

**Università degli Studi di Palermo**

**Dipartimento di Psicologia**

---

**Dottorato di Ricerca in Psicologia XXIV° Ciclo**

**M-PSI/07 - Psicologia Dinamica**

**Fattori di rischio psicosociale ed evolutivo  
per la depressione post partum**

**Dottoranda:**

**Dott.ssa Cettina Crisafi**

**Tutor:**

**Ch.mo Prof. Vincenzo Caretti**

**Coordinatore:**

**Ch.ma Prof.ssa Maria Di Blasi**

## ***INDICE***

INTRODUZIONE	4
--------------	---

### **I PARTE – Aspetti clinico-teorici**

CAP. 1	Aspetti psicodinamici della genitorialità	6
CAP. 2	La Depressione Post partum: definizione e caratteristiche	12
CAP. 3	Fattori di rischio	18
CAP. 4	Depressione Post partum e Attaccamento	24
CAP. 5	Depressione Post partum: effetti sulla relazione madre-bambino	28
CAP. 6	Depressione Post partum: effetti sullo sviluppo del bambino	36
CAP. 7	La Valutazione	42

### **II PARTE – Contributi di ricerca**

RICERCA 1. La depressione post partum e la depressione perinatale paterna.	51
RICERCA 2. Comparison between Adult Attachment Interview (AAI) and Attachment Style Interview (ASI): Examining new data comparing psychosocial and psychodynamic approach of attachment theory.	76
BIBLIOGRAFIA	104

## INTRODUZIONE

Come ampiamente evidenziato dalla letteratura internazionale, l'insorgenza di disturbi depressivi nelle donne, sia in periodo pre-natale che post-natale, è molto diffusa, ma spesso non è facile riconoscere immediatamente i sintomi depressivi e considerarli nel loro ruolo di fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo maggiore nella madre e/o di vulnerabilità psicologiche e relazionali nel bambino (Bifulco et al., 2004).

La prima parte del presente lavoro si propone di approfondire il tema della depressione perinatale, considerando gli aspetti psicodinamici della genitorialità, la definizione e le caratteristiche della depressione perinatale, i fattori di rischio, il ruolo dell'attaccamento, gli effetti della depressione sulla relazione madre-bambino e sullo sviluppo del bambino e gli strumenti di valutazione più utilizzati.

La seconda parte presenta due contributi di ricerca. Il primo studio è relativo alla depressione post partum e alla depressione perinatale paterna. Ad oggi ancora pochi sono gli studi che hanno indagato la depressione perinatale paterna (Baldoni, Baldaro, & Benassi, 2009; Baldoni & Ceccarelli, 2010; Paulson & Bazemore, 2010), un disturbo dell'umore che insorge in seguito al parto e che costituisce un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo della relazione madre-bambino e per la riorganizzazione del sistema familiare a seguito della nascita di un bambino.

Il secondo studio riguarda il confronto tra due strumenti molto utilizzati per la valutazione dell'attaccamento: l'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985) e l'Attachment Style Interview (ASI; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002), confronto mai realizzato in letteratura. Parte della ricerca è stata condotta a Londra, con la supervisione della prof.ssa Bifulco presso la Kingston University. La ricerca effettua un confronto tra le due interviste, appartenenti a due approcci differenti dello studio della teoria dell'attaccamento, quello psicodinamico e quello psicosociale.

Il presente lavoro di tesi fornisce quindi un importante contributo allo studio della sintomatologia depressiva in fase perinatale, sia materna che paterna, e allo studio degli strumenti di valutazione utili per rilevare i possibili fattori di rischio per l'insorgenza di un disturbo in tale delicata fase del ciclo di vita di una famiglia.

## **I PARTE – Aspetti clinico-teorici**

## CAPITOLO 1

### ASPETTI PSICODINAMICI DELLA GENITORIALITÀ

Il termine genitorialità compare inizialmente nella letteratura anglosassone nel 1959 sotto la voce “*parenthood*” (Benedek, 1959) e fa riferimento all’ “*insieme delle rappresentazioni, degli affetti e dei comportamenti del soggetto in rapporto al proprio bambino o ai propri bambini, che siano nati, in gestazione o non ancora concepiti*” (Stoleru & Morales-Huet 1989).

All’interno della pratica clinica è possibile evidenziare tre dimensioni attraverso le quali si configura il passaggio alla genitorialità: l’esercizio, l’esperienza e la pratica. Si tratta di dimensioni complementari che rimandano rispettivamente alle regole in base a cui si struttura la parentela, agli aspetti soggettivi connessi alla genitorialità e alle qualità della relazione di coppia (Houzel, 1997). In tal senso, la genitorialità può essere intesa come processo psichico (di carattere intra- e intersichico) che scaturisce dallo spazio mentale creato dalla coppia per contenere l’idea del figlio e l’immagine di sé come genitori; tali immagini sono strettamente legate a tutti quegli elementi connessi alle rappresentazioni della relazione con le proprie figure di attaccamento.

La genitorialità ha origine, pertanto, nel riconoscimento di quel desiderio di maternità e paternità proprio dell’infanzia di ognuno e che accomuna la coppia. Il desiderio di *portare dentro sé* un bambino, emerge, durante l’infanzia, sia nei maschi che nelle femmine e, come afferma Soulè (1982), il bambino *immaginario* dell’infanzia, si concretizzerà nel bambino *fantasmatico* della fase adulta.

Siamo di fronte, pertanto, a un processo dall’equilibrio complesso, soggetto a continue ridefinizioni fra varie tipologie di investimenti: investimento narcisistico e oggettuale da parte dei genitori sul figlio e sulla coppia; investimenti genitoriali e coniugali; investimenti legati ai rispettivi ruoli paterno e materno (Houzel, 2005).

Con la transizione alla genitorialità l’adulto rievoca e tende a ripetere il modello di relazione appreso durante la propria infanzia e successivamente interiorizzato. La struttura del mondo rappresentazionale di ciascun genitore, costituisce l’indice di adattamento al futuro ruolo genitoriale.

In letteratura si sottolinea il concetto di genitorialità prevalentemente come intesa sinergica tra l’evoluzione della funzione materna e della funzione paterna nello spazio coniugale (Eiguer, 1984; Herzog & Lebovici, 1989; Racamier, Sens, & Carrettier, 1961; Stoleru, 1989; Stoleru, 1995; Stoleru, 1998; Lemaire, 1979).

Al contempo è interessante sottolineare che il concetto di genitorialità dovrebbe essere considerato indipendentemente dagli aspetti biologici della procreazione (Missonnier, 2003) proprio perché intimamente correlato a quegli aspetti inconsci cui abbiamo già accennato.

Riprendendo i concetti di *maternità e paternità* è necessario evidenziare che i processi biologici e psicologici sottostanti si sviluppano seguendo percorsi diversi nell'uomo e nella donna.

La nascita di un bambino rappresenta un evento molto importante e delicato nella vita di una donna e implica profonde trasformazioni da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale. L'esperienza emotiva vissuta dalle donne che diventano madri assume un'importanza fondamentale per l'evoluzione della loro personalità. Stern e collaboratori mettono in evidenza come la nascita di un figlio sia associata alla nascita psicologica della madre, che deve trovare uno spazio mentale non soltanto per il bambino, ma anche per una nuova identità personale (Stern, Bruschiweiler-Stern, & Freeland, 1998).

Già Freud nel 1915 circoscriveva il desiderio di maternità alla fase edipica dello sviluppo infantile e successivamente lo correla all'attaccamento della bambina alla madre proprio della fase preedipica (Freud, 1932). A partire dagli anni '40 diversi Autori hanno contribuito alla concettualizzazione della gravidanza come fase evolutiva fondamentale nello sviluppo dell'identità femminile.

Con i lavori della Deutsch (1945) il concetto trova nuovi approfondimenti e si allarga agli aspetti legati al "desiderio di maternità" che è presente lungo l'intero percorso di costruzione di identità della donna, caratterizzato da continue trasformazioni legate a fattori interni ed esterni. L'autrice sottolinea, inoltre, come il desiderio di maternità sia collegato alla tendenza della donna, in parte fisica ed in parte psicologica, "*a prendersi cura*", caratteristica peculiare del sentire materno.

Con il concetto di crisi maturativa, Bibring (1959, 1961) enfatizza l'estrema vulnerabilità che caratterizza la donna in gravidanza, in un periodo in cui vengono rivissuti conflitti infantili relativi alle prime relazioni e all'identificazione con la propria madre e in cui si verifica una notevole destabilizzazione dell'equilibrio precedentemente raggiunto.

Anche Pines (1972, 1982) mette in evidenza come la gravidanza sia una tappa fondamentale per lo sviluppo dell'identità femminile, in quanto consente alla donna di rielaborare il processo di separazione-individuazione (Mahler, Pine, & Bergman, 1975) nei confronti della propria madre. L'Autrice ritiene che un'esperienza positiva con la propria madre consenta alla donna, attraverso la momentanea regressione connessa alla gravidanza, di identificarsi con una madre capace di dare la vita e, contemporaneamente, con se stessa bambina, realizzando

una maturazione completa della personalità. Quando, invece, la regressione legata alla gravidanza viene vissuta come un'esperienza dolorosa, accade spesso che si riattivino desideri di fusione con la propria madre, che possono determinare il parziale fallimento del processo di separazione-individuazione. Pines (1982, 1988) sottolinea inoltre l'importanza di distinguere il desiderio di maternità dal desiderio di gravidanza. Il primo è legato a un bisogno oggettuale della donna di prendersi cura del bambino, il secondo invece è legato a un bisogno narcisistico di provare che il proprio corpo è in grado di generare come quello della propria madre.

I cambiamenti che si verificano durante la gravidanza comportano delle profonde modificazioni nelle rappresentazioni mentali che la madre ha di sé, del futuro bambino e del sé costruitosi durante l'infanzia (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995). In particolare le rappresentazioni materne del bambino possono riguardare il "bambino immaginario", cioè le fantasie coscienti riguardanti il bambino e il suo posto all'interno del sistema familiare, e il "bambino fantasmatico", la cui rappresentazione deriva dai conflitti inconsci relativi allo sviluppo psicosessuale materno (Lebovici, 1983). Dopo il parto il "bambino reale" entra nel mondo costellato dalle fantasie della madre e richiede un cambiamento nella prospettiva materna.

La maternità si configura, quindi, come un periodo critico di vulnerabilità e di "trasparenza psichica" (Bydlowski, 1997), caratterizzato da una grande permeabilità alle rappresentazioni inconscie, in cui si riattivano conflitti edipici e pre-edipici della donna, che ripropongono sentimenti di colpa irrisolti legati alle proprie esperienze infantili (Ferraro & Nunziante Cesaro, 1985).

Nelle prime fasi della maternità ogni donna attraversa un periodo di "malattia normale" che Winnicott (1958) definisce "preoccupazione materna primaria", uno stato psicologico in cui la madre è profondamente assorbita dalle fantasie e dalle esperienze riguardanti il figlio. Si tratta di una funzione adattiva che in genere ha inizio negli ultimi tre mesi della gravidanza e si protrae fino ai primi tre mesi di vita del bambino, consentendo alla madre di comprendere i bisogni del figlio e di rispondervi in maniera sensibile. Quando però tale stato emotivo persiste nel tempo, crea nella madre un ritiro narcisistico da se stessa e dalla realtà, portando la donna ad occuparsi esclusivamente dei bisogni del bambino, alterando il proprio rapporto con l'ambiente esterno e favorendo l'insorgenza di disturbi depressivi nel periodo del post partum (Hung, 2004).

La nascita di un figlio viene definita come una fase di "crisi" (Pazzagli, Benvenuti, & Rossi Monti, 1981), in cui i cambiamenti connessi alla maternità possono compromettere l'identità

della donna, generando confusione tra gli elementi che la caratterizzano. Tale confusione richiede una profonda riorganizzazione sia della realtà esterna che del mondo psichico della madre: la maternità è in primo luogo uno stato psichico (Delassus, 1995; Ferraro & Nunziante Cesaro, 1985; Lebovici, 1989; Manzano, Palacio Espasa, & Zilkha, 1999).

L'acquisizione del ruolo materno, dunque, deriva da un profondo processo rielaborativo che consente alla donna di creare un nuovo assetto mentale, definito da Stern (1995) "costellazione materna". Tale configurazione psichica inizia a strutturarsi già durante la gravidanza e consente alla donna di riorganizzare la propria vita mentale, ridefinendo le proprie priorità, i propri valori e interessi, sviluppando nuove capacità di sintonizzazione affettiva e di rispecchiamento emotivo nei confronti del figlio. Un aspetto particolarmente importante, enfatizzato da Stern, è il bisogno da parte delle neomamme di avere attorno a sé altre donne con esperienza. L'Autore definisce tale esigenza "fantasia di una nonna benevola", cioè desiderio di avere vicino una donna più esperta e benevola, che possa supportarle nelle prime fasi di accudimento del bambino. "Una donna non può vivere da sola la propria maternità. Nonostante si tratti di un'esperienza prevalentemente individuale, essa necessita della collaborazione e del calore di altre donne" (Bydlowski, 2000, pp. 22-23). Tuttavia, spesso la donna sperimenta la maternità in una condizione di isolamento, in cui si trova sola a vivere i profondi cambiamenti legati a tale fase della vita. Il concetto di cambiamento implica, per la donna, la perdita di una parte di sé, che non verrà più recuperata. Il cambiamento richiederà un processo di riassetto globale della personalità, in cui la neomamma deve cercare di creare un legame tra le fantasie relative alla gravidanza, al parto e alla maternità, e la realtà del bambino che dovrà accudire.

La maternità (gravidanza, nascita e accudimento del bambino) si configura, quindi, come un "lavoro psichico" (Ferraro e Nunziante Cesaro 1985), particolarmente delicato, che si conclude, in genere, con l'acquisizione di un nuovo equilibrio per l'identità femminile. Talvolta, però, in presenza di determinati fattori di rischio, esso può presentare delle difficoltà e favorire l'emergere di quadri depressivi nel periodo perinatale.

*"E' l'inclusione del bambino nella organizzazione psichica della madre l'elemento centrale della creazione della neoformazione strutturale e psicopatologica, che caratterizza il post partum".*

(Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Per quanto riguarda la paternità, questa implica da parte dell'uomo, la rielaborazione della relazione con il proprio padre e la risoluzione di quei conflitti infantili a essa legati, per portare a termine il processo di identificazione del sé come *buono e capace di amare*



(Righetti & Sette, 2000).

La teoria dell'Attaccamento enfatizza gli aspetti pre-edipici legati alla funzione paterna e, come sappiamo, integra l'interpretazione psicoanalitica della dinamica delle relazioni umane come determinata da bisogni pulsionali, con quella derivante da vari ambiti teorici che sottolinea gli aspetti innati del *comportamento di attaccamento* tra gli esseri umani (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988).

Fondamentale in ogni relazione di attaccamento è il concetto di “base sicura”, che definisce in modo esaustivo la funzione genitoriale quando se ne sottolineano gli aspetti legati alla sicurezza e alla fiducia.

Il padre si configura come importante all'interno della relazione con il figlio fin dalla nascita, ma il suo ruolo va indagato tenendo conto della relazione triadica madre-padre-figlio (Baldoni, 2005, 2009).

Il compito fondamentale del padre all'interno della triade è quello di sostenere e proteggere la relazione madre-bambino durante l'infanzia e la madre in particolar modo durante le fasi di maggiore esposizione a difficoltà emotive. Gravidanza e puerperio sono caratterizzate da una maggiore vulnerabilità psicologica della donna e pertanto risulta indispensabile la funzione maritale e paterna di base sicura.

Come descritto in precedenza l'acquisizione del ruolo genitoriale è strettamente relata, non solo alla rappresentazione della relazione con il figlio, ma anche alla rappresentazione della relazione con le proprie figure di attaccamento. Ciò implica che la nascita di un figlio può far riemergere, anche nel padre così come nella madre, quegli stessi vissuti psicologici (abbandonici, gelosia, rivalità) che caratterizzavano le relazioni con i propri genitori e che, irrisolte, si sono consolidate come nuclei conflittuali. In questo caso possiamo trovare padri che vivono come una forma di esclusione l'arrivo di un figlio e si considerano “terzi” rispetto alla relazione madre-bambino che si configura, pertanto come “relazione di coppia” (Pazzagli, 2005).

Un adeguato ruolo paterno deve invece, riuscire a coniugare gli aspetti protettivi e genitoriali legati alla propria funzione, facilitando al bambino il contatto con la realtà esterna e promuovendo spazi di autonomia nella mente della madre rispetto al rapporto fusionale con il figlio.

Padri, invece, labili emotivamente o depressi non riescono a svolgere tale ruolo e costituiscono un ulteriore fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di disturbi del postpartum nella donna e nella relazione con il bambino (Luca & Bydlowski, 2001; van IJzendoorn, 1995; van IJzendoorn & De Wolff, 1997).

Numerosi sono in letteratura gli studi che, negli ultimi anni, hanno rivolto la loro attenzione alle manifestazioni di stati depressivi nei padri nel periodo perinatale, ai fattori predisponenti, nonché agli effetti che questa condizione ha sullo sviluppo del bambino, anche indipendentemente dalla depressione postpartum materna, e sul funzionamento familiare (Baldoni e Ceccarelli 2010; Field et al. 2006a; Melrose 2010; Ramchandani et al. 2008a; Ramchandani et al. 2011; Schumarcher, Zubaran, & White, 2008). La stima della prevalenza della depressione perinatale paterna oscilla tra il 4% e il 20%; alta è inoltre la comorbilità con altri disturbi psichiatrici. Uno dei maggiori problemi è quello della rilevazione, gli strumenti diagnostici infatti necessitano di essere validati in riferimento alla popolazione maschile (Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi, & Ramchandani, 2010; Kim & Swain, 2007). In particolare, sia la depressione prenatale che quella postnatale costituiscono un elemento di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia nel bambino; nello specifico sembra che forme depressive croniche presenti nella fase pre e post natale più frequentemente esitino in disturbi della sfera emotiva e comportamentale nei figli, mentre quelle specifiche della fase postnatale abbiano maggiore probabilità di costituire un rischio per l'insorgenza di problemi comportamentali, soprattutto nei maschi (Ramchandani et al. 2008b).

## CAPITOLO 2

### LA DEPRESSIONE PERINATALE: DEFINIZIONE, CARATTERISTICHE

La depressione è un disturbo dell'umore caratterizzato da sintomi quali tristezza, marcata riduzione di interesse per le attività, perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione e di colpa eccessivi o inappropriati, ridotta capacità di concentrazione e pensieri di morte (DSM- IV, APA, 2000). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 1992) ha identificato nella depressione la prima causa di disfunzionalità nei soggetti di età compresa tra i 14 e i 44 anni. Il rischio nel corso della vita per i disturbi depressivi nei campioni di comunità varia dal 10% al 25% e sono le donne e le persone più giovani a presentare un rischio più elevato.

Il termine “depressione” solitamente viene utilizzato per definire una serie di affetti dolorosi con cui l'individuo risponde a esperienze di perdita, simboliche o reali (Grinberg, 1971). Fin dai primi studi psicoanalitici sulla depressione, il concetto di perdita assume un'importanza centrale in molte delle teorie che cercano di spiegarne le dinamiche psicologiche e inconsce (Gaylin, 1968).

La predisposizione alla depressione sembra derivare dall'incapacità del soggetto di superare le diverse tappe evolutive che implicano l'abbandono di oggetti o di parti di essi; l'incapacità di modificare gli investimenti affettivi crea uno stato di vulnerabilità depressiva, che può portare allo sviluppo di un disturbo depressivo in quelle fasi della vita in cui si verificano i cambiamenti più significativi, ad esempio durante l'adolescenza o alla nascita del primo figlio (Haynal, 1976).

Rispetto alle donne, diversi studi empirici individuano nella gravidanza e nei mesi successivi al parto uno specifico fattore di vulnerabilità per lo sviluppo dei disturbi depressivi (Beck & Driscoll 2006; Bennett et al., 2004; Murray & Cooper, 1997).

Da un punto di vista diagnostico, il DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; American Psychiatric Association, 2000) non classifica la depressione post partum come un disturbo specifico, ma offre la possibilità di aggiungere la voce “post partum” per specificare il momento di esordio di un disturbo dell'umore, se questo avviene entro le prime quattro settimane dopo il parto.

L'ICD-10 (*International Classification for Disease*; Organizzazione Mondiale della Sanità, 1993) include nella propria classificazione la categoria “Sindromi e disturbi psichici e

comportamentali associati con il puerperio”, in cui possono essere inseriti i disturbi che insorgono entro sei settimane dalla nascita del bambino.

Nell’ambito della ricerca clinica, la maggior parte degli studi evidenzia una vulnerabilità psicologica della donna per almeno i primi sei mesi dopo il parto e alcuni autori estendono la definizione di depressione post partum fino al primo anno di vita del bambino (Beck & Driscoll 2006; Driscoll, 2006; Gaynes et al., 2005; Goodman, 2004; Nemeroff, 2008; McQueen, Montgomery, Lappan-Gracon, Evans, & Hunter, 2008). Inoltre, è stato osservato che le donne primipare corrono maggiormente il rischio di sviluppare la depressione post partum rispetto alle donne multipare.

Nei numerosi lavori presenti in letteratura si osserva ancora mancanza di consenso rispetto alla definizione di depressione perinatale (Missonnier, 2003). Attualmente nel panorama scientifico si dibatte la controversia sulla specificità versus non specificità di questo quadro clinico, con la quale si cerca di stabilire se la depressione perinatale sia un disturbo specifico o se sia assimilabile al disturbo depressivo che si manifesta in altri periodi della vita.

Certamente la donna sperimenta tale sintomatologia in un periodo particolare della propria vita, in una fase che comporta profonde trasformazioni dei propri investimenti affettivi e durante la quale la stessa nascita di un figlio costituisce un fattore di vulnerabilità (Whiffen, 1988). La donna sperimenta una sintomatologia depressiva in un periodo della vita in cui è coinvolta nell’evento della nascita, in una situazione in cui è responsabile della cura di un essere umano totalmente dipendente da lei (Beck & Driscoll, 2006).

Numerosi studi volti a indagare la “specificità” della depressione post partum rispetto alla depressione patologica hanno rilevato che, nelle donne che non avevano mai manifestato un disturbo dell’umore, è proprio l’evento della nascita un “fattore di vulnerabilità” (mentre nelle altre la nascita può solo incrementare il rischio).

La depressione post partum si connota quindi come un quadro specifico in quanto è connesso alla maternità, un periodo critico di profonda vulnerabilità che implica importanti trasformazioni nella vita di una donna sotto diversi aspetti: psicologico, fisico, culturale, spirituale ed emotivo.

I dati epidemiologici supportano l’ipotesi di una relazione specifica tra gravidanza e stati depressivi. Il termine *depressione post partum, o depressione postnatale*, si riferisce a un episodio depressivo non psicotico che inizia o si estende nel periodo post partum (Cox, Murray, & Chapman, 1993; Clemmens, Driscoll, & Beck, 2004; O’Hara, 1994; Watson, Elliott, Rugg, & Brough, 1984).

La prevalenza della depressione perinatale (locuzione che definisce la presenza di uno o più

episodi depressivi maggiori o minori nelle donne durante la gravidanza e nei 12 mesi successivi al parto) è stimata tra il 5% e il 25% (anche se alcuni studi riportano una prevalenza di oltre il 40 %). L'ampiezza di tale dato è legata alla disomogeneità tra i singoli studi relativamente a tempi e metodi di rilevazione, alle caratteristiche delle popolazioni indagate, agli strumenti utilizzati per la misurazione dell'intensità dei sintomi (O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984; Jesse et al., 2010).

Lo studio meta-analitico condotto dall'Agency for Healthcare Research and Quality sui risultati delle ricerche longitudinali dedicate all'argomento pubblicate dal 1980 al 2004 (Gaynes et al., 2005) restituisce un tasso medio di prevalenza per la depressione tra l'8,5% e l'11% durante la gravidanza e tra il 6,5% e il 12,9% nel primo anno dalla nascita del bambino. Un dato particolarmente significativo appare quello relativo ai primi quattro mesi successivi al parto, in cui il 19,2% delle donne presenta un episodio depressivo. Nello stesso periodo, la stima dell'incidenza dei casi di depressione post partum raggiunge il 20% (Lee & Chung, 2007).

La sintomatologia della depressione post partum è costituita da disturbi che sono in parte sovrapponibili a quelli di un quadro depressivo tipico e che persistono in modo continuativo per almeno una settimana: umore depresso, agitazione, difficoltà di concentrazione, ansia, pianto, basso livello di energia, perdita di interessi, stanchezza, disturbi del sonno e dell'appetito, sensi di colpa, svalorizzazioni e ideazioni suicidare (Beeber 2002; Bernstein et al., 2008; Chan e Levy, 2004; Cox, Murray, & Chapman, 1993; NMHA 2003; Troy, 2003).

