, ma le donne forse hanno potuto esprimere più liberamente nei questionari le loro angosce e le loro paure perché aiutate dal clima estremamente familiare e confidenziale che vi è nei Consultori Familiare grazie alle ostetriche.

E' stata riscontrata un'associazione significativa fra rischio depressivo e adattamento di coppia a 3 mesi di post-partum, nello specifico le madri maggiormente depresse hanno una minore soddisfazione diadica e punteggi bassi complessivi che evidenziano un basso adattamento totale di coppia. Il rischio depressivo influenza negativamente l'adattamento di coppia della donna anche a 6 mesi di post-partum e in modo più incisivo rispetto a 3 mesi di post-partum, perché tutte le scale del test risultano influenzate. A 6 mesi di vita del bambino la depressione influenza significativamente: consenso diadico, soddisfazione diadica, espressione affettiva, coesione diadica e adattamento totale. Lo stato depressivo

materno influenza in modo continuo a 3 e a 6 mesi di vita del bambino la percezione della coppia e del suo adattamento e si aggrava in modo considerevole a 6 mesi, questi dati riscontrati nel presente studio sono in linea con la letteratura (Benazon & Coyne, 2000; Cox et al., 1999; Davila et al., 1997). Il dato è confermato inoltre dalle analisi di confronto fra i punteggi alle scale del DAS a T1 e a T2, che non mostrano miglioramenti significativi.

A 3 mesi di post-partum è stata confermata un'altra ipotesi di questo studio, ovvero la depressione influenza negativamente la relazione madre e bambino (Beebe et al., 2008; Murray Cooper, 1999; Tronick 1989). Nello studio si evidenzia come la depressione influenzi a 3 mesi di post-partum la relazione madre e bambino, sottolineando però come le caratteristiche materne principali associate a questo stato siano la poca sensibilità ed essere controllanti e intrusive, mentre quelle del bambino siano l'essere meno cooperativo e più difficile. Nella ricerca non emerge la madre depressa ritirata e assente, che è stata descritta in diversi studi (Field et al., 2010; Monti et al., 2005; Weinberg & Tronick, 1997,) e neanche bambini ritirati o passivi, le diadi problematiche sembrano essere contraddistinte da una maggiore espressione di affettività negative e una difficoltà a trovare una sintonizzazione diadica.

A 6 mesi di vita del bambino il rischio depressivo non ha effetti significativi su alcun stile relazionale materno e infantile, questo dato è in contrasto con le nostre ipotesi e con parte della letteratura scientifica che sottolinea la continuità di tale disagio (Beck & Discroll, 2006; Gaynes et al., 2005; Goodman, 2004; Nemeroff, 2008). Il dato è confermato anche dal decremento significativo nei punteggi della depressione da 3 a 6 mesi di post-partum e anche dal decremento di alcune scale che misurano gli stili interattivi diadici e ne sottolineano il miglioramento, questi stili migliorati significativamente sono: madre non responsiva, bambino cooperativo, bambino difficile e bambino passivo. Questo dato in contrasto con la

letteratura potrebbe dipendere dal fatto che le madri coinvolte nel presente studio fanno parte di una popolazione non clinica, e quindi senza diagnosi psichiatriche e non a rischio di sviluppare un disturbo depressivo conclamato, fatto che potrebbe aver contribuito alla remissione dei sintomi depressivi. In questo campione con il passare del tempo la madre potrebbe aver acquisito in modo migliore il ruolo genitoriale anche grazie all'aiuto della famiglia, degli amici e al supporto consultoriale. Inoltre, il drop-out significativo del campione potrebbe aver influenzato i nostri risultati, perché potrebbero non essersi ripresentate a 6 mesi di post-partum le madri maggiormente sofferenti.

Il presente studio ha confermato che il rischio depressivo materno nel post-partum ha effetti negativi sia sulla percezione della relazione di coppia sia sulla relazione madre e bambino, l'influenza sulla diade sembrerebbe essere presente solo a 3 mesi di post-partum, mentre quella sull'adattamento di coppia è costante sia a 3 sia a 6 mesi di post-partum.

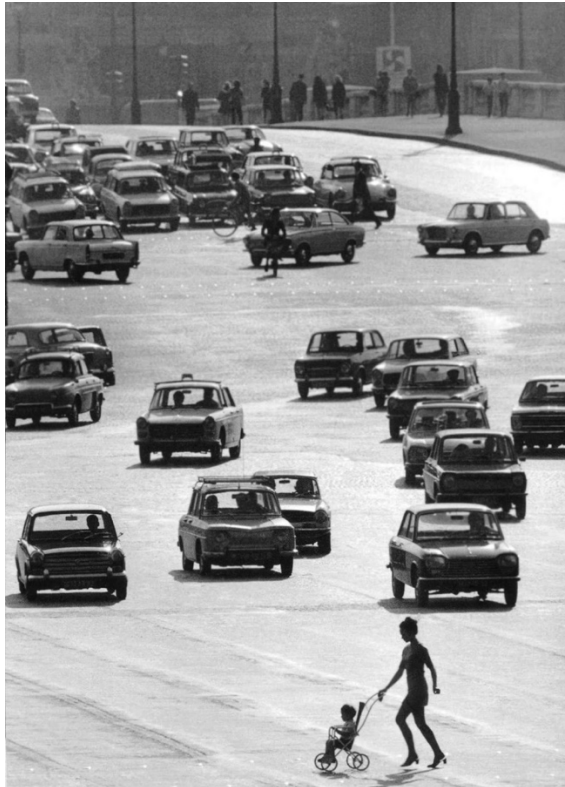
La ricerca non è però esente da criticità, come per esempio il drop-out fra le due misurazioni, per le ricerche future bisognerà aumentare il campione e cercare di mantenerlo stabile nel tempo. Inoltre, questa ricerca ha avuto il limite di non considerare il ruolo del padre in modo diretto, attraverso la somministrazione di questionari e la videoregistrazione delle interazioni con il bambino. Sebbene non sia facile far partecipare i padri alle ricerche, perché lavorano durante la settimana quando solitamente si effettuano le somministrazioni delle batterie di ricerca, risulta fondamentale riuscire a farlo perché è stata dimostrata un'influenza reciproca degli stati mentali materni e paterni durante il periodo perinatale e l'esistenza di una correlazione significativa tra disturbi depressivi perinatali di entrambi (Ballard et al., 1994).

I risultati di questo studio sottolineano la necessità ad avere un'attenzione specifica verso la sofferenza psichica della donna nei primi mesi di post-partum, in

modo tale da alleviare il suo dolore e tutelare lo sviluppo psico-affettivo del bambino. Risulta così importante attivare screening tempestivi e interventi terapeutici mirati, sia ad incrementare il dialogo e lo scambio affettivo nella coppia dei partner sia a sostenere e aiutare le nascenti competenze genitoriali nella relazione con il proprio bambino.

Capitolo 4

ANSIA PERINATALE E FATTORI DI RISCHIO PSICO-SOCIALI: INFLUENZA SULLA DEPRESSIONE MATERNA NELLA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITA'



Robert Doisneau, Parigi 1969

4.1 Introduzione

La depressione perinatale si caratterizza per essere un disturbo di natura complessa, legato ad una molteplicità di cause di tipo biologico, psicologico e sociale che diversificano notevolmente la fenomenologia del disturbo in merito a origine, mantenimento e ricorrenza (Brockington, 1996). Alcuni studi evidenziano come non vi sia una differenza significativa fra un episodio depressivo dopo il parto e uno in un altro momento generico della vita (Cox et al., 1993; O'Hara et al., 1990), ma altri studi sostengono come il disagio depressivo che caratterizza il post-partum sia centrato su preoccupazioni specifiche rispetto al parto, il prendersi cura del bambino e i sensi di vergogna associati al sentirsi inappropriata come madre (Murray et al., 2001; Reck et al., 2011; Robertson et al., 2004).

I disagi e disturbi psichici nella donna durante il periodo perinatale sono comuni e possono avere gravi conseguenze sulla donna stessa, sul bambino, sulla relazione madre e bambino e sul partner (Austin, 2004; Murray et al., 2011). La donna può sviluppare sintomi depressivi durante la gravidanza, nel post-partum o in entrambi i periodi (Leigh & Milgrom, 2008); l'incidenza in gravidanza è tra il 7 e 12% (Ross & Dennis, 2009) e nel post-partum tra il 10 e il 15% (Berle, 2012; O'Hara & Swain, 1996). Uno studio ha evidenziato come nel primo mese di post-partum l'incidenza possa aumentare fino al 19% (Gavin et al., 2005). La depressione post-partum solitamente è caratterizzata da intense crisi di pianto, abbattimento, labilità emotiva, sensi di colpa, perdita dell'appetito, disturbi del sonno, sentirsi inadeguata come madre, disturbi della memoria, difficoltà a concentrarsi, senso di fatica, irritabilità e in alcuni casi ideazioni suicidarie. Le madri possono sentirsi eccessivamente preoccupate per la salute dei bambini o per la loro alimentazione e si giudicano come "cattive madri", inadeguate e non capaci di prendersi cura del bambino (Robinson et al., 2008). I sintomi in gravidanza sono associati a complicazioni come: un basso peso del bambino alla nascita, un basso utilizzo dei

servizi di prima infanzia nei primi mesi di post-partum, un aumento di uso di sostanze, parti prematuri e bassi punteggi Apgar che valutano l'adattamento del neonato alla vita extrauterina (Marcus, 2009).

Alcuni studi mettono in luce come il soffrire di depressione e ansia durante la gravidanza sia un predittore significativo della depressione post-partum (Beck, 2001; Josefsson et al., 2001). Altri studi sottolineano come alti livelli di ansia provata dalla donna durante la gravidanza siano uno dei maggiori predittori che porta la donna a sviluppare una sintomatologia depressiva nei primi mesi di post-partum (Heron et al., 2004; Milgrom et al., 2008; Vesga-Lopez et al., 2008). Inoltre, anche l'aver avuto disturbi depressivi prima della gravidanza e non in relazione con il divenire madri, aumenta il rischio di poter sviluppare una depressione nei primi mesi dopo il parto (Wisner et al., 1993), così come se la puerpera ha uno dei due genitori che ha sofferto di un qualsiasi disturbo psichiatrico (Steiner, 2002; Steiner & Tam, 1999).

L'ansia perinatale patologica ha un'incidenza più alta in gravidanza tra il 18 e il 25% e decresce durante il post-partum con un'incidenza che mediamente è stimata intorno al 4,7% (Figueiredo & Conde, 2011). Inoltre, l'ansia in gravidanza influenza negativamente l'esperienza di transizione alla maternità ed è associata a complicazioni fisiche della donna e del feto (Robertson et al., 2004). L'ansia patologica nella donna influenza anche la relazione con il proprio bambino dopo il parto, queste diadi hanno meno stati affettivi positivi coordinati, le madri sono intrusive e i bambini hanno difficoltà a mantenere l'attenzione a lungo sul viso materno (Beebe et al., 2010; Reck et al., 2013).

Il periodo perinatale rappresenta per la donna un momento o "una finestra" particolarmente vulnerabile, durante la quale si possono sviluppare disagi sia ansiosi sia depressivi. Tale momento di vita è influenzato anche dai cambiamenti

fisici ed ormonali che hanno un effetto diretto sul funzionamento mentale e cerebrale (Soares, 2010).

L'insorgenza della depressione post-partum può essere influenzata anche da altri fattori di rischio psico-sociali come: una specifica familiarità alla depressione, disturbi d'ansia precedenti alla gravidanza, un'alta esposizione a eventi di vita stressanti, bassa autostima, difficile temperamento del bambino, basso supporto sociale e basso livello economico (Beck, 1996, 2001; Robertson et al., 2004; O'Hara, 1996). Altri fattori di rischio che la ricerca ha evidenziato sono: essere una madre adolescente (Rubertsson et al., 2003), avere un basso livello di studio (Davis et al., 2004), aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza (Murray & Cooper, 1997), difficoltà di concepimento associate a terapie per l'infertilità non andate a buon fine (Cwikel et al., 2004) e esperienze di abuso durante l'infanzia (Buist & Barnett, 1995).

Lo scopo principale di questa ricerca è mettere a fuoco in modo più preciso, rispetto ai numerosi studi presenti in letteratura, quali fattori di rischio predicano maggiormente la depressione post-partum e la relazione fra ansia perinatale e depressione ante e post natale.

Il fine della ricerca è individuare alcune variabili specifiche che possano dare nuove indicazioni per screening precoci e interventi psicoterapeutici tempestivi e mirati.

4.2 Obiettivi

Alla luce di quanto discusso precedentemente il primo obiettivo del presente lavoro di ricerca è indagare la relazione fra stati depressivi e ansiosi in gravidanza, nel post-partum e durante questi due momenti. Ci si aspetta di trovare una relazione fra queste due variabili, come è già stata evidenziata da alcuni studi (Beck, 2001; Matthey et al., 2003; Josefsson et al., 2002; Reck et al., 2012), ma tale

relazione verrà valutata sia in gravidanza sia nel post-partum e fra i due tempi considerati.

Il secondo obiettivo è analizzare se la depressione post-partum sia influenzata dalla depressione in gravidanza e dall'ansia in gravidanza, come è già stato evidenziato da alcune ricerche (Heron et al., 2004; Milgrom et al., 2008; Vesga-Lopez et al., 2008), nello specifico in questa ricerca si cercherà di determinare quale di queste due variabili ha un effetto maggiore sulla sintomatologia depressiva dopo la nascita del bambino.

Il terzo obiettivo della ricerca è considerare quali fattori di rischio psicosociali, fra quelli maggiormente studiati in letteratura (Beck, 1996, 2001; Buist & Barnett, 1995; O'Hara & Swain 1996; Steiner, 2002; Wisner et al., 1993) predicano e influenzino maggiormente la depressione post-partum, individuando così quali possono incidere negativamente in modo maggiore sul divenire madre.

Infine, studieremo l'effetto cumulativo dei fattori di rischio insieme al periodo specifico che la donna sta vivendo, ovvero la transizione dalla gravidanza al post-partum, e come questa relazione influenzi l'aumentare della sintomatologia depressiva nel post-partum. La letteratura ha indagato poco il peso specifico del periodo della transizione alla maternità nell'influenzare negativamente la salute della donna, dunque un ulteriore scopo della ricerca è valutare se questo specifico e particolare momento di vita sia tale da aumentare di per sé il rischio di una donna di sviluppare una sintomatologia depressiva nei mesi successivi al parto.

Ci aspettiamo che l'aumentare della presenza di fattori di rischio psico-sociali insieme al particolare momento di vita che la donna sta attraversando, influenzi negativamente la sua salute e aumenti così i sintomi depressivi nel post-partum.

4.3 Metodo

4.3.1 Partecipanti

Il campione della presente ricerca è composto da 92 donne contattate durante il terzo trimestre di gravidanza presso i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'Asl2 Savonese. L'età media è di 32 anni, in un range di 18-44 anni, il 67% del campione ha un lavoro stabile, mentre il restante 33% o è senza lavoro o ha un lavoro che terminerà con l'avvicinarsi del parto.