Un episodio di depressione post partum tende a durare in media alcuni mesi, ma nelle forme più gravi può protrarsi fino a due anni (Affonso, De, Horowitz, & Mayberry, 2000; Cramer, 1999). Campbell e Cohn (1997) hanno rilevato un'estrema variabilità nel decorso della depressione post partum: si possono osservare depressioni post partum caratterizzate da una sintomatologia lieve o moderata, la cui durata può variare da alcune settimane a pochi mesi, con facile remissione e possibili ricadute, e depressioni post partum più gravi, che possono durare un anno o più.

Il rischio principale per una donna che abbia sofferto di depressione post partum è di andare incontro ad episodi depressivi, nell'arco di 5 anni, con una probabilità maggiore rispetto alle donne che non hanno mai sofferto di depressione post partum (Cooper & Murray, 1995).

In termini di diagnosi differenziale, la depressione post partum deve essere distinta da altre due forme di disturbo psicologico legate alla perinatalità: il *maternity blues* (definito anche *baby blues*) e la *psicosi puerperale* (Lee & Chung, 2007; Monti & Agostini, 2006).

Il *maternity blues*, definito precedentemente "sindrome del terzo giorno o depressione transitoria" (Hamiltom, 1967), è un disturbo dell'umore lieve, molto frequente come risposta

fisiologica a un'esperienza stressante (Kitzinger, 1981; Prezza et al., 1984; Raphael-Leff, 1991), ma transitorio e in genere senza effetti a lungo termine (O'Hara, 1987; O'Hara et al., 1990). Il suo manifestarsi è, a volte, attribuibile ai rapidi cambiamenti fisici e ormonali successivi al parto. Le fluttuazioni ormonali includono la diminuzione dei livelli degli ormoni tiroidei, degli estrogeni e del progesterone (Baker, Mancuso, Montenegro, & Lyons, 2002; Stein, 1982). Inoltre, sembrano costituire variabili significative la pregressa instabilità emotiva (Tod, 1964), la mancata elaborazione della separazione dal bambino (Benedeck, 1959), il ruolo passivo durante l'ospedalizzazione (Camaioni, 1980; Lanceri, 1983). La sintomatologia, caratterizzata da tendenza al pianto, stanchezza, ansia, paura e preoccupazioni eccessive, irritabilità, labilità emotiva, disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà di concentrazione e ridotta interazione con il bambino, tende a scomparire entro le prime due settimane dal parto e non influenza la capacità della madre di prendersi cura del bambino (Beck, 2006; Bennett e Indman 2003; Imsiragic, Begic, & Martic-Biocina, 2009; Scrandis, Sheikh, Niazi, Tonelli, & Postolache, 2007; Spinelli, 1998). Infatti, come sottolinea Bydlowski (2000) il *maternity blues* rappresenta l'aspetto emozionale di quella "nudità psichica" che permette alla madre di sintonizzarsi con il suo bambino. Nei rari casi della comparsa di sintomi di maggiore intensità e durata si amplifica, comunque, il rischio di insorgenza di un grave disturbo depressivo entro il primo anno dal parto (Beck, Reynolds, & Rutowski, 1992; Cox & Reading, 1989; Kumar & Robson, 1984; O'Hara & Zekoski, 1988); la sua incidenza oscilla tra il 50% e l'80 % (Zonana & Gorman, 2005).

La *psicosi puerperale* generalmente ha un esordio improvviso nelle prime due-tre settimane dopo il parto, ma può manifestarsi entro i primi tre mesi. Per la gravità della sintomatologia occorre intervenire con l'ospedalizzazione, assume frequentemente caratteristiche cicliche depressive e maniacali e può manifestarsi, occasionalmente, in forme schizofreniche. I sintomi prevalenti sono: rifiuto del cibo, depressione, perdita di contatto con la realtà, disturbi della memoria e del pensiero, deliri, allucinazioni, compromissione della capacità di funzionamento (Brockington et al., 1981). Si possono osservare sintomi di tipo maniacale caratterizzati da eccessiva energia unita all'incapacità a interrompere un'attività e marcata circospezione, irrazionalità e preoccupazioni per dettagli insignificanti (Kruckman & Smith, 1998) talvolta può perfino condurre ad episodi di suicidio o di infanticidio (Appleby, Mortensen, & Faragher, 1998; Spinelli, 2004). Nella popolazione femminile la psicosi puerperale ha un'incidenza di 1-4 casi ogni 1.000 (Doucet, Dennis, Letourneau, & Blackmore, 2009; Scrandis, Sheikh, Niazi, Tonelli, & Postolache, 2007) e per le donne con una precedente storia di disturbo bipolare o con un pregresso episodio di psicosi post partum, il

rischio è maggiore (Marcus, 2009; Oates, 2008; Sharma, 2008).

Di recente in letteratura troviamo associato al periodo del post partum il *disturbo da stress post-traumatico post partum o postnatale* (Czarnocka & Slade, 2000).

Il disturbo post traumatico da stress (PTSD) secondo il DSM-IV (1995), implica la presenza di sintomi che portano a rivivere l'evento traumatico (criterio B), sintomi di evitamento e di attenuazione della reattività generale (criterio C), sintomi di aumentato arousal (criterio D). Dal punto di vista psicodinamico possiamo spiegare l'evoluzione del disturbo a partire dall'emergere improvviso di immagini, pensieri, percezioni, sensazioni, flashback correlati all'esperienza traumatica. La carica d'ansia che ne deriva conduce l'individuo a mettere in atto strategie di evitamento delle emozioni e degli stimoli correlati al trauma e a manifestare diminuzione della reattività generale. La riattualizzazione dell'evento traumatico unita alle strategie di evitamento determinano l'aumento dello stato di arousal e ipereccitabilità che si esprime, a sua volta, in disturbi del sonno, irritabilità, labilità emotiva, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza e risposte di allerta esagerate.

Il PTSD correlato a un'esperienza traumatica vissuta durante il parto, sembra avere un'incidenza compresa tra il 2 % e il 7% a sei settimane dal parto (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Ayers & Pickering, 2001; Ballard, Stanley, & Brockington, 1995; Creedy, Shochet, & Hortsfall, 2000; Fones, 1996; Kumar, Marks, Platz, & Toshiba, 1995; Lyons, 1998; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006; Menage, 1993; Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002; Soet, Brack, & Dilorio, 2003; White, Matthey, Boyd, & Barnett, 2006; Wijma, Soderquist, & Wijma, 1997). Il disturbo post traumatico si configura come un disturbo ansioso alla cui base ritroviamo una percezione del sé come vulnerabile, della realtà come imprevedibile e degli altri come inaffidabili (Di Blasio & Ionio, 2002, 2005; Di Blasio, Ionio, & Confalonieri, 2008).

La sintomatologia, che in genere insorge dopo pochi giorni dal parto, è caratterizzata da una persistente riattualizzazione dell'evento traumatico attraverso pensieri intrusivi, incubi e flashback, evitamento di tutto ciò che è connesso all'evento traumatico, disturbi del sonno, di concentrazione e di memoria, ipervigilanza, irritabilità e rabbia. Se non viene riconosciuto in tempo, il disturbo può aggravarsi e portare allo sviluppo di ulteriori sintomi quali depressione, evitamento delle cure mediche, paura di eventuali parti futuri, disturbi nella sfera sessuale, nella relazione di coppia e nella relazione con il bambino. Gli eventi traumatici legati all'esperienza del parto possono essere: la morte del bambino, il parto d'urgenza, la sofferenza fetale, l'arresto cardiaco, le inadeguate cure mediche, la paura dell'epidurale, le anomalie congenite, emorragie post partum, nascita pretermine, separazione dal bambino in

incubatrice, parto prolungato e doloroso, parto rapido, parto cesareo (Affleck, Tennen, & Rowe, 1991; Areias, Kumar, Barros, & Figuerido, 1996a; Beck & Driscoll, 2006; Bydlowsky & Raul-Duval, 1978; De Mier, Hynan, Harris, & Manniello, 1996; Edwards, Porter, & Stein, 1994; Soderquist, Wijma, & Wijma, 2006).

E' necessario sottolineare che il parto si configura di per sé come un'esperienza potenzialmente traumatica in quanto legata a un alto livello di stress, al timore del dolore fisico e alla preoccupazione per il bambino. In tal senso risultano particolarmente influenti le aspettative della donna rispetto tale esperienza e le modalità soggettive con cui viene affrontata (Menage, 1993; Wijma, Soderquist, & Wijma, 1997).

Un ulteriore aspetto da tenere in particolare considerazione è quello relativo alla componente ansiosa associata agli eventi stressanti e alle soggettive modalità di elaborazione di tale componente emotiva. La sintomatologia da stress, infatti, è correlata allo sviluppo di stati depressivi in relazione alla modalità di elaborazione dell'ansia.

In particolare nei disturbi ansiosi e nella depressione ritroviamo sintomi sovrapponibili: disturbi del sonno e della concentrazione, timore verso il futuro, vissuti di impotenza (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Wijma, Soderquist, & Wijma, 1997).



### CAPITOLO 3

#### FATTORI DI RISCHIO

I dati di ricerca più attuali indirizzano verso un'ipotesi esplicativa multifattoriale dell'insorgenza della depressione perinatale. All'interno di questa, componenti biologiche, caratteristiche psicologiche, relazionali e ambientali si intrecciano e si definiscono quali fattori di rischio o di sostegno.

Dal punto di vista biologico sono stati presi in considerazione diversi fattori, a causa dei cambiamenti ormonali che caratterizzano i giorni successivi al parto.

Spesso i risultati degli studi a tal riguardo sono contrastanti. Questo vale soprattutto rispetto al ruolo svolto dai livelli di progesterone, testosterone, estradiolo, prolattina, mentre sembrano maggiormente concordanti gli studi che associano la comparsa di depressione post partum all'oscillazione tra sovrapproduzione e diminuzione di corticosteroidi (Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998; Bloch et al., 2000; Buckwalter et al., 1999; Gard, Handley, Parsons, & Waldron, 1986; Feksi, Harris, Walker, Riad-Fahmy, & Newcombe, 1984; Harris et al., 1989; Heidrich et al., 1994; Hohlagschwandtner, Husslein, Klier, & Ulm, 2001; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991; Zonana & Gorman, 2005).

Recentemente è stato preso in considerazione un altro aspetto che sembra associato alla presenza di depressione post partum: *l'anemia da deficienza da ferro* (Beard, Hendricks, & Perez, 2005). Tale deficit è spesso associato, negli adulti, ad alterazioni del comportamento e delle prestazioni cognitive e, con una prevalenza del 50%, rappresenta il deficit nutrizionale più diffuso al mondo nelle donne in età riproduttiva. L'anemia è caratterizzata spesso da uno stato di malessere, fatica e depressione, pertanto può interferire con il comportamento interattivo materno e può ripercuotersi sulla crescita del bambino.

Anche gli studi che mirano a valutare l'influenza dei fattori ginecologici e ostetrici hanno prodotto risultati discordanti. In due lavori di meta-analisi è emerso un effetto debole, ma significativo, dei fattori ostetrici (complicanze durante il parto, parto pretermine, cesareo d'urgenza, mancanza di sostegno durante il parto) sull'insorgenza di depressione post partum (Monti & Agostini, 2006; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004;), soprattutto se associati alla presenza di sintomatologia depressiva in gravidanza o ad una storia di disturbi depressivi (Murray & Cartwright, 1993; Beck, 2001). Ulteriori studi, al contrario, non evidenziano alcuna correlazione significativa (Cox, Connor, & Kendell, 1982; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984; Whiffen, 1988).

In letteratura le variabili *status socioeconomico basso, isolamento sociale, basso livello di*

*istruzione* sono state ampiamente indagate nella qualità di fattori di rischio ambientale, ma, per quanto costituiscano delle fonti di stress per la donna, non è stata stabilita una correlazione significativa con l'insorgenza della depressione perinatale (Campbell & Cohn, 1991; Eastwood, Phung, & Barnett, 2011).

Beck (2002a) in uno dei suoi lavori di meta-analisi condotto su 18 studi sulla depressione post partum, ha individuato nel conflitto tra le *aspettative sociali* sulla maternità e le esperienze reali, uno dei fattori predittivi della depressione post partum. La neo mamma si trova spesso a dover contrastare l'ideale materno di felicità (condiviso socialmente) che la vuole libera da dubbi e sofferenze e che la spinge a nascondere ogni difficoltà e la allontana dall'aiuto specifico di cui avrebbe bisogno sotto la pressione di una valutazione del sé di tipo morale che la identifica come "*cattiva madre*". La messa in atto di quei comportamenti difensivi che Guedeney (1989) ha descritto come "*paradosso della madre depressa*" descrivono bene quella madre che pensa di non avere diritto di sentirsi infelice o depressa in un momento che, secondo il senso comune, dovrebbe essere caratterizzato da felicità e senso di realizzazione.

Questo atteggiamento, insieme al non riconoscimento del problema da parte dei familiari, e spesso confuso dai clinici con il baby blues, influisce negativamente sulla durata della depressione post partum e quindi, sulla sua gravità sia per la qualità della vita della donna, sia per la qualità della relazione con il partner e per gli effetti sullo sviluppo del bambino (ACOG, 2006, 2008; Bina, 2008; Delassus, 1995; England, Ballard, & George, 1994; Fornari, 1981; Mc Cord, 1984; Mc Lennan, Kotelchuck, & Cho, 1996; Ramsay, 1993; Wisner et al., 2002).

Un importante aspetto che incide sulla durata della depressione post partum e sulla sua gravità è il ritardo con cui viene intrapreso un trattamento adeguato (Dossett, 2008).

Ampiamente studiati sono stati i fattori di rischio psicosociale: gli eventi stressanti, le difficoltà nel rapporto coniugale e lo scarso sostegno sociale (Goodman & Brand, 2009; Milgrom et al., 2008; Pignone et al., 2002; Paulden, Palmer, Hewitt, & Gilbody, 2009; Swendsen & Mazure, 2000; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay, & Minisini, 2002).

Eventi di vita stressanti in gravidanza e dopo il parto risultano significativamente correlati al rischio di depressione post partum (Buist, 2006; Brown, 1993; Martin, Brown, Goldberg, & Brockington, 1989; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983; Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980), soprattutto se sono presenti anche difficoltà nella relazione con il partner, situazione in cui la donna si trova in una condizione di mancanza di sostegno. È stato rilevato che il sostegno da parte del partner e l'interazione positiva madre-bambino sono due fattori in grado di differenziare le donne con episodi brevi di depressione post partum (inferiori a sei mesi),

dalle donne con episodi cronici (da sei mesi a due anni) (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992; Cox, Connor, & Kendell, 1982). Inoltre, sembra che l'assenza o diminuzione di sostegno da parte di una figura di riferimento sia associata all'insorgenza di depressione post partum (O'Hara, 1986; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983; Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980).

Un'ulteriore variabile presa in considerazione è l'allattamento al seno. Sembra che un fallimento in questa fase (inteso sia nel senso di allattamento difficoltoso, sia di precoce interruzione) sia associato a elevati livelli di depressione (Ferguson, Jamieson, & Lindsay, 2002). Allo stesso modo anche una gravidanza non programmata può costituire un fattore di rischio per l'insorgenza della depressione post partum (Lancaster et al., 2010; McLennan, Kotelchuck, & Cho, 2001; Oppo et al., 2009).

Numerosi sono gli studi che hanno evidenziato una significativa associazione tra variabili di tipo psicologico e depressione post partum: storie di malattia psichiatrica della donna o psicopatologia familiare costituiscono un fattore di rischio per l'insorgenza del disturbo depressivo post partum (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992; Mazzeo et al., 2006; O'Hara, 1994; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1983; Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980; Scrandis, Sheikh, Niazi, Tonelli, & Postolache, 2007).

È stato inoltre osservato che una precedente storia di depressione, la comparsa di una sintomatologia depressiva e/o la presenza di ansia durante la gravidanza e lo sviluppo del maternity blues, sono variabili psicologiche della donna fortemente predittive della depressione post partum (Beck 1996a; Davé, Petersen, Sher, & Nazareth, 2010; Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Lee & Chung, 2007; McCoy, Beal, Shipman, Payton, & Watson, 2006).

Pensieri di morte, paura di fare del male, nella loro qualità di sintomi ansiosi, qualora si intensifichino raggiungendo una gravità psicopatologica possono esitare nell'acuirsi dei disturbi depressivi attraverso la messa in atto di comportamenti disfunzionali (Brockington, 2004a).

Numerosi studi hanno rilevato la presenza di specifici fattori psicodinamici alla base della depressione perinatale: relazioni emotivamente povere con le loro madri (Uddenberg & Nilsson, 1975; Verkerk, Denollet, Van Heck, & Van Sonmpopv, 2005) percezioni significativamente più negative della quantità di cure ricevute da madre e padre (Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mount, 1991), attaccamento ansioso e stile difensivo immaturo (McMahon, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005) . All'interno della letteratura psicoanalitica, Blum (2007) ha rilevato che nella donna che sviluppa una depressione post

partum possono individuarsi tre tipi di conflitto emozionale: la dipendenza, sia rispetto al proprio bisogno di dipendenza dagli altri, sia rispetto alla totale dipendenza del figlio; la rabbia, la cui gestione appare problematica; l'ambivalenza riguardo la maternità.

Anche il temperamento del bambino è stato studiato come potenziale fattore di rischio per la comparsa della depressione post partum. Beck (1996b) ha condotto una meta-analisi su 17 studi, allo scopo di determinare l'associazione tra depressione post partum e temperamento del bambino nel primo anno di vita. Dai risultati emerge una moderata relazione.

Durante il periodo post partum, i bambini con temperamento difficile, caratterizzati ad esempio da tendenza al pianto, irritabilità e scarsa capacità di adattamento, rendono il compito di accudimento materno molto più difficile. Difficoltà ripetute nell'accudimento del bambino possono avere degli effetti negativi sul sentimento materno di competenza e di autostima favorendo lo sviluppo di quegli atteggiamenti di autocritica che possono, poi, condurre alla depressione post partum (Murray, Woolgar, Cooper, & Hipwell, 2001; Vliegen et al., 2010).

Un'altra possibile spiegazione dell'associazione riscontrata tra depressione post partum e temperamento del bambino è che la depressione post partum della madre, influenzando le modalità di cura del figlio, esponga il bambino al ritiro e alla passività materna, contribuendo allo sviluppo di un temperamento difficile (Baker, Mancuso, Montenegro, & Lyons, 2002; Hanington, Ramchandani, & Stein, 2010; Whiffen & Gotlib, 1989).

È stato osservato che le caratteristiche difficili del bambino influenzano lo sviluppo della depressione post partum soprattutto nel periodo immediatamente successivo al parto; in seguito altri fattori, come eventi di vita stressanti o scarso sostegno sociale, hanno un'influenza maggiore rispetto all'insorgenza di tale disturbo (Monti & Agostini, 2006).

Un altro aspetto importante che caratterizza le madri depresse è la presenza di credenze negative su di sé e sui propri figli (Teti & Gelfand, 1997). È stato rilevato che le madri depresse si sentono meno efficaci come genitori rispetto alle madri non depresse (Fox & Gelfand, 1994; Teti & Gelfand, 1991).

La depressione può anche condurre le madri a percepire in maniera più negativa il comportamento dei propri figli. Field, Morrow e Adelstein (1993) hanno confrontato le valutazioni delle madri e di osservatori indipendenti riguardo al comportamento dei bambini durante interazioni madre-bambino videoregistrate. I risultati hanno rilevato che sia le madri depresse che gli osservatori esterni codificavano il comportamento dei figli delle madri depresse come caratterizzato da maggiore stress o tristezza rispetto al comportamento dei figli di madri non depresse; tuttavia le madri depresse valutavano i propri figli in maniera significativamente più negativa rispetto agli osservatori indipendenti.

In modo analogo, Hart, Field e Roitfarb (1999a) hanno condotto uno studio sulle percezioni delle madri rispetto al comportamento del bambino a un giorno e a un mese dalla nascita, confrontandole con le valutazioni di osservatori esterni. I risultati di tale ricerca hanno rilevato che a un giorno dalla nascita, le madri depresse percepivano i loro figli come maggiormente irritabili, percezione non confermata dagli osservatori esterni.

Diversi autori hanno rilevato che lo stile di attribuzione materno misurato durante la gravidanza è predittivo di un determinato grado di sintomatologia depressiva nel periodo post partum (Cutrona, 1983; Milgrom, Martin, & Negri, 1999; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982). Facendo riferimento ad alcuni lavori di meta-analisi sui principali fattori di rischio per l'insorgenza della depressione post partum, è possibile individuarne una costellazione che comprende quelli che possono considerarsi predittivi del disturbo.

Due dei primi studi di meta-analisi della Beck (1996a, 1996b), individuano come fattori predittivi della depressione post partum la depressione prenatale, lo stress nella cura del bambino, gli eventi di vita stressanti, lo scarso supporto sociale, l'ansia prenatale, il maternity blues, l'insoddisfazione coniugale e il temperamento del bambino. Ciò è stato confermato, successivamente, in un ulteriore lavoro (Beck, 2001) condotto su 84 studi pubblicati tra il 1990-99; i risultati di quest'ultima analisi hanno messo in rilievo i 13 fattori predittivi della depressione post partum tra cui la bassa autostima, lo status maritale, lo status socioeconomico e la gravidanza programmata/non programmata (con un effetto minore). I più forti predittori risultano essere: depressione prenatale, bassa stima di sé, stress per la cura del bambino e ansia prenatale.

Con questi dati concordano, in parte, O'Hara e Swain (1996) e Robertson e collaboratori (2004), le cui meta-analisi hanno rilevato che i fattori predittivi più importanti della depressione post partum sono la depressione prenatale, l'ansia prenatale, lo scarso supporto sociale, gli eventi di vita stressanti e una storia di psicopatologia della madre; altri fattori che hanno un'influenza minore, ma comunque significativa, sono il nevroticismo, uno stile di attribuzione cognitivo negativo e le variabili ostetriche.

In particolare il valore predittivo della depressione pre-natale viene sottolineata nella maggior parte dei lavori presenti in letteratura, pertanto possiamo affermare che questo fattore costituisce un aspetto di vulnerabilità della donna all'insorgenza della depressione post partum (Atkinson & Rickel, 1984; Wisner et al., 2001).

Per quanto riguarda i fattori di protezione, è stato osservato che il sostegno sociale è un fattore di fondamentale importanza nella promozione del benessere psicologico della madre. Le donne possono ricevere sostegno, sia strumentale che emotivo, dal proprio compagno, dalle

famiglie di origine, dalla rete amicale o da figure professionali (Ammaniti, Cimino, & Trentini, 2007). In particolare, la partecipazione al corso di preparazione al parto, il sostegno emotivo durante il travaglio e il parto, l'aiuto pratico nella gestione del bambino, si configurano come fattori protettivi specifici. Inoltre, alcune caratteristiche psicologiche della madre, come una buona autostima e delle buone capacità di coping, e un temperamento "facile" del bambino, possono avere un'influenza positiva nel processo di adattamento alla maternità (Monti & Agostini, 2006).

La conoscenza dei fattori di rischio e di protezione della depressione post partum rappresenta un aspetto fondamentale per la prevenzione di tale disturbo, in quanto consente di individuare precocemente le donne a rischio e di predisporre trattamenti tempestivi, mirati al potenziamento delle risorse individuali, relazionali e sociali di cui la donna dispone. Infatti, le forme depressive emerse durante la fase perinatale, se non trattate, facilmente hanno effetti negativi sulla qualità della vita, della relazione madre-bambino e delle relazioni familiari (Austin et al. 2008; Yonkers et al. 2009; Breedlove e Fryzelka 2011).

## CAPITOLO 4

### DEPRESSIONE PERINATALE E ATTACCAMENTO

Come già evidenziato, in letteratura è ampiamente indagata l'insorgenza dei disturbi depressivi nelle donne, sia in periodo pre-natale che post-natale, ma spesso non è facile riconoscere immediatamente i sintomi depressivi, e considerarli nel loro ruolo di fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo maggiore nella madre e/o di vulnerabilità psicologiche e relazionali nel bambino (Bifulco et al., 2004).

Sebbene sia riconosciuto l'importante ruolo rivestito dalle modifiche neuroendocrine e ormonali (Hendrick, Altshuler, & Suri, 1998; Zonana & Gorman, 2005) e dai fattori genetici (Beck 1996a, 1996b; Forty et al., 2006) sull'insorgenza di episodi depressivi nella gravidanza e nel puerperio, i dati di ricerca indicano con chiarezza che questi elementi non risultano sufficienti a spiegare lo sviluppo della depressione nella fase perinatale (Klier et al., 2007; Lusskin, Pundiak, & Habib, 2007).

La depressione perinatale ha dunque una eziopatogenesi multifattoriale, rispetto alla quale è stato possibile individuare anche alcuni fattori predittivi (Beck, 2001; Nielsen Forman et al., 2001; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004), sia di matrice socio-ambientale (presenza di *life events* stressanti, condizioni socioeconomiche svantaggiate) che di matrice psicologica (bassa autostima, stati d'ansia precedenti alla gravidanza, scarso supporto sociale percepito).

Secondo le prospettive evolutive orientate dalla Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1988; Fonagy, 2001; Holmes, 1993), alcuni elementi che caratterizzano la depressione, e in particolare la depressione perinatale, quali l'autostima carente, la mancanza di senso di sicurezza, il basso livello di autoefficacia percepita e di *agency*, e la difficoltà nell'instaurare e mantenere relazioni supportive con le figure più intime e vicine, possono essere intesi come indicatori di una scarsa capacità di autoregolare e regolare interattivamente le emozioni.

Come noto, la relazione con la madre costituisce il fondamento per lo sviluppo delle capacità di auto-regolazione (Taylor, Bagby, & Parker, 1997) e di co-regolazione (Beebe & Lachmann, 2002) degli stati affettivi. In tal senso, il sistema di attaccamento opera proprio a livello della regolazione affettiva, poiché le rappresentazioni cognitive e affettive ad esso connesse possono intendersi come sistemi di elaborazione e organizzazione delle informazioni provenienti dal Sé e dall'ambiente. I termini "sicurezza" e "insicurezza", riferiti alla teoria dell'attaccamento, rimandano infatti a schemi di funzionamento individuale e

interpersonale, ai quali corrispondono le strategie finalizzate a processare le informazioni, le memorie e gli stati emotivi.

Tali schemi di funzionamento si strutturano a partire dalla prima infanzia all'interno della relazione con il genitore; gli scambi quotidiani tra la Figura di Attaccamento (FdA) ed il bambino permettono lo sviluppo di una serie di aspettative relative alla cura del genitore che portano all'organizzazione di *modelli operativi interni* (IWM), intesi come rappresentazione del sé, dell'altro e della relazione di attaccamento nel suo complesso (non si tratta di immagini oggettive, ma di rappresentazioni mentali frutto della storia delle risposte del caregiver alle azioni del bambino).

I modelli operativi interni permettono all'individuo di percepire gli eventi, interpretarli, prevedere le situazioni future e pianificare le proprie azioni, modulando le risposte cognitive, emotive e comportamentali. Nello specifico, da un punto di vista cognitivo guidano la nostra attenzione verso aspetti della realtà che ci coinvolgono influenzandone le modalità di codifica mnestica e di recupero e condizionando i processi esplicativi. Per ciò che attiene ai pattern di risposta emozionale, i modelli operativi influenzano sia le modalità di risposta immediata agli eventi (*valutazione primaria*) sia l'elaborazione cognitiva successiva che può amplificare o ridurre l'intensità della prima (*valutazione secondaria*) (Collins, Guichard, Ford, & Feeney, 2004). Dal punto di vista comportamentale, infine, ne modula le risposte attraverso l'attivazione di strategie nuove e di altre già interiorizzate (Collins & Read, 1994).

Come già Bowlby (1980) affermava, ripercorrendo il pensiero di Seligman (Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1979) potremmo allora pensare alla depressione come un senso di 'impotenza appresa' all'interno delle prime esperienze relazionali con le figure di attaccamento. Pertanto, a stili di attaccamento insicuri tendenzialmente corrispondono strategie disfunzionali di risposta agli *stressor* interni e esterni, nonché una minore capacità di utilizzare le emozioni come guida per i comportamenti.

Secondo questo modello, dunque, l'umore disforico e la depressione, spesso in comorbilità con altri disturbi (disturbo d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi correlati all'uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità) esprimono una difficoltà nell'elaborare i significati affettivi e cognitivi delle esperienze, a causa di carenze nello sviluppo emotivo che derivano, almeno in parte, dalla scarsa presenza nell'infanzia di sentimenti di sicurezza e fiducia verso le figure di attaccamento.

Come Bibring (1953) affermava è proprio da esperienze di impotenza che derivano senso di fallimento e bassa autostima: vissuti che confermano all'individuo la sensazione di delusione e fallimento verso se stessi. Intolleranza verso le frustrazioni e gravità delle situazioni reali



durante lo sviluppo si identificano come fattori predisponenti alla depressione. Seligman e collaboratori (1979) individuavano come fattori causali nella condizione di “inaiutabilità” e quindi di depressione gli eventi nocivi, sperimentati come incontrollabili. Possiamo pertanto riprendere dalla teorizzazione bowlbyana l’identificazione di tre esperienze che implicano un senso di incontrollabilità per l’individuo: la morte di un genitore, che genera nel bambino vissuti di disperazione e di impossibilità ad essere aiutato, direttamente legati alla mancanza di controllo sull’evento, che nel tempo si generalizzano a tutte quelle condizioni in cui l’individuo si sente sopraffatto dalla realtà; l’incapacità di costruire un legame stabile e sicuro con la figura di accudimento, che genera quei vissuti di fallimento rispetto al sé che lo renderanno vulnerabile a ogni esperienza di delusione o perdita; l’esperienza di sé come non amabile e non competente che porta allo sviluppo dell’immagine dell’altro come non disponibile, né affidabile e di sé come non amabile (Bowlby, 1980).

Le ricerche sull’attaccamento hanno frequentemente indagato la presenza di psicopatologia negli adulti con stile di attaccamento insicuro, evidenziando l’elevata presenza di disturbi psicologici quali ansia e depressione (Brown & Wright, 2003; Mickelson, Kessler, & Shaker, 1997). L’evidenza empirica ha, infatti, dimostrato che i soggetti con depressione presentano prevalentemente stili di attaccamento insicuro o persino disorganizzazione del sistema d’attaccamento (Bifulco et al., 2006; Fonagy et al., 1996; Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

Le ricerche indicano pertanto che l’attaccamento insicuro/disorganizzato e la disregolazione affettiva costituiscono un fattore di rischio per l’insorgenza dei disturbi depressivi, in particolare quando il soggetto è esposto ad eventi traumatici (Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996), o durante alcune fasi evolutive critiche, come può essere intesa l’esperienza della gravidanza (Bernazzani & Bifulco, 2003).

In seguito alla gravidanza, inoltre, come dimostrano alcuni recenti studi, lo sviluppo di stati depressivi è significativamente associato all’incremento della sintomatologia post-traumatica e dissociativa (Siegel, 1999; van Son, Verkerk, Van der Hart, Komproe, & Pop, 2005; Vermetten, Denollet, Van Heck, & Van Sonmpopv, 2007).

Alla luce del modello proposto, quindi, i sintomi post-traumatici potrebbero manifestarsi in seguito alla gravidanza, nei soggetti con attaccamento insicuro/disorganizzato, a causa delle ridotte capacità di autoregolazione affettiva e della difficoltà nell’integrare le proprie rappresentazioni mentali all’interno di un quadro coerente e coeso.

Alcune ricerche evidenziano, inoltre, come i sintomi post-traumatici possano svilupparsi nelle madri proprio in relazione alla mancata elaborazione cognitiva e affettiva delle esperienze

negative connesse al parto (Di Blasio & Ionio, 2002). Ciò ci riporta a considerare il ruolo svolto dalla dissociazione come meccanismo di difesa di natura psicobiologica che impedisce l'integrazione di memorie, idee, affetti e comportamenti all'interno della coscienza, poiché gli stati mentali e fisiologici che questi elicitano sono percepiti come incompatibili tra loro e talmente dolorosi da risultare intollerabili (Caretti, Craparo, & Schimmenti, 2007). La dissociazione può essere, infatti, considerata come lo *svuotamento del contenuto emozionale* dell'esperienza, piuttosto che l'eliminazione in toto della stessa (Albasi, 2006).

Un utilizzo pervasivo delle difese dissociative da parte della donna per contrastare gli stressors connessi alla maternità potrebbe, pertanto, costituire un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo della depressione post-partum . In questi casi quella che viene compromessa è la funzione adattiva propria del sistema di attaccamento che rimane costretto all'interno di schemi difensivi rigidi che inficiano fortemente la capacità di autodeterminazione dell'individuo e alimentano vissuti di ansia o di rabbia.

## **CAPITOLO 5**

### **DEPRESSIONE PERINATALE: EFFETTI SULLA RELAZIONE MADRE- BAMBINO**

Il sistema di attaccamento è presente sin dalla nascita e si fonda su componenti biologiche innate: attraverso le interazioni con i *caregiver* esso si organizza in schemi cognitivo-affettivi che orientano le rappresentazioni di sé e del mondo.

Quando un bambino è trascurato, maltrattato e/o abusato svilupperà più frequentemente uno stile di attaccamento insicuro (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball, & Lillie, 2002); laddove i traumi e i lutti esperiti saranno troppo intensi, questi potranno sopraffare la capacità di costituire e mantenere rappresentazioni di attaccamento coerenti, disorganizzando quindi il sistema di attaccamento stesso (Main, 1995).

Le osservazioni delle interazioni tra le madri depresse e i loro figli (Beebe et al., 2008; Feng, Shaw, & Skuban, 2007; Field, 1984; Field et al., 1985; Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988; Tronick, Asl, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) mettono in luce quanto la depressione influenzi il comportamento materno, limitando l'espressione emozionale e la qualità degli scambi relazionali all'interno del processo di mutua regolazione.

È opinione ormai condivisa in letteratura che il bambino è un individuo attivo fin dalla nascita (Sameroff & Emde, 1989) e viene al mondo con una predisposizione biologica all'interazione sociale (Sander, 2007). In un'ottica transazionale (Sameroff, 1993, 2004) lo sviluppo del bambino è considerato il prodotto di interazioni dinamiche e continue tra il bambino e le esperienze vissute nel contesto familiare e sociale in cui è inserito. Anche negli scritti di Winnicott (1965a, 1965b, 1971) viene sottolineata l'importanza dell'ambiente per lo sviluppo e, in particolare, l'interazione madre-bambino viene definita come la prima, fondamentale relazione della vita.

Le interazioni precoci madre-bambino sono caratterizzate da due processi principali: l'autoregolazione, cioè la capacità di regolare i propri stati interni, e la regolazione interattiva, che si riferisce all'influenza del comportamento di ogni partner su quello dell'altro (Beebe & Lachmann, 2002).

L'infant research, grazie all'utilizzo di tecniche osservative microanalitiche, ha provato l'esistenza di competenze relazionali precoci nel bambino, volte a promuovere degli scambi interattivi con la madre. È stato osservato che il bambino reagisce alla mancanza di sintonia mimica materna attraverso comportamenti di ritiro e cambiamenti della gestualità. Ciò dimostra che il neonato è sensibile alla forma e all'animazione del viso materno e anche alla

propria mimica, soprattutto nel suo aspetto di sintonizzazione affettiva (Stern, 1985).

Nella coppia madre-bambino si osservano complesse interazioni emotive, visive e vocali, che sono finalizzate alla condivisione di uno stesso “spazio mentale” (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974). L’interazione viene regolata in maniera congiunta ed è costruita socialmente sia dal neonato che dall’adulto, in quanto ciascun partner modula i propri comportamenti in funzione di quelli dell’altro e in rapporto allo stato dell’interazione (Tronick & Weinberg, 1997). Il processo di regolazione affettiva deriva dall’interazione tra la capacità innata del bambino di autoregolarsi, la sua predisposizione a mettere in atto comportamenti interattivi e la capacità della madre di interpretare in modo adeguato i suoi segnali, rispondendovi con modalità appropriate.

Inizialmente le capacità di autoregolazione del bambino sono immature e necessitano di forme addizionali di regolazione, che vengono fornite dall’atteggiamento responsivo della madre, ma al tempo stesso il bambino è precocemente in grado di mettere in atto comportamenti regolatori etero-diretti (ad esempio sorridere o piangere per modulare l’interazione) allo scopo di condividere degli stati affettivi con la madre (Ammaniti, Cimino, Trentini, 2007).

Mentre in passato le interazioni normali madre-bambino venivano definite come caratterizzate da sincronia e dalla condivisione di emozioni positive (Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Condon & Sander, 1974), studi recenti hanno dimostrato che in realtà l’interazione madre-bambino è caratterizzata dall’alternarsi di stati di sincronia e di stati di non-condivisione, dovuti al verificarsi di normali errori interattivi. Tali “rotture interattive” vengono poi recuperate grazie al processo di riparazione, messo in atto sia dalla madre sia dal bambino, che consente di ritornare a uno stato di sincronia (Tronick, 2005). Gli studi sull’interazione faccia a faccia hanno evidenziato che la relazione madre-bambino varia normalmente lungo un continuum, che va da un’elevata sincronia interattiva a una totale assenza di reciprocità (Cohn & Tronick, 1988,1989).

Nelle interazioni caratterizzate da frequenze normali di riparazione, il neonato apprende quali strategie di comunicazione sono efficienti e quando utilizzarle. Con l’accumulo di esperienze di riparazioni riuscite, il bambino fonda un nucleo di affetto positivo, sviluppa una rappresentazione di se stesso come efficace, una rappresentazione delle sue interazioni come positive e una rappresentazione della madre come affidabile. L’insieme di queste rappresentazioni è fondamentale per lo sviluppo di un senso di sé coerente e di relazioni stabili e sicure (Tronick & Weinberg, 1997).

Al contrario, le osservazioni condotte mediante il Paradigma dello Still-Face (Tronick, Asl,

Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) (una procedura sperimentale videoregistrata in cui si chiede alla madre di assumere un'espressione fissa e di non rispondere al bambino), hanno messo in luce che, in presenza di un insuccesso prolungato nella riparazione degli errori comunicativi, il bambino inizialmente cerca di ristabilire l'interazione con la madre, ma, quando gli sforzi di riparazione falliscono, sperimenta uno stato affettivo negativo.

Ripetuti insuccessi nel processo di riparazione interattiva conducono il bambino a sospendere ogni iniziativa interattiva e predispongono allo sviluppo di una rappresentazione del sè come non competente e una rappresentazione dell'interazione con la madre come non riparabile (Cohn & Tronick, 1983; Field, 1984; Tronick, 1989).

L'osservazione delle interazioni faccia a faccia tra madre depressa e bambino ha portato all'individuazione di 4 stili affettivi e comportamentali materni: stile intrusivo, stile ritirato, stile positivo e stile misto (Cohn & Tronick, 1989).

Lo *stile materno intrusivo* è tipico di madri depresse che manifestano condotte intrusive, invadenti e iperstimolanti nell'interazione con il figlio. Queste madri mostrano un tono di voce irritato, modalità di accudimento ostili, incoerenti e grossolane e un'espressione facciale tesa o forzatamente serena (Grussu & Quatraro, 2006). Le osservazioni rilevano che il bambino passa la maggior parte del tempo evitando lo sguardo della madre e dedicandosi poco all'esplorazione degli oggetti; inizialmente, manifesta sentimenti di ostilità e rabbia e si allontana dalla madre, respingendola. Tali comportamenti però solo raramente riescono a limitare l'invadenza della madre e il bambino sperimenta la riparazione (cioè la trasformazione della rabbia in uno stato positivo) in modo irregolare e discontinuo. Fino a quando tali comportamenti riescono a far allontanare le madri, il neonato internalizza lo stato di rabbia come modalità difensiva nell'affrontare la realtà, anticipando il comportamento intrusivo materno. In seguito, la ripetizione di questo tipo di esperienze lo rende maggiormente irritabile nella loro relazione con la madre e con gli adulti e lo porta a sperimentare più facilmente sentimenti di frustrazione quando agisce sugli oggetti (Tronick & Weinberg, 1997).

Lo *stile materno ritirato* è caratterizzato da un'affettività piatta, un basso livello di reattività, scarso contatto fisico, evitamento dello sguardo, rare vocalizzazioni e poche espressioni facciali. La tendenza prevalente della madre è quella di non interagire con il proprio bambino, mostrando ritiro e disinteresse nei suoi confronti. Il bambino delle madri ritirate, inizialmente, può mostrare rabbia, ma, incapace di affrontare questo stato negativo, si disregola, diviene irritabile e piange. Nei casi in cui l'esposizione del bambino alla non reattività materna si prolunghi nel tempo, egli svilupperà uno stile di regolazione distaccato e auto-diretto,

caratterizzato da comportamenti auto-consolatori, come succhiarsi il pollice, comportamenti passivi e di isolamento (Tronick & Weinberg, 1997). Questo stile interattivo viene sviluppato dal bambino come difesa per evitare le emozioni negative connesse al ritiro materno, ma con il tempo si stabilizza, attivandosi automaticamente anche in situazioni in cui vi è un'assenza di affetti negativi (ad esempio nelle interazioni con uno sconosciuto amichevole) (Field et al., 1988).

È possibile identificare delle differenze di genere negli stili di regolazione e di affettività dei bambini (Tronick & Weinberg, 1997). Le femmine, rispetto ai maschi, sono meno orientate socialmente, mostrano una minore reattività affettiva e possiedono una maggiore capacità di autoregolare i propri stati affettivi. Sulla base di tali caratteristiche, sembra che i maschi siano più vulnerabili allo stile materno ritirato, poiché il ritiro materno li priva dell'aiuto regolatorio di cui hanno bisogno. Le femmine, invece, mostrano una maggiore capacità di concentrarsi sugli oggetti e sono molto più inclini ad esplorare l'ambiente. Tali caratteristiche le rendono più vulnerabili allo stile materno intrusivo, che interferisce con le loro attività. I maschi mostrano maggiore stabilità nei comportamenti di distanziamento e di fuga, mentre le femmine manifestano maggiore stabilità negli stati emotivi di tristezza. Tali differenze sembrano rappresentare i primi segnali della successiva prevalenza nei maschi di disturbi di natura esternalizzante, come iperattività e aggressività, e nelle femmine di disturbi di natura internalizzante, come ad esempio disturbi di tipo depressivo (Tronick & Weinberg, 1997).

Lo *stile materno positivo*, è tipico di madri depresse che manifestano comportamenti simili a quelli di madri non depresse, mostrando una buona qualità della relazione. La sola differenza riscontrabile tra questo tipo di madri e quelle senza disturbi depressivi è la minore frequenza, nelle interazioni faccia a faccia, di scambi visivi con i figli (Ammaniti, Cimino & Trentini, 2007).

Infine, lo *stile materno misto*, caratterizza le madri che presentano comportamenti alternanti tra lo stile intrusivo, ritirato e positivo. I bambini possono rispondere a tali fluttuazioni del comportamento materno in diversi modi: se, in generale, tendono a richiedere poco l'attenzione delle madri, rispetto ai figli di madri ritirate, giocano di più e hanno scambi visivi più frequenti con loro. Ripetute esperienze di fallimenti interattivi possono provocare nei bambini reazioni simili a quanto precedentemente descritto riguardo ai figli di madri ritirate (Ammaniti, Cimino & Trentini, 2007).

I diversi stili interattivi materni sono caratterizzati da specifici profili fisiologici, biochimici ed elettroencefalografici (Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, & Kuhn, 2003; Hart, Jones, Field, Lundy, 1999b; Jones, Field, Hart, Lundy, & Davalos, 2001).

È stato osservato che le madri ritirate, se confrontate con madri intrusive, mostrano una maggiore attività elettroencefalografica frontale destra e un minor livello di dopamina. Queste stesse attività elettroencefalografiche e uguale livello dopaminergico sono stati riscontrati anche nei figli di madri ritirate, se confrontati con i bambini di madri con stile intrusivo (Lundy et al., 1999; Field et al., 2001). I più bassi livelli di dopamina potrebbero spiegare sia lo stile comportamentale ritirato delle madri sia i livelli di performance più bassi dei bambini, che ottengono punteggi minori alla scala di Bayley somministrata a un anno di età (Hart, Field, Jones, & Yando, 1999c).

Infine, è stato osservato che il profilo biochimico delle madri depresse con stile interattivo positivo si colloca tra il profilo di madri non depresse e quello di madri ritirate o intrusive. I figli delle donne depresse con stile materno positivo mostrano una migliore capacità di regolazione dei propri stati comportamentali, caratteristica che probabilmente favorisce una buona interazione con la propria madre (Grussu & Quatraro, 2006).

Beck (1995) ha condotto una meta-analisi su 19 studi, allo scopo di analizzare gli effetti della depressione post partum sull'interazione madre-bambino nel primo anno di vita. I risultati hanno messo in evidenza che la depressione materna ha un effetto negativo moderato sul comportamento interattivo sia della madre che del bambino e un effetto fortemente negativo sull'interazione diadica madre-bambino.

Rispetto all'interazione nei primi 3 mesi di vita, alcuni studi (Murray, Stanley, Hooper, King, & Fiori-Cowley, 1996; Righetti-Veltema, Conne-Perréaud, Bousquet, & Manzano, 2002; Stanley, Murray, & Stein, 2004) hanno osservato che le madri depresse sono meno sensibili e meno responsive nei confronti dei loro bambini, mostrano scarso contatto fisico e poca attenzione rispetto ai figli, si focalizzano poco sulla loro esperienza, concentrandosi maggiormente sulle proprie preoccupazioni e angosce (Monti, Agostini, & Martini, 2005).

È stato riscontrato che le madri depresse incontrano notevoli difficoltà nell'interpretare correttamente i segnali dei bambini, non riuscendo a soddisfare le loro esigenze fisiologiche primarie (Bettes, 1988; Cox, Golden, & Sagovsky, 1987; Dodge, 1990). Nella fase dell'allattamento, per esempio, tendono ad evitare il contatto visivo con i figli e non comprendono bene i loro ritmi di suzione (Field, 1984).

Anche il *motherese*, il peculiare tipo di linguaggio utilizzato dalle madri durante le interazioni con bambini piccoli (Fernald, 1985), è spesso influenzato dalla depressione materna. È stato osservato che le madri depresse non riescono a inserirsi facilmente nelle vocalizzazioni dei figli e rispondono alle loro iniziative interattive in modo più lento e asincrono (Bettes, 1988).

Il contenuto e il tono affettivo delle comunicazioni di queste madri si differenzia

notevolmente da quelli di madri non depresse. Le madri depresse utilizzano spesso un linguaggio piatto e tendono a fare maggiori attribuzioni negative sul comportamento dei bambini, con critiche o commenti ostili, manifestando fastidio riguardo alle loro interazioni di gioco (Hammen, Burge, & Stansburry, 1990; Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick, & McKnew, 1990).

In uno studio condotto a 9 mesi dal parto, Agostini, Monti, Marano e Baiamonte (2004) hanno osservato che le diadi madre depressa-bambino mostrano, rispetto alle diadi madre non depressa-bambino, scambi visivi alterati, carenza di espressioni di gioia e maggiori indicatori della presenza di una distorsione relazionale. Gli Autori hanno inoltre rilevato che i bambini di madre depressa si differenziano dai figli di madre non depressa per una maggiore passività, indifferenza nelle interazioni fisiche, pianti più frequenti e un tono emotivo più basso.

Studi condotti a 18-20 mesi dal parto, hanno messo in evidenza che le interazioni tra madri depresse e i loro figli sono caratterizzate da una carenza di scambi vocali, da una minore giocosità e da una ridotta qualità globale dell'interazione (Righetti-Veltema, Bousquet, & Manzano, 2003). Le madri depresse sono meno affettuose e più ansiose, e i figli manifestano una scarsa condivisione affettiva, una minore capacità di concentrazione e un maggior numero di risposte negative.

La depressione post partum, limitando la disponibilità emotiva della madre nei confronti dei segnali del figlio, compromette anche l'evoluzione di un modello di attaccamento sicuro nel bambino (Ammaniti, Cimino, & Trentini, 2007).

La teoria dell'attaccamento elaborata da Bowlby (1969, 1973, 1980) postula che il bambino è caratterizzato da una predisposizione biologica innata verso la persona che si prende cura di lui, determinata da una motivazione intrinseca e primaria a mantenere la prossimità con il caregiver, al fine di sviluppare un senso di sicurezza personale. La disponibilità emotiva e la sensibilità materna, cioè la capacità della madre di accettare e comprendere le diverse espressioni emotive del bambino, di recepire i suoi segnali e di rispondervi in modo adeguato, consentono al bambino di sviluppare un senso di fiducia nei confronti del caregiver, che costituisce una "base sicura" da cui partire per l'esplorazione dell'ambiente (Bowlby, 1988). Fin dal primo anno di vita, sulla base delle esperienze relazionali precoci, il bambino costruisce delle rappresentazioni sufficientemente stabili di sé e della figura di attaccamento, definiti modelli operativi interni, che lo indirizzeranno nell'interpretazione delle informazioni provenienti dall'ambiente esterno.