Gli anni di studio in media per l'intero campione sono 14, più precisamente il gruppo rispetto al titolo di istruzione conseguito si differenzia così: il 5% ha un Diploma di Scuola Primaria, il 56% ha un Diploma di Scuola Secondaria di 2° grado, il 12% ha conseguito una Laurea Triennale, il 25 % ha conseguito una Laurea Specialistica e il 2% una specializzazione post-universitaria (Tabella 1). Complessivamente il campione di ricerca ha un livello di istruzione medio-alto.

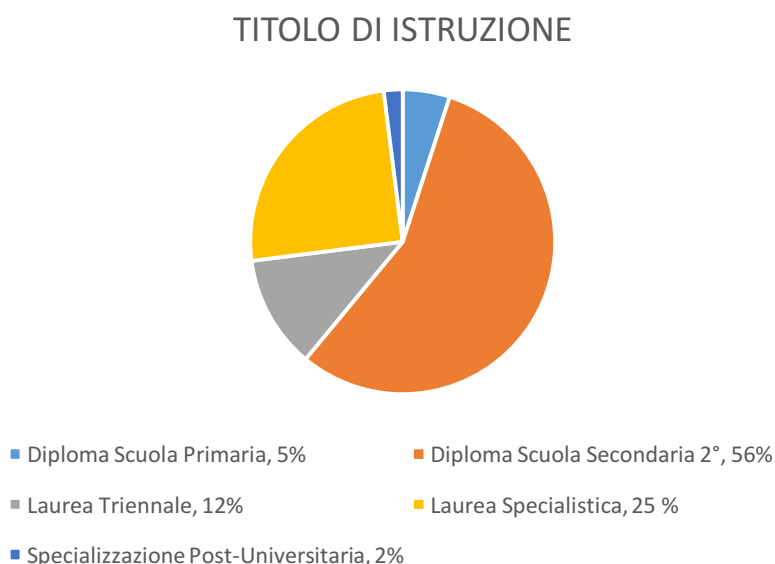


Tabella 1: percentuali titolo di istruzione

L'80% di queste donne è di nazionalità italiana, il restante 20% è straniero ma parla e scrive senza difficoltà in italiano. Nel 5% dei casi il partner è assente e la donna è una madre single.

Nel campione di ricerca il 27% delle donne a 3 mesi di post-partum sono a rischio di poter sviluppare una depressione, però solo il 10% ha un rischio conclamato mentre il 17% è in un range sub-clinico. Inoltre, a 3 mesi di post-partum il 14% del campione è a rischio di alti livelli di ansia.

Le condizioni necessarie per l'inclusione nel campione di ricerca sono: assenza di ricorso a tecniche di fecondazione assistita, bambini nati a termine senza problematiche organiche alla nascita e compilazione del consenso informato a partecipare allo studio da parte delle famiglie contattate.

4.3.2 Procedura e strumenti

Le 92 donne del campione di ricerca sono state contattate durante la gravidanza nei Consultori Familiari e nei reparti di Ostetricia-Ginecologia della provincia di Savona in Liguria.

Durante il terzo trimestre di gravidanza psicologi adeguatamente formati hanno somministrato ed effettuato:

- Intervista sui fattori di rischio psico-sociali costruita *ad hoc*, che ha indagato la presenza durante la vita di esperienze come: assenza del partner, livello economico, abuso subito, abuso assistito, disturbo depressivo pregresso della donna, disturbo depressivo nel partner, disturbo depressivo nei genitori della donna, disturbo d'ansia pregresso della donna, disturbo d'ansia del partner, disturbo d'ansia nei genitori della donna, aborto spontaneo, aborto autoindotto (IVG), difficoltà di concepimento e difficoltà relazionali con il partner.

- EPDS *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox et al., 1987; versione italiana Benvenuti et al., 1999), questionario self-report composto da 10 item che permette di individuare madri a rischio depressivo, può essere somministrato sia durante la gravidanza sia nel periodo del post-partum. Durante la somministrazione è chiesto di indicare, tra le quattro alternative presenti per ciascun item, la risposta che maggiormente rappresenta lo stato d'animo nei precedenti sette giorni. Il *cut-off* per un rischio depressivo lieve è 9 e dal punteggio 13 il rischio è considerato conclamato.
- STAI-Y *State Trait Anxiety Scale* (Spielberger, 1983; versione italiana Pedrabissi et al., 1989), questionario auto-somministrato costituito da 40 item, raggruppati in due scale volte ad indagare rispettivamente l'ansia di stato e l'ansia di tratto. La prima scala indaga l'ansia percepita come stato d'animo transitorio vissuto in una situazione specifica. La scala dell'ansia di tratto valuta la tendenza del soggetto a percepire situazioni stressanti come pericolose o minacciose (esempi di item possono essere: "Manco di fiducia in me stesso, "Sono soddisfatto di me stesso"). Sono presenti distinzioni, per quanto riguarda il *cut-off*, a seconda della fascia d'età, del genere e della scala. In riferimento alla presente ricerca, i punteggi di *cut-off* che interessano il campione sono 39 per l'ansia di stato e 42 per l'ansia di tratto. Nel presente studio è stata analizzata solamente l'ansia di stato per studiare in modo più specifico i momenti caratteristici di questa transizione al diventare madre.

Al terzo mese di post-partum sono stati somministrati nuovamente l'EPDS, per valutare il rischio depressivo, e lo STAI-Y, per valutare l'ansia di stato.

4.4 Analisi dei risultati

In primo luogo, viene presentata la descrizione della prevalenza nel campione dei diversi fattori di rischio psico-sociali e le statistiche descrittive e le correlazioni della depressione perinatale e dell'ansia a T0, terzo trimestre di gravidanza, e a T1, 3 mese di post-partum. E' stato testato il valore predittivo della variabile ansia e depressione a T0 sulla depressione a T1, grazie al modello della regressione di Poisson. Sono stati effettuati due modelli di regressione di Poisson con i fattori di rischio psico-sociali come variabili indipendenti e la depressione misurata con l'EPDS a T0 e T1 come variabili dipendenti, per indagare il ruolo dei fattori di rischio psico-sociali nel predire la depressione a T0 e a T1. Siccome nel gruppo di ricerca le donna hanno differenti fattori di rischio psico-sociali, sono stati selezionati solo quelli che sono presenti in almeno 10 partecipanti allo studio. Inoltre, sono stati effettuati due modelli di regressione di Poisson per testare l'effetto cumulativo del numero di fattori di rischio psico-sociali sulla depressione a T0 e a T1. Infine, un modello lineare misto è stato usato per testare la predittività dell'interazione del fattore cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali e della variabile tempo, ovvero della transizione da T0 a T1, sulla depressione post-partum.

Le analisi del presente studio sono state effettuate grazie al software statistico R (R Core Team, 2015).

4.5 Risultati

La Tabella 1 descrive le frequenze nel campione di ricerca dei fattori di rischio psico-sociali, si può osservare come le variabili più presenti sono: disturbo d'ansia precedente alla gravidanza 30%, disturbi depressivi nei genitori della madre 24%, aborti nella storia di vita della donna 17%, aver assistito a un abuso (sessuale, fisico

o psicologico) 13%, disturbo depressivo precedente alla gravidanza 10%, disturbi d'ansia nei genitori della madre 10% e aver subito un abuso psicologico 10%.

Tabella 1. Frequenze dei fattori di rischio psico-sociali.

Fattore di Rischio	Frequenza	Percentuale
Assenza del partner	3	(3)
Basso status socio economico	5	(5)
Depressione madre precedente	10	(11)
Depressione padre	5	(5)
Disturbi depressivi genitori della madre	22	(24)
Ansia madre precedente	28	(30)
Disturbi d'ansia genitori madre	10	(11)
Aborti precedenti	17	(18)
Aborto ultimo anno	2	(2)
IVG	3	(3)
Difficoltà di concepimento	6	(7)
Minaccia di aborto attuale gravidanza	6	(7)
Relazione conflittuale partner	3	(3)
Abuso assistito	13	(14)
Abuso sessuale	2	(2)
Abuso fisico	4	(4)
Abuso psicologico	10	(11)
Rischio totale	M = 1.77 SD = 1.80	

Nella Tabella 2 sono raffigurate le analisi descrittive e le correlazioni fra depressione (EPDS) e ansia di stato (STAI-Y ST) a T0 e a T1, il *range* delle

correlazioni va da moderato ad alto, confermando un'alta associazione fra le variabili sia nello stesso tempo sia fra i due tempi considerati.

Tabella 2. Statistiche descrittive e correlazioni per depressione e ansia di stato a T0 e T1.

	M	SD	Min	Max	epds_t0	stai_st_t0	epds_t1
Epds T0	6.26	3.91	0	17			
Stai st T0	32.66	9.71	0	65	0.49***		
epds_t1	6.29	3.98	0	22	0.29**	0.36***	
stai_st_t1	32.51	7.13	20	53	0.39***	0.51***	0.58***

* $p < .05$, ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Nel modello della regressione di Poisson con ansia di stato e depressione in gravidanza come indipendenti e depressione post-partum come dipendente si evidenzia come l'ansia di stato (STAI-Y ST) predica maggiormente la depressione post-partum a T1, $b = 0.02$, $SE = 0.005$, $z = 3.78$, $p < .001$, controllando la depressione in gravidanza, $b = 0.02$, $SE = 0.01$, $z = 1.91$, $p = .05$.

Nella Tabella 3 sono presentati gli effetti dei fattori di rischio psico-sociali sulla depressione antenatale e postnatale. Gli effetti della "Depressione madre precedente" e "Ansia madre precedente" sono significativi sia a T0 sia a T1. I "Disturbi depressivi genitori della madre" hanno una tendenza alla significatività sulla depressione antenatale a T0, mentre "Aborti precedenti" e "Abuso psicologico" hanno un effetto significativo solo sulla depressione post-partum a T1.

Tabella 3. Effetti dei fattori di rischio psico-sociale su depressione antenatale e post-partum

	t0				t1			
	b	SE	z	p	b	SE	z	p
Depressione madre precedente	0.53	0.1	3.93	< .001	0.59	0.1	4.60	< .001
Disturbi depressivi genitori della madre	0.18	0.1	1.87	.06	0.10	0.1	0.96	.34
Ansia madre precedente	0.20	0.0	2.17	.03	0.20	0.0	2.14	.03
Disturbi d'ansia genitori madre	0.03	0.1	0.23	.82	0.20	0.1	1.55	.12
Aborti precedenti	0.02	0.1	0.15	.88	0.39	0.1	3.73	< .001
Abuso psicologico	-0.08	0.1	-0.49	.62	-	0.1	-2.19	.03

L'effetto cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali è significativo sulla depressione sia a T0, $b = 0.05$, $SE = 0.02$, $z = 2.43$, $p = .01$, sia a T1, $b = 0.11$, $SE = 0.02$, $z = 5.42$, $p < .001$, ovvero all'aumentare dei fattori di rischio psico-sociali aumentano i livelli depressivi sia in gravidanza sia a 3 mesi di post-partum.

Il modello lineare misto evidenzia un effetto non significativo della variabile "Tempo", ovvero la transizione da T0 a T1, $b = 0.11$, $SE = 0.06$, $z = 1.9$, $p = .06$, ma si è riscontrato un effetto significativo dell'interazione fra la variabile "Tempo" e il fattore cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali, $b = 0.11$, $SE = .06$, $z = 2.02$, $p = .04$. L'effetto di questa interazione è rappresentato graficamente nella Figura 1, che mostra l'effetto del "Tempo" in tre differenti circostanze legate ai fattori di

rischio psico-sociali cumulativi: primo caso si ha una deviazione standard sotto la media, secondo caso nella media e nel terzo un deviazione standard sopra la media. L'effetto del tempo cambia in base ai differenti livelli dei fattori di rischio psico-sociali, l'effetto è negativo con bassi fattori di rischio psico-sociali e diventa positivo all'aumentare dei fattori di rischio psico-sociali.

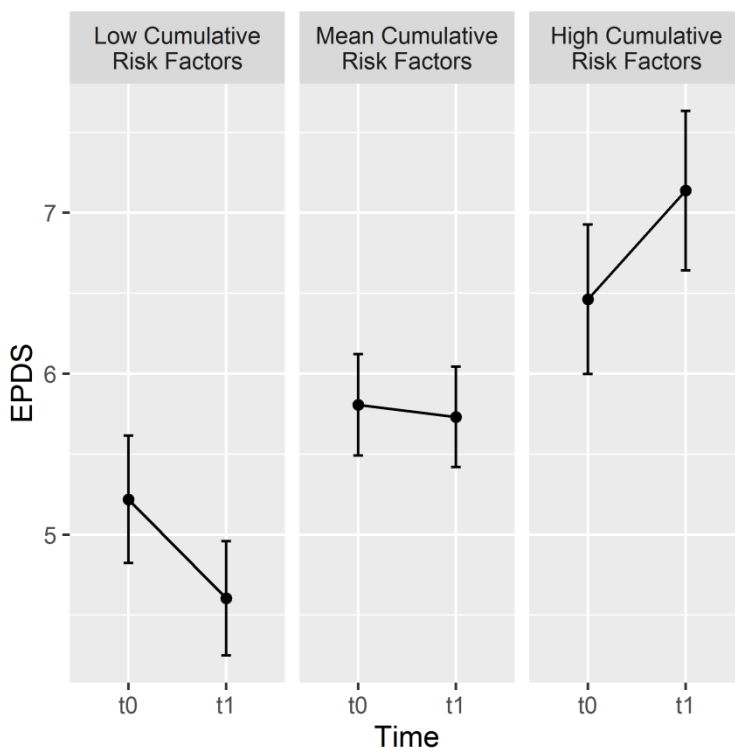


Figura 1. Effetto di interazione fra Tempo e fattori di rischio psico-sociali cumulativi

4.6 Discussione dei risultati

La gravidanza e la nascita di un bambino si accompagnano nella donna a modificazioni della sfera affettiva, queste traggono origine dagli sconvolgimenti corporei e dai cambiamenti psicologici legati alla puerperalità. La transizione alla genitorialità è una fase della vita della donna caratterizzata al tempo stesso da gioia e vulnerabilità. Il divenire madre è una “crisi maturativa” (Bibring, 1961), che

nella maggior parte dei casi è superata ed è l'occasione per una trasformazione maturativa che sfocia positivamente in una femminilità più luminosa ed adulta. Quando però questa crisi maturativa non è superata e si arresta, si può assistere allo svilupparsi dei quadri psicopatologici della maternità, fra cui il disturbo più diffuso è la depressione post-partum (Bydloswy & Raul-Duval, 1978; Nanzer et al., 2012; O'Hara & Swain, 1996; Racamier et al., 1961). Tutte le donne potenzialmente possono sviluppare una depressione nei mesi che seguono la nascita di un figlio, ma alcune donne hanno determinati fattori di rischio psicosociali che potenzialmente aumentano il rischio di poter sviluppare questo disturbo (Robertson et al., 2004).

Il presente studio si è svolto nei Consultori Familiari e nei reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 di Savona, hanno partecipato 91 donne che sono state contattate durante la gravidanza e hanno risposto ai questionari somministrati nel terzo trimestre di gravidanza e a 3 mesi di vita del bambino. Complessivamente il campione della ricerca ha un livello di istruzione medio-alto e ha un'età media abbastanza alta di 32 anni.