I modelli di attaccamento sicuri e insicuri rilevati mediante la Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) possono essere considerati degli indicatori specifici della



capacità di regolazione affettiva del bambino, di cui fa esperienza nelle interazioni precoci con il caregiver. L'attaccamento sicuro è caratterizzato dalla capacità del bambino di regolare le proprie tensioni, facendo affidamento sulla disponibilità emotiva della madre. L'attaccamento insicuro, invece, testimonia una disfunzione nelle competenze regolatrici del bambino, che non può contare sull'aiuto del caregiver per regolare i propri livelli di attivazione. In questo caso egli può disattivare parzialmente le proprie emozioni, come avviene nei modelli di attaccamento di tipo evitante, o massimizzarle, come avviene nei modelli di attaccamento ansioso-ambivalente (Kobak & Sceery, 1988; Cassidy, 1994).

La capacità di sintonizzazione affettiva della madre (Stern, 1985), intesa come capacità di comunicare con il bambino a livello emotivo sintonizzandosi con i suoi stati affettivi, è considerato un elemento cruciale nella trasmissione della sicurezza dell'attaccamento (Sorce & Emde, 1981). Attraverso la sintonizzazione affettiva, il genitore rispecchia e trasforma gli affetti del figlio, consolidando le sue capacità comunicative e di regolazione emozionale.

Esperienze ripetute di fallimento nei tentativi di regolazione affettiva reciproca predispongono alla strutturazione di modelli di attaccamento insicuro (Cohn, Cowan, Cowan, & Pearson, 1992).

Vari studi hanno messo in evidenza che i diversi stili interattivi delle madri depresse generano diverse forme di attaccamento nel bambino. È stato osservato che lo stile materno intrusivo favorisce la costituzione di modelli di attaccamento di tipo evitante, mentre lo stile materno ritirato influenza lo sviluppo di modelli di attaccamento di tipo ansioso-ambivalente (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985).

Anche la gravità della depressione materna ha un peso considerevole nella definizione dei modelli di attaccamento infantile. Sembra che i figli di madri con depressione bipolare abbiano maggiori probabilità di sviluppare un attaccamento insicuro, soprattutto di tipo disorganizzato, rispetto ai figli di madri con depressione unipolare o senza disturbi depressivi. Durante la Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) questi bambini manifestano comportamenti di apprensione e confusione nei confronti delle madri e mostrano atteggiamenti depressivi che si caratterizzano per un'espressività emotiva negativa e atipicità posturale e motoria (Ajuriagurra & Marcelli, 1982).

Stern (1995), partendo dal "complesso della madre morta" di Green (1983), una situazione in cui la madre depressa è fisicamente presente ma psicologicamente ed emotivamente assente per suo figlio, descrive quattro esperienze soggettive che il bambino può sperimentare nell'interazione con una madre depressa, a causa della sua assenza psichica e affettiva:

microdepressione, rianimazione della madre, ricerca altrove di autostimolazione e falsa stimolazione. Tali esperienze conducono alla costituzione di schemi relazionali nel bambino ed entrano a far parte delle sue rappresentazioni interne.

La “microdepressione” è un processo di identificazione con lo stato affettivo depressivo della madre, che si manifesta con un’inespressività del volto, mollezza posturale e con la scomparsa di stati affettivi positivi. Non riuscendo a stimolare la madre, il bambino cerca di imitarla allo scopo di ricercare un’intimità interattiva con lei.

La “rianimazione della madre” consiste nel tentativo, da parte del bambino, di suscitare una risposta materna attraverso il contatto oculare. Il bambino solleva le sopracciglia, spalanca gli occhi e la bocca, vocalizza, fa gesti, sorride, per invitare la madre all’interazione. Questa strategia interattiva, con cui il bambino cerca di attirare l’attenzione della madre, si osserva spesso negli studi condotti con il Paradigma dello Still Face (Tronick, Asl, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978). A volte il bambino riesce a “rianimare” la madre, altre volte invece fallisce a causa della notevole variabilità del tono dell’umore tipica delle madri depresse.

La “ricerca altrove di stimolazione” si verifica nelle situazioni in cui i tentativi di rianimazione della madre falliscono. In questo caso il bambino cercherà altrove un livello più appropriato di stimolazione e di attività gratificanti, mantenendo comunque la presenza della madre come elemento di sfondo.

Infine, la “falsa stimolazione” consiste nel tentativo della madre di stimolare il proprio bambino per cercare di compensare le proprie carenze nei suoi confronti. Il risultato di tale sforzo materno è una stimolazione inautentica, caratterizzata da un’assenza di sentimento, ma che comunque viene accolta dal bambino a causa del suo estremo bisogno di scambi interattivi.

Secondo Stern (1995) il vuoto affettivo causato dalla mancata responsività prolungata della madre depressa può indurre il bambino all’interiorizzazione di tali scenari interattivi, che rischiano di diventare schemi relazionali stabili.

## CAPITOLO 6

### DEPRESSIONE PERINATALE: EFFETTI SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO

L'insorgenza di disturbi nello sviluppo del bambino, associabili alla depressione post partum, più che alla sola esposizione allo stato depressivo materno, sembra essere legata alla scarsa qualità delle interazioni precoci, all'assenza di fattori protettivi e alla presenza di fattori di rischio nel contesto di vita del bambino (Murray, 1992; Monti, Agostini, & Martini, 2004). In particolare la depressione materna costituisce un significativo fattore di rischio per lo sviluppo sociale ed emozionale del bambino, per l'emergere dei disturbi di tipo internalizzante ed esternalizzante nella fanciullezza e per gli esiti clinicamente significativi nell'adolescenza oltre che per lo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro verso il caregiver (Goodman & Tully, 2006; Coyl, Roggman, & Newland, 2002; Hammen & Brennan, 2003; Silk, Shaw, Skunsan, Oland, & Kovacs, 2006). La capacità di espressività emotiva della madre, compromessa dallo stato depressivo, svolge il ruolo di mediatore tra depressione materna e funzionamento socio-emotivo del bambino in quanto favorisce l'istaurarsi di un clima emotivo relazionale caratterizzato da *criticismo verso il Sé e verso il bambino*: negativismo, antagonismo, disgusto, insensibilità e non responsività descrivono il contesto relazionale madre depressa-bambino (Gravener et al., 2011; Masten & Cicchetti, 2010). Gli studi degli effetti della depressione materna sullo sviluppo infantile si sono focalizzati principalmente sul comportamento materno (Cummings & Davies, 1994; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985), nonostante sia stato riconosciuto che i meccanismi genetici hanno un'importanza rilevante nella trasmissione del rischio psicopatologico (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992).

È stato riscontrato che i figli di madri depresse corrono il rischio di sviluppare disturbi psicopatologici con una probabilità significativamente maggiore rispetto ai figli di madri non depresse, manifestando in particolare problemi comportamentali, malattie fisiche e sintomi di tipo depressivo (Orvaschel, Walsh-Allis, & Ye, 1988; Weissman, Leaf, Bruce, & Florio, 1988).

Già durante la gravidanza, l'esposizione del feto allo stress materno può interferire con lo sviluppo, comportando conseguenze nei neonati, come maggiore tendenza al pianto, inconsolabilità e anomalie del sonno, temperamento difficile, e nella prima infanzia, come ritardi nello sviluppo cognitivo e motorio (Della Vedova, Ducceschi, Cesana, Pelizzari, &

Imbasciati, 2009).

La depressione materna può esporre i bambini a forme di disregolazione comportamentale, fisiologica e biochimica già a poche ore dalla nascita (Bansil et al., 2010; Field, 1998). Durante il primo anno di vita questi bambini manifestano elevati livelli di negatività e distress, mostrando comportamenti di evitamento attivo nei confronti delle madri (Murray & Cooper, 1996; Teti & Gelfand, 1991).

I figli di madri depresse, già all'età di tre mesi, possono manifestare uno stato affettivo prevalentemente depresso e una maggiore propensione al pianto (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Davis et al., 2007; Field et al., 1988; Field et al., 2007; O'Connor & Byrne, 2007) e tra i 12 e i 14 mesi possono mostrare, nello sviluppo emotivo e cognitivo, delle disfunzioni che li portano ad essere poco socievoli e timorosi nei confronti di adulti estranei (Murray & Cooper, 1996).

Inoltre, è stato osservato come, nei primi mesi di vita, le disregolazioni interattive, che caratterizzano le interazioni madre depressa - bambino, possano esprimersi sotto forma di disregolazioni neurofisiologiche nel bambino, come problemi legati all'alimentazione (Dennis & McQueen, 2009). Ad esempio, in uno studio condotto da Righetti-Veltema e collaboratori (2002), è stato rilevato che i bambini di madri depresse a 3 mesi hanno maggiori problemi di alimentazione e del sonno e presentano maggiore costipazione rispetto ai figli di madri non depresse. Monti e colleghi (2005) hanno riscontrato che anche a 18 mesi i bambini di madri depresse soffrono di disturbi del comportamento alimentare con una frequenza maggiore rispetto ai figli di madri non depresse. Mantymaa e collaboratori (2003) hanno osservato come le disregolazioni interattive associate alla depressione post partum siano predittive di problemi di salute cronici, come infezioni ricorrenti, gravi allergie e asma, nei bambini di 2 anni.

In una meta-analisi di 9 studi, condotta da Beck (1998b), è stato rilevato un effetto debole ma significativo della depressione post partum sullo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino ad 1 anno di età. In particolare, i figli di madri che hanno sofferto di depressione post partum mostrano maggiori problemi comportamentali e uno scarso funzionamento cognitivo rispetto ai bambini di madri non depresse.

Diversi studi hanno rilevato la presenza di problemi cognitivi nei figli di madri depresse. In particolare è stato riscontrato che questi bambini manifestano deficit dell'attenzione (Weissman et al., 1984; Winters, Stone, Weintraub, & Neale, 1984), problemi di lettura (Stevenson & Fredman, 1980), disturbi del linguaggio (Sohr-Preston & Scaramella, 2006) e difficoltà nella soluzione di problemi sociali (Hay, Zahn-Waxler, Cummings, & Iannotti,

1992).

Partendo dal presupposto che l'intelligenza sia una capacità sociale, Hay (1997; Hay, Pawlby, Waters, & Sharp, 2008) cerca di spiegare in che modo la depressione post partum influenza il funzionamento cognitivo del bambino, sostenendo l'ipotesi secondo cui la depressione materna, nei primi mesi di vita, può compromettere i processi sociali che promuovono la capacità attentiva del neonato. Secondo l'Autore, le interazioni con madri depresse, caratterizzate da risposte imprevedibili o non contingenti rispetto ai segnali dei figli e da uno stato affettivo negativo, limitano le capacità di apprendimento dei bambini e ne influenzano, pertanto, lo sviluppo cognitivo.

In accordo con quanto detto anche gli studi condotti da Murray, Hipwell, Hooper, Stein e Cooper (1996) hanno indagato gli effetti della depressione post partum sullo sviluppo cognitivo del bambino dai primi mesi dopo il parto a 5 anni di età. I risultati di tale studio longitudinale rilevano che a 9 e a 18 mesi i figli di madri con depressione post partum, confrontati con i figli di madri non depresse, mostrano una minore regolazione dell'attenzione e punteggi più bassi ai compiti di permanenza dell'oggetto. I maschi, inoltre, ottengono punteggi più bassi al Mental Development Index delle Bayley Scales of Infant Development (Bayley, 1969). A 5 anni il comportamento poco responsivo materno resta fortemente predittivo delle scarse performance cognitive dei bambini.

Cogill, Caplan, Alexandra, Robson e Kumar (1986) hanno osservato che i figli di madri con depressione post partum, sia maschi che femmine, a 4 anni, mostrano punteggi significativamente più bassi alle McCarthy Scales of Children's Abilities (McCarthy, 1972) rispetto ai figli di madri non depresse. Tali risultati vengono confermati anche da Hay (1997), che mette in luce inoltre come alcuni fattori di vulnerabilità del bambino, ad esempio un basso peso alla nascita, siano da considerare fattori di rischio, mentre un livello di istruzione più elevato della madre costituisca un fattore protettivo. Hay e Kumar (1995), in uno studio condotto su bambini di 4 anni, riconfermano l'associazione tra depressione post partum e deficit nello sviluppo intellettuale del bambino in presenza di un basso livello di istruzione della madre.

In seguito, Hay e colleghi (2001) hanno effettuato un ulteriore follow-up a 11 anni sui figli di madri che avevano sofferto di depressione 3 mesi dopo il parto, rilevando problemi di attenzione e di ragionamento matematico e punteggi più bassi al QI di performance misurato attraverso la Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler, 1992).

Un'altra area particolarmente indagata in letteratura riguarda l'influenza della depressione post partum sui disturbi comportamentali infantili.

Una meta-analisi di 33 studi (Beck, 1999), volta a indagare l'associazione tra depressione materna e problemi comportamentali in bambini da 1 a 18 anni, ha individuato un effetto medio della depressione della madre sui disturbi comportamentali dei figli. Tale effetto varia in funzione dell'ampiezza del campione e della tipologia degli studi. Le ricerche prese in considerazione, infatti, utilizzano metodologie differenti per rilevare la presenza di problemi comportamentali nei bambini. Alcuni studi utilizzano misurazioni dirette del comportamento infantile, attraverso valutazioni condotte da osservatori esterni, mentre altri utilizzano misurazioni indirette, cioè resoconti da parte delle madri o degli insegnanti. Il rischio, utilizzando quest'ultimo metodo, è che le percezioni delle madri depresse siano eccessivamente negative e quindi non attendibili.

In una ricerca di Philipps e O'Hara (1991), condotta su figli di 4 anni e mezzo di madri depresse, non è stata riscontrata un'associazione diretta tra depressione post partum e disturbi comportamentali nei bambini, misurati attraverso la Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983), una scala che si basa sui report dei genitori.

Uno studio condotto da Murray e Cooper (1997) si è proposto di valutare lo sviluppo socioemotivo di bambini di 5 anni, utilizzando i report sia delle madri che degli insegnanti. I risultati a cui pervengono gli Autori mettono in luce che i figli di madri che hanno sofferto di depressione post partum mostrano una bassa responsività durante le interazioni con la madre, problemi comportamentali nell'ambito familiare e, nel contesto scolastico, preferenze per i giochi fisici semplici rispetto a quelli creativi.

In uno studio di Hay, Pawlby, Angold, Harold e Sharp (2003) è stata valutata la presenza di disturbi comportamentali in bambini di 11 anni servendosi dei report degli insegnanti, delle madri e dei bambini stessi. I risultati di tale ricerca hanno messo in evidenza che i figli di madri che hanno sofferto di depressione post partum manifestano difficoltà nella gestione della rabbia e mostrano sintomi del deficit di attenzione-iperattività. Inoltre, gli Autori hanno rilevato come i bambini le cui madri hanno sofferto di depressione 3 mesi dopo il parto e di almeno un ulteriore episodio depressivo in seguito, abbiano una probabilità significativamente maggiore, rispetto ai figli di madri non depresse, di mettere in atto comportamenti violenti.

Gli effetti della depressione post partum sembrano variare in base al livello di sviluppo raggiunto dal bambino (Goodman et al., 2011; Zuckerman & Beardslee, 1987). Nei neonati è stato rilevato uno scarso peso alla nascita, nei bambini dai 12 ai 24 mesi sono stati osservati problemi nella regolazione degli stati affettivi e nello sviluppo cognitivo, con deficit del gioco simbolico e minori abilità sociali. Nell'età prescolare i figli di madri depresse manifestano punteggi più bassi nel QI, disturbi del sonno e sintomi psicosomatici. Infine, nell'età

adolescenziale è stata riscontrata un'incidenza elevata di depressione maggiore, disturbi dell'umore, deficit dell'attenzione e disturbi d'ansia (Ammaniti, Cimino, & Trentini, 2007; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007).

All'interno di numerosi studi è stato rilevato che i figli di madri depresse mostrano, sia nell'infanzia sia nell'età scolare, maggiori problemi nell'attaccamento (tendenza allo sviluppo di forme di attaccamento insicuro), difficoltà nella regolazione emotiva e nel controllo degli impulsi e un ritardo nello sviluppo linguistico. Nei bambini in età scolare gli Autori hanno riscontrato la presenza di stili di attribuzione negativi, bassa autostima, disturbi depressivi o ansiosi, difficoltà intellettive e di attenzione, relazioni povere con i pari, minori abilità sociali, scarso rendimento scolastico e un maggiore rischio di insorgenza di disturbi psicopatologici di tipo non depressivo (Cornish et al., 2005; Cummings, Keller, & Davies, 2005; Gelfand & Teti, 1990; Lyons-Ruth, 1998; Lyons-Ruth, Tambelli, & Zaccagnini, 2012; Martins & Gaffan, 2000; Sinclair & Murray, 1998; Wu, Selig, Roberts, & Steele, 2011). Durante l'adolescenza le problematiche prevalenti sono risentimento nei confronti del genitore che non ha saputo fornire modelli sociali appropriati, disagio sociale, disturbi della condotta e, soprattutto tra le femmine, stati affettivi di tipo depressivo (Garber, Keiley, & Martin, 2002; Murray, Woolgar, Cooper, & Hipwell, 2011).

Diversi studi hanno rilevato che i bambini di madri depresse, durante l'infanzia e l'adolescenza, hanno più probabilità di sviluppare sia disturbi di tipo internalizzante che esternalizzante quali: disturbi depressivi, disturbi ansiosi e dipendenze patologiche (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little, & Briggs-Gowan, 2001; Weissman, Warnerm Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997), con l'aumento dei problemi esternalizzanti in entrambi i sessi a 8 e 9 anni (Luoma et al., 2001). Circa il 50% dei figli di genitori con disturbi affettivi sperimenta almeno un episodio depressivo durante l'adolescenza (Downey & Coyne, 1990; Goodman & Emory, 1992). Ricerche recenti hanno confermato questi dati, mettendo in evidenza come i figli di madri che hanno sofferto di depressione post partum manifestino problemi emotivi e comportamentali, con sintomi depressivi come ritiro, ansia e tristezza (Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997).

I sintomi che sembrano caratterizzare lo stato depressivo durante l'infanzia sono: tendenza al pianto, difficoltà di concentrazione, chiusura sociale, affaticamento, disturbi psicosomatici, agitazione psicomotoria e autovalutazioni negative (Ammaniti, Cimino, & Trentini, 2007).

Varie ricerche hanno messo in evidenza che gli effetti negativi della depressione post partum sullo sviluppo del bambino dipendono soprattutto dalla severità e dalla persistenza del disturbo (Murray et al., 1999; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985;

Rutter & Quinton, 1984) e dalla comorbilità con i disturbi da panico, i disturbi di personalità e l'agorafobia (Downey & Coyne, 1990; Weissman, 1984). Inoltre, la compromissione dello sviluppo del bambino è rilevabile quando l'esposizione alla depressione materna persiste per almeno i primi sei mesi di vita (Cohn, Cowan, Cowan, & Pearson, 1992). Alcuni autori ritengono che i maschi, rispetto alle femmine, siano maggiormente a rischio di sviluppare disturbi psicopatologici, problemi affettivi, comportamentali e sociali (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996; Sharp et al., 1995) e vari studi hanno dimostrato che l'insorgenza della depressione materna nelle prime fasi di sviluppo del bambino aumenta il rischio psicopatologico infantile (Field et al., 1988; Roseblum, Mazet, & Bénony, 1997; Weissman, Leaf, Bruce, & Florio, 1988).

La trasmissione del rischio psicopatologico nei bambini di madri depresse, oltre ad avere le cause relazionali che sono state precedentemente descritte, sembra avere anche origini neurobiologiche e genetiche. È stato rilevato che le donne depresse, durante la gravidanza, mostrano livelli anormali di funzionamento neuroendocrino, che causano un rallentamento nella crescita del feto e una scarsa motilità intrauterina. Inoltre, lo stile di vita delle madri depresse è spesso caratterizzato da abitudini non adeguate allo stato di gravidanza, come fumare o fare uso di alcool, che hanno delle ripercussioni sullo sviluppo del feto (Dawson, Lavori, Coryell, Endicott, & Keller, 1999; Field, 1998; Goodman & Gotlib, 1999). Come già espresso, gli studi neurobiologici hanno dimostrato che la disregolazione affettiva che caratterizza le interazioni madre depressa-bambino può condurre ad alterazioni nello sviluppo cerebrale del bambino (ad esempio asimmetrie frontali destre), predisponendolo a una maggiore vulnerabilità rispetto allo sviluppo di disturbi psicopatologici in fasi successive della vita (Schoore 1996, 2001a, 2001b).

Da un punto di vista genetico, è stato rilevato che il rischio di insorgenza di disturbi affettivi tra i parenti di primo grado di un soggetto affetto da depressione unipolare è del 20-25% circa, rispetto al 7 % riscontrato nella popolazione normale (Nolen-Hoeksema, 1987).

In un'ottica psicoanalitica, per spiegare i meccanismi che conducono alla trasmissione del rischio psicopatologico dalla madre al bambino, Fraiberg, Adelson e Shapiro (1974) propongono il concetto di "fantasmi nella stanza dei bambini". Con tale espressione gli autori si riferiscono al fatto che il passato delle madri "ritorna in vita" nel rapporto con i propri figli, portando al ripresentarsi di modelli relazionali passati, spesso negativi e maltrattanti (Bifulco & Moran, 1998). Fraiberg (1981) mette in evidenza come i "fantasmi materni", influenzando la relazione madre-bambino, possano incidere negativamente sullo sviluppo del bambino.



## CAPITOLO 7

### LA VALUTAZIONE

La valutazione della depressione perinatale può riguardare l'identificazione corretta e tempestiva delle donne che soffrono di depressione post partum e l'individuazione precoce, fin dalla gravidanza, delle donne a rischio. Infatti, un ulteriore ambito di valutazione è quello relativo all'individuazione delle variabili che, come abbiamo descritto in precedenza, sono considerate fattori di rischio per l'insorgenza della depressione perinatale e per i disturbi ad essa correlati.

Riguardo al primo aspetto, gli strumenti più utilizzati per la valutazione della depressione post partum sono le interviste semi-strutturate e i questionari self-report.

La presenza di sintomi depressivi nel periodo post partum può essere individuata attraverso le interviste semi-strutturate: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). Tali interviste hanno una durata media di un'ora e sono basate sui criteri diagnostici del *Manuale di classificazione diagnostica delle malattie mentali* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000); attraverso una lunga serie di domande, esse mirano a individuare l'eventuale presenza nel soggetto di disturbi clinici (Asse I) o di disturbi della personalità (Asse II).

Tuttavia, la depressione post partum spesso si presenta con sintomi che non saturano i criteri diagnostici del DSM e che di conseguenza non consentono una diagnosi specifica del disturbo; tali sintomi nondimeno causano una compromissione del funzionamento psicologico e sociale della donna. Per tali ragioni, nella pratica clinica, accanto a interviste semi-strutturate, vengono utilizzati questionari self-report compilati dalle donne, che consentono di rilevare quella parte della sintomatologia depressiva non sufficiente a soddisfare i criteri diagnostici del DSM (Gorman et al., 2004).

Per quanto riguarda i questionari self-report, i più utilizzati nelle ricerche presenti in letteratura sono: il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Moch, & Erbaugh, 1961), il *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977), l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Golden, & Sagovsky, 1987; Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani, & Cox, 1999), il *Postnatal Depression Screening Scale* (PDSS; Beck & Gable 2000a, 2002).

Il BDI è composto da 21 item che valutano la presenza di sintomi cognitivi, affettivi,

somatici, comportamentali e interpersonali della depressione che si sono manifestati nell'ultima settimana. Il questionario può essere completato, in condizioni normali, in circa 15 minuti e nelle istruzioni viene chiesto al soggetto di riportare l'intensità e la frequenza con cui sperimenta gli stati d'animo descritti negli item presentati. Ogni item prevede un punteggio da 0 a 3, sulla base dell'intensità del sintomo, e il punteggio totale varia da 0 a 63; il punteggio finale definisce la gravità della sintomatologia depressiva. Punteggi globali compresi tra 0 e 13 (<85° percentile) indicano l'assenza di sintomi depressivi significativi; punteggi tra 14 e 17 indicano una vulnerabilità alla depressione (<90°); punteggi tra 18 e 19 indicano un evidente stato disforico (<95°); punteggi da 20 in su indicano una grave sintomatologia depressiva (>95°).

Recentemente il BDI è stato revisionato per rendere il contenuto degli item più simile ai criteri diagnostici dei disturbi depressivi presenti nel DSM-IV; inoltre il periodo temporale a cui è necessario fare riferimento durante la compilazione è stato esteso alle ultime due settimane (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996).

Moderata risulta essere la *specificità* rispetto alla capacità di individuare i segni della Depressione Postpartum. Buona invece la coerenza interna (.80 alfa di Cronbach) e la correlazione test-retest ( $r=.76$ ). La validità convergente risulta significativa (BDI e QD= .77  $p<0001$ ); così come la validità discriminante (BDI-II e STAI  $r=.66$ ,  $p<.0001$ ).

Il CED-D è un questionario di autovalutazione costituito da 20 item che indagano l'umore del soggetto rispetto a: *affetto depresso, sintomi somatici, affetto positivo, relazioni interpersonali*. Lo strumento, spesso utilizzato come primo strumento di screening sia in ambito clinico che di ricerca, valuta la presenza e l'intensità di sintomi depressivi. Può essere completato, in condizioni normali, nel tempo di 10 minuti e gli item che lo costituiscono indagano l'umore del soggetto nell'ultima settimana; il punteggio di ogni item varia da 0 a 3, quello complessivo da 0 a 60. Il cut-off individuato dall'Autore per identificare le donne depresse è di 16, mentre nella validazione italiana (Pierfederici et al., 1982) è stato identificato un cut-off di 20.

Il CES-D risulta possedere una moderata "sensibilità" e la sua utilizzazione deve essere accompagnata da strumenti che valutino uno spettro di sintomi più ampio se applicato rispetto alla Depressione postpartum.

L'EPDS è un questionario self-report costituito da 10 item, costruito specificatamente per esplorare i sintomi depressivi del periodo post partum. Lo strumento indaga lo stato depressivo della puerpera rispetto a: *incapacità di ridere, sensi di colpa immotivata, incapacità di rivolgersi alle cose con gioia, ansia e preoccupazione, sentirsi spaventata,*

*sentirsi sommersa dalle cose, difficoltà nel sonno, sentirsi triste, pianto frequente, pensieri di farsi del male.* Il punteggio a ogni domanda varia da 0 a 3, il punteggio globale da 0 a 30; gli Autori indicano un cut-off di 12/13 per la rilevazione di una depressione maggiore, mentre un valore intorno a 9/10 indica la presenza di un rischio depressivo da considerare con attenzione clinica.

Nonostante sia stato costruito e validato per la valutazione dei sintomi depressivi del post partum (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price, & Gray, 2009; Murray & Carothers, 1990) lo strumento possiede una moderata “specificità” rispetto alla depressione post partum poiché non coglie gli aspetti legati a perdita di controllo, irritabilità, pensieri ossessivi, difficoltà di concentrazione, quadro depressivo espresso dal rallentamento psicomotorio (Cramer, 1997; Guedeney, Fermanian, Guelfi, & Kumar, 2000; Beck, 2002a).

La PDSS è un questionario self report che ha l’obiettivo di ottenere dettagliate informazioni sulla sintomatologia depressiva nel periodo post partum. È costituito da 35 item che si articolano su sette dimensioni: *disturbi del sonno/dell’alimentazione, ansia/insicurezza, labilità emotiva, disturbi cognitivi, perdita d’identità, senso di colpa/vergogna, pensieri di farsi del male* e tengono conto di quelle che sono considerate le principali manifestazioni sintomatologiche della depressione post partum (Beck, 1996b). Alla donna viene chiesto di rispondere alle domande facendo riferimento alle ultime due settimane, esprimendo il suo grado di accordo su una scala Likert a 5 punti. Il punteggio complessivo varia da 35 a 175 e permette di classificare i soggetti in tre gruppi rispetto al rischio depressivo: valori tra 35-59 indicano un adattamento nella norma; valori tra 60-79 rilevano sintomi significativi di Depressione post partum (minor depression); valori compresi tra 80-175 evidenziano un quadro positivo per Depressione post partum (depressione maggiore). Inoltre, è possibile ottenere un punteggio parziale per ogni sottoscala che può fornire importanti informazioni da un punto di vista clinico (Beck & Gable, 2001).

Rispetto agli strumenti in precedenza considerati, la PDSS sembra possedere buone proprietà psicometriche come strumento di screening (sensibilità e specificità per la depressione maggiore: 94%-98%; per la depressione minore: 91%-72%) e validità concorrente con gli altri strumenti (EPDS  $r=0.79$ , BDI-II  $r=0.81$ ). Le sette sottoscale sono state, inoltre, oggetto di analisi fattoriale confermatrice da cui è scaturito il loro valore come indicatori sia del livello di sintomatologia depressiva, sia delle specifiche aree sintomatologiche (Beck & Gable, 2001). Lo strumento, validato in Italia nel 2010 (Beck & Gable, 2002), possiede, inoltre, un meccanismo per il controllo delle risposte incoerenti (Inconsistent Responding Index) che permette di individuare i soggetti che non rispondono in modo accurato al test.

Rispetto a una valutazione ad ampio raggio dei fattori correlati alle alterazioni dell'umore in fase perinatale, possiamo individuare una vasta gamma di strumenti.

I questionari self report possono essere utilizzati anche per valutare la presenza di fattori di rischio durante la gravidanza che potrebbero condurre a una depressione post partum. Ad esempio, il *Predictive Index* è un questionario self-report, costruito da Cooper, Murray, Hooper e West (1996), focalizzato su fattori eziologici sociali e psicologici emersi in due ampi studi epidemiologici (Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988; Murray & Cox, 1990). Lo strumento indaga 6 aree in particolare: l'esperienza emotiva della gravidanza, l'esperienza fisica della gravidanza, la storia psichiatrica, la perdita della madre prima degli 11 anni, la qualità delle relazioni con i propri genitori, con il partner e con gli amici, e i fattori sociali.

Un ulteriore strumento utilizzato per valutare la presenza dei fattori predittivi della depressione post partum è il *Postpartum Depression Prediction Inventory* (PDPI; Beck, 1998a; Beck & Records, 2006), una sorta di checklist costruita sulla base di una precedente meta-analisi sui fattori di rischio associati alla depressione post partum (Beck, 1996a). Le aree indagate dallo strumento sono: depressione prenatale, ansia prenatale, precedente storia di depressione, supporto sociale, soddisfazione coniugale, eventi di vita stressanti, stress legato alla cura del bambino e maternity blues.

Il PDPI è stato recentemente revisionato (PDPI-Revised; Beck, 2002b) in seguito a un aggiornamento della meta-analisi sui fattori di rischio condotto da Beck (2001). Il PDPI-Revised è stato pensato come uno strumento da utilizzare durante un'intervista in ambito clinico, allo scopo di individuare i fattori di rischio della donna. Rispetto alla versione precedente sono state inserite le seguenti variabili: status maritale, status socioeconomico, autostima, gravidanza programmata/non programmata, temperamento del bambino. L'Autrice consiglia di utilizzare tale strumento a ogni trimestre della gravidanza e periodicamente fino al primo anno di vita del bambino, per individuare l'eventuale presenza dei fattori predittivi della depressione post partum (Beck & Driscoll, 2006). Nella fase di assessment della depressione perinatale possono essere utilizzate anche le seguenti interviste semistrutturate: *l'Intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza* (IRMAG) e *l'Intervista sulle rappresentazioni materne dopo la nascita* (IRMAN) (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995). Tali strumenti si basano sul presupposto che le rappresentazioni mentali possano fornire informazioni sulla modalità con cui la donna organizza ed elabora i propri affetti, ricordi, pensieri e comportamenti, rispetto all'esperienza della gravidanza e della maternità. In questa prospettiva, le rappresentazioni materne corrispondono a modelli interni di

funzionamento, che possono influenzare lo stile di accudimento ed essere quindi fortemente predittive delle modalità interattive che la madre metterà in atto nei confronti del proprio figlio (Ammaniti & Stern, 1991; Ammaniti, 1992; Benoit & Parker, 1994; Fonagy, Moran, Steele, & Steele, 1992).

In letteratura è stato osservato che in situazioni in cui è presente una depressione, le rappresentazioni materne appaiono distorte e incoerenti; in un'ottica di prevenzione precoce, conoscere e valutare le rappresentazioni materne appare dunque un aspetto fondamentale (Bledsoe & Grote, 2006).

In particolare, l'Intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza (IRMAG), attraverso 41 domande, si propone di indagare 6 aree specifiche: il desiderio di maternità nella storia personale e di coppia; le emozioni personali, di coppia e familiari alla notizia della gravidanza; le emozioni e i cambiamenti nel corso della gravidanza e la prospettiva del parto; le percezioni, le emozioni e le fantasie relative al "bambino immaginato"; le aspettative future riguardo a sé come madre e al bambino; la prospettiva storica della madre, rispetto al proprio ruolo di figlia (Ammaniti, Candelori, Pola, & Tambelli, 1995).

Un ulteriore aspetto che è possibile valutare con interviste semi-strutturate è lo stile di attaccamento della donna e del partner. L'Adult Attachment Interview (AAI) di Main e Goldwin (1998) è un'intervista semistrutturata che indaga e valuta le rappresentazioni mentali dell'attaccamento adulto. Il soggetto viene intervistato su vari aspetti dell'esperienza di attaccamento con le figure significative durante l'infanzia; l'intervista viene registrata, successivamente trascritta e codificata in relazione alle *scale d'esperienza* e *scale della mente*. I punteggi si distribuiscono su una scala likert a nove punti, la loro distribuzione permette la classificazione dei soggetti all'interno di specifiche categorie dell'attaccamento e relativi sottotipi: Stato della Mente Sicuro (Free: F); Stato della Mente Preoccupato (Entangled: E); Stato della Mente Distanziante (Dismissing: Ds); Stato della Mente Irrisolto (Unresolved:U); Stato della Mente Non Classificabile (Cannot Classify: CC) (Main e Goldwin 1998)

L'Attachment Style Interview (ASI) è un'intervista semi-strutturata costruita per la valutazione dell'attaccamento adulto. Rifacendosi alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) e agli apporti successivi di Bartholomew e Horowitz (1991), gli autori indagano il rapporto tra attaccamento e vulnerabilità ai disturbi psichiatrici, in particolare la depressione (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002; Bifulco, Moran, Ball, Lillie, 2002).

Lo strumento è costituito da scale relative agli atteggiamenti rispetto alle esperienze relazionali attuali del soggetto (diversamente dall'AAI, che indaga le esperienze retrospettivamente): lo stile di attaccamento complessivo emerge dall'analisi degli

atteggiamenti e comportamenti all'interno di una serie di relazioni (familiari, amicali, lavorative, di coppia).

L'intervista si suddivide in due sezioni: nella prima si raccolgono informazioni generali che abbracciano vari momenti di vita; nella seconda si indaga la qualità delle relazioni attuali rispetto a figure significative.

Sono state così individuate 7 sottoscale relative agli atteggiamenti verso le relazioni (*affidamento su di sé, inibizione, paura dell'intimità, sfiducia negli altri, rabbia e ostilità nelle relazioni, desiderio di coinvolgimento, intolleranza alla separazione*), e 1 relativa ai comportamenti nelle relazioni (*Capacità di instaurare e mantenere le relazioni*). Entrambe ruotano attorno alle seguenti dimensioni: a) dipendenza/evitamento; b) rabbia/ansia.

La valutazione dell'intervista si articola in punteggi che vanno da 1 (marcato) a 4 (poco/niente) e portano a collocare lo stile di attaccamento del soggetto su una delle due dimensioni:

- a) standard (sicuri) con possibilità di livelli poco/niente rispetto alla presenza di atteggiamenti ricollegabili all'altra dimensione (insicuri);
- b) non-standard (insicuri) i cui livelli delle sotto-categorie ottengono punteggi marcato/moderato.

Le proprietà psicometriche dello strumento sono buone e la correlazione tra le scale ne indica la capacità di cogliere l'attaccamento "sicuro" e quello "ansioso/ambivalente".

In diversi studi l'ASI è stata utilizzata per valutare il rischio depressivo perinatale (Bifulco et al., 2004).

Come descritto in precedenza, i costrutti dell'alessitimia e della dissociazione sono correlati alle alterazioni dell'umore nella fase perinatale, poiché contribuiscono al mantenimento della sintomatologia depressiva. Per misurare la presenza di tali caratteristiche è possibile utilizzare alcuni strumenti self-report.

La Toronto Alexitimia Scale – 20 (TAS – 20, Bagby, Taylor, & Parker, 1994) è un questionario self-report composto da 20 domande su scala Likert a 5 punti che misura l'alessitimia/disregolazione affettiva attraverso tre dimensioni che ne definiscono il costrutto: Difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1), Difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2), Pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (F3). Il range dei punteggi complessivi varia da 20 a 100: punteggi maggiori o uguali a 61 indicano la presenza di gravi aree alessitimiche; punteggi compresi tra 51 e 61 indicano una condizione borderline; punteggi inferiori a 51 indicano l'assenza di alessitimia.

Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi

di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alessitimia.

Già le ricerche condotte sulle prime versioni (Bagby, Taylor, & Loisel, 1990; Taylor & Doody, 1985) avevano dimostrato una buona affidabilità test-retest su intervalli di una e cinque settimane, oltre alla validità convergente e discriminante della TAS-20, fornendo in questo modo prove convincenti della validità del costrutto dell'alessitimia.

La stabilità e la replicabilità di questa struttura a tre fattori è stata, successivamente, dimostrata su popolazioni sia cliniche che non cliniche utilizzando un'analisi fattoriale confermativa (Parker, Taylor, & Bagby, 1993; Bagby, Taylor, & Parker, 1994).

L'attuale versione della TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna (alfa di Cronbach=0.81), una buona affidabilità test-retest su un intervallo di tre mesi ( $r=0.77$ ) e una struttura a tre fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto dell'alessitimia.

Nonostante la buona coerenza interna e l'omogeneità della scala, è emerso però che il terzo fattore della TAS-20 (stile cognitivo orientato verso l'esterno) ha correlazioni molto basse (0.20-0.30) con la scala totale e con gli altri due fattori (difficoltà nell'identificare le emozioni e difficoltà nel descrivere le emozioni).

Gli autori hanno confermato quanto già noto sulle buone caratteristiche psicometriche della TAS-20 e hanno evidenziato un potenziale fattore di minore efficienza della scala nel terzo fattore, probabilmente a causa dell'inversione dei punteggi conferiti alle risposte.

La validità convergente della TAS-20 è stata valutata attraverso l'esame delle relazioni della scala con la *Need for Cognition Scale* (NCS) e la *Psychological Mindedness Scale* (PMS) in un campione di studenti universitari (Bagby, Taylor, & Parker, 1994). Ulteriori dati confermano la validità convergente della TAS-20, come quelli forniti da Yelsma (1992, 1996), il quale ha esaminato la relazione tra la TAS-20 e la scala di autovalutazione *Affective Orientation Scale* AOS (Booth-Butterfield & Booth-Butterfield, 1990) in un campione misto composto da adulti normali e da vittime e da autori di violenze verbali e/o fisiche.

La Dissociative Experience Scale (DES) è un questionario self-report, ideato da Armstrong, Putnam, Carlson, Libero e Smith (1997) per valutare la misura della psicopatologia dissociativa nella popolazione normale e clinica nei soggetti adulti. Nello specifico lo strumento indaga: comportamenti dissociativi, fantasie dissociative, dissociazione somatica.

La scala è costituita da 28 item a cui il soggetto deve rispondere esprimendo il grado di frequenza e di intensità con cui gli capita di fare determinate esperienze con valori compresi tra 0 % (mai) e 100 % (sempre). Il test mostra buone caratteristiche psicometriche, confermate anche da studi successivi alla validazione dello strumento (Ross, Joshi, & Currie, 1990).

Un questionario self-report utilizzato nel periodo post partum è il PPQ (Perinatal PTSD Questionnaire), che valuta specificatamente i sintomi del disturbo post-traumatico connesso al parto e al periodo post natale. Il questionario, ideato da De Mier e colleghi (1996) e validato da Quinnell e Hynan (1999) è costituito da 14 item, a risposta dicotomica, con un range di punteggio compreso tra 0 e 14. Gli item indagano la presenza di sintomi intrusivi, sintomi di evitamento e sintomi di *Iperarousal*; una sintomatologia significativa è caratterizzata da sei o più sintomi (almeno uno di Intrusione, tre di Evitamento e due di Iperarousal).

Lo strumento possiede una buona affidabilità test-retest ( $r = 0,92$ ), una buona coerenza interna (coefficiente alfa 0,83) (De Mier, Hynan, Harris, & Manniello, 1996) e correla in maniera significativa con altri strumenti che valutano la PTSD (Quinnell & Hynan, 1999).

Lo State Trait Anxiety Inventory – forma Y (STAI; Spielberg et al. 1983) è uno strumento finalizzato alla rilevazione e misurazione dell'ansia, è utile come misura generica dello stress. Il questionario è formato da 40 items ai quali il soggetto deve rispondere in termini di intensità. Gli items sono distribuiti in due scale focalizzate su come i soggetti si sentono generalmente o su quello che invece provano in momenti particolari. Le due scale sono: l'ansia di stato, dove l'ansia è concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte a un danno percepito, che può condurre o alla preoccupazione o alla fuga e all'evitamento; l'ansia di tratto, che consiste nella tendenza a percepire le situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondervi con diversa intensità.



## **II PARTE – Contributi di ricerca**

## **RICERCA 1**

### **DEPRESSIONE POST PARTUM E DEPRESSIONE PERINATALE PATERNA**

#### **PREMESSA**

La nascita di un bambino rappresenta un evento molto importante e delicato nella vita di una donna e implica profonde trasformazioni da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale. L'esperienza emotiva vissuta dalle donne che diventano madri assume un'importanza fondamentale per l'evoluzione della loro personalità. Stern mette in evidenza come la nascita di un figlio sia associata alla nascita psicologica della madre, che deve trovare uno spazio mentale non soltanto per il bambino, ma anche per una nuova identità personale (Stern, Bruschiweiler-Stern, & Freeland, 2000). L'incidenza della depressione post partum nelle società occidentali è compresa tra il 10% e il 20 % (Lee & Chung 2007). I fattori di rischio più significativi per lo sviluppo della depressione post partum, rilevati su donne occidentali, sono: la depressione prenatale, lo stress legato alla cura del bambino, gli eventi di vita stressanti, lo scarso supporto sociale, l'ansia prenatale, il maternity blues, l'insoddisfazione coniugale, un temperamento difficile del bambino e uno status socio-economico svantaggioso (Beck, 1996a, 1996b, 2001; Caretti & Crisafi, 2009; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004).

Le osservazioni delle interazioni tra le madri depresse e i loro figli (Field, 1984; Field et al., 1985; Fleming, Ruble, Flett, & Shaul, 1988; Tronick, Asl, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978) mettono in luce che la depressione influenza fortemente il comportamento materno, limitando l'espressione emozionale e la qualità degli scambi relazionali all'interno del processo di mutua regolazione. Per tali ragioni, la depressione post partum compromette lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino (Ammaniti, Speranza, Tambelli, Odorisio, & Vismara, 2007).

Diversi studi hanno rilevato la presenza di alterazioni emotive anche nei padri durante il periodo successivo al parto (Baldoni, Baldaro, & Benassi, 2009; Baldoni & Ceccarelli, 2010; Paulson & Bazemore, 2010). Dopo la nascita di un bambino, un padre vive importanti cambiamenti (non è più il principale oggetto delle attenzioni del partner, si riduce la sua vita sessuale, si modificano i ritmi del sonno e spesso vive un forte stress legato al mantenimento economico della famiglia) che possono portare allo sviluppo di sintomi depressivi (Paulson, Dauber, & Leiferman, 2006). Tali alterazioni costituiscono un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo della relazione madre-bambino e per la riorganizzazione del sistema familiare a

seguito della nascita di un bambino.

La presente ricerca si propone di esplorare le condizioni depressive nelle madri e nei padri nel periodo perinatale, anche alla luce dell'esiguità del numero di ricerche condotte sulla depressione perinatale paterna ad oggi. Inoltre la ricerca si propone di indagare la depressione post partum in relazione al costrutto dell'attaccamento, come possibile fattore di rischio per lo sviluppo della depressione post partum.

### **IPOTESI**

1. Vi è una correlazione positiva tra la sintomatologia depressiva durante la gravidanza e la condizione depressiva post partum;
2. La sintomatologia depressiva nei padri è correlata alla depressione post partum nelle madri;
3. La sintomatologia depressiva durante la gravidanza è predittiva della comparsa di sintomi depressivi dopo il parto;
4. Le rappresentazioni di attaccamento delle madri e dei padri con depressione sono prevalentemente di tipo insicuro;
5. Le rappresentazioni di attaccamento insicuro sono predittive dello sviluppo della depressione post partum.

### **METODOLOGIA**

#### **• PARTECIPANTI**

Il gruppo di partecipanti alla ricerca era inizialmente costituito da 130 donne, che hanno partecipato al primo colloquio. Solo in 33 casi però i partner hanno acconsentito a partecipare alla ricerca e hanno completato tutte le fasi della ricerca.

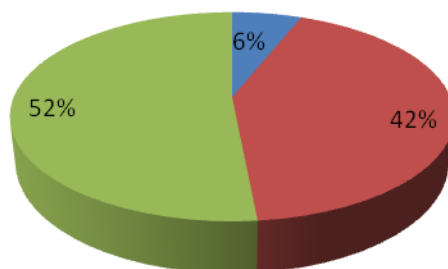
Il gruppo di partecipanti su cui sono state effettuate tutte le rilevazioni è quindi costituito da 33 donne e dai loro partner (N= 66), reclutati consecutivamente tra la ventiquattresima e la trentaduesima settimana di gravidanza presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, il reparto di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico "Vittorio Emanuele" Catania e uno studio privato a Roma.

Le donne hanno un'età compresa tra 22 e 44 (M=34,88; D.S.=4,59), gli uomini un'età compresa tra 26 e 51 anni (M=37,45; D.S.=5,1). Il 51,5 % (17) delle coppie è al primo figlio, il 33,3 % (11) ha già un figlio, il 12,1 % (4) ha 2 figli e il 3% (1) ha 3 figli.

La maggior parte delle madri, 52%, e dei padri, 49% è laureata (Grafici 1 e 2).

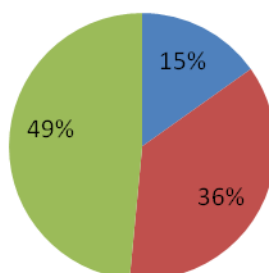
### GRAFICO 1. TITOLO DI STUDIO MADRI

■ LICENZA MEDIA INFERIORE ■ LICENZA MEDIA SUPERIORE ■ LAUREA



### GRAFICO 2. TITOLO DI STUDIO PADRI

■ LICENZA MEDIA INFERIORE ■ LICENZA MEDIA SUPERIORE ■ LAUREA



L'84,8% delle donne lavora, solo 5 donne, 15,2% sono casalinghe; il 100% dei padri lavora.

- **PROCEDURA**

Dopo aver fornito il consenso informato, le coppie hanno completato i reattivi consecutivamente.

Sono stati realizzati due colloqui durante la gravidanza e un colloquio dopo il parto. L'ordine di presentazione dei questionari è stato bilanciato per ridurre la probabilità di effetti relativi alla sequenza. I dati raccolti durante le due fasi sono stati successivamente elaborati statisticamente con l'ausilio del software SPSS 18.

- **FASI**

Le rilevazioni con le coppie sono state effettuate in due fasi:

- **FASE I** (tra la ventiquattresima e la trentaduesima settimana di gravidanza):
  - rilevazione del rischio depressivo e psicosociale per l'insorgenza della depressione post partum nelle donne;
  - rilevazione della sintomatologia depressiva nei padri;
  - valutazione delle rappresentazioni di attaccamento nelle madri e nei padri;
- **FASE II** (a circa un mese dal parto):
  - valutazione dell'eventuale presenza di depressione post partum;
  - valutazione della sintomatologia depressiva nei padri;

- **STRUMENTI**

#### **FASE I**

1. *SCHEMA PER LA RILEVAZIONE DEL RISCHIO PSICOSOCIALE* si tratta di una scheda appositamente creata per individuare la presenza di fattori di rischio psicosociali quali uno status socio-economico basso, lutti in famiglia, la presenza di malattie, il supporto sociale, la situazione familiare, ecc. Viene utilizzata durante il primo colloquio con la coppia per valutare la presenza di un rischio psicosociale (3 o più fattori di rischio).
2. *BDI-II - Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Brown, 1996): viene somministrato alle donne e ai loro partner durante la gravidanza per valutare la sintomatologia depressive.
3. *RQ - Relationship Questionnaire* (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991): viene somministrato agli uomini durante le gravidanza per valutare lo stile di attaccamento.
4. *AAI- Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, 1984, 1985, 1996): viene somministrata alle donne durante la gravidanza per valutare lo stato della mente delle donne rispetto all'attaccamento.