I risultati ottenuti confermano in parte le ipotesi di partenza e vanno a consolidare alcuni dati presenti in letteratura e ne aggiungono anche altri nuovi. Dopo il parto l'incidenza di rischio depressivo a 3 mesi di post-partum è del 27%, che è più alta rispetto ai dati indicati dalla letteratura che sono all'incirca intorno al 10-15% (Berle, 2012; O'Hara & Swain, 1996), ma se l'incidenza di rischio nel campione di questa ricerca viene suddivisa in base ai CUT-OFF dell'EPDS in gruppo clinico (≥ 13) e gruppo sub clinico (fra 9 e 12), si ha un gruppo a rischio clinicamente del 10% che è in linea con i dati della letteratura.

La ricerca ha evidenziato come il rischio depressivo sia connesso all'ansia sia in gravidanza sia nel post-partum, all'aumentare di una delle due variabili anche l'altra aumenta. Questo dato conferma quanto già altre ricerche hanno riscontrato

(Beck, 2001; Josefsson et al., 2002; Reck et al., 2013) e aggiunge anche l'aver trovato una relazione significativa fra i due tempi considerati, ovvero gravidanza e 3 mesi di post-partum, sia della stessa variabile sia fra le due variabili. Questi risultati sottolineano la stretta relazione esistente fra ansia perinatale e depressione perinatale e quanto forse questi due aspetti siano da considerarsi insieme e non separatamente e si potrebbe iniziare a utilizzare il termine "disturbo dell'umore perinatale" (Matthey et al., 2003) per evidenziare la complessità di questo fenomeno e la continuità fra gravidanza e post-partum.

Successivamente la ricerca ha evidenziato come la depressione e l'ansia in gravidanza predicano la depressione post-partum, questo dato è in linea con molti altri studi (Heron et al., 2004; Johnstone et al., 2001; Milgrom et al., 2008; Vesga-Lopez et al., 2008), ma si è messo in luce come l'ansia specifica che la donna sta vivendo in gravidanza predica l'insorgere della depressione post-partum in modo maggiore rispetto alla depressione in gravidanza. Questo dato è importante soprattutto in ottica di screening e interventi preventivi durante la gravidanza. Quanto è emerso sottolinea la necessità di una maggior attenzione verso i sintomi ansiosi delle donne gravide e come la loro individuazione e trattamento siano determinanti per proteggere la donna da potenziali episodi depressivi nei primi mesi di vita del bambino. Inoltre, questi risultati evidenziano come vi sia un continuum rispetto al disagio psichico della donna fra la gravidanza e il post-partum, l'evento parto non è il momento in cui la donna inizia a sviluppare il suo disagio, ma questo inizia sicuramente già durante i mesi di gestazione e probabilmente anche prima. Dunque, durante la gravidanza bisogna porre attenzione non solo alle donne a rischio di depressione che sono ritirate e distanzianti, ma anche verso quelle che hanno molte paure, preoccupazioni e angosce rispetto al loro divenire madri.

Rispetto ai fattori di rischio psico-sociali, il presente studio ha riscontrato come disturbi d'ansia e depressivi della donna in fasi precedenti di vita siano determinanti nell'influenzare l'insorgere di una sintomatologia depressiva sia in gravidanza sia nel post-partum, questo dato è in linea con alcuni studi presenti in letteratura (Beck et al., 2001; Wisner et al., 2002), ma sottolinea come la donna possa iniziare a sviluppare il proprio disagio già durante la gravidanza, dato fino ad oggi poco studiato. Inoltre, essere state vittime di abusi psicologici durante la vita e aver avuto esperienze di aborti spontanei sono anch'essi fattori di rischio psico-sociali che influenzano il poter sviluppare una depressione post-partum. L'aver subito abusi e traumi è un fattore di rischio determinante per sviluppare psicopatologie in fasi successive e sensibili della vita (Lanius et al., 2012) e possiamo ipotizzare che l'aver vissuto degli aborti precedenti possa riattivare nella relazione con il neonato "fantasmi passati", ovvero lutti non risolti rispetto a quanto avvenuto. Nella ricerca non è stato riscontrato che l'aver genitori che hanno avuto disturbi depressivi o ansiosi durante la loro vita influenzi lo svilupparsi di sintomi depressivi in gravidanza e nel post-partum nella madre, questo dato è in contrasto con quanto emerso in alcune ricerche (Steiner, 2002; Steiner & Tam, 1999), anche se vi è una tendenza alla significatività dell'aver avuto genitori con disturbi depressivi sul rischio depressivo della donna in gravidanza e forse ampliando il campione questa tendenza potrebbe diventare significativa.

Infine, è stato rilevato come l'effetto cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali influenzi la depressione post-partum, più una donna si è confrontata nel corso della propria vita con fattori di rischio psico-sociali più sarà probabile che sviluppi una depressione post-partum. Questo è un dato nuovo, non considerato nella letteratura da noi indagata. Inoltre, si è evidenziato come il periodo specifico considerato possa essere di per sé peggiorativo solo per le donne maggiormente a rischio. Le donne con numerosi fattori di rischio psico-sociali, ovvero già a rischio

durante la gravidanza e durante la loro vita, hanno più probabilità di poter essere influenzate negativamente da questo periodo di passaggio che è caratterizzato dall'incontro con il "bambino reale" (Cramer & Palacio Espasa, 1994; Lebovici, 1983) e hanno una maggiore probabilità di sviluppare una depressione post-partum. Questo dato sostiene la tesi che il divenire madre sia un tempo specifico e sensibile, soprattutto contrassegnato da una potenziale vulnerabilità e le donne con storie di vita caratterizzate da numerosi fattori di rischio psico-sociali sono più esposte e hanno meno mezzi per confrontarsi con questa "crisi evolutiva" (Ferro & Ferro, 2012; Racamier et al., 1961) o "crisi maturativa" (Bibring, 1961).

Il presente studio ha messo in luce come la depressione post-partum sia un fenomeno psichico complesso e multideterminato, sottolineando anche la continuità del disagio fra gravidanza e post-partum. Il poter sviluppare una depressione post-partum è determinato da più fattori, ma questa ricerca ha sottolineato il ruolo fondamentale dell'ansia come fattore predittivo centrale. Si potrebbe pensare che il manifestarsi del disagio psichico materno durante la transizione alla genitorialità sia collocabile lungo un continuum, con ai due poli ansia e depressione che si differenziano sintomatologicamente, ma che forse sono manifestazioni fenomenologiche diverse di uno stesso disagio sottostante dell'acquisizione del ruolo materno.

La ricerca non è libera da limiti e da criticità, in primo luogo sarebbe importante poter ampliare il campione e confrontare gruppi di controllo e gruppi clinici rispetto alle variabili che influenzano la transizione alla genitorialità. Inoltre, sarebbe interessante valutare come le variabili da noi considerate si modificano lungo il primo anno di vita del bambino e come possano influenzare la relazione diadica madre-bambino e la loro regolazione emotiva. Un ulteriore limite della ricerca è il non aver considerato come lo stato mentale del *partner* della donna possa influenzare la sintomatologia depressiva in gravidanza e nel post-partum.

I dati emersi in questa ricerca sottolineano l'importanza di effettuare screening durante la gravidanza specifici che indaghino i disturbi sia depressivi e soprattutto ansiosi, inoltre i risultati dello studio possono dare spunti per la creazione di interventi terapeutici brevi e tempestivi focalizzati sull'ansia in gravidanza per ridurre il rischio di sviluppare una depressione post-partum.

Capitolo 5

REGOLAZIONE EMOTIVA NELLA DIADE
MADRE E BAMBINO A 3 MESI DI POST-
PARTUM: IL RUOLO DELL'ANSIA, DELLA
DEPRESSIONE E DELLO STRESS PARENTALE



Micha Bar Ham

5.1 Introduzione

Durante i primi mesi di post-partum la donna può sviluppare alcuni disturbi emotivi e dell'umore per la prima volta o avere delle ricadute, si possono sviluppare sintomatologie depressive e ansiose che influenzano la percezione di se stesse come madri, la relazione con il bambino e lo strutturarsi del ruolo genitoriale.

La depressione post-partum ha un'incidenza in media del 10-15% (O'Hara & McCabe, 2013) sulla popolazione generale e influenza lo stato di salute della donna, la relazione con il bambino e lo sviluppo socio-emotivo di quest'ultimo. Questa psicopatologia materna ha effetti sul bambino a breve e a lungo termine: rispetto ai gruppi di controllo questi bambini hanno una maggiore prevalenza di disturbi internalizzanti (Murray et al., 2011; Weissman et al., 1997) ed esternalizzanti (Kim-Cohen et al., 2005). Inoltre, la depressione post-partum influenza il comportamento materno e gli scambi emotivi nella diade durante il primo anno di vita del bambino. Il modo di stare in relazione con il bambino di una madre depressa può essere in due modi: ritirato, parla a voce bassa e scarsi scambi emotivi, o intrusivo (Tronick & Reck, 2009), il suo comportamento porta il bambino ad essere meno socievole ed avere alti livelli di emozioni negative (Feldman et al., 2009). Le ricerche con analisi video microanalitiche hanno evidenziato come i figli di madri depresse abbiano meno coordinazione visiva e le donne siano più focalizzate sulle emozioni negative dei bambini (Beebe et al., 2012). In queste coppie patologiche si passa più tempo in stati emotivi condivisi negativi (Field, 2010), vi sono pochi stati emotivi positivi condivisi e riparazioni interattive (Reck et al., 2011).

Un altro frequente disturbo che si può manifestare durante il periodo del post-partum è l'ansia, che ha un'incidenza variabile fra il 6 e il 27% (Britton, 2008; Reck et al., 2008) e si presenta spesso in comorbidità con la depressione (Andersson et

al., 2006; Matthey et al., 2003). L'ansia patologica non aiuta la donna nella transizione alla maternità e influenza negativamente le capacità materne emergenti della donna con gravi conseguenze sull'umore (Barker, 2011). L'ansia influenza negativamente anche le interazioni madre-bambino, ma gli attuali studi hanno dato risultati differenti. Alcuni studi hanno sottolineato come le madri ansiose siano meno coinvolte e sensibili nei confronti dei loro bambini e anche quest'ultimi mostrano minor coinvolgimento (Warren et al., 2003). Altri studi invece non hanno evidenziato differenze nelle interazioni fra madre ansiose e non ansiose (Murray et al., 2007). Negli studi microanalitici su madri ansiose è emerso come le interazioni siano caratterizzate da bassa coordinazione emotiva e una mutua iper-vigilanza negli scambi visivi (Beebe et al., 2011). Al momento è presente in letteratura un solo studio che considera la relazione fra regolazione emotiva ed ansia materna durante il primo anno di vita del bambino e ha rilevato comportamenti iper-stimolanti in queste madri (Kaitz et al., 2010).

Durante il periodo perinatale la madre può provare un altro stato emotivo negativo definito stress parentale (*parenting stress*), che riguarda lo stress che una persona percepisce rispetto a tutte quelle attività inerenti alle attività quotidiane del genitore e all'essere genitore. Il *caregiver* può vivere la relazione con il bambino come difficile e provare grande difficoltà a rispondere ai compiti parentali quotidiani. Questo stress emotivo si può presentare da solo, ma più spesso si presenta in comorbidità con la depressione post-partum (Sidor et al., 2011). Lo stress parentale influenza la sensibilità materna (Mills-Koonce et al., 2011) e ha un impatto negativo sullo stato emotivo del bambino (Murray et al., 2011) e sul suo comportamento (Tharner et al., 2012). L'associazione fra stress parentale e ansia perinatale e la regolazione emotiva nella relazione madre e bambino non sono ancora stati indagati.

Riassumendo, vi sono alcuni studi che hanno trovato l'associazione fra ansia perinatale e depressione post-partum durante il primo anno di vita del bambino, però pochi studi hanno analizzato l'associazione con lo stress parentale e l'influenza di queste tre variabili sulla regolazione emotiva della diade madre-bambino. Sarebbe utile indagare queste relazioni e se fossero individuate ciò sottolineerebbe la maggior complessità dei disturbi che si possono sviluppare durante il periodo perinatale.

La regolazione emotiva che caratterizza la relazione madre e bambino è molto importante per lo sviluppo del bambino, soprattutto nel primo anno di vita. Durante questo periodo il bambino interagisce con il *caregiver* con le espressioni del viso, lo sguardo, le vocalizzazioni, gesticolando e comunicando emozioni positive e negative. La madre attraverso le sue risposte modula e aiuta il bambino nella sua espressione emotiva. Questo sistema di regolazione emotiva diadica è caratterizzato da processi mutui di regolazione che coinvolgono i momenti di coordinazione emotiva fra madre e bambino chiamati *matches* e i momenti di non coordinazione emotiva della diade chiamati *mismatches*. La comunicazione normale fra una madre e un bambino è caratterizzata da un ritmo scandito dalla sequenza: *matching* / *mismatching* / rottura / riparazione, quest'ultimo stadio comunicativo permette l'emergere di nuovi stati mentali condivisi della diade (Tronick et al., 2005; Tronick et al., 1997; Tronick & Beeghly, 2011).

La regolazione emotiva diadica influenza l'emergere dei pattern di attaccamento alla fine del primo anno di vita dell'infante, una buona regolazione emotiva diadica predice un attaccamento sicuro del bambino (Cassidy, 2008). Inoltre, influenza le capacità infantili di regolare le proprie emozioni e la sua qualità ha un impatto sia a breve sia a lungo termine sulle capacità socio emotive e sulla possibilità di sviluppare disturbi psicopatologici (Sroufe, 2005). In condizioni di rischio psicopatologico materno, gli stili di regolazione emotiva della donna sono meno

adeguati (Weinberg et al., 2006). Risulta essere di particolare importanza indagare l'influenza della depressione, dell'ansia e dello stress parentale materni sulla regolazione emotiva diadica, dato l'impatto sullo sviluppo socio-emotivo del bambino.

5.2 Obiettivi

Alla luce di quanto esposto precedentemente, il primo obiettivo di questa ricerca è identificare in un gruppo di donne che si recano normalmente presso i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 della Provincia di Savona la relazione fra depressione, ansia e stress parentale a 3 mesi di post-partum. Ci si aspetta che la depressione e l'ansia siano correlate con lo stress parentale. Il secondo obiettivo è considerare la possibile associazione fra ansia perinatale, depressione post-partum, stress parentale e la regolazione emotiva diadica a tre mesi di post-partum. La regolazione emotiva diadica è studiata attraverso un approccio micro-analitico di indagine ai video delle interazioni, che sono stati effettuati in laboratori con un ambiente familiare e con la presenza di giocattoli. Ci si aspetta che depressione e ansia siano associate maggiormente a comportamenti negativi e meno a quelli positivi nella madre e nel bambino sia a livello individuale sia a livello diadico. Ci si aspetta anche che questi stati siano collegati maggiormente a *mismatches* come: bambino negativo / madre positiva, bambino positivo / madre negativa, bambino neutro / madre negativa. Questi stati diadici sottolineano la difficoltà nella regolazione nell'interazione di emozioni negative. Sarà indagata anche la relazione fra stress parentale e regolazione emotiva, anche perché rispetto a questo tema non ci sono studi in letteratura. Infine, sarà studiato quale fra depressione, ansia e stress parentale abbia un impatto maggiore sulla regolazione emotiva madre-bambino.

5.3 Metodo

5.3.1 Partecipanti

Le partecipanti alla ricerca sono 71 diadi madre-bambino, l'età delle madri è tra i 23 e i 44 anni, con una media di 33 anni e una deviazione standard di 4,94. Gli anni di istruzione media del campione di madri sono 14,25, con un range fra 8 e 18 anni; il 7,5% ha lasciato la scuola all'età di 16 anni, il 52% ha un diploma di medie superiori e il 40,5% ha una Laurea. Solamente due madri del campione sono single e il 69% sono sposate o vivono con il proprio partner.

Il 26% ha un livello socio-economico basso e il 74% ha un livello economico medio, inoltre l'83% delle donne ha un lavoro stabile.

Tutti i bambini sono nati a termine senza patologie mediche. Tutte le madri sono europee caucasiche e il 61% delle madri sono primipare.

5.3.2 Procedura e strumenti

A 3 mesi di vita del bambino sono stati somministrati alle madri alcuni questionari per indagare il rischio depressivo nel post-partum, l'ansia perinatale e lo stress parentale. Inoltre, è stata effettuata una breve intervista per rilevare le variabili socio-demografiche.

Sono state effettuate videoregistrazioni dell'interazione madre-bambino a 3 mesi di post-partum della durata di 10 minuti, in laboratori adibiti a spazi familiari per la diade e con la possibilità di usare oggetti/giocattoli. La videocamera è stata posizionata davanti alla coppia madre-bambino che sedeva su un comodo cuscino. I comportamenti e le espressioni del viso sia della madre sia del bambino dovevano essere visibili per poter essere codificati. Infine, veniva chiesto alle madri di giocare con il loro bambino come normalmente veniva fatto a casa.

Le 71 donne partecipanti al progetto di ricerca si sono recate presso i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia di riferimento della Provincia di Savona a 3 mesi di vita del loro bambino e hanno compilato i seguenti questionari:

- Una breve intervista per la raccolta dei dati anamnestici costruita ad hoc
- EPDS *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox et al., 1987; versione italiana Benvenuti et al., 1999), questionario self-report composto da 10 item che permette di individuare madri a rischio depressivo, può essere somministrato sia durante la gravidanza sia nel periodo del post-partum. Durante la somministrazione è chiesto di indicare, tra le quattro alternative presenti per ciascun item, la risposta che maggiormente rappresenta lo stato d'animo nei precedenti sette giorni. Il *cut-off* per un rischio depressivo lieve è 9 e dal punteggio 13 il rischio è considerato conclamato.
- STAI-Y *State Trait Anxiety Scale* (Spielberger, 1983; versione italiana Pedrabissi et al., 1989), questionario auto-somministrato costituito da 40 item, raggruppati in due scale volte ad indagare rispettivamente l'ansia di stato e l'ansia di tratto. La prima scala indaga l'ansia percepita come stato d'animo transitorio vissuto in una situazione specifica. La scala dell'ansia di tratto valuta la tendenza del soggetto a percepire situazioni stressanti come pericolose o minacciose (esempi di item possono essere: "Manco di fiducia in me stesso, "Sono soddisfatto di me stesso"). Sono presenti distinzioni di *cut-off* a seconda della fascia d'età e del genere. In riferimento alla presente ricerca, i punteggi di *cut-off* che interessano il campione sono 39 per l'ansia di stato e 42 per l'ansia di tratto.

In questo studio è stata presa in considerazione solamente la scala Ansia di Stato per indagare l'ansia specifica di questa fase di vita della donna.

- *Parenting Stress Index - Short Form* (PSI – SF, Abidin, 1987; versione italiana Guarino et al., 2008), è uno strumento di auto-valutazione adottato per

misurare lo stress parentale percepito, che consente di rilevare il livello di stress presente nel sistema genitore-bambino e può essere utilizzato già un mese dopo il parto. L'obiettivo è quello di individuare precocemente sistemi genitore-bambino disfunzionali in modo tale da poter intervenire tempestivamente, riducendo il livello di stress e i possibili disturbi emotivi e comportamentali dei bambini che ne possono derivare. Il PSI-SF indaga tre principali domini di fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del genitore, alle caratteristiche del bambino e i fattori stressanti del contesto familiare. E' composto da 36 item, suddivisi in 3 differenti scale: Distress genitoriale (PD), che rileva lo stato di ansia, di disagio e di frustrazione che il soggetto esperisce associato al ruolo genitoriale; Interazione genitore-bambino disfunzionale (P-CDI), che valuta i casi in cui il soggetto percepisce il bambino come non rispondente alle aspettative genitoriali; Bambino difficile (DC), che indaga le caratteristiche che rendono un bambino di facile o difficile gestione, come il comportamento, il carattere, i comportamenti richiestivi. Le tre componenti sono sommate nella scala Stress Totale, che è quella che il presente studio prende in considerazione.

- *Infant and caregiver Engagement Phases* ICEP (Weinberg & Tronick, 1999), sistema di valutazione delle videoregistrazioni delle interazioni madre e bambino. Il sistema di codifica della regolazione emotiva diadica ideato da Tronick nella ricerca è stato modificato per poter analizzare l'interazione della madre e del bambino anche con gli oggetti (Riva Crugnola, 2013). Questo sistema di codifica valuta il comportamento della madre e del bambino rispetto alle emozioni espresse, gli sguardi, le vocalizzazioni e le verbalizzazioni (Tabella 1 e Tabella 2). I comportamenti della diade sono analizzati secondo per secondo grazie al sistema Noldus Observer XT. La codifica è continua e analizza ogni istante i comportamenti in atto e i codici

analizzati e scelti sono mutualmente escludenti. Per valutare i momenti diadici di *matches* e *mismatches* gli stati identificati momento per momento sono classificati in neutrale, positivo o negativo (Tabella 3). Il *match*, secondo quanto descritto da Tronick (Tronick et al., 2005), corrisponde agli stati di coordinazione emotiva e coincide con quei momenti in cui madre e bambino condividono lo stesso stato emotivo nello stesso momento, possono essere sia neutri, sia positivi, sia negativi. Gli stati non-coordinati, ovvero i *mismatches*, sono definiti da quei momenti in cui madre e bambino hanno differenti stati emotivi nello stesso momento. Si calcola la durata sia degli stati coordinati, *match*, sia degli stati non-coordinati, *mismatches*. Nel calcolo totale dei momenti di coordinazione emotiva si considera la somma totale di *matches* positivi e neutri, non si considerano quelli negativi perché non si possono considerare un momento di adeguata coordinazione affettiva (Reck et al., 2011). La somma totale dei momenti di non-coordinazione emotiva è data dalla somma di tutti i differenti 6 stati di *mismatches* (Tabella 3). Sono calcolati anche i momenti di riparazione diadica, ovvero la capacità della coppia di riparare una situazione di *mismatches* negativa passando a un *match* positivo o neutro.

Tabella 1. ICEP: comportamenti bambino e madre

<i>Codici del Bambino</i>	<i>COINVOLGIMENTO NEGATIVO</i>	Bambino negativo, proteste con espressioni facciali di rabbia, fastidio, pianto o ritiro/passività e minima relazione
	<i>COINVOLGIMENTO SOCIALE POSITIVO</i>	Il bambino ha espressioni facciali di gioia e sorrisi, dimostra di essere positivamente coinvolto con l'adulto, sia con o senza il gioco.
	<i>OSSERVA OGGETTO SCELTO BAMBINO</i>	Il bambino guarda, tocca o gioca con l'oggetto di sua iniziativa.
	<i>ORIENTAMENTO VERSO L'AMBIENTE</i>	Il bambino esplora l'ambiente senza focalizzarsi su qualcosa in particolare.
	<i>MONITORAGGIO SOCIALE</i>	Il bambino rivolge l'attenzione verso il genitore.
	<i>SI FA CONSOLARE*</i>	Il bambino lascia che la madre lo consoli dopo una manifestazione di disagio o pianto.
	<i>SI FA ACCUDIRE*</i>	Il bambino lascia che la madre lo sistemi, lo pulisca o lo
	<i>NON CODIFICABILE</i>	Il bambino è fuori dalla visuale della telecamera
<i>Mother codes</i>	<i>COINVOLGIMENTO NEGATIVO</i>	Il <i>caregiver</i> è intrusiva, negativa, ostile o ritirata.
	<i>COINVOLGIMENTO SOCIALE POSITIVO</i>	Il <i>caregiver</i> interagisce con il bambino con espressioni facciali di gioia, interesse, vocalizzazioni positive, ricerca del contatto fisico, <i>motherese</i> e <i>social play</i> .
	<i>COINVOLGIMENTO NEL GIOCO*</i>	Il <i>caregiver</i> si inserisce nel gioco scelto dal bambino.
	<i>OFFERTA DI OGGETTI*</i>	Il <i>caregiver</i> propone un gioco al bambino.
	<i>MONITORAGGIO</i>	Il <i>caregiver</i> rivolge l'attenzione al bambino o all'attività del bambino con espressione neutra o positiva.
	<i>CONFORTARE*</i>	Il <i>caregiver</i> risponde al disagio del bambino, lo consola se piange.
	<i>PRENDERSI CURA*</i>	Il <i>caregiver</i> sposta il bambino se è scomodo, lo pulisce, gli dà i baci e le carezze

<i>NON FOCALIZZATA SUL B</i>	Il <i>caregiver</i> non è focalizzata sulle attività del bambino.
<i>RICHIAMA ATTENZIONE B*</i>	Il <i>caregiver</i> richiama l'attenzione del bambino: lo chiama, fa rumore
<i>NON CODIFICABILE</i>	Il comportamento del <i>caregiver</i> non è codificabile.

Note: Le categorie con l'asterisco non sono originariamente nell' ICEP, sono state introdotte in alcuni studi (Riva Crugnola, et al., 2013).

Tabella 2. Definizioni degli stati affettivi ICEP: positivo, neutro e negativo.

<i>STATI AFFETTIVI</i>	<i>DEFINIZIONE</i>
<i>Bambino Positivo</i>	Coinvolgimento positive, osserva l'oggetto proposto dal <i>caregiver</i> , osserva oggetto non proposto dal <i>caregiver</i>
<i>Bambino Neutro</i>	Monitoraggio sociale, osserva ambiente, si fa accudire
<i>Bambino Negativo</i>	Coinvolgimento negative, ritiro e protesta
<i>Madre Positiva</i>	Coinvolgimento positive, propone gioco, partecipa al gioco
<i>Madre Neutra</i>	Monitoraggio sociale, prendersi cura, richiamo attenzione, non focalizzata
<i>Madre Negativa</i>	Coinvolgimento negative, ritiro, ostilità e intrusività

Tabella 3. Definizioni degli stati affettivi diadici ICEP.

<i>STATI AFFETTIVI DIADICI</i>	<i>DEFINIZIONE</i>
<i>Match</i>	Bambino positivo - madre positiva; bambino neutro - madre neutra
<i>Match negativo</i>	Bambino negativo - madre negativa
<i>Mismatch</i>	Bambino positivo - madre negativa; bambino positivo - madre neutra
	Bambino negativo - madre positiva; bambino negativo - madre neutra
	Bambino neutro - madre positiva; bambino neutro - madre negativa
<i>Riparazione</i>	Passaggio da <i>mismatch</i> a <i>match</i> positivi e neutrali

5.4 Analisi dei risultati

Tutte le analisi sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS 22.0. Sono state effettuate delle analisi preliminari per identificare i dati mancanti. Le statistiche descrittive sono state calcolate con attenzione rispetto alle caratteristiche demografiche: sono state fatte delle correlazioni bivariate e dei T-test. La prima analisi è stata quella della distribuzione dei punteggi relativi alla depressione, all'ansia di stato e allo stress parentale per identificare la percentuale di madre a rischio clinico per la depressione e l'ansia. Successivamente attraverso la correlazione di Pearson si è analizzata l'associazione fra depressione, ansia e stress parentale. Inoltre si è utilizzata una regressione multipla lineare per identificare quali stati di disagio materno siano maggiormente predittivi sulla regolazione emotiva madre e bambino.

5.5 Risultati

Le analisi preliminari effettuate con il t-test non evidenziano differenze significative nella depressione post-partum, nell'ansia, nello stress parentale e nelle categorie dell'ICEP rispetto alle variabili come: stato civile, lavoro e l'essere primipare. Inoltre, non vi sono differenze significative nel genere del bambino rispetto alle variabili della depressione materna, dell'ansia e dello stress parentale. Emergono differenze significative rispetto al genere del bambino e la regolazione emotiva, le madri dei bambini passano più tempo in comportamenti positivi ($t(69) = 2.45; p = .017$) e meno tempo in comportamenti negativi ($t(69) = -2.44; p = .017$), rispetto alle madri di bambine che passano un maggior tempo in comportamenti neutri ($t(69) = -2.62; p = .011$). a livello di scambio diadico, le diadi con i bambini maschi passano più tempo in matches positivi rispetto alle diadi con femmine ($t(69) = 2.04; p = .045$). La variabile del genere è stata controllata in tutte le analisi effettuate.

La tabella 4 raffigura le medie e le deviazioni standard di EPDS, STAI-Y, PSI e ICEP. Il 12% delle madri sono a basso rischio di depressione avendo un punteggio fra 9 e 13 all'EPDS, mentre il 6% ha un rischio conclamato di depressione avendo un punteggio ≥ 13 all'EPDS. Il 16% ha punteggi di ansia di stato patologica misurati con lo STAI-Y con un cut-off ≥ 39 e il 13% ha alti punteggi di stress parentale con un cut-off $> 85^{\text{th}}$ percentile.

Correlazioni parziali.

La tabella 4 espone la correlazione significativa e positiva fra depressione materna e ansia di stato, che è una correlazione forte. Inoltre, la depressione materna è correlata significativamente e positivamente con la scala Stress Totale, così come anche l'Ansia di Stato è correlata significativamente e positivamente con questa scala. Le correlazioni fra queste scale vanno da .46 a .72 indicando così una correlazione moderatamente alta.

Tabella 4 Corerlazioni, medie e deviazioni standard di: EPDS, STAI-Y e PSI.

	(1)	(2)	(3)	Mean	D.S.
Depressione maternal EPDS (1)	–			6.66	4.10
Ansia Materna STAI-Y (2)	.64***	–		33.35	7.81
Stress Parentale PSI (3)	.46***	.72***	–	63.13	16.33

* $p < .05$, ** $p < .01$ *** $p < .001$.

La Tabella 5 mostra le correlazioni fra depressione materna, ansia di stato, stress parentale e le categorie della madre e del bambino dell'ICEP. La depressione materna è correlata positivamente con la categoria “stato negativo materno” e a livello diadico correlata positivamente con il *match* “bambino negativo-madre negativa” e il *mismatch* “bambino positivo-madre negativa”. L'ansia di stato materna è correlata positivamente con “bambino negativo” e “madre negativa” ed

è correlata negativamente con “madre positiva”. A livello diadico l’ansia materna è correlata positivamente con i *mismatches* “bambino negativo-madre positiva”, “bambino positivo-madre negativa” e “bambino negativo-mamma neutra”. Lo stress parentale è correlato solamente a livello diadico con il *mismatch* “bambino negativo-madre positiva”. Le correlazioni di queste scale si posizionano nel range fra .23 e .36 indicando così una moderata correlazione.