#### **FASE II**

1. *PDSS - Postpartum Depression Screening Scale* (Beck & Gable, 2002; Caretti, Monti, Agostini, & Ragonese, 2010): viene somministrata alle madri a circa un mese dal parto per valutare la presenza di depressione post partum.

5. *BDI-II - Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Brown, 1996): viene somministrata sia alle madri che ai padri circa un mese dopo il parto.
6. *SCHEDA POST PARTUM* si tratta di una scheda appositamente create per raccogliere informazioni sul parto e su eventuali complicanze ostetriche, e informazioni relative al neonato.

- ***BDI-II - Beck Depression Inventory***

Questionario composto da 21 domande a scelta multipla per l'assessment dei sintomi somatico/affettivi e cognitivi della depressione. Ogni item è valutato su una scala a 4 punti che varia da 0 a 3 in funzione dell'intensità del sintomo.

È composto da due fattori:

- fattore Somatico-Affettivo, che riguarda le manifestazioni somatico-affettive della depressione quali perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto, ecc.
- fattore Cognitivo, che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione, quali pessimismo, senso di colpa, autocritica, autostima, ecc.

Nella presente ricerca viene utilizzato il cut-off ricavato per la versione italiana che corrisponde al punteggio grezzo di 12, che indica la presenza di una sintomatologia depressiva.

La validità convergente risulta significativa (BDI e QD= .77  $p<.0001$ ); così come la validità discriminante (BDI-II e STAI  $r=.66$ ,  $p<.0001$ ). Buona anche la correlazione test-retest ( $r=.76$ ). In questo studio la consistenza interna misurata attraverso l'Alpha di Cronbach risulta molto buona, con valori compresi tra .84 e .92, valori compresi tra .66 e .87 per il fattore Somatico-Affettivo e tra .83 e .92 per il fattore Cognitivo.

- ***RQ – Relationship Questionnaire***

Il Relationship Questionnaire (RQ) è uno strumento self-report che propone al soggetto alcune autodescrizioni, che sintetizzano gli aspetti salienti di 4 stili di attaccamento:

- Sicuro, a proprio agio con l'intimità e l'autonomia
- Distaccato/Svalutante, rifiuta l'intimità e la dipendenza
- Preoccupato, preoccupato per le relazioni
- Timoroso, si caratterizza per timore dell'intimità e evitamento sociale

Nella prima parte del test viene chiesto al soggetto di scegliere quale descrizione si avvicina

di più a come si sente nelle relazioni intime.

Nella seconda parte ai partecipanti viene chiesto di indicare su una scala likert a 7 punti quanto si trova d'accordo con ogni descrizione, da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo).

Lo strumento mostra una buona validità discriminante (Griffin & Bartholomew, 1994) e una buona correlazione test-retest delle dimensioni di attaccamento (in media, 0.78 per le donne e 0.86 per gli uomini) (Scharfe & Bartholomew, 1994). L'attendibilità (Alpha di Cronbach) relativa ai prototipi dell'attaccamento varia da 0.87 a 0.95.

- **AAI - Adult Attachment Interview**

L'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985) é un'intervista semistrutturata che si propone di valutare lo stato della mente dell'adulto relativo all'attaccamento (Main & Goldwin, 1994). In altre parole il modo con cui il soggetto si pone di fronte alle proprie esperienze di attaccamento, narrando una storia di Modelli Operativi Interni nei loro aspetti maggiormente consapevoli ma anche in connessione con vissuti profondi e non consapevoli.

La prospettiva dell'AAI propone una ridefinizione delle differenze individuali nei modelli di attaccamento come differenze individuali nei processi rappresentazionali e meta-rappresentazionali di elaborazione dell'informazione relativa all'attaccamento stesso (Simonelli & Calvo, 2002). Un ruolo chiave viene inoltre attribuito ai processi di memoria, in virtù del fatto che lo strumento si basa sulla rievocazione del passato e sull'organizzazione mentale rispetto ad esso (Crittenden, 1999; Main, 1995).

L'intervista presenta sia caratteristiche tipiche delle interviste strutturate sia caratteristiche proprie delle interviste cliniche. Le domande vengono poste secondo un ordine prestabilito e sono previsti specifici approfondimenti su aspetti poco chiari o particolarmente rilevanti della narrazione. Sono centrate sulla rievocazione della storia di attaccamento dell'individuo e trattano l'esperienza del soggetto con le figure di attaccamento durante l'infanzia, le situazioni di difficoltà e quindi di possibile attivazione del sistema di attaccamento e la presenza di eventuali esperienze traumatiche.

L'intervistato viene invitato a ripensare alla propria storia e alle proprie esperienze passate alla luce delle sue convinzioni e dei suoi vissuti attuali.

Il tempo di somministrazione varia dai 45 minuti ad 1 ora e 15 minuti circa, l'intervista viene audioregistrata e successivamente trascritta verbatim.

La codifica e la valutazione qui utilizzati fanno riferimento al metodo di Main e Goldwin

(1994).

➤ **La codifica dello strumento**

Main e Goldwin (1994) propongono una valutazione dell'AAI composta di due momenti distinti: in una prima fase, i contenuti e la forma del testo vengono analizzate tramite l'utilizzo di scale graduate di valutazione; successivamente, l'intervista viene nuovamente analizzata nel suo complesso al fine di assegnare una classificazione finale di attaccamento del soggetto. Le scale di valutazione sono di due tipi: cinque scale che valutano l'esperienza soggettiva e quindi le esperienze di attaccamento nella prima infanzia del soggetto e nove scale che valutano lo Stato della Mente.

**Scale dell'esperienza soggettiva:**

- *Scala dell'amorevolezza da parte del genitore:* valuta il grado in cui il soggetto ha avuto esperienza di figure di attaccamento amorevoli, supportive ed efficaci, soprattutto nei momenti di difficoltà durante l'infanzia.
- *Scala del rifiuto da parte del genitore:* valuta il grado in cui il genitore ha rifiutato e/o evitato le espressioni di affetto o di attaccamento del soggetto, nel senso di un rifiuto attivo delle manifestazioni di affetto e del bisogno di attaccamento del bambino.
- *Scala del coinvolgimento e/o inversione di ruolo:* valuta quanto, nell'esperienza del soggetto, il genitore abbia cercato di attrarre l'attenzione del bambino, coinvolgendolo nelle sue cure fisiche o psicologiche, oppure rendendo necessaria la presenza del bambino per il mantenimento del suo benessere, fino ai casi estremi in cui il figlio assume per il genitore il ruolo di una figura di attaccamento o di un partner.
- *Scala della trascuratezza da parte del genitore:* valuta la misura in cui il soggetto riporta l'esperienza di un genitore che, pur presente a livello fisico, risulta incurante, impegnato in altre cose e non coinvolto nella cura del figlio, o non disponibile psicologicamente.
- *Scala della spinta al raggiungimento del successo:* valuta la misura in cui il soggetto ha sperimentato, nell'infanzia, una spinta da parte dei genitori al raggiungimento di obiettivi troppo ambiziosi rispetto al suo livello di sviluppo o alla sua età. La scala valuta quanto il raggiungimento del successo da parte del soggetto fosse necessario, quasi indispensabile, al mantenimento della relazione con il genitore.

Il secondo gruppo di scale é costituito da nove scale che si propongono di valutare lo stato della mente del soggetto al momento attuale, in riferimento alle rappresentazioni di esperienze collegate all'attaccamento e all'organizzazione delle informazioni rilevanti rispetto ad esso.



### **Le Scale dello Stato della Mente:**

- *Scala della coerenza della trascrizione:* valuta quanto le parti del discorso siano chiaramente relazionate, formino un insieme logico, siano appropriate e adeguate al contesto, quindi prende in considerazione sia la capacità di fornire un quadro chiaro, fluido e puntuale delle esperienze passate, che la capacità di attenersi nel discorso alle massime conversazionali di Grice<sup>1</sup> (1975).
- *Scala dell'idealizzazione dei genitori:* valuta se vi siano discrepanze nella descrizione fornita dal soggetto sui propri genitori, nel senso di una raffigurazione estremamente positiva contraddetta da specifiche esperienze negative riportate nel corso dell'intervista.
- *Scala sull'insistenza circa l'incapacità di rievocare l'infanzia:* viene valutato il grado di difficoltà dichiarato dal soggetto nel rievocare i ricordi della propria infanzia, nello specifico l'eventuale utilizzo strumentale dell'incapacità di ricordare per evitare domande più approfondite.
- *Scala della rabbia coinvolta e/o coinvolgente:* valuta l'espressione di sentimenti di rabbia presenti nel soggetto al momento dell'intervista. Questo tipo di rabbia si manifesta nelle forma del discorso ad esempio con frasi lunghe e contorte tramite cui si oscilla in maniera imprevedibile tra la narrazione di eventi passati e conflitti attuali che riguardano il soggetto e le figure di attaccamento. Viene valutato così l'attuale coinvolgimento emotivo negativo del soggetto rispetto alle figure di attaccamento.
- *Scala della passività del discorso:* valuta la presenza di indici di passività nella costruzione stessa del pensiero e nella narrazione, come ad esempio frasi non concluse oppure l'uso di termini vaghi che rendono indeterminato il contenuto del discorso.
- *Scala della paura della morte del bambino:* valuta le considerazioni dell'adulto sul proprio figlio, precisamente eventuali paure infondate sulla possibile morte del bambino, piuttosto che su aspetti delle relazioni passate con i genitori.
- *Scala della svalutazione dell'attaccamento:* valuta il processo di distanziamento, screditante e sprezzante, delle relazioni o delle esperienze di attaccamento e della loro importanza, messo in atto dal soggetto.
- *Scala del monitoraggio metacognitivo:* valuta il monitoraggio dei processi di pensiero e di memoria che hanno luogo al momento dell'intervista. Si tratta di indici che sembrano

---

<sup>1</sup> La coerenza è definita nei termini delle massime di qualità, quantità, rilevanza e modo. Nel corso di un discorso coerente i soggetti sono invitati a dire cose di cui sono sicuri e a sostegno delle quali possono fornire prove adeguate (massima di qualità); devono essere brevi ma esaustivi (massima di quantità); devono andare al dunque (massima di rilevanza) ed esporre le informazioni con chiarezza e procedere in modo ordinato (massima di modo).

suggerire una particolare consapevolezza da parte del soggetto rispetto ai propri processi di pensiero e di valutazione circa l'attaccamento.

- *Scala della coerenza della mente*: fornisce una valutazione della coerenza più generale e comprensiva relativa al sistema di pensiero dell'individuo, che coinvolge anche il suo sistema di valori, credenze e convinzioni.

Oltre le scale descritte vengono applicate due ulteriori indici per valutare la presenza di Disorganizzazione dell'attaccamento.

Il punteggio in entrambi i gruppi di scale è graduato su scala Likert a 9 punti.

Dall'insieme dei punteggi è possibile costruire un profilo complessivo delle caratteristiche dell'intervista del soggetto, che può fungere da punto di partenza ma anche come verifica finale per l'assegnazione della categoria dell'attaccamento. Le scale quindi costituiscono una prima traccia per l'analisi del trascritto, ma non implicano una rigida corrispondenza con le categorie generali dell'attaccamento. La classificazione finale si basa infatti sull'analisi dell'intervista nel suo complesso, in termini di organizzazione mentale dell'individuo rispetto all'attaccamento.

#### ➤ **Le categorie di attaccamento**

La codifica finale con il metodo di Main e Goldwin (1994) prevede l'assegnazione di una categoria principale di attaccamento tra che può variare tra le seguenti: Attaccamento Sicuro (F), Attaccamento Distanziante (Ds), Attaccamento Preoccupato (E), Attaccamento con lutti o traumi irrisolti (U), Attaccamento Inclassificabile (Cc).

- *Attaccamento Sicuro (Free: F)*: i soggetti Sicuri appaiono autonomi e liberi di esplorare i propri pensieri e sentimenti rispetto ai dati di realtà, come ai significati ad essi attribuiti. Mostrano una coerente visione della natura delle esperienze con le figure significative dell'infanzia e soprattutto degli effetti di tali esperienze sul proprio stato della mente attuale (Crittenden, 1994,1996). Essi

hanno saputo attribuire significati nuovi all'esperienza passata e sono divenuti capaci di effettuare obiettive riflessioni e ripensamenti costruttivi per ciò che concerne i legami infantili. E' possibile definire questi soggetti come persone che hanno saputo interiorizzare un modello relazionale di sicurezza basato su esperienze positive vissute nell'infanzia, ma anche su un attivo processo di

revisione e di rielaborazione che ha permesso loro di giungere a una visione equilibrata della propria realtà passata, del suo valore evolutivo e della sua importanza nella vita attuale.

- *Attaccamento Distanziante (Dismissing: Ds)*: i soggetti Distanzianti manifestano un tentativo attivo di limitare l'influenza delle esperienze e delle relazioni di attaccamento

rispetto alla vita attuale (Main & Goldwin, 1994). Questo processo di esclusione e di allontanamento può venire messo in atto sia attraverso l'idealizzazione delle proprie esperienze passate o delle figure di attaccamento,

sia attraverso un annullamento del ricordo, sia tramite una sprezzante svalutazione delle esperienze e delle figure significative dell'infanzia.

L'esperienza di questi individui nell'infanzia è stata spesso segnata da carenze di natura affettiva da parte delle figure di attaccamento, sia in termini di distanza affettiva, sia attraverso comportamenti di rifiuto da parte dei genitori.

- *Attaccamento Preoccupato (Enmeshed: E)*: i soggetti con attaccamento Preoccupato manifestano un quadro confuso e non obiettivo della propria esperienza passata, dal quale è possibile dedurre un loro coinvolgimento, un invischiamento nell'ambito delle relazioni all'interno della famiglia, che

continuano ad agire sull'attuale stato della mente. L'elemento del coinvolgimento riveste un ruolo fondamentale nell'intervista di tali soggetti, impedendo loro di effettuare un processo di analisi e di ripensamento obiettivo rispetto all'esperienza passata. In tal senso sembra che esista una continua

invasione del passato nei processi mentali di queste persone che si connotano soprattutto di elementi affettivi che l'individuo non sembra riuscire ad organizzare in un quadro di pensiero logico e coerente.

- *Attaccamento con Traumi o Lutti non Risolti (Unresolved: U)*: la categoria "Unresolved" viene assegnata quando sono presenti indici formali di una mancanza di risoluzione di specifici eventi della storia passata del soggetto, che possono avere rappresentato momenti di disorganizzazione dell'attaccamento, quali gravi lutti, abusi o traumi di altro genere subiti nell'infanzia (Hesse, 1996).

- *Attaccamento Non Classificabile (Cannot Classified)*: l'intervista viene considerata inclassificabile quando gli elementi del discorso sono così complessi da non essere collocabili in nessuna delle categorie precedenti. Il soggetto manifesta una notevole o insolita mescolanza di stati mentali incompatibili tra loro, senza presentare uno stato mentale organizzato in modo unitario. Tale eventualità risulta piuttosto rara nei soggetti appartenenti alla popolazione normale.

Lo strumento risulta avere una buona validità predittiva nell'associazione tra la valutazione dell'attaccamento del genitore e quella dell'attaccamento del figlio nel corso della prima infanzia (Ainsworth & Eichberg, 1991). più controversa è la predittività della valutazione dell'attaccamento attraverso l'AAI rispetto alla sensibilità del comportamento genitoriale

durante il primo anno di vita del bambino: la categoria di attaccamento ottenuta dal genitore con questo tipo di valutazione non sembra infatti connessa con la qualità e lo stile delle cure presentate al bambino (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997).

- **PDSS - Postpartum Depression Screening Scale**

Lo strumento viene messo a punto nel 2000, in risposta alla carente “specificità e sensibilità” dei questionari self-report, utilizzati per la rilevazione dei sintomi depressivi in età adulta (BDI II; Beck, Steer, & Brown 1996; Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D; Radloff, 1977) così come anche di quelli più specifici per la depressione post partum (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS; Cox, Golden, & Sagovsky, 1987), ma ritenuti poco adatti a rilevarne alcuni dei sintomi così come a cogliere vissuti inerenti il contesto della maternità.

La PDSS è un questionario self-report costruito specificatamente per la valutazione della depressione post partum, è costituito da 35 item con risposta su scala Likert con valori compresi tra 1 e 5. Gli item si articolano su sette dimensioni: disturbi del sonno/dell'alimentazione, ansia/insicurezza, labilità emotiva, disturbi cognitivi, perdita d'identità, senso di colpa/vergogna, pensieri di farsi del male e tengono conto di quelle che sono considerate le principali manifestazioni sintomatologiche della PND. Il punteggio complessivo varia da 35 a 175 e permette di classificare i soggetti in tre gruppi rispetto al rischio depressivo:

1. valori tra 35-59: adattamento nella norma;
2. valori tra 60-79: sintomi significativi di depressione post partum;
3. valori compresi tra 80-175: quadro positivo per la depressione post partum (depressione maggiore).

Rispetto agli strumenti in precedenza considerati, la PDSS sembra possedere buone proprietà psicometriche come strumento di screening (sensibilità e specificità per la depressione maggiore: 94%-98%; per la depressione minore: 91%-72%) e validità concorrente con gli altri strumenti (EPDS  $r=0.79$ , BDI-II  $r=0.81$ ).

Le sette sottoscale sono state, inoltre, oggetto di analisi fattoriale confermatrice da cui è scaturito il loro valore come indicatori sia del livello di sintomatologia depressiva, sia delle specifiche aree sintomatologiche (Beck & Gable, 2001). Lo strumento possiede, inoltre, un meccanismo per il controllo delle risposte incoerenti (Inconsistent Responding Index) che permette di individuare i soggetti che non rispondono in modo accurato al test.

La validazione italiana della PDSS è stata curata da Caretti, Monti, Agostini e Ragonese

(2010).

In questo studio la consistenza interna, misurata attraverso l'Alpha di Cronbach, risulta ottima: .97.

## RISULTATI

### ➤ Sintomatologia depressiva

Analizzando i risultati relativi alla sintomatologia depressiva durante la gravidanza, misurata attraverso la somministrazione il BDI-II, emerge che il 24,2% (8) delle donne e il 6,1% (2) dei partner mostrano sintomi depressivi.

Rispetto alla sintomatologia depressiva nel post partum il 36,4 % (12) delle madri presenta sintomi significativi di depressione post partum misurati attraverso la PDSS. Il BDI-II rileva invece una sintomatologia depressiva in 11 donne (33,3%).

Il 12,1 % (4) dei padri mostra una sintomatologia depressiva dopo il parto.

Per il 15,1 % (5) delle coppie durante la gravidanza è stata rilevata la presenza di un rischio psicosociale (3 o più fattori di rischio psicosociali) come valutati durante il primo colloquio attraverso l'apposita scheda di rilevazione.

Com'è possibile osservare dalla tabella 1, in questo studio, tra il rischio psicosociale e la depressione post partum non sembra esserci una relazione significativa, come mostrato anche dal valore di Chi-quadrato ( $\chi^2=0,854$ ;  $df=1$ ;  $p > 0.05$ ). Nella presente ricerca come test per la verifica delle ipotesi viene utilizzato il test esatto di Fisher, poiché alcune celle hanno valori inferiori a 5.

**Tabella 1.** Rischio psicosociale e depressione post partum

	Rischio Psicosociale	Assenza di Rischio Psicosociale
Madri depresse	2	10
Madri non depresse	3	18

Inoltre, il 27,3 % (9) delle coppie ha avuto complicanze durante il parto o alla nascita del bambino (per es. parto pretermine, ricovero del figlio in neonatologia, ecc.).

Anche in questo caso non si osserva una relazione significativa tra le complicanze osservate

durante il parto e la depressione post partum ( $\chi^2=0,301$ ;  $df=1$ ;  $p>0,05$ ) (tabella 2).

**Tabella 2.** Complicanze al parto e alla nascita e depressione post partum

	Complicanze	Assenza di complicanze
Madri depressesse	2	10
Madri non depressesse	7	14

Le statistiche descrittive relativi ai punteggi del BDI-II e della PDSS sono illustrati nella tabella 3.

**Tabella 3.** Medie e D. S. sintomatologia depressiva pre e post partum

	M	(SD)	Range
<b>MADRI PRE PARTO</b>			
BDI-II Totale	8.94	6.27	0 – 63
BDI-II Somatico-Affettivo	7.45	4.45	0 - 36
BDI-II Cognitivo	1.48	2.79	0 - 27
<b>MADRI POST PARTUM</b>			
BDI-II Totale	8.76	7.81	0 – 63
BDI-II Somatico-Affettivo	7.03	5.07	0 - 36
BDI-II Cognitivo	1.73	3.62	0 - 27
<b>PADRI PRE PARTO</b>			
BDI-II Totale	4.48	4.93	0 – 63
BDI-II Somatico-Affettivo	3.12	2.7	0 - 36
BDI-II Cognitivo	1.36	2.62	0 - 27
<b>PADRI POST PARTUM</b>			
BDI-II Totale	4.61	5.3	0 – 63
BDI-II Somatico-Affettivo	3.58	3.51	0 - 36
BDI-II Cognitivo	1.03	2.51	0 - 27
<b>PDSS</b>			
PDSS Totale	52.24	26.37	35 - 175
PDSS SLP	8.21	4.76	5 – 25
PDSS ANX	8.79	4.35	5 - 25
PDSS ELB	9.18	4.06	5 – 25
PDSS MNT	8.27	4.55	5 – 25
PDSS LOS	7.39	4.10	5 – 25
PDSS GLT	7.67	4.99	5 – 25
PDSS SUI	5.52	2.51	5 - 25

**BDI:** Beck Depression Inventory

**SLP:** Disturbi del sonno/alimentazione; **ANX:** Ansia/Insicurezza; **ELB:** Labilità emotiva; **MNT:** Confusione Mentale; **LOS:** Perdita del senso di Sé; **GLT:** Senso di colpa/Vergogna; **SUI:** Pensieri suicidi

Per valutare la correlazione tra la condizione depressiva prima del parto e la condizione depressiva post partum è stato utilizzato il coefficiente di correlazione  $r$  di Pearson.

La tabella 4 mostra i risultati relativi alle correlazioni tra i punteggi ottenuti dalla somministrazione alle madri del BDI-II durante la gravidanza e quelli ottenuti dalla somministrazione del BDI-II dopo il parto. Si osservano correlazioni significative tra tutte le scale prese in considerazione.

**Tabella 4.** Correlazioni r di Pearson tra la condizione depressiva pre e post partum nelle madri (BDI-II)

	BDI-II PRE TOT.	BDI-II PRE COGNITIVO	BDI-II PRE SOM. AFF.
BDI-II POST TOT.	0,734**	0,662**	0,618**
BDI-II POST COGNITIVO	0,781**	0,867**	0,556**
BDI-II POST SOM.-AFF.	0,572**	0,399**	0,555**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Nella tabella 5 vengono illustrate le correlazioni tra la sintomatologia depressiva delle madri durante la gravidanza e la depressione post partum misurata attraverso la PDSS. Si osservano correlazioni positive tra tutte le scale della PDSS, il punteggio totale del BDI-II e il fattore cognitivo.

**Tabella 5.** Correlazioni r di Pearson tra la condizione depressiva pre e post partum nelle madri (BDI-II - PDSS)

	PDSS TOT.	PDSS SLP	PDSS ANX	PDSS ELB	PDSS MNT	PDSS LOS	PDSS GLT	PDSS SUI
BDI-II PRE TOT.	0,521**	0,681**	0,417*	0,328	0,406*	0,545**	0,543**	0,598**
BDI-II PRE COGNITIVO	0,625**	0,514**	0,550**	0,349*	0,546**	0,690**	0,619**	0,475**
BDI-II PRE SOM. - AFF.	0,342	0,620**	0,242	0,242	0,229	0,335	0,377**	0,545**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

**SLP:** Disturbi del sonno/alimentazione; **ANX:** Ansia/Insicurezza; **ELB:** Labilità emotiva; **MNT:** Confusione Mentale; **LOS:** Perdita del senso di Sé; **GLT:** Senso di colpa/Vergogna; **SUI:** Pensieri suicidi



Lo studio di correlazione tra la sintomatologia depressiva nei padri, pre e post partum, mostra una buona correlazione tra tutte le scale prese in considerazione (tabella 6).