Tabella 5. Correlazioni fra depressione maternal, ansia maternal, stress parentale e stati, match e mismatch dell’ICEP

		Depressione Ansia		Stress	Media	D.S.
		Materna	Materna	Parentale		
<i>Bambino</i>	<i>Positivo</i>	-.07	-.17	-.03	.33	.29
	<i>Negativo</i>	.18	.36**	.19	.08	.18
	<i>Neutrale</i>	-.04	-.08	-.08	.56	.28
<i>Madre</i>	<i>Positiva</i>	-.20	-.29*	-.08	.45	.21
	<i>Negativa</i>	.34**	.29**	.19	.03	.05
	<i>Neutrale</i>	.05	.06	-.05	.47	.17
<i>Matches</i>	<i>Bambino Positivo - Madre Positiva</i>	-.09	-.18	-.07	.25	.23
	<i>Bambino Negativ - Madre Negativa</i>	.30*	.22	.09	.00	.01
	<i>Bambino Neutro - Madre Neutra</i>	-.00	.01	-.10	.35	.21
	<i>Bambino Positivo - Madre Negativa</i>	.28*	.31*	.22	.00	.01
	<i>Bambino Positivo - Madre Neutra</i>	-.06	-.17	.01	.07	.08
	<i>Bambino Negativo - Madre Positiva</i>	.13	.34**	.26*	.01	.03
<i>Mismatches</i>	<i>Bambino Negativo - Madre Positiva</i>	.20	.36**	.19	.03	.06

		<i>Neutra</i>							
	<i>Bambino</i>	<i>Neutro</i>	-	<i>Madre</i>	-.16	-.21	-.07	.18	.15
		<i>Positiva</i>							
	<i>Bambino</i>	<i>Neutro</i>	-	<i>Madre</i>	.28	.23*	.16	.02	.04
		<i>Negativa</i>							
<i>Totali</i>	<i>Matches</i>				-.12	-.21	-.20	.60	.17
	<i>Mismatches</i>				.02	.02	.17	.33	.12
	<i>Repair</i>				.22	.09	.11	1.03	.92

Nota: riparo = riferito alla durata dei minuti del passaggio da mismatches a matches positivi e neutri. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Regressioni multiple

Sono state effettuate regressioni multiple per analizzare l'effetto della depressione, dell'ansia di stato e dello stress parentale (variabili indipendenti) su ogni stato individuale e diadico dell'ICEP (variabili dipendenti), queste analisi sono state effettuate controllando il genere del bambino (Tabella 6). Per la categoria "bambino negativo" il modello spiega il 15% della varianza che è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 2.83$; $p = .032$. L'ansia è l'unico predittore significativo dei comportamenti negativi infantili. Nella categoria "madre positiva" il modello spiega il 20% di varianza che è statisticamente significativa, $F(4, 60) = 3.76$; $p = .008$. Un basso livello di ansia (ansia funzionale) predice significativamente i comportamenti positivi materni, al netto degli effetti di depressione e stress parentale che non sono significativi. Il genere maschile del bambino è un altro predittore significativo di un buon comportamento positivo di una parte delle madri del campione di ricerca. Per la categoria "madri negative" il modello spiega il 22% di varianza che è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 4.34$; $p = .004$. Il genere femminile dei bambini è l'unico predittore significativo di comportamenti

negativi di una parte delle madri del campione di ricerca. L'effetto dell'ansia non è significativo al netto dell'effetto del genere.

Per quanto riguarda i *matches* negativi il modello spiega il 17% della varianza ed è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 3.13$; $p = .021$. Il sesso femminile è un predittore significativo di un numero maggiore di *matches* negativi. L'effetto della depressione sui *matches* negativi è al limite della significatività ed è meno sostanziale rispetto all'effetto del genere.

Per il *mismatch* "bambino negativo-madre positiva" il modello spiega il 14% della varianza ed è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 2.55$; $p = .048$. l'effetto dell'ansia di stato è significativo al netto della depressione, dello stress parentale e del genere, che non sono significativi. Per i *mismatches* "bambino negativo-madre neutra" il modello spiega il 14% della varianza ed è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 2.55$; $p = .048$; l'ansia dei stato è l'unico predittore significativo di questa tipologia di *mismatch*. Per il *mismatch* "bambino neutrale-madre negativo" il modello spiega il 20% della varianza ed è statisticamente significativo, $F(4, 60) = 3.78$; $p = .008$. il genere femminile è significativamente predittivo di un maggior numero di *mismatches* "bambino neutrale-madre negativa", al netto degli effetti della depressione, dell'ansia e dello stress genitoriale che non sono significativi.

Non sono stati trovati effetti significativi rispetto alle altre categorie. Sono state effettuate analisi di regressione multipla per identificare gli effetti dell'interazione fra ansia materna e depressione sulle singole categorie dell'ICEP, ma i risultati non hanno dato effetti significativi.

Tabella 6. Regressioni multiple dei modelli che predicano le categorie dell'ICEP.

	β	t	p	R ²	ΔR^2
<i>Bambino Negativo</i>				.159	.103
Depressione Materna	-.10	-.66	.50		
Ansia Materna	.55	2.74	.008**		
Stress Parentale	-.16	-.94	.34		
<i>Genere</i>	.09	-.77	.44		
<i>Madre Positiva</i>				.201	.147
Depressione Materna	-.01	-.07	.94		
Ansia Materna	-.47	-2.38	.020*		
Stress Parentale	.26	1.59	.11		
<i>Genere</i>	-.28	-2.45	.017*		
<i>Madre Negativa</i>				.225	.173
Depressione Materna	.23	1.58	.11		
Ansia Materna	.14	.74	.46		
Stress Parentale	-.03	-.18	.85		
<i>Genere</i>	.34	2.99	.004**		
<i>Bambino Negativo–Madre Negativa</i>				.173	.118
Depressione Materna	.26	1.69	.095		
Ansia Materna	.13	.68	.49		
Stress Parentale	-.13	-.76	.45		
<i>Genere</i>	.29	2.45	.004**		
<i>Bambino Negativo–Madre Positiva</i>				.146	.089
Depressione Materna	-.15	-.99	.32		
Ansia Materna	.42	2.09	.040*		
Stress Parentale	.02	.14	.88		
<i>Genere</i>	-.14	-1.7	.24		
<i>Bambino Negativo–Madre Neutra</i>				.146	.089
Depressione Materna	-.06	-.40	.68		

Ansia Materna	.51	2.51	.015*		
Stress Parentale	-.15	-.87	.38		
<i>Genere</i>	-.06	-.50	.61		
<i>Bambino Neutro-Madre Negativa</i>				.202	.148
Depressione Materna	.21	1.40	.16		
Ansia Materna	.08	.41	.68		
Stress Parentale	-.00	-.02	.98		
<i>Genere</i>	.36	3.12	.003**		

* $p < .05$, ** $p < .01$.

5.6 Discussione dei risultati

La ricerca ha messo in luce risultati significativi rispetto alla relazione fra depressione, ansia e stress parentale nelle donne a 3 mesi di post-partum e ha evidenziato come questi stati influenzano la regolazione emotiva diadica.

In linea con la letteratura è stata riscontrata una correlazione significativa fra depressione e ansia (Andersson et al., 2006; Matthey et al., 2003). Confermando l'ipotesi iniziale della ricerca, queste due stati dell'umore sono anche correlati con alti livelli di stress parentale materno. L'associazione fra depressione materna e stress parentale è già stata trovata in un altro studio (Sidor et al., 2011), ma questa ricerca è la prima a indicare la relazione fra stress parentale e l'ansia materna nel periodo del post-partum.

La ricerca ha messo anche in luce le correlazioni fra depressione, ansia e regolazione emotiva diadica a 3 mesi di post-partum. Sia ansia sia depressione sono associati con difficoltà nella regolazione emotiva diadica. Infatti la depressione è correlata sia con gli stati negativi materni sia con i matches diadici negativi e i mismatches "bambino positivo-madre negativa", mentre l'ansia è correlata con i comportamenti negativi sia della madre sia del bambino.

Un altro risultato rilevante della ricerca è stato ottenuto grazie alle regressioni multiple che hanno evidenziato come l'ansia materna sia un forte predittore dell'inadeguatezza della regolazione emotiva madre-bambino, in modo maggiore rispetto alla depressione e allo stress parentale. Infatti, l'ansia di stato materna predice stati emotivi negativi del bambino di più lunga durata e stati di emozioni positive materne più brevi e a livello diadico una durata più lunga dei *mismatches* "bambino negativo-madre positiva", sottolineando la difficoltà di queste madri nella regolazione delle emozioni negative del bambino. La letteratura ha evidenziato come quest'ultima tipologia di *mismatches* sia predittiva alla fine del primo anno di vita del bambino di un attaccamento disorganizzato (Beebe et al., 2010) e sia correlato con un attaccamento materno preoccupato (Riva Crugnola et al., 2013). La depressione materna ha un trend di significatività per i *matches* negativi in linea con i precedenti studi (Field, 2010).

Lo stress parentale invece non ha mostrato un forte impatto sulla regolazione emotiva madre-bambino, è poco correlato e non in modo significativo e non è un predittore della regolazione emotiva. Questo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che lo stress parentale abbia solamente un impatto sull'umore della madre, aumentando il disagio materno insieme ad ansia e depressione.

Un risultato inaspettato è come il genere del bambino sia stato evidenziato come un predittore della regolazione emotiva. Il genere maschile predice più tempo passato in stati positivi e meno tempo passato in stati negativi da parte della madre; mentre il genere femminile è un predittore di una maggior durata di *matches* negativi e di *mismatches* "bambino neutrale - madre negativa". Il genere maschile sembrerebbe essere implicato in una regolazione emotiva migliore rispetto al genere femminile e questo risultato è discordante con quelli di Tronick, che aveva evidenziato come in un gruppo di madri depresse i figli maschi mostrassero più emozioni negative rispetto alle figlie femmine (Tronick &

Weinberg, 2000; Weinberg et al., 2006). Questa differenza fra le ricerche potrebbe dipendere dal fattore culturale, bambini italiani vs bambini americani, e dal fatto che nello studio di Tronick la regolazione emotiva madre-bambino è stata studiata in una situazione stressante come quella dello Still-Face.

Il presente studio non è esente da limiti e criticità, in primo luogo il nostro campione dovrebbe essere ampliato per poter generalizzare maggiormente i risultati. Inoltre, abbiamo usato per diagnosticare ansia e depressione dei questionari, che dovrebbero essere validati da una diagnosi clinica effettuata con interviste semi-strutturate. Infine, non sono stati considerati alcuni fattori che avrebbero potuto influenzare la relazione fra depressione, ansia, stress parentale e regolazione emotiva diadica, come: la qualità della relazione di coppia, la psicopatologia del padre, il temperamento del bambino e l'attaccamento materno. Questa ricerca ha evidenziato come durante il periodo del post-partum lo stato di disagio materno sia determinato da più variabili come la depressione, l'ansia e lo stress parentale, risulta dunque riduttivo parlare solo di depressione post-partum per indicare uno stato di disagio materno. L'ansia materna risulta essere un forte predittore per una regolazione emotiva madre-bambino non adeguata, più forte rispetto anche alla depressione.

I risultati dello studio danno delle importanti implicazioni per la clinica. In primo luogo sottolineano la necessità di effettuare screening durante il post-partum specifici per identificare nella madre l'ansia, la depressione e lo stress parentale. Inoltre, sarebbe utile effettuare degli screening preventivi durante gli ultimi mesi di gravidanza per identificare le situazioni più ad alto rischio di ansia patologica alla luce della sua influenza sulla relazione madre-bambino.

Le prospettive future per la ricerca in questo campo alla luce di questi risultati potrebbero essere verso la costruzione di uno strumento apposito e più specifico per identificare l'ansia perinatale. Questi risultati possono essere anche utili per la

creazione di interventi preventivi e di cura nelle situazioni perinatali a rischio, con un focus sull'ansia, sulla depressione e sullo stress parentale. Potrebbe essere molto utile usare la tecnica dell'intervento del video-feedback, che potrebbe aiutare le madri a capire e regolare le proprie emozioni e quelle del bambino negli scambi relazionali, favorendo così lo svilupparsi di modelli di attaccamento sicuro e prevenendo l'insorgere di problemi psicopatologici.

RIFLESSIONI, CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

FUTURE



Sebastia Salgado, Botswana, 2008

Diventare madri nella maggior parte delle donne rappresenta un momento fondamentale della vita, si verifica la soddisfazione di un istinto primario e di un desiderio spesso presente fin dall'infanzia. Durante la gravidanza e il primo anno di post-partum nella donna vi sono modificazioni nella sfera degli affetti relazionali e sconvolgimenti corporei che danno vita a numerosi cambiamenti psicologici legati al periodo perinatale. La transizione alla genitorialità è un processo dinamico e un punto di svolta nella vita di una donna, rappresenta una "crisi maturativa" (Bibring, 1961), un terzo processo di separazione-individuazione (Mahler, 1975) dopo l'infanzia e l'adolescenza e la nascita di una madre non coincide con il parto ma è un processo psichico lungo e complesso che inizia in gravidanza e procede per i primi anni di vita del bambino (Stern 1995).

La donna che diventa madre, soprattutto quando è la prima volta, compie un complesso lavoro di rielaborazione e "ristrutturazione" del proprio mondo psichico interno per assumere la nuova identità e in particolar modo il suo senso soggettivo e funzionale dell'essere madre. A livello intrapsichico vi è il passaggio dal ruolo di figlia a quello di madre, con la conseguente acquisizione dell'assetto materno, mentre a livello fisico vi è l'accettazione di una nuova immagine di sé data dai cambiamenti insiti nel periodo perinatale (Ammaniti et al., 1995, Riva Crugnola, 2012) e in questo periodo la neo-madre crea uno "spazio potenziale" per accogliere il bambino sia fisico sia soprattutto mentale.

Tuttavia in alcuni casi la transizione alla maternità può essere influenzata negativamente da stati di disagio psichico che vanno da una lieve sofferenza transitoria fino a stati psicopatologici più complessi come la depressione perinatale, che è stato il focus di questo lavoro. La depressione perinatale influenza l'acquisizione del ruolo materno (Raphael-Leff, 2014; Tronick & Field, 1987), la salute della donna (Gotlib et al., 1991; Paschetta et al., 2014), la relazione fra la donna e il partner (Simonelli et al., 2008; Simonelli, 2014) e la nascente

relazione madre-bambino (Brockington et al., 2006; Reck et al., 2011; Weinberg & Tronick, 1998). Il fine di questo lavoro è stato cercare di studiare sotto differenti “angolature” come si manifesti la depressione materna, da che cosa sia influenzata e con quali altri stati di disagio psichico si accompagni, come influenzi la relazione madre-bambino e la regolazione emotiva diadica. Nelle pagine precedenti si sono presentati alcuni studi che si spera possano arricchire il dibattito in letteratura su questi temi, dare spunti per ricerche future e per strutturare interventi terapeutici *ad hoc*.

Le differenti ricerche sono state effettuate all'interno del progetto ministeriale PRIN, Progetto di Ricerca di Rilevanza Nazionale 2010/2012 finanziato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR), che si è svolto presso i Consultori Familiari e i reparti di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 della Provincia di Savona. L'attuazione del progetto di ricerca è stata possibile grazie alla collaborazione del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, del Dipartimento di Cure Primarie e del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL2 Savonese.