**Tabella 6.** Correlazioni r di Pearson tra la condizione depressiva pre e post partum nei padri (BDI-II)

	BDI-II POST TOT.	BDI-II POST COGNITIVO	BDI-II POST SOM. AFF.
BDI-II PRE TOT.	0,727**	0,824**	0,508**
BDI-II PRE COGNITIVO	0,667**	0,879**	0,377**
BDI-II PRE SOM.-AFF.	0,681**	0,652**	0,561**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

Lo studio di correlazione tra la condizione depressiva nei padri e nelle madri non risultano invece significative (tabelle 7 e 8), probabilmente a causa del numero ridotto di padri che presentano una sintomatologia depressiva.

**Tabella 7.** Correlazioni r di Pearson tra la condizione depressiva durante la gravidanza nei padri e nelle madri (BDI-II)

	BDI-II MADRI TOT.	BDI-II MADRI COGNITIVO	BDI-II MADRI SOM. AFF.
BDI-II PADRI TOT.	- 0,111	- 0,115	- 0,084
BDI-II PADRI COGNITIVO	- 0,149	- 0,080	- 0,159
BDI-II PADRI SOM.-AFF.	- 0,059	- 0,132	0,000

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

**Tabella 8.** Correlazioni r di Pearson tra la condizione depressiva dei padri (BDI-II) e delle madri (PDSS) nel post partum

	PDSS TOT.	PDSS SLP	PDSS ANX	PDSS ELB	PDSS MNT	PDSS LOS	PDSS GLT	PDSS SUI
BDI-II PADRI TOT.	-0,044	0,027	-0,143	0,163	-0,056	-0,110	0,054	-0,057
BDI-II PADRI COGNITIVO	-0,081	-0,074	-0,224	0,021	-0,170	-0,137	-0,079	-0,141
BDI-II PADRI SOM. – AFF.	0,009	0,093	-0,055	0,037	0,037	-0,068	0,138	0,015

\*  $p < 0,05$

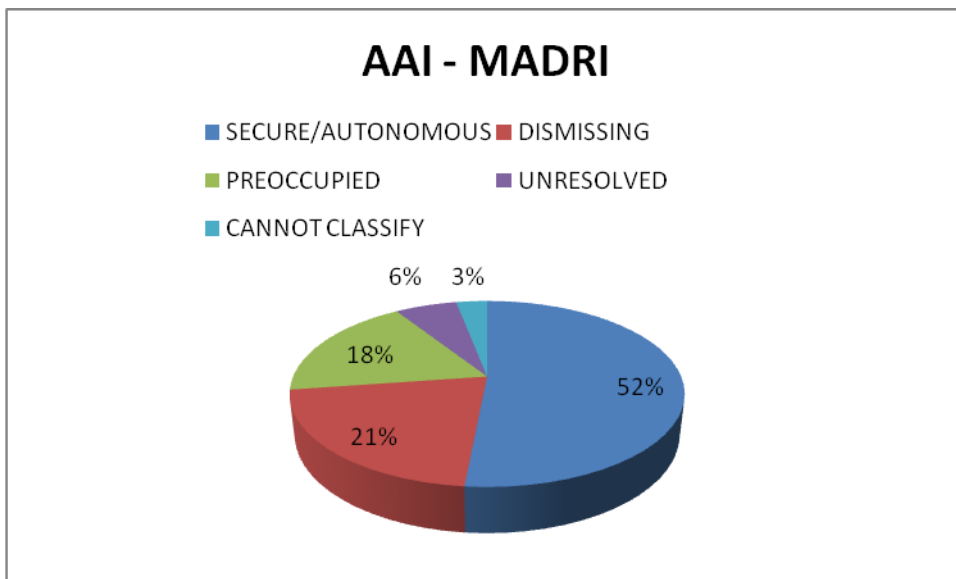
\*\*  $p < 0,01$

**BDI:** Beck Depression Inventory

**SLP:** Disturbi del sonno/alimentazione; **ANX:** Ansia/Insicurezza; **ELB:** Labilità emotiva; **MNT:** Confusione Mentale; **LOS:** Perdita del senso di Sé; **GLT:** Senso di colpa/Vergogna; **SUI:** Pensieri suicidi

### ➤ **Attaccamento e depressione post partum**

Rispetto alle rappresentazioni di attaccamento misurate attraverso l'Adult Attachment Interview, il 52% (17) delle donne ha un attaccamento sicuro, il 21% (7) ha un attaccamento distanziante, il 18% (6) un attaccamento preoccupato, il 6 % (2) ha un attaccamento caratterizzato da traumi o lutti irrisolti e il 3% (1) ha un attaccamento Non Classificabile.



Considerando la distribuzione delle donne rispetto all'attaccamento in riferimento alla depressione post partum osserviamo che le donne depresse hanno prevalentemente uno stile di attaccamento insicuro: il 66 % delle donne con depressione post partum hanno delle rappresentazioni di attaccamento di tipo insicuro (tabella 9). Tuttavia il test Chi-quadrato mostra una mancanza di significatività ( $\chi^2=0,114$ ;  $df=1$ ;  $p > 0,05$ ), probabilmente a causa della ridotta numerosità del campione.

**Tabella 9.** Sicurezza dell'attaccamento (AAI) e depressione post partum (PDSS) nelle madri

	Attaccamento sicuro	Attaccamento insicuro
Madri depresse	4	8
Madri non depresse	13	8

In particolare la maggior parte delle donne depresse mostra una rappresentazione dell'attaccamento di tipo preoccupato, mentre le donne non depresse con attaccamento insicuro mostrano prevalentemente un attaccamento distanziante (tabella 10).

**Tabella 10.** Rappresentazioni di attaccamento (AAI) e depressione post partum (PDSS) nelle madri

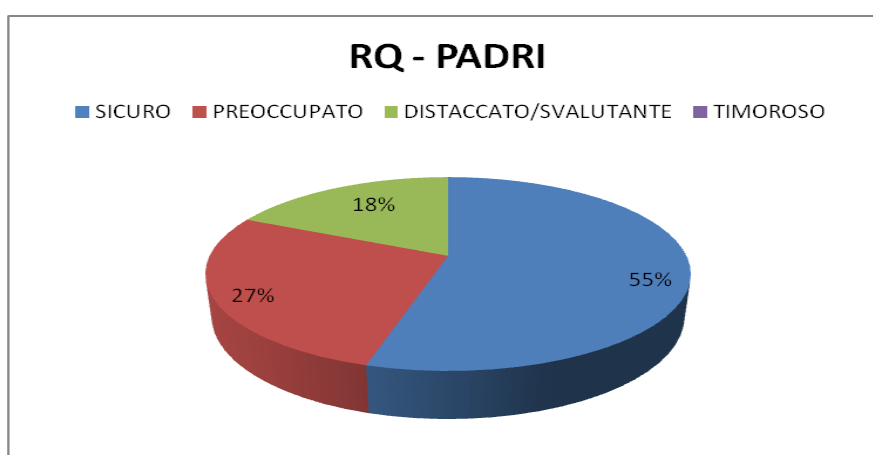
	AAI			
	Secure	Dismissing	Enmeshed	Unresolved/ Cannot Classify
Madri depresse	4	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
Madri non depresse	13	6	1	1

Lo stile di attaccamento è stato valutato anche nei padri attraverso il questionario self-report RQ. Le statistiche descrittive dello strumento sono illustrate nella tabella 11.

**Tabella 11.** Medie e D. S. Relationship Questionnaire (RQ)

	M	(SD)	Range
<b>MADRI PRE PARTO</b>			
RQ - Sicuro	5,06	1,73	1 - 7
RQ - Distaccato/Svalutante	3,73	2,11	1 - 7
RQ - Preoccupato	2,42	2,07	1 - 7
RQ - Timoroso	1,91	1,80	1 - 7

Come mostrato dal grafico, il 45 % dei padri ha un attaccamento di tipo insicuro: il 27% ha uno stile di attaccamento preoccupato, il 18% uno stile di attaccamento distanziato/svalutante.



Il 75% dei padri con una sintomatologia depressiva dopo il parto mostra un attaccamento distanziante (tabella 12).

**Tabella 12.** Attaccamento (RQ) e sintomatologia depressiva post partum (BDI-II) nei padri

	RQ			
	Sicuro	Preoccupato	Distaccato/Svalutante	Timoroso
Padri depressi	1	0	<b>3</b>	0
Padri non depressi	17	9	3	0

Per valutare le differenze nell'influenza delle diverse rappresentazioni di attaccamento sulla depressione post partum è stata condotta un'analisi della varianza (ANOVA) (tabella 13). Per tale analisi il gruppo di donne è stato suddiviso in 3 sottogruppi sulla base delle rappresentazioni di attaccamento: Sicuro, Distanziante, Preoccupato. Sono stati esclusi dalle analisi i casi di attaccamento caratterizzati da lutti o traumi non risolti (U) e i casi con un attaccamento non classificabile (CC) a causa del ridotto numero di casi con tali caratteristiche. L'analisi mostra effetti significativi per il punteggio totale della PDSS [ $F(2, 27) = 7.52, p < .05$ ] e le scale SLP: Disturbi del sonno/alimentazione [ $F(2, 27) = 5.52, p < .05$ ] ANX: Ansia/Insicurezza [ $F(2, 27) = 4.14, p < .05$ ], ELB: Labilità emotiva [ $F(2, 27) = 4.59, p < .05$ ], MNT: Confusione Mentale [ $F(2, 27) = 2.58, p < .05$ ], LOS: Perdita del senso di Sé [ $F(2, 27) = 8.69, p < .05$ ] e GLT: Senso di colpa/Vergogna [ $F(2, 27) = 5.13, p < .05$ ].

Le analisi post hoc (test di Tukey) mostrano che il gruppo delle donne preoccupate presenta differenze significative rispetto ai gruppi delle donne con attaccamento sicuro e distanziante per tutte le variabili sopra indicate. Le rappresentazioni di attaccamento di tipo preoccupato hanno quindi un'influenza significativa sulla comparsa della depressione post partum, mentre tale influenza non è stata riscontrata per le rappresentazioni dell'attaccamento di tipo sicuro e distanziante.

**Tabella 13.** Differenze tra le donne con attaccamento Sicuro, Distanziante, Preoccupato nella depressione post partum (PDSS)

	Sicuro (n = 17)		Distanziante (n = 7)		Preoccupato (n = 6)		F	p
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
PDSS TOTALE	42,71	19,35	41,86	10,80	81,33	35,55	7,52	<b>.003</b>
PDSS SLP	6,71	3,60	6,43	2,14	13	6,95	5,52	<b>.010</b>
PDSS ANX	7,82	3,76	6,29	1,79	12,17	5,49	4,14	<b>.010</b>
PDSS ELB	8,24	3,68	7,43	2,50	13,17	5,11	4,59	<b>.027</b>
PDSS MNT	7,76	4,03	5,86	2,34	11,00	5,65	2,58	<b>.019</b>
PDSS LOS	5,94	2,83	5,57	1,51	11,83	5,03	8,69	<b>.001</b>
PDSS GLT	6,47	3,85	5,43	1,13	12,67	7,76	5,13	<b>.013</b>
PDSS SUI	5,18	2,21	4,86	0,37	7,50	4,32	2,22	<b>.127</b>

**SLP:** Disturbi del sonno/alimentazione; **ANX:** Ansia/Insicurezza; **ELB:** Labilità emotiva; **MNT:** Confusione Mentale; **LOS:** Perdita del senso di Sé; **GLT:** Senso di colpa/Vergogna; **SUI:** Pensieri suicidi

Per determinare quali variabili influenzano la comparsa della depressione post partum nelle donne, sono state condotte delle analisi di regressione lineare.

Una prima analisi di regressione è stata effettuata ponendo come variabile indipendente la depressione durante la gravidanza, ipotizzando che predica la comparsa della depressione post partum (Tabella 14).

**Tabella 14.** Regressione lineare tra depressione durante la gravidanza e depressione post partum nelle madri

Predittore	B	D.S. Errore della stima	$\beta$	T	Sig.
Depressione in gravidanza (BDI-II TOT.)	2,19	.644	.521	3.402	.002

Il modello risulta significativo [F (1,31) = 11,57, p < .05, R<sup>2</sup> = 0.27], spiega il 27 % della varianza della depressione post partum. La depressione durante la gravidanza predice quindi lo sviluppo della depressione post partum.

Una seconda analisi di regressione è stata effettuata ponendo come variabile indipendente l'attaccamento insicuro, ipotizzando che predica la comparsa della depressione post partum (Tabella 15).

**Tabella 15.** Regressione lineare tra attaccamento insicuro e depressione post partum nelle madri

<b>Predittore</b>	<b>B</b>	<b>D.S. Errore della stima</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b>Sig.</b>
Attaccamento insicuro (AAI)	19,66	.8,64	.378	2.277	.030

Anche in questo caso il modello risulta significativo [ $F(1,31) = 5,18, p < .05, R^2 = 0.14$ ], spiega il 14 % della varianza della depressione post partum. Le rappresentazioni di attaccamento di tipo insicuro predicono quindi lo sviluppo della depressione post partum.

Per valutare le interazioni tra le suddette variabili si rende necessario ampliare il campione, per poter osservare se le rappresentazioni di attaccamento di tipo sicuro possano mediare la relazione tra la depressione durante la gravidanza e la comparsa della depressione post partum.

Sono stati condotti degli studi di regressione anche sui punteggi relativi ai padri, per valutare se la sintomatologia depressiva durante la gravidanza e lo stile di attaccamento insicuro siano predittivi della depressione perinatale paterna.

La prima analisi di regressione è stata effettuata ponendo come variabile indipendente la sintomatologia depressiva durante la gravidanza, ipotizzando che predica la comparsa della depressione perinatale (Tabella 16).

**Tabella 16.** Regressione lineare tra depressione durante la gravidanza e depressione perinatale nei padri

<b>Predittore</b>	<b>B</b>	<b>D.S. Errore della stima</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b>Sig.</b>
Depressione prenatale (BDI-II TOT.)	.783	.133	.727	5.9	.000

Il modello risulta significativo [ $F(1,31) = 34,809, p < .05, R^2 = 0.52$ ], spiega il 52 % della

varianza della depressione post partum. Anche per i padri la depressione durante la gravidanza predice quindi lo sviluppo della depressione dopo il parto.

La seconda analisi di regressione è stata effettuata ponendo come variabile indipendente l'attaccamento insicuro, ipotizzando che predica la comparsa della depressione post partum (Tabella 17).

**Tabella 17.** Regressione lineare tra attaccamento insicuro e depressione dopo il parto nei padri

<b>Predittore</b>	<b>B</b>	<b>D.S. Errore della stima</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b>Sig.</b>
Attaccamento insicuro (RQ)	.233	1,885	.22	.124	.902

In questo caso il modello non risulta significativo [ $F(1,31) = .015, p > .05, R^2 = 0$ ], l'attaccamento insicuro nei padri non risulta predittivo dell'insorgenza della sintomatologia depressiva nel periodo successivo al parto.



## **DISCUSSIONE**

A partire da quanto emerge dai molteplici studi nell'ambito della gravidanza e del parto, il periodo perinatale nel suo complesso costituisce una fase critica per la coppia, durante la quale numerosi sono i fattori che entrano in gioco e che condizionano la modalità di risposta alla nuova condizione. Lo scopo della presente ricerca è esplorare l'evoluzione della sintomatologia depressiva a partire dalla fase prenatale nelle madri e nei padri, in relazione al costrutto dell'attaccamento.

Delle 33 coppie che hanno partecipato a tutte le fasi della ricerca, il 24,2 % delle donne e il 6,1 % degli uomini mostra una sintomatologia depressiva durante la gravidanza. Il 36,4 % delle donne mostra una depressione post partum e il 12,1 % dei padri manifesta una sintomatologia depressiva. Tale dato si discosta da quanto riscontrato in letteratura in cui viene indicato un tasso di prevalenza della sintomatologia depressiva in gravidanza come superiore a quello misurato nella fase post partum (Heron, O' Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Limlomwongse e Liabsuetrakul 2006). Nel presente studio infatti la prevalenza della depressione post partum nelle madri risulta maggiore rispetto a quella di solito riscontrata in letteratura, che oscilla tra il 6,4% al 20% (Gaynes et al., 2005; Lee & Chung, 2007).

I risultati confermano l'ipotesi che vi sia una correlazione positiva tra la condizione depressiva durante la gravidanza e la sintomatologia depressiva post partum.

Si riscontrano correlazioni significative sia per quanto riguarda il punteggio totale della depressione che rispetto ai due fattori indagati, Cognitivo e Somatico-Affettivo, sia per le madri che per i padri. Inoltre nelle madri c'è una correlazione positiva anche tra la condizione depressiva durante la gravidanza e la depressione post partum misurata con la PDSS, strumento specifico per la rilevazione dei sintomi della depressione nel periodo successivo al parto. In particolare la correlazione risulta significativa tra tutte le scale della PDSS, il punteggio totale al BDI-II e il fattore cognitivo della depressione. Quest'ultimo dato conferma quanto rilevato anche in altre ricerche, da cui si evince che il fattore cognitivo risulta maggiormente implicato nell'espressività del disturbo (Caretti, Ragonese, & Crisafi, 2013). I nuclei disforici sembrano quindi collegarsi a variabili di natura cognitiva con una ripercussione più intensa sulla capacità di modulare un tono dell'umore adeguato.

Non si rileva invece una correlazione significativa tra la condizione depressiva nei padri e nelle madri, probabilmente a causa del numero limitato di uomini che in questo studio manifestano una depressione perinatale.

Per quanto riguarda le rappresentazioni di attaccamento, nelle donne attraverso la

somministrazione dell'Adult Attachment Interview è stato rilevato che il 52% mostra rappresentazioni di attaccamento di tipo sicuro, il 21% di tipo distanziante, il 18% di tipo preoccupato, il 6% mostra un attaccamento caratterizzato da traumi o lutti irrisolti e il 3% un attaccamento non classificabile.

Da un punto di vista qualitativo le donne con depressione post partum mostrano prevalentemente un attaccamento di tipo insicuro; in particolare la maggior parte delle donne depresse mostra una rappresentazione dell'attaccamento di tipo preoccupato. Tale dato è confermato dall'analisi della varianza, che mette in luce come le rappresentazioni di attaccamento di tipo preoccupato abbiano un'influenza significativa sulla comparsa della depressione post partum, mentre tale influenza non è stata rilevata per le rappresentazioni di attaccamento di tipo distanziante. Questo aspetto conferma quanto già rilevato in letteratura sulle diverse tipologie di attaccamento, in particolare su come quello preoccupato che conduca maggiormente allo sviluppo di stati depressivi o ansiosi patologici (Bifulco, 2013).

Anche nei padri con depressione perinatale paterna lo stile di attaccamento è prevalentemente di tipo insicuro, in particolare di tipo Distaccato/Svalutante come rilevato attraverso il Relationship Questionnaire (RQ).

Dagli studi di regressione effettuati emerge che, per le donne, la depressione durante la gravidanza e l'attaccamento insicuro predicono la comparsa della depressione post partum.

Per i padri invece, solo la sintomatologia depressiva durante la gravidanza predice la comparsa della sintomatologia depressiva dopo il parto, l'attaccamento insicuro non risulta predire la comparsa dei sintomi depressivi nel post partum. Tale dato è probabilmente legato allo strumento self-report utilizzato per la valutazione dell'attaccamento nei padri, che fornisce un dato meno completo rispetto all'AAI.

Concludendo, è possibile affermare che la presente ricerca fornisce un importante contributo allo studio della sintomatologia depressiva in fase perinatale. In particolare, un aspetto innovativo dello studio risulta l'attenzione alla depressione perinatale paterna, fenomeno ancora poco studiato in letteratura. Un limite della ricerca è legato al ridotto numero di padri che mostrano una sintomatologia depressiva, che non ha consentito di rilevare possibili correlazioni con la depressione post partum nelle madri.

Studi futuri dovrebbero indagare su campioni più ampi le interazioni tra la depressione durante la gravidanza, le rappresentazioni di attaccamento e la sintomatologia depressiva dopo il parto, per rilevare se le rappresentazioni di attaccamento di tipo sicuro possano mediare la relazione tra stati depressivi prima e dopo il parto.

## RICERCA 2

### ***COMPARISON BETWEEN ADULT ATTACHMENT INTERVIEW (AAI) AND ATTACHMENT STYLE INTERVIEW (ASI):***

*Examining new data comparing psychosocial and psychodynamic approach of attachment theory*

#### **INTRODUCTION**

This chapter will examine two measures of adult attachment style which emerge from two different traditions within attachment research. The first measure (AAI) is used in the main project reported in this thesis and is a measure used traditionally to assess attachment style. The second measure (ASI) is newer, but increasingly being used in psychosocial research in study of depression to gauge the quality of relationships as well as attitudes around closeness. To date there has been no research study comparing the two measures despite their successful use in the perinatal field. This chapter seeks to compare the two interviews as used together on a subsample of the antenatal sample utilised in this thesis. Whilst neither is taken to be the ‘gold standard’, the comparison will allow for an exploration of the overlap of security and insecurity and of anxious and avoidant styles.

#### **BACKGROUND**

As described in the introduction to this thesis, attachment theory (Bowlby, 1969, 1973, 1980) is one of the most important and productive psychological theories of the past 40 years. Although the first applications of the theory were addressed mainly to children and mother-child relationship, its concepts are useful to understand a wide range of social behaviours in the lifespan and intergenerational transmission of risk factors.

Despite sharing the same theoretical basis, the research tradition of measurement of adult attachment can be divided into two: the psychodynamic approach and the psychosocial approach. These are critical to the development of the two measures which will be compared in this chapter and are discussed at more length below.

The first line of research originated from the research of developmental psychologists (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) who used observational techniques to study parent-child relationships. It was later expanded with the help of clinical psychologists who have used interviews to study state of mind with respect to attachment in parents (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).

The second area of research was born in the mid-eighties by social psychologists (Hazan &

Shaver, 1987) who have applied Bowlby's and Ainsworth's theories to the study of romantic relationships and to the development of self-report measures; it has its origins in work of Hazan and Shaver (1987) self-report on romantic love. Interviews in this tradition look at the quality of partner and other close support figures as well as determining attitudes to closeness and autonomy (Bifulco, 2002).

Research on adult attachment has grown from two Bowlby's main concepts: first, the model of attachment formed during childhood in relation to experiences with early caregivers remains relatively stable during development through the internal working models, with implications for adolescent and adult functioning in relation to secure or insecure attachment styles; second, love relationships are the prototypical example of adult attachment with these examined in terms of partner and other close support figures in later life, the quality of such relationships influenced by attachment style.

### **Attachment styles and early care**

Bowlby (1969, 1973, 1980) defines attachment behaviour as any form of behaviour that tends to obtain or maintain proximity to some other differentiated and preferred individual, as an adaptive function of the human being. Attachment system is based on two processes: proximity to mother and environment exploration. When the baby is in a condition of "danger", he tries to be more close to his mother, to feel safe. When environment circumstances change and baby doesn't feel in danger he starts to explore.

Based on his early experiences with attachment figure, the baby will structure Working Internal Models, mental representation of the self and of the others that will guide him in the future relationships. So there is a close connection between experience of early care and development of self-image and self-esteem. A child who has built a internal working model of the attachment figure as a caring and loving, internalize a complementary pattern of self-deserving of care. Conversely negative interactions with attachment figure (characterized for example by neglect, lack of sensitivity) lead to negative representations of attachment figure and of himself.

The method most utilized for the assessment of attachment in children (aged 12 months) is the standardized procedure devised by Mary Ainsworth and collaborators, the Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Ainsworth & Wittig, 1969). The Strange Situation aims to intensify the attachment behaviours of child, subjecting him to eight episodes of 3 minutes with growing stress of two separations and reunions with the mother. Through interactive exchanges observed, Strange Situation tries to assess the structural quality of the

relationship, based on the dynamic balance between attachment and exploration, between autonomy and independence and the strategies employed to this purpose. This procedure allows to identify individual differences in the way in which the children could cope with increasing degrees of stress and the way in which they referred to the mother as a secure base. Children that in the first year old have experiences of rejection of their need of affection or have an unpredictable mother, shows an anxious style attachment (C). Children with a mother not sensitive to their signals, who refuses physical contact, shows an avoidant style (A). Children with a sensitive and responsive mother, shows a secure attachment style (B).

### **Partner attachment**

Many studies have set their research goal to assess to what extent couple relations could be viewed as adult attachment relationships, and if romantic love can be conceptualized as an attachment process, influenced in part by early experiences with the caregivers.