Nel 3° capitolo “L'influenza della depressione post-partum sulla relazione madre e bambino e sull'adattamento di coppia” è stato evidenziato come la depressione post-partum influenzi negativamente la percezione della donna della propria relazione di coppia e la relazione madre-bambino.

La depressione materna influenza l'adattamento di coppia sia a 3 mesi sia a 6 mesi di vita del bambino e tende con il passare del tempo ad aggravarsi, perché la ricerca ha messo in luce come a 6 mesi lo stato depressivo materno influenzi oltre la scala totale dell'adattamento di coppia anche tutte le sotto-scale. Questi dati sono in linea con gli studi presenti in letteratura (Benazon & Coyne, 2000; Cox et al., 1999; Davila et al., 1997) e sottolineano come la madre a rischio di depressione viva in modo negativo la relazione di coppia e si può ipotizzare come vi sia il rischio

di una difficoltà a richiedere aiuto e conforto al partner. Questa difficoltà nella relazione di coppia può portare la madre ad isolarsi e a non chiedere aiuto al proprio partner per affrontare i difficili compiti evolutivi della transizione alla genitorialità. Inoltre nella realtà savonese, come in quella della maggior parte delle città italiane, il rischio della solitudine di molte neo-madri è maggiore perché spesso sono senza l'aiuto dei genitori, i neo-nonni, perché questi o vivono lontani o sono troppo anziani per poter essere di aiuto, e anzi spesso richiedono aiuto loro stessi, a causa dell'aumento dell'età media del diventare madre e di conseguenza nonni. Fino a poco tempo fa la maternità è sempre stata un evento anche culturale riguardante un'intera comunità e non solamente uno stretto nucleo familiare, questo è stato descritto sia nella cultura occidentale (Rapahel-Leff, 1983; Stern & Bruschweiler-Stern, 1999; Vegetti Finzi, 1998) sia in quelle africane e americolatine (Beneduce, 1997); oggi però vi è il rischio per una neo-madre di essere lasciata sola in una "società liquida" (Bauman, 2008) in cui predomina un individualismo sfrenato, dove l'altro non c'è perché è chiuso nel suo "soggettivismo" e le donne della nostra ricerca rischiano di rimanere sole con lo stato depressivo e il loro bambino.

In questo studio abbiamo anche evidenziato come il rischio depressivo materno influenzi a 3 mesi di post-partum la relazione madre e bambino. I risultati della ricerca mettono in luce profili specifici dati da madri poco sensibili e controllanti e bambini poco cooperativi e con stili di interazione difficili. Poiché il nostro campione è rappresentativo della popolazione generale che frequenta i Consultori Familiari e gli ospedali italiani, si può osservare come in un gruppo non clinico il disagio depressivo materno non si manifesti con un'assenza, un ritiro e una passività che è stata descritta in numerose ricerche (Field et al., 2010; Monti et al., 2004; Weinberg & Tronick, 1997). Le madri del campione di questa ricerca non sembrerebbero essere nell'interazione con il loro bambino le "madri morte"

descritte da André Green (1985), date da quando una madre vitale e amorevole muta in una distaccata e distanziante e porta il bambino a sperimentare psichicamente un'esperienza di perdita, mancanza e lutto. Le donne di questa ricerca con livelli elevati di depressione a 3 mesi di vita del loro bambino sono contraddistinte invece da una maggior difficoltà nell'interazione e nel riuscire a trovare una sintonia diadica con il loro bambino. Queste donne provano a stare nella relazione con il bambino ma non ci riescono, non mantengono una sintonia adeguata e prolungata, la depressione influenza probabilmente la loro capacità di modulare i comportamenti in risposta del bambino e diventano così intrusive. I bambini sono così poco cooperativi nell'interazione con queste madri e mettono in atto numerosi comportamenti difficili. Da notare inoltre che a 6 mesi di post-partum la depressione materna non influenza la relazione madre e bambino nel nostro campione, questo dato è in contrasto con le nostre ipotesi iniziali e con la ricerca su questi temi (Beck & Discroll, 2006; Gaynes et al., 2005; Goodman, 2004; Nemeroff, 2008), ma potrebbe essere stato condizionato dal drop-out di una parte del campione di ricerca, perché si è passati dalle 81 donne dei 3 mesi alle 45 donne dei 6 mesi. Per chiarire meglio questo risultato inatteso in futuro bisognerà ampliare il campione e cercare di tenerlo stabile nelle differenti rilevazioni della ricerca longitudinale, per determinare in modo più chiaro se a 6 mesi di vita del bambino vi sia una remissione spontanea degli stati depressivi materni.

Questo primo studio ha evidenziato dunque come la depressione materna influenzi la modalità con cui la donna sta all'interno della sua famiglia, le donne con un rischio depressivo maggiore hanno maggiore difficoltà nell'adattamento di coppia e hanno una maggiore difficoltà a relazionarsi con il proprio bambino quando questo ha 3 mesi di vita. Il rischio depressivo materno da noi indagato ha anche un'influenza negativa diretta sullo stile interattivo infantile a 3 mesi di post-partum.

Il 4° capitolo dal titolo “Ansia perinatale e fattori di rischio psico-sociali: influenza sulla depressione materna nella transizione alla genitorialità” si è focalizzato sullo studio di come l’ansia perinatale e i fattori di rischio psico-sociali influenzino lo sviluppo della depressione post-partum.

Si è messo in luce come l’ansia e la depressione materna siano connesse fra loro sia in gravidanza sia nel post-partum, questo dato conferma le ipotesi di diversi autori che sostengono come il termine depressione post-partum sia riduttivo per definire la sofferenza materna durante il periodo perinatale. Sarebbe forse più appropriato definire il disagio materno come “disturbo dell’umore perinatale” (Matthey et al., 2003), in modo tale da includere in questo termine sia le componenti ansiose materne sia il fatto che la sofferenza materna non sembra iniziare con l’evento parto, ma inizia in gravidanza durante i mesi di attesa del “bambino reale” (Cramer & Palacio Espasa, 1994; Lebovici, 1983) mentre si elaborano e rielaborano fantasie, rappresentazioni legate al passato e preoccupazioni per il futuro. Questo studio ha messo in evidenza anche come sia la depressione sia l’ansia in gravidanza predicano la depressione post-partum, ma l’ansia prenatale predice maggiormente il rischio di poter sviluppare una depressione post-partum. Questo dato è in linea con altri studi (Heron et al., 2004; Johnstone et al., 2001; Milgrom et al., 2008; Vesga-Lopez et al., 2008) ed evidenzia sia in ottica di screening sia di intervento preventivo la necessità di porre attenzione sulle paure e le preoccupazioni che possono caratterizzare il periodo della gestazione.

La ricerca esposta nel 4° capitolo ha individuato anche alcuni fattori di rischio psico-sociale che sembrerebbero influenzare maggiormente la possibilità di sviluppare una depressione post-partum; questi sono l’aver sofferto di ansia e depressione in fasi di vita precedenti, l’essere stati vittime di abusi psicologici e aver avuto degli aborti spontanei. Il peso dell’aver sofferto di disturbi ansiosi e

depressivi in fasi precedenti della vita sottolinea come la depressione post-partum possa rappresentare anche un riacutizzarsi di uno stato di sofferenza psichica che accompagna il soggetto lungo la sua vita, dunque la transizione alla maternità forse è in alcuni casi una “crisi psichica” (Ferro & Ferro, 2012; Racamier et al., 1961) troppo impegnativa per essere superata senza un aiuto sociale e terapeutico adeguato. Gli abusi psicologici sono traumi evolutivi di cui il soggetto è vittima e possono influenzare negativamente la “resilienza” di una persona in fasi successive di vita stressanti e complesse, come appunto il divenire madri (Lanius et al., 2012). Il fatto che gli aborti spontanei possano influenzare il rischio di sviluppare una depressione post-partum, potrebbe essere in relazione con le ansie che riemergono rispetto agli aspetti del lutto non elaborato che possono essere presenti nell’esperienza dell’aborto, si potrebbe così ipotizzare un ritorno di alcuni “fantasmi” del passato (Fraiberg et al., 1975) che influenzano negativamente l’essere madre e forse la relazione con lo stesso bambino.

Infine, questo studio ha evidenziato come l’effetto cumulativo dei fattori di rischio psico-sociali sia determinante nell’influenzare la depressione post-partum. In particolare si è evidenziato come per i soggetti con numerosi fattori di rischio-psicosociali, il tempo che intercorre fra la gravidanza e il 3° mese di post-partum sia potenzialmente peggiorativo, ovvero le donne a rischio in gravidanza staranno peggio nella loro sintomatologia depressiva a 3 mesi di vita del bambino. questo dato sottolinea ulteriormente quanto la transizione alla genitorialità sia un periodo estremamente sensibile e vulnerabile e ci sia la necessità di effettuare attenti screening per identificare quei fattori di rischio che possono aver caratterizzato la vita di una donna e sui quali si possa intervenire per aiutare un’acquisizione del ruolo materno più serena.

L’ultimo studio presentato in questo elaborato nel capitolo 5° “Regolazione emotiva nella diade madre e bambino a 3 mesi di post-partum: il ruolo dell’ansia,

della depressione e dello stress parentale” si è focalizzato sullo studio delle variabili materne che influenzano la regolazione emotiva diadica. Come nel capitolo 4° si è riscontrata una relazione significativa fra ansia e depressione materna nel post-partum, ma in questo lavoro si è trovata una relazione anche con lo stress parentale percepito, per la prima volta in letteratura sia è trovata una relazione fra ansia materna e stress parentale. L’associazione fra queste tre variabili sottolinea ulteriormente come il disagio materno nel post-partum sia determinato da più fattori e si manifesti in modo eterogeneo, questo dato è molto importante per la pianificazione di interventi di cura centrati sulla perinatalità che prendano in considerazione più variabili oltre quella depressiva.

Si è riscontrato un legame significativo di ansia e depressione con la difficoltà nella regolazione emotiva della coppia madre e bambino. All’aumentare della depressione materna aumentano gli stili negativi materni, identificati con *matches* diadici negativi e *mismatches* “bambino positivo – madre negativa”, invece l’ansia perinatale è associata a comportamenti negativi sia della madre sia del bambino. Lo stress parentale materno a 3 mesi di vita del bambino non è legato alla regolazione emotiva diadica, né positivamente né negativamente.

Inoltre, lo studio ha messo in evidenza come l’ansia materna nel post-partum influenzi maggiormente rispetto alla depressione l’inadeguatezza della regolazione emotiva diadica, questo dato sottolinea ulteriormente l’importante ruolo dell’ansia nella manifestazione del disagio materno nella transizione alla genitorialità e come questa possa influenzare in modo diretto gli scambi emotivi di madre e bambino. In particolare, le madri del nostro campione hanno una difficoltà a regolare le emozioni negative del bambino, hanno bambini con stati emotivi negativi prolungati e a livello diadico hanno una durata maggiore dei *mismatches* “bambino negativo – madre positiva”, questa tipologia di stati non sintonizzati diadici predice attaccamento disorganizzato infantile (Beebe et al.,

2010) dopo i 14 mesi. Infine, un dato emerso in modo sorprendente in questo studio è il fatto che il genere maschile dei bambini a 3 mesi di vita sembra essere associato a una regolazione emotiva diadica migliore rispetto al genere femminile, questo dato è in contrasto con quanto emerso da alcuni lavori di Tronick (Tronick & Weinberg, 2000; Weinberg et al., 2006; Weinberg et al., 1999) e sarà motivo di ulteriori approfondimenti futuri per comprendere meglio questa differenza fra bambini italiani e bambini americani.

Gli studi del presente elaborato non sono esenti da limiti e criticità e si cercherà di affrontarli ragionando e progettando le future ricerche adeguatamente. Sicuramente il campione va ampliato maggiormente per poter generalizzare in modo più sicuro i risultati ottenuti, si dovrà cercare inoltre di analizzare le variabili sopracitate per tutto il primo anno di vita del bambino e studiarne i cambiamenti. Sarebbe utile nei futuri studi utilizzare interviste semi-strutturate per poter diagnosticare la depressione, l'ansia e lo stress in modo più accurato rispetto al nostro utilizzo di questionari. Le ricerche presentate hanno evidenziato come l'ansia perinatale abbia un ruolo centrale nell'influenzare negativamente la transizione alla maternità e sarebbe molto utile poter studiare qualitativamente in modo più accurato quali tipologie di ansie la donna manifesta in questo periodo. Inoltre, si dovrà studiare variabili importanti che al momento non sono state analizzate, come: l'attaccamento materno, lo stato psichico del padre e il temperamento del bambino.

Concludendo, il presente elaborato ha indagato il disagio psichico materno nella transizione alla genitorialità ed ha messo in luce come la depressione post-partum sia una psicopatologia multi-determinata, con una manifestazione eterogenea e inizia a svilupparsi prima dell'evento parto già in gravidanza. Si spera che i dati da noi evidenziati possano essere utili per effettuare screening preventivi e interventi sulla maternità a rischio tempestivi e focalizzati su aspetti specifici, come per

esempio l'ansia e lo stress parentale. Si pensa che possa essere utile mettere in atto interventi terapeutici integrati che possano essere formati da psicoterapie brevi centrate sull'elaborazione delle fantasie connesse alla maternità (Knauer & Espasa, 2012; Nanzer et al., 2012), terapie di gruppo per la gestione dell'ansia (Nanzer, 2016) e interventi di video-feedback atti a promuovere relazioni madre-bambino sintonizzate e con scambi di affetti positivi (Downing, 2010), favorendo così buone regolazioni emotive e lo svilupparsi di modelli di attaccamento sicuro che possano fungere da fattore protettivo dall'insorgere di problemi psicopatologici nel breve e nel lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA



Sigmund Freud e Amalia Freud 1925

- Abidin, R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI). Manual (3rd ed)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Afonso D.D. et al. (2000), An International study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp. 207-216.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1974). L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale. La socializzazione come prodotto delle reciproche risposte ai segnali. Tr. it. In M.P.M. Richards (Eds.), *L'integrazione del bambino in un mondo sociale* (pp. 119-158). Milano: Franco Angeli Editore.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S.(1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C. (1991). Effects of infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C.M Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris (Eds.), *Attachment across the life-cycle*. Londra: Routledge.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli R. (1995) *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007) *Quando le madri non sono felici. La depressione post partum*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Andersson, L. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(8), 937-44.
- Arentsen, K. (1968). Postpartum psychoses with particular reference to the prognosis. *Danish Medical Association*, 15, 97-100.
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.
- Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S.R, Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: How prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Health*, 13(5), 395-401.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47, 552-567.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology Health and Medicine*, 11, 389-398.
- Badinter, E. (1993). *L'amore in più. Storia dell'amore materno*. Milano: TEA.
- Baldoni F., & Ceccarelli L. (2013) La depressione perinatale nei padri. In: V. Caretti, N. Ragonese, C. Crisafi, *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio*. Roma: Giovanni Fioriti, 145-172.
- Ballard, C., Davies R., Cullen P., Mohan R., & Dean C. (1994). Postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164, 782-788.
- Ban, T.A. & Santorius, N. (2012). *Assessment of depression*. London: Springer.
- Barker, E.D., Jaffee, S.R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28, 696-702.
- Barrio, L., & Burt, V. (2000). Depression in pregnancy: Strategies for primary care management. Dealing with an under diagnosed and undertreated problem. *Women's Health in Primary Care*, 3, 490-498.
- Bauman, Z. (2008). *Vita liquida*. Roma: Editori Laterza.
- Bazzani, F., & Lera, S. (2007). La sindrome della Couvade. *Rivista di sessuologia*, vol. 31 n. 3.
- Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of predictors of post-partum depression. *Nursing Research*, 45, 297-303.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing Research*, 50, 275-285.

- Beck, C.T., & Driscoll, J.W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2002). *Infant research e adult treatment: co-costrutting*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press (tr.it. *Infant research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003).
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety and 4-month mother–infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, 32, 174–206.
- Beeber, L. (2002). The pinks and the blues. Symptoms of chronic depression in mothers during their children's first years. *American Journal of Nursing*, 102, 91-98.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71–79.
- Beneduce, R. (1997). Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali. Torino: L'Harmattan Italia.
- Bernstein, I.H., John Rush, A.J. Yonkers, K., Carmody, T.J., Woo, A., McConnell, K., & Trivedi, M.H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and Anxiety*, 25, 20-26.
- Berle, J.O. (2012). Psychiatric conditions in pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 159, 38.
- Bibring, G.L., Dwyer, T.F, Huntington, D.S., Valenstein. A.F. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann. Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.
- Bollas, C., (1987). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla Editore.
- Bowlby, J., (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J., (1988). *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. New York: Basic Books. (Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 1989).
- Bradley, R. & Slade, P. (2011). A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1),19-4.
- Britton, J.R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety*, 25(9), 793-800.
- Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F., & Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833.
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brockington, I., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 253-263.
- Brockington, I.F., Winokurg, G., & Dean, C. (1982). Puerperal psychoses. In: I.F. Brockington, R. Kumarr (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 37-69). Londra: Academic Press.
- Buist, A., Barnett, B. (1995). Childhood sexual abuse: a risk factor for postpartum depression? *Aust N Z J Psychiatry*, 29(4):604–608.
- Buist, A., Morse, C.A. e Durkin, S. (2002). First-time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 109-120.
- Bydlowsky, M., & Raul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerperalité: la névrose traumatique post obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.

- Campbell, S.B., & Cohn, J.F. (1991). Prevalence and correlates of post-partum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 594-599.
- Campbell, S., & Cohn, J. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 165–197). Londra: The Guilford Press (tr. it. Depressione post-partum e sviluppo del bambino. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999).
- Caretti V., Ragonese N., Crisafi C. (2013), *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio*. Giovanni Fioriti editore. Roma.
- Cassidy, J. (2008). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev, 59*:228–249.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S.S., Manzolli, P., Barros, M.C., Guinsburg, R., Sass, N., Laranjeira, R. & Ferri, C.P. (2012). Underdetection of psychiatric disorders during prenatal care: A survey of adolescents in Sao Paulo Brazil. *Journal of Adolescent Health, 50*, 1, 93-96.
- Chan, S., & Levy, V. (2004). Postnatal depression: A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 120-123.
- Chandra, P.S., Bhargavaraman, R.P., Raghunandan, V.N.G.P., & Shaligram, D. (2006) Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health, 9*, 285–288.
- Chaudron, L.H. & Pies, R.W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 1284-1292.
- Chibanda, D., Mangezi, W., Tshimanga, M., Wolk, G., Rusakaniko, S., Stranix-Chibanda, L., Midzi, S. & Shetty, A.K. (2010). Postnatal depression by HIV status among women in Zimbabwe. *Journal of Woman's Health, 19*, 11, 2071-2077.
- Condon, J., T., (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire measurement. *British Journal of Medical Psychology, 66*, pp.167-183.
- Condon, J.T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 359–372.
- Cook, C.A.L., Flick, L.H., Homan, S.M., Campbell, C., McSweeney, M. & Gallagher, M.E. (2010). Psychiatric disorders and treatment in low-income pregnant woman. *Journal of Woman's Health, 19*, 7, 1251-1262.
- Cooper, C., McLanahan, S., Meadows, S., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress. *Journal of Marriage and Family 71*(3), 558-574.
- Cooper, P.J., & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 166*, 191-195.
- Cox, J.L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1994). *Le psicoterapie madre-bambino*. Milano: Masson.
- Cranley, M., S., (1981) Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 30*, pp.281-284.
- Combs-Orme, T., Cain, D.S., Elizabeth E. Wilson, E.E. (2004). Do maternal concerns at delivery predict parenting stress during infancy? *Child Abuse & Neglect, 28*, 377–392.
- Cox J., (1996), Perinatal mental disorder – a cultural approach. *International Review of Psychiatry, 8*, 9-16.
- Cox J., Holden J. (2008), *Maternità e psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Erickson. Trento.
- Cox, J., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C.C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family, 61*, 611-625

- Crníc, K., Low, C., & Bornstein, M. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2 ed.), 5, 243-267. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cryan E., Keogh F., Connolly E. *et al.* (2001), Depression among postnatal women in an urban Irish community. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 18, 5-10.
- Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 117 (2):126–131
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-41.
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17, 557–570.
- Davis, E.P., Snidman, N., Wadhwa, P.D., Dunkel Schetter, C., Glynn, L., & Sandman, C.A. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioural reactivity in infancy. *Infancy*, 6, 319-331.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 14-332.
- De Mier, R.L., Hynan, M.T., Harris, H.B., & Manniello, R.L. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers and infant at highrisk. *Journal of Perinatology*, 16, 276-280.
- Della Vedova, A.M., Ducceschi, B., Cesana, B.M., Pellizzari, N., & Imbasciati, A. (2009). Maternal emotional well-being during pregnancy and the temperament of the infant in the early months of life. *Child Development & Disabilities SAGGI*, 3.
- Deutsch H. (1945), *Psychology of women. A psychoanalytic interpretation, vol. 2 Motherhood*. New York: Grune and Stratton.
- Di Blasio, P., Ionio, C., & Confalonieri, E. (2008). Parto e scrittura creativa: elaborare raccontando un'esperienza traumatica. In V. Caretti & G. Craparo (Eds.), *Trauma in psicopatologia*. Roma: Astrolabio.
- Di Pietro, J.A., Costigan, K.A., & Gurewitsch, E.D. (2003). Fetal response to induced maternal stress. *Early Human Development*, 74, 125-138.
- Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., Hornbrook, M.C. (2007). Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry*, 164, 1515-1520.
- Dossett, E.C. (2008). Perinatal depression. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35, 419-434.
- Doucet, S., Dennis, C.L., Letourneau, N., & Blackmore, E.R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 269-279.
- Downing, G. (2003). Video-Mikroanalyse-Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien [Video microanalysis therapy: Some basics and principles]. In: *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention* [Ways to Security: Binding Knowledge in Diagnostics and Intervention], ed. H. Scheuerer-Englisch, G. J. Suess, & W.-K. Pfeifer. Giessen, Germany: Psychosozial-Verlag, pp. 51–68.
- Downing, G. (2010). La video micro-analisi nella terapia della coppia madre e bambino. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 9-18.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Windstrom, A. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of women's mental health*, 6, 211-16.
- Farley, L.M., DeMaso, D.R., D'Angelo, E., Kinnamon, C., Bastardi, H., Hill, C.E., Blume, E.D., & Logan, D.E. (2007). Parenting Stress and Parental Post-traumatic Stress Disorder in Families after

- Pediatric Heart Transplantation. *The Journal of Health and Lung Transplantation*, 26, 120-126.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:919–927.
- Felice E. (1998), Emotional disorders during pregnancy and the postnatal period: a prospective study of Maltese women. *MPhil Thesis*. Keele University, Keele.
- Ferraro, F., & Nunziante Cesareo, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. Milano: Franco Angeli.
- Ferro A. M. & Ferro V. (2012), "Paul-Claude Racamier e la bottega della psichiatria"; in *Gruppi* 2/2012, pp.69-90. DOI: 10.3280/GRU2012-002006.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*, 33:1–6.
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationship. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12, 146-150.
- Field T., Healy B., Goldstein S., Perry S., Bendell D. (1988), Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, pp. 1569-1579.
- Figureido, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255.
- Fischer, J. R. W., De Mello, M.C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S. & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in woman in low and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 2, 139-149.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7, 333-343.
- Fraiberg S.H., Adelson E., Shapiro V. (1975). I fantasmi nella stanza dei bambini. In: Riva Crugnola C., *Il bambino e le sue relazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427-435.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Melzer-Brody, S. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes: summary. *Healthcare Research and Quality*, Rockville, MD.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol.* 106, 1071–1083.
- George, C., Solomon, J. (2007). *L'attaccamento disorganizzato*. Bologna: il Mulino.
- Gianino A.F., Tronick E.Z. (1988), The mutual regulation model: the infant's self and interactive regulation, coping and defense. In T. Field, P. McCabe, N. Schneiderman, eds. *Stress and coping*. Erlbaum. Hillsdale (NJ), pp. 47-68.
- Glasheen, C., Richardson, G.A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Health*, 13, 61-74.
- Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.

- Goodman S.H., Gotlib H.I. (1999), Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanism of transmission.
- Goodman, J.H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and Anxiety by Obstetrical Providers. *Journal of Women's Health, 19*(3), 477-490.
- Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H (1991), Prospective investigation of post-partum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, pp. 122-132. In L. Murray, P.J. Cooper (a cura di) *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC edizioni internazionali. Roma.
- Grant, K.A., McMahon, C., Austin, M.P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders, 108*, 101-111.
- Grussu, P., & Bramante, A. (2016). *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Erickson.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant, 32*, 269-309.
- 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), pp. 496-502.
- Guerrieri, P. (2002), Le attenuanti di Medea. *Il Manifesto, 15 giugno 2002*.
- Hammen, C., Burge, D., & Stansbury, K. (1990). Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample. A causal modelling analysis. *Developmental Psychology, 26*, 24-30.
- Haynal, A. (1968). Le syndrome de couvades (et contribution à la psychologie et psychopathologie de l'homme en face de la reproduction). *Annales Medico-Psychologiques, 126* (4), 539-571.
- Haynal, A. (1976). *Il senso della disperazione. La problematica della depressione nella teoria psicoanalitica*. Milano: Feltrinelli, 1983.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*(1), 65 - 73.
- Huiznk, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1078-1085.
- Jevitt, C., Zapata, L., Harrington, M., & Berry., E. (2006). Screening for perinatal depression with limited psychiatric resources. *Journal of American Psychiatric Nurses Association, vol. 11, 6*, 359-363.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001) Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand, 80*, 251-255.
- Kaitz, M. & Katzir, D. (2004). Temporal changes in the affective experience of new fathers and their spouses. *Infant Mental Health Journal, 25*(6), 540-555.
- Kaitz, M., Maytal, H.R., Devor, N., Bergman, L., Mankuta, D.(2010). Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behav Dev, 33*:136-148.
- Keleher, V., Nyunt, S.Z., Broekman, B & Chee, C. (2012). Prevalence and risk factors for antenatal depression in pregnant women attending national university Hospital Singapore, *European Psychiatry, 27*, 1210.
- Kim, H.G., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M.A., Dieperink, B. & Buchberger, R.L. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Archive of Woman's Mental Health, 9, 2*, 103-107.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T.E., Taylor, A., Pawlby, S.J., Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry, 62*:173-181.
- Kit L.K., Janet G., Jegasothy R. (1997), Incidence of postnatal depression in Malaysian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 23*, pp. 85-89.

- Knauer, D., Palacio-Espasa, F. (2012). *Difficoltà evolutiva e crescita psicologica. Studi clinici longitudinali dalla prima infanzia all'età adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kruckman, L. & Smith, S. (1998). An introduction to postpartum illness. *Postpartum Support International*.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2012). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Roma: Giovanni Fioriti editore.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourisson, la mère at la psychanaliste. Les interactions precoce*. Parigi: Centurion. Tr. It. *Il neonato, la madre e lo psicoanalista*. Roma: Borla.
- Ledds, L., & Hargreaves, I. (2008). The psychological consequences of childbirth. *Journal of reproductive and infant Psychology*, 26, 108-122.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress. *Biomed Central Psychiatry*, 8, 24.
- Letoumeau, N., Duffett-Leger, L., & Salmani, M. (2009). The role of paternal support in the behavioural development of children exposed to postpartum depression. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 86-106.
- Levey, L., Ragan, K., Hower-Hartley, A., Newport, D.J., & Stowe, Z.N. (2004). Psychiatric disorders during pregnancy. *Neurologic Clinics*, 22, 863-893.
- Liotti, G., (2004). Trauma, dissociation and disorganize attachment: three stands of a single braid. *Psychoterapy: Theory, research, prectice, training*, 41(4), 472-86.
- Ludermir, A.B., De Araujo, T.V., Valongueiro, S.A. & Lewis G. (2010). Common mental disorders in late pregnancy in women who wanted or attempted an abortion. *Psychological medicine*, 40, 9, 1467-1473.
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms one month following birth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
- Lyons-Ruth, K., (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, pp. 883-911.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman A. (1975). *The psychological birth of human infant symbiosis and individuation*. New York: Basic books.
- Main, M., Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classification and stable over a 1-month period. *Development Psychology*, 22, 415-426. Tr. it. Camisasca, E. (2008). Traumi irrisolti, comportamento genitoriale atipico e attaccamento disorganizzato: una rassegna della letteratura. *Maltrattamento abuso e infanzia*, 10, 77-99.
- Main, M. & Hesse, E., (1992). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganize attachment status: is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In Greenberg, M., Cicchetti, D. e Cummings, E.M. (a cura di), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilkha, N. (2001). *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marcus, S.M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences –Motherisk Update, 2008. *The Journal of Clinic Pharmacology*, 16, 15-22.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147.
- Mattocks, K.M, Skanderson, M., Goulet, J.L., Brandt, C., Womack, J., Krebs, E., Desai, R., Justice, A., Yano, E. & Haskell, S. (2010). Pregnancy and mental health among women veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 19, 12, 2159-2166.

- Mauri, M., Oppo, A., Montagnani, M., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., et al. (2010). Beyond "postpartum depression": Specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: Results from PND-RescU. *Journal of Affective Disorders*, *127* (1-3), 177-184.
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking Maternal Sensitivity: Mothers' Comments on Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 Months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*, 637-648.
- Mennes, M., Stiers, P., Lagae, L., & Van den Berg, B. (2006). Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *30*, 1078-1086.
- Milgrom, J., Gemmil, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 147-157.
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, *13*, 275-294.
- Mills-Koonce, W.R., Appleyard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant Ment Health J*, *32*:277-285.
- Monti, F., Agostini, F., & Martini, A. (2004). Il silenzio degli affetti: la depressione post partum e il bambino. *Clinica e ricerca. Contrappunto*, *34*, 61-87.
- Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Bocker Pedersen, C., Mors, O., Mortensen, P.B. (2007). New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA, The journal of the American medical association* *296*(21), 2583-9.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Meltzer-Brody, S., Mortensen, P.B. & Jones, I. (2012). Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Archives of Gender Psychiatry*, *69*, 4, 428-434.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, *8*, 55-63.
- Murray, L., & Cooper, P.J. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press (tr. it. *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999).
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 45-52.
- Murray, L., Woolgar, M., Cooper, P., & Hipwell A. (2001). Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(7), 891-899.
- Murray, L., Arteche, A., Pasco Fearon, R. M., Halligan, S. L., Goodyer, I. M., & Cooper, P. (2011). Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(5), 460-70.
- Musser, A.K., Ahmed, A.H., Foli, K.J., Coddington, J.A. (2012). Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *Journal of pediatric health care* *27*(6).
- Nanzer, N. (2016). *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., Righetti-Veltema, R., Knauer, D., Manzano, J., Palazzo-Espasa, F. (2012). Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*, *15*, 259-268. DOI 10.1007/s00737-012-0285-z.

- Nemeroff, C.B. (2008). Understanding the pathology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neurons* 59, 2, 185-186.
- Nicol-Harper, R., Harvey, A.G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, 30, 161-167.
- Nivoli, G. (2002), *Medea tra noi: le madri che uccidono i figli*. Roma: Carocci Editore.
- Nonacs R.M. (2005), Post-partum mood disorders. In Cohen L.S., Nonacs R.M (a cura di) Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review of Psychiatry Series. *American Psychiatric Publishing, Washington (DC)*, 24, 4.
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V., and the ALSPAC study team(2003). Maternal Antenatal Anxiety and Behavioural/Emotional Problems in Children: A Test of a Programming Hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1025-1036.
- Oei, J.L., Kingsbury, A., Dhawan, A., Burns, L., Feller, J.M., Clews, S., Falconer, J. & Abdellatif, M.E. (2012). Amphetamines, the pregnant woman and her children: a review. *Journal of Perinatology*, 32, 10, 737-747.
- O'Hara, M.W. (1994). Post-partum depression: Causes and consequences. New York: Springer-Verlag.
- O'Hara, M.W., McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013;9:379–407.
- O'Hara, M. W., & Swain, (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Philipps, L.H., & Wright, E.J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A., Pretlove, S. & Ismail, K.M.K. (2014). Perinatal Psychiatry disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210, 6, 501-509.
- Paffenbarger, R.S. (1964). Epidemiological aspects of parapatum mental illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 18, 189-195.
- Parry, B.L. (1995). *Postpartum psychiatric syndromes, in Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Filadelfia: Williams & Wilkins.
- R Core Team. (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria., ISBN 3-900051-07-0, Ver. 3.0.3; <http://www.R-Project.org/>.
- Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., & Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 339, B5203.
- Paulson, J.F., & Bazemore, S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Rossi Monti, M. (1981). *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Racamier P.C., Sens C., Carretier L. (1961), La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'évolution psychiatrique* 4: 525-70.
- Racamier, P.C., Taccani, S. (2010). *La crisi necessaria*. Franco Angeli Ed. Milano.
- Rank, O. (1924). *Il trauma della nascita*. Rimini: Guaraldi Edizione.
- Raphael-Leff, J. (1983). Facilitators and regulators: two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 379-390.
- Raphael-Leff, J., (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall, fourth edition, Anna Freud centre (2005).
- Raphael-Leff, J. (2014). *The Dark Side of the Womb: Pregnancy, Parenting and Persecutory Anxieties*. Londra: Karnac Books.

- Reck C., Müller M., Tietz A., Möhler E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *J Anxiety Disorder*, 4, 404-412.
- Reck C, Noe D, Stefenelli U, Fuchs T, Cenciotti F, Stehle E, Mundt C, Downing G, Tronick EZ (2011). Interactive coordination of currently depressed inpatient mothers and their infants during the postpartum period. *Infant Mental Health J*, 32: 542–562.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefanelli, U., Reinig, K., Fuchs, T. et al. (2008). Prevalence onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 75-83.
- Riva Crugnola, C. (1999). *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Riva Crugnola, C. (2007). *Il bambino e le sue relazioni. Attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Riva Crugnola, C. (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Milano: il Mulino.
- Riva Crugnola, C., Gazzotti, S., Spinelli, M., Ierardi, E., Caprin, C., Albizzati, A. (2013). Maternal attachment influences mother–infant styles of regulation and play with objects at nine months. *Attach Hum Dev*, 15:107–131.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26, 289-295.
- Robinson, M., Oddy, W., Li, J., Kendall, G., De Klerk, N., Silburn, S., Zubrick, S. (2008). "Pre- and post-natal influences on preschool mental health: A large-scale cohort study." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1118-1128.
- Ross, L.E., & Dennis, CL (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 (4).
- Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M., et al. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 221-228.
- Rubertsson, C., Waldenstrom, U., Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J. Reprod. Infant Psychol.* 21, 113–123.
- Ryding, E.L., Wijma, B., & Wijma, K. (1997). Post-traumatic stress reaction after emergency cesarean. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 856-861.
- Scrandis, D.A., Sheikh, T.M., Niazi, R., Tonelli, L.H., & Postolache, T.T. (2007). Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *Scientific World Journal*, 7, 1670-1682.
- Seeman, M.V. (2012). Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy clinical recommendation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 1, 12-22.
- Sidor, A., Kunz, E., Schweyer, D., Eickhorst, A., Cierpka, M. (2011). Links between maternal postpartum depressive symptoms, maternal distress, infant gender and sensitivity in a high-risk population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 5:7.
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simonelli, A., Fava Vizziello, G., Petech, E., Finotti, S. (2008). La genitorialità tra crisi della coppia e riorganizzazione dell'attaccamento. *Rivista di studi familiari*, 1, 33-55.
- Sharma, V., (2008). Treatment of postpartum psychosis: Challenges and opportunities. *Curr Drug Saf*, 3, 1, pp.76-81.

- Sharma, V., Burt, V.K. & Ritchie, M.D. (2009), Bipolar II Postpartum depression: detection, diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 166, 11, 1217-1221.
- Sharma, V., & Mazmanian, D. (2003). Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disorder*, 5, 98–105.
- Smorti, A. (1980). *Ruolo del padre e sviluppo psicologico del bambino*. Firenze: La nuova Italia.
- Soare, R.M., Antunes Nunes, M.A., Schmidt, M.I., Giacomello, A., Manzolli, P., Camey, S., Buss, C., Drehmer, M., Melere, C., Horrman, J., Ozcariz, S., Manenti, C.N., Pinheiro, A.P. & Duncan, B.B. (2009). Inappropriate eating behaviours during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in Southern Brazil. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 5, 387-393.
- Soares, C.N. (2010). DSM-V and reproductive-related psychiatric disorders: a closer look at windows of vulnerability. *Arch Womens Ment Health* 13:15–16.
- Soet, J.E., Brack, G.A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30, 36-46.
- Soifer, R. (1971), *Psicologia del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargleman. tr.it. Psicodinamica della gravidanza, parto e puerperio. Roma: Borla, 1975.
- Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., & O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 30-38.
- Spinelli, M. (2002), Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mother who kill. In *American Psychiatric Press* 23, 210-43.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*, 7:349–367.
- Steiner M.(2022). Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract*, 19:469–70.
- Steiner M, Tam W. (1999). Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In: Miller LJ, editor. *Postpartum mood disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press, Inc., p. 47–63.
- Stern, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation*. Londra: Karnac Books (tr. it. La costellazione materna. Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- Stern, D., N., (2004). *Il momento presente: In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern D.N., & Bruschiweiler-Stern, N. (1999). *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*. Milano: Mondadori.
- Stern G., Kruckman I. (1983), Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. *Social Science and Medicine*, 17, 1027-1041.
- Tabassum, Z., Insaf, Turzanski Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. *Journal of Women's Health*, 20, 1183-1192.
- Tamaki R., Murata M., Okano T. (1997), Risk factors for postpartum depression in Japan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 51, pp. 93-98.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, 199, 142-148.
- Tharner, A., Luijk, M.P.C.M., van IJendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., Tiemeier, H. (2012), Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parenting*, 12:261–281.
- Trethowan, W.H., & Conlon, M.F. (1965). The couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111, 57-66.

- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Braten (Eds.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tronick E.Z. (2002), A model of infant mood states and sandarian affective waves. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, pp. 73-99.
- Tronick, E.Z. (2008), *Regolazione emotiva nello sviluppo de nel processo terapeutico*. Milano:Raffaello Cortina Editore.
- Tronick, E. & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *Am Psychol*, 66:107–119.
- Tronick, E.Z., Field T. (1987), *Maternal Depression and Infant Disturbance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tronick, E.Z., Gianino A. (1980), "An accounting of the transmission of maternal disturbance to the infant". In *New Directions for Child Development*.
- Tronick, E.Z., Messinger, D.S., Weinberg, M.K., Lester, B.M., Lagasse, L., Seifer, R., Bauer, C.R., Shankaran, S., Bada, H., Wright, L.L., Poole, K., Liu, J. (2005), Cocaine exposure is associated with subtle compromises of infants' and mothers' social-emotional behavior and dyadic features of their interaction in the face-to-face still-face paradigm. *Dev Psychol*, 41:711–722.
- Tronick, E.Z., Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry*, 17:147–156.
- Tronick, E.Z. & Weinberg, M.K. (1997). Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici. In L. Murray & P.J. Cooper (Eds.), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 47-72). Roma: CIC Edizioni.
- Tronick, E.Z., Weinberg, M.K. (2000). Gender differences and their relation to maternal depression; in Johnson SL, Hayes AM, Field TM, Schneiderman N., McCabe, PM (eds): *Stress, Coping and Depression*. London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp 23–34.
- Van den Berg, B.R.H., Mulder, E.J.H., Mennes, M., & Gloverd , V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 237, 258.
- Vegetti Finzi, S. (1998). *Il bambino della notte. Divenire donna divenire madre*. Milano: Oscar Mondadori.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F., Hasin, D.S (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 805-15.
- Videbeck, P., & Gouliaev, G. (1995). First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 167-173.
- Warren. S.L., Gunnar, M.R., Kagan, J., Anders, T.F., Simmens, S.J., Rones, M., Wease, S., Aron, E., Dahl, R.E., Sroufe, L.A. (2003). Maternal panic disorder: infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:814–825.
- Weinberg, M.K., Olson, K.L., Beeghly, M., Tronick, E.Z. (2006). Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:670–683.
- Weinberg M.K. e Tronick E.Z. (1998), The impact of maternal psychiatric illness in infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, pp. 53-61.
- Weissman, M.M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 932-40.
- Werner, E. A., Myers, M.M., Fifer, W.P., Cheng, B., Fang, Y., Allen, R., & Monk, C. (2007). Prenatal predictors of infant temperament. *Developmental Psychobiology*, 49, 474-484.
- Wickberg B., Hwang C.P. (1997), Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, pp. 62-66.

- Winnicott, D.W. (1956). *La preoccupazione materna primaria*. In D. W. Winnicott (a cura di) *Dalla pediatria alla psicanalisi*. Firenze: Martinelli (1975).
- Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Roma: Armando editore (1970).
- Wisner K. L., Peindi K., Hanusa B. H. (1993), Relationship of Psychiatric Illness to Childbearing Status: A Hospital-Based Epidemiology Study. *Journal of Affective Disorders*, 28, 39-50.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Post-natal depression and posttraumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 107-120.
- Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J., & McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 26, 51-59.
- Zelkowitz, P., & Milet, T.H. (2001). The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *The journal of nervous and mental disease*, 189(9), 575-582.
- Zonana, J., & Gorman, J.M. (2005). Neurobiology of postpartum depression. *CNS Spectrums*, 10, 792-799.



Simon Roberts, Road Trip, Altai Muntains Russia, 2015

La fine del mio dottorato in Bicocca rappresenta la fine di un lungo percorso, una tappa importante della mia vita, che inizia con il mio arrivo a Milano come studente. Questa Università è stata lo sfondo e il palcoscenico di numerosi eventi che si sono succeduti in questi 11 anni, che sono stati contraddistinti da numerosi e importantissimi incontri con persone che hanno senza dubbio arricchito le mie esperienze. Vorrei così ringraziarne alcune che sono saltate a bordo con me, dunque grazie...

Alla professoressa Riva Crugnola artefice principale di questo percorso. Prof la ringrazio veramente con tutto me stesso, lei è stata la prima persona al di fuori della mia famiglia che abbia creduto in me, è riuscita a smuovere curiosità e

passione che si erano un po' assopite negli anni universitari. Durante il mio percorso mi ha sempre supportato e sostenuto, non mi sono mai sentito solo ed è sempre stata pronta a confrontarsi con me su tutto quello che le chiedevo, dandomi sempre spunti originali. Spero che continui ad essere una parte importante del mio futuro.

A Pietro, ho avuto la fortuna di trovare un fratello in questi cinque anni, con cui ho condiviso momenti felici, felicissimi, strani e a volte anche dolorosi. Sei sicuramente stato una guida e i nostri confronti giornalieri mi hanno fatto crescere come persona, i tuoi "lo non sono d'accordo" hanno arricchito il mio pensiero. L'università senza di te sarebbe stata sicuramente più grigia di quello che ahimé già è! Quando ci siamo conosciuti ero pirla ed immaturo, ora sicuramente sono più maturo grazie alla nostra amicizia, per quanto riguarda la pirlaggine non si possono fare miracoli.

Alla dottoressa Robutti, le cui parole gentili hanno illuminato la mia strada, grazie inoltre di avermi insegnato "a prendere il mondo in piccole dosi" e per avere dato il via all'ascolto rispettoso verso me stesso e verso gli altri.

A mia madre per essere sempre stata dalla mia parte e avermi dato affetto e sostegno senza ma e senza sé. I tuoi sorrisi mi hanno aiutato a crescere con la fiducia verso il mondo, grazie.

A mio padre per tante e tante e tante ragioni, sicuramente metà di questo percorso è merito del tuo avermi sempre spronato, l'altra metà te la dedico volentieri perché te la meriti "ferro vecchio".

A mio fratello che riesce sempre a portare il sorriso e il buon umore, ti voglio molto bene e ti ringrazio per i tuoi tanti e utili insegnamenti.

Ai mitici compagni dell'ufficio "dei giusti", fantastici amici sempre pronti a confrontarsi su tutto e a sostenersi a vicenda. Il nostro ufficio negli anni ha visto passare molte persone e tutti hanno lasciato un segno, un grazie caloroso a: Katia, Frizzy, Franci, Fede, Ila, Gragna, Barettona Nazionale, Laura, Susi, Carlotta, Paola, Erica e la Giustolis. Grazie anche agli altri amici dell'Università con cui ho condiviso lunghe e divertenti pause caffè e non solo: Prof P, Sutte, Brambi, Rino, Panca, Mattavello, Erika, Stefania, Sarraccia e Alessandra.

A Elena negli anni di dottorato sempre disponibile ad aiutarmi e darmi preziosissimi consigli.

A Laura per aver avuto fiducia in me ed essere sempre stata disponibile con ironia a mettere in ordine i miei pensieri nei momenti di difficoltà e confusione.

Agli amici milanesi che in questi anni sono diventati la mia nuova famiglia e ai vecchi amici savonesi che sono la mia fantastica “base sicura”.

A tutti gli studenti con cui ho lavorato in questi anni, che mi hanno aiutato a rimanere curioso e allegro; in particolare ringrazio Marta e Anita grandi colleghe e ottime amiche.

Infine, il grazie più grande va ad Arianna sempre presente con le tue parole che in questi tanti anni sono state quel “filo” che mi ha fatto crescere. Sei una fantastica compagna di viaggio, il viaggio più importante di tutti che è la nostra vita insieme.