Among the most relevant studies in this field of psychological research can be cited the work of Hazan together with Zeifman, and Shaver and their studies on romantic love, in addition to Feeney's conceptualizations of love and attachment. Hazan and Zeifman (1994) in particular looked for empirical evidence to support the argument that couple relationships are primary forms of attachment. The authors have taken into account the criteria Bowlby and Ainsworth to distinguish any relationship by a bond of attachment: maintenance of proximity, separation distress, a safe haven and secure base. The studies by the authors with samples of adolescents and adults (Hazan & Zeifman, 1994) confirm the assumptions made and indicate a gradual transfer of adolescence primary attachment from parents to peers including partner relationships.

The research indicates that the pair bond satisfies all the criteria of the attachment bond, and can therefore be considered as such even after two years into the relationship. In particular, the authors identified similarities between mother-child relationship and partner relationships in four areas: the physical contact between partners that recall those between mother and child, the selection criteria of the attachment figure, the reaction to loss and separation and the effects of the relationship on the physical and mental health of the individual. These similarities help to explain the adaptive functions of the bond attachment in adulthood.

The study of the evolution of attachment relationships in adolescence, the conceptualization of romantic love and the study of pair bonds, as attachments, constitute the wealth of research that starting from Bowlby's attachment theory brought forward as a Lifespan developmental concept.

The two approaches identified earlier are now discussed in terms of the measures used to research the two approaches; first the psychodynamic approach, where one of the key instruments utilised is Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1985) and the psychosocial approach which includes both the self-report questionnaires inform Hazan, Shaver and Mikulincer and the Attachment Style Interview (Bifulco, Moran, Ball, & Lillie, 2002).

### **Psychodynamic approach and measurement**

The first important approach in research on individual differences of adult attachment finds its origins in the publication of the monograph 'Growing points of Attachment Theory and Research' of Bretherton and Waters in 1985. In this monograph Main Kaplan and Cassidy reported the first results of the Adult Attachment Interview (AAI), developed to classify state of mind with respect to reported representations of attachment to parents in childhood. This was tested within an intergenerational hypothesis about transmission of attachment style to children. They found that in a dyadic study of mothers and children the state of mind of parents as identified in different insecure, or secure attachment styles, was closely related to parallel assessment of the child's behavior toward that parent, observed during the Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). These important results moved the focus of attachment research from behaviour to mental state.

The AAI and the other narrative measures developed on this line share the idea that "the mental processes vary in the same way as behavioural processes" (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985) and that behavioural and representational processes are reflect in language. They therefore selected a method whereby the language used in interview to describe early life attachment representations was taken to denote the attachment style of the individual. Aspects of speech patterns were taken to differentiate the different styles in the AAI interview method. The AAI is a semi-structured interview questioning about experiences of attachment and trauma in infancy and later childhood, and the meaning that the adult individual currently gives to these experiences. The AAI proposes a redefinition of individual differences in attachment models as individual differences in representational and meta-representational processes of processing information relating to attachment (Simonelli & Calvo, 2002). A key role is also attributed to the processes of memory, because the interview is based on the evocation of the past and mental organization in relation to it (Crittenden, 1999; Main, 1995; Simonelli, 2000).

The respondent is asked a series of questions regarding the overview of his or her relationship

with parents in childhood, including negative experiences in which the attachment system becomes activated (such as illness and separation), as well as experiences of loss. Then the meaning that the respondent attributes to these experiences is examined in terms of interpreting the behaviour of the parents, the influence that these are felt to have had on the individual's adult personality and behaviour, whether real or hypothetical. The audio-recorded interview, transcribed verbatim, is analyzed for its linguistic content and the measurement is based on the coder's evaluation of various dimensions. These include the experiences of the respondent during childhood, the language used in the interview and especially the skill of the respondent in providing an integrated and credible account of these experiences and their significance. Grice's conversational maxims (1975, 1989) are taken as a reference for the assessment of consistency and inconsistency of discourse, specifically the 4 maxims of quality, quantity, relation and manner.

The maxim of quality refers to the ability of the respondent to be truthful and have evidences for what he says. The maxim of quantity is about the ability to be succinct but complete. Relation is tied to the ability to being relevant in the answers and manner refers to the ability to be clear during the interview.

The scoring system and classification of the AAI (Main & Goldwyn, 1984- 1998) allows for the identification of five "states of mind of attachment". The first three mirror the original Ainsworth classification of children as secure, avoidant or anxious and are termed: 'secure/autonomous', 'dismissing' of attachment, 'preoccupied'. A further two deal with more complex presentations involving 'unresolved loss' and 'cannot classify'. These have been linked to the disorganised styles also found in more recent child research (refs).

The AAI assesses attachment style across a range of relationships both past and present.

The large amount of empirical work conducted with the AAI can be divided mainly into 5 main arenas:

- i) correlation studies between AAI measures in the parent and child's behaviour in Strange Situation Test to look for transmission. van IJzendoorn in 1995 made a meta-analytic review of great importance when collected matches parents-children in the 14 studies available at that time (18 samples, 854 pairs) conducted in six countries, and two jobs that compared the AAI with the Attachment Q-Sort of Water that rated the child's behaviour observed in the house and found a significant correlation between the attachment of the parent and child's attachment.

- ii) research to test the psychometric properties of the AAI instrument. Several studies on the psychometric properties of the AAI have focused on testing the stability and discriminant validity of the interview. For example van IJzendoorn and Bakermans-Kranenburg (1996) found that 73% of stability at a distance of two months, Crowell and colleagues (1996) found a stability of 86% after 18 months in a New York sample and Ammaniti, Speranza and Candelori (1996) found a match secure-insecure of 95% and a three-way match of 70% after 4 years.
- iii) studies that examine the relationship between AAI and sensitivity of care from parents. This concerns the relationship between AAI state of mind and parental care and takes into analysis the hypothesis of predictability of the AAI compared to the style of care. Despite in her original studies Ainsworth had found a strong correlation between mother sensitivity and ability to respond to the child's signals and communications and the baby secure attachment with Strange Situation, and was then hypothesized a connection between parent care and attachment style of parent, in reality subsequent studies found this relationship more complex of what might initially appear (van IJzendoorn, 1995; Pederson, Gleason, Moran, & Bento, 1998).
- iv) applications of the AAI in clinical populations. Despite the AAI was not born in the clinical setting, it seems able to discriminate between clinical and non-clinical populations (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). The authors found that only 8% of those clinical population was classified secure in a four-way analysis. In a study at the Tavistock Clinic (Patrick, Hobson, Howard, Castle, & Maughan, 1994) it was observed that all borderline patients of the sample were classified (blinded to the diagnosis of borderline personality disorder) as preoccupied in AAI.
- v) longitudinal studies designed to compare attachment ratings of the same individuals from the Strange Situation Test in childhood through to the AAI in adulthood. Main and Hesse (1998) in a longitudinal study of Bay area, found that classifications in the Strange were predictive of AAI results, both in secure and insecure patterns of attachment.

New lines of research include the applicability of the AAI to investigate attachment in partners (Fonagy & Levinson, 1998) and the use of the AAI in younger subjects, from 10 to 14 years old, using appropriate modifications to the instrument (Ammaniti et al., 1990).



Therefore the AAI has shown a high degree of utility in investigating different aspects of attachment theory in adults. It has shown high reliability and validity. However, disadvantages of the method include various practical aspects such as the length of time taken to transcribe and score the interview; the high intensity and cost of training and the difficulty of achieving reliability. Other disadvantages include the lack of any context on current relationships derived from the interview given the focus is entirely historical. This can create some issues around transparency with using the measure in clinical and social care contexts in relation to feedback to clients. More controversial is the predictability of the assessment of attachment through the AAI with respect to sensitivity of parental behaviour during the first year of a child's life: the category of attachment of the parent obtained with this type of evaluation does not seem related to the quality and style of care with the child (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997).

### **Psychosocial approach and measurement**

The psychosocial approach to measuring attachment style has become very prolific since the 1980s and followed a similarly successful but parallel track to the AAI using different measurement approaches. Early studies were undertaken by Hazan and Shaver (1987) on attachment style in romantic relationships using a simple self-report method. In their early studies the authors adopted the three categories of infant attachment of Mary Ainsworth (secure, anxious and avoidant) as the basis for conceptualizing ways of thinking, feeling and behaving used by adults in their romantic relationships to parallel these styles. On the basis of an intuitive extrapolation of the features of the childhood styles conceptualized by Ainsworth, the authors developed short descriptive phrases of the three types of attachment style in a questionnaire where respondents were asked to choose those that best described the self in relation to partner love relationships. In a study of 620 adults, they found that 56% of subjects has a secure attachment and others subjects were distributed equally between avoidant and anxious/ambivalent styles.

The attachment questionnaire was further extended by Bartholomew and colleagues to add in an additional style of 'Fearful' which had elements of both avoidant and anxious insecurity: The Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew, 1990). Thus 4 vignette descriptions were included – Secure, Preoccupied, Dismissive and Fearful. She framed this in terms of two dimensions in terms of internal working models of self and others (Bowlby, 1969/1982). In particular she conceptualized the dimension of attachment style in relation both to self and other, in terms of both positive and negative aspects. Bartholomew developed, by

combinations of these factors, a model which defined four patterns, rather than three, of attachment style in a two-dimensional space. According to this perspective, "secure" respondents are classified as having a positive view of self and others, "preoccupied" as a negative model of self but a positive model of others, "dismissing" as a positive model of self and negative of others and "fearful" as having a negative view of both self and others. Key findings of research undertaken with the RQ show that internal working models can be differentiated into 4 categories, combining the image of self and others (positive or negative). The RQ is very similar to description of the three prototypes of Hazan and Shaver, but it provides a more complete description of the categories of attachment, in a two-dimensional space.

Several other self-report attachment style questionnaires have been developed in later years. This includes the Experiences in Close Relationship Scale (Brennan, Clark, & Shaver, 1998); Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Simpson, Rholes & Phillips, 1996); Adult Attachment Scale (AAS; Collins & Reads, 1990); Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994), and the Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ; Bifulco, Mahon, Kwon, Maron, & Jacobs, 2003). Griffin and Bartholomew (1994) finally, developed the Relationship Style Questionnaire (RSQ) consists of 30 items based on both on the types outlined by Hazan and Shaver (1987) that the RQ prototypes. Most utilize a dimensional rather than categorical vignette style presentation and scoring, and most have two dimensions of attachment representing either secure vs insecure, or avoidant vs anxious styles..

Using self-report instruments to assess the attachment has caused much debate among researchers, and many authors belonging to personality and social psychology, adopted these measures categorical and forced choice because of their brevity, validity and ease of administration. Certainly some authors discussed also the limitations of this approach and the theoretical difficulties created (Collins & Read, 1990; Levy & Davis, 1988; Mikulincer, Florian, & Tolmacz, 1990; Simpson, 1990).

The development of an interview to reflect the psychosocial approach examining ongoing relationships and attitudes been more recently developed. The semi-structured Attachment Style Interview (ASI; Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002) is placed within the psychosocial tradition but uses the narrative approach of the interview to reflect the context of the respondents current relationships and attitudes towards attachment. The ASI requires the subject to answer some questions about the partner and at least two other people described as very close in relation to support (VCO: "Very Close Others") and to answer a series of

questions about ongoing interactions as well as attitudes in relationships. In particular, the questions on the attachment figures contribute to give a measure of the respondents ability to create and maintain supportive relationships, important in relation to the security vs insecurity of attachment. Seven attitudinal scales reflecting avoidance/distance in maintaining relationships (mistrust; constraints on closeness; self-reliance; anger) or anxious/ambivalence (desire for company; fear of separation; fear of rejection) are evaluated. Scoring of these attitudinal scales provides a classification of both the type of insecure attachment (Enmeshed, Fearful, Angry-dismissive, Withdrawn or Clearly Secure), and the degree of insecure attachment style (markedly, moderately, mildly or not insecure). The ASI is now widely used in the UK and the continent of Europe.

It has good inter-rater reliability, both in the original London studies (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002); in cross-European study (Bifulco et al., 2004) as well as in Japan (Yoshida, Hayashi, & Bifulco, 2003) and Malaysia (Abdul Kadir, 2009).

The research has focused on a number of domains.

- i) ASI in depression and perinatal study: ASI has shown anxious styles (Enmeshed or Fearful) predict postnatal depression in a European study of low risk women measured antenatally (Bifulco et al., 2004). It also shows anxious and angry-dismissive style acts as a vulnerability factor for depression in adult women in high risk community sample (Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002). ASI Enmeshed style accounted for antenatal depression risk in teenage pregnancy in a Portuguese sample comparing teenage and older pregnant women (Figueirido, 2006).
- ii) ASI in relation to childhood neglect and abuse: Insecure attachment styles, apart from Withdrawn significantly related to neglect, physical abuse and sexual abuse in childhood before age 17 in adult women (Bifulco, 2002). Regression analyses showed anxious styles (Enmeshed or Fearful) related to poor care in childhood, while Angry-dismissive style related to abuse (Bifulco & Thomas, 2012). However, in young people, early neglect abuse was shown to relate mainly to the anxious styles (Bifulco, 2009; Schimmenti & Bifulco, 2013).
- iii) ASI and intergenerational transmission: An investigation of high risk community women and their offspring showed insecure attachment style was mediated by incompetent parenting in relating to neglect/abuse of offspring by mothers (Bifulco, Moran, Jacobs, & Bunn, 2009). In the perinatal field, insecure styles

measured by the AS related to poor mother-baby interaction at 6 months (Bifulco & Thomas, 2012).

- iv) ASI in couples research: The ASI used in couples in the antenatal period showed associations with depression and anxiety postnatally in men and women. An added effect where both partners were insecure was shown for postnatal depression in women (Conde, Figueirido, & Bifulco, 2011).

Therefore given the impact of both AAI and ASI measures in generating important research findings on depression and perinatal experiences, it is of research interest to know the relationship between these two measures, reflecting two distinct theoretical approaches in understanding the extent to which the two overlap and reflect similar concepts in the styles identified. The research study is the first to report on such comparisons.

## **OBJECTIVES**

As we have seen, AAI and ASI belong to different approach and have some important differences. The first evaluates the states of mind with respect to attachment focusing on childhood experiences, the second evaluates social support focusing on current experiences. ASI and AAI assess different aspect of attachment: on one hand the capacity of create and maintain close relationships in adulthood, on the other hand assess internal working model in relation to different ways to processing childhood experiences.

Currently there are no studies that have compared AAI and ASI, qualitatively or quantitatively. This study aims to find both qualitative and quantitative evidence of the similarities and differences between the two measures in order to identify their respective strengths in psychological research. The study has four main research questions objectives:

- ▶ Is there a significant association between security and insecurity of attachment styles as assessed by AAI and ASI?
- ▶ Is there significant association between the insecure anxious and avoidant subtypes in the two measures?
- ▶ Are the subscales of either measure significantly correlated?
- ▶ Do qualitative reports taken from both measures elucidate the similarities and differences between the measures?

## **PARTICIPANTS**

The study is a subset of the main perinatal investigation of the thesis, extended to a non-

perinatal sample. Participants were 20 respondents: 11 recruited consecutively in the Department of Gynecology and Obstetrics of Policlinico “Paolo Giaccone” of Palermo and in a private gynaecological study in Rome, a subset of the main study and 9 students recruited consecutively at University of Palermo to increase the range of potential responses.

Participants were, 80% female (16) and 20% male (4), all were aged between 20 and 40 years ( $M=30,50$ ;  $D.S.=7,21$ ); 55% of participants were in work, 45 % were students. Most (70%) had a partner.

## **PROCEDURE**

All participants were interviewed on the two measures on two occasions. The order of the interviews was varied across respondents. All interviews were audio-recorded and rated from the recordings. The interviewers were trained and reliable in both measures.

The interviews were coded by two independent raters trained in use of both interviews. Agreement between independent raters was estimated

All participants provided informed consent for their participation in the research project.

## **MEASURES**

- **Attachment Style Interview** (ASI, Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani, 2002).

The ASI as already described, is an investigator-based interview assessing attachment styles based on the ability to make and maintain supportive relationships.

The ASI provides a global assessment of support by evaluating the quality of relationship with the partner and up to two very close adults. Having at least two supportive relationships leads to a judgement of good ‘ability to make and maintain relationships’ which is a prerequisite for assessing attachment security. It takes around 1 hour to administer and about 2.5 hours to score. Rating is from the audio-recorded interview, but not from a transcript. The rater instead notes down the key statements and comments on each scale to justify the ratings. Ratings are made according to benchmarked thresholds and are mostly on 4-point scales (marked, moderate, some, little/none).

The interview consists of three sections: the first focuses on demographic information and life events, the second assesses the quality of social support and the third refers to the attitudes, the individual experiences and the overall attachment style.

- **Scoring system**

Scoring of the interview is much shorter than the AAI. The interview is audio-recorded and

the scoring procedure consist on the selection and the transcription of key sequences of the subject discourse, in order to justify and clarify ratings. The classification threshold are defined on the basis of previous standardized scores on a large number of cases.

Although the main questions are defined by the protocol, it is important that the interviewer follows the information provided by the subject, trying to get the most information within the narrative.

In the first part of scoring a rating is assigned of the quality of the relationship with partner and with two very close others (VCO), on the basis of confiding, active emotional support, positive quality of interaction, negative quality of interaction, felt attachment.

The final scores of the three relationships converge to provide a measure of subject's ability to create and maintain relationships which can range from "Marked" to "Little/None", in the extreme case where subject was unable to report any relation with a solid support. The ability to make and maintain relationships gives a first indication of the level of security or insecurity of attachment.

In the second part the attitudinal scales are scored to determine the classification of attachment:

- *Mistrust*: evaluates the extent to which the interviewee lacks trust in people close to him/her, as well as outsiders and is suspicious of their motives and behaviour.
- *Constraints on Closeness*: evaluates the existence of attitudinal blockages inhibiting the development or maintenance of close confiding relationships and care eliciting.
- *Fear of Rejection*: evaluates the extent to which constraints on closeness are based on fear of getting close, specifically on fears of rejection or being let down.
- *Self-reliance*: evaluates the extent to which the interviewee feels able to cope well on his own, values his independence and is not very dependent on others for practical and emotional help.
- *Desire for Company*: evaluates the extent to which the interviewee likes or need to have a high degree of contact with close others, high dependence on others, high level of companionship.
- *Fear of separation*: evaluates the extent to which there is distress at temporary separations from close others, the fear of being abandoned and losing people close.
- *Anger*: rates the extent to which the interviewee feels hostile, resentful, or jealous of others close to him.

- **Classification system**

Scoring of the attitudinal scales provides a classification of six type of attachment: Enmeshed, Fearful, Angry-dismissive, Withdrawn, Clearly Secure, Dual-disorganized, and the degree of insecure attachment style: markedly, moderately, mildly or not insecure.

- *Clearly secure*: it is the most stable and flexible style, there is a good ability to make and maintain relationships. There is comfort with closeness and appropriate levels of autonomy. The word "clearly" is used to differentiate this individuals from those "mildly" insecure, which however are not at risk.
- *Enmeshed (Anxious attachment style)*: this is a dependent attachment style as exhibited by high Desire for Company and low Self-reliance. These individuals tend to have fairly superficial relationships and despite high number of social contacts may have few which are objectively close. At times this style will involve high Anger, typically when dependency needs are not met.
- *Fearful (Anxious attachment style)*:this attachment style avoids anxiety around being rejected or let down. Individuals in this style have fear of intimate relationship and high Fear of Rejection. There will tend to be internal attribution for relationship failure (self-blame).
- *Angry-Dismissive (Avoidant attachment style)*: this style is characterized by an angry avoidance of others, with high Mistrust, high Self-reliance and low Desire for Company rated. The characteristic of this style is high Anger. Individuals with this style usually need a high level of control over their lives, are extremely self-reliant and typically argue with those around them and are denigrating of others.
- *Withdrawn (Avoidant attachment style)*: this is a detached style characterized by high Self-reliance and high Constraints on Closeness. There is neither Fear of Rejection, nor high Anger. It can appear as very practical, rational and non-emotional style. Reporting style is often brief, factual and unemotional.
- *Dual/disorganized*: this classification is only considered for those rated markedly or moderately insecure. It reflects those individuals who are unable to relate to others and for whom no single clear style can be determined form the subscales rated.

• **Adult Attachment Interview (AAI, George, Kaplan & Main, 1984).**

As described earlier, he AAI is a semi-structured interview used to assess states of mind with respect to attachment questioning about childhood experience (Main & Goldwin, 1994). The AAI interview is a semi- interview.. The questions have an established order starting with

asking for five words that would best describe their childhood relationships with their parents. Speakers are questioned about when they felt upset during childhood, what happened when they were hurt, if their parents were loving or were ever threatening them. There are also questions about loss in childhood and about how childhood experiences have affected their personalities.

AAI have a good predictive validity between the assessment of attachment of the parent and the attachment of the child during early childhood.

The interview takes from 45 minutes to 1 hour and 15 minutes, it is recorded and transcribed. The scoring and evaluation used here is the method of Main and Goldwin (1994).

- **Scoring system**

The scoring of the AAI occurs in two stages, in a first stage the content and form of the text are analyzed through the use of graduated scales of evaluation; in the second stage, the interview is re-analyzed as a whole in order to assign a final attachment classification of the subject.

**Scales for inferred experiences with parents**

- *Loving*: assesses the extent to which the speaker appears to have experienced loving or unloving behaviour by the mother or father overall.
- *Rejection*: assesses the extent to which the parent appears to have rejected and/or avoided the child's attachment.
- *Involving/role-reversing*: deals with the extent to which the parent appears to have made themselves an object of the child's attention, involving the child in their physical or psychological care, or making clear that the child's presence is necessary for maintenance of their own sense of well-being.
- *Neglecting*: refers to the parent who is inattentive, preoccupied, otherwise occupied, uninvolved or psychologically inaccessible (when potentially physically available).
- *Pressuring to achieve*: assesses the extent to which the child was pressured to achieve some particular status or position, simply pushed to succeed in general, or to take on adult responsibilities.

**Scales for organized states of mind**

- *Coherence of transcript*: attempts to quantify the speaker's ability to present and access the past and its influences in a way which makes it reasonable and understandable to the listener/reader, and suggests few interpretations contradictory to those offered.



- *Metacognitive monitoring*: evaluates the monitoring of thinking and memory processes during the interview. Evaluates indices that suggest a particular awareness of the subject on his thought processes.
- *Coherence of mind*: provides an assessment more general of coherence related also to system of values, beliefs and convictions.
- *Idealization*: assesses the discrepancy between the overall picture or presentation of the parent taken from the speaker's speech at the abstract or semantic level, and the reader's inferences regarding the "actual" behaviour of the parent as based upon other aspects of the transcript.
- *Insistence upon inability to recall childhood*: rates the speaker's insistence upon their inability to recall childhood, especially when it serves to block further queries or discourse.
- *Dismissing derogation*: deals with the cool, contemptuous, derogating dismissal of attachment relationships or experiences.
- *Fear of loss of the child through death*: is intended to capture those speakers who experience such fears, act upon them in some ways, and are not able to connect them to their source.
- *Involving/preoccupying anger*: focuses upon certain forms of language which are considered indicative of involving/preoccupying anger. This type of anger manifests itself in the form of discourse with such long and convoluted sentences in which there are fluctuation between the narration of past events and current conflicts with attachment figures. It can be evaluated the current negative emotional involvement of the subject in relation to attachment figures.
- *Passivity or vagueness in discourse*: evaluates the presence of indices of passivity of thought made manifest through the discourse, such as sentence started but left incomplete, the use of vague terms, that make undetermined the content of speech.

In addition to the scales described there are other indices for Unresolved/disorganized states of mind in relation to loss or to abuse.

Every scale is rated on a 9-point Likert scale.

- **Classification system**

Once a judge has completed rating experience and states of mind on the continuous scales, he can assign an overall classification, usually accompanied by a subcategory assignment as well.

- *Secure/Autonomous (Free: F)*: speakers placed in this category appear relatively autonomous with respect to attachment, seem to manifest a freedom to explore thoughts and feelings during the course of the interview. The speaker is most likely moderately to highly aware of the nature of experiences with parents and with attachment, and the effects of those experiences upon their present state of mind.
- *Dismissing of attachment (Ds)*: the speakers manifest an active attempt to limit the influence of the experiences and relationships of attachment on the current life (Main & Goldwyn, 1994). This process of exclusion can be implemented through the idealization of their past experiences or attachment figures, through a lack of memory of past experiences, and through an active derogation of experience and significant figures of childhood. Childhood experiences are often characterized by lack of loving and support and rejection.
- *Preoccupied (Enmeshed: E)*: the speaker appears preoccupied with early attachments or attachment-related experiences in a way which ultimately interferes with the maintenance of collaborative conversation, specifically via confusing, irrelevant and/or excessively lengthy discussions. They are still involved, enmeshed in relations within the family, which continue to have an influence on their state of mind.
- *Unresolved (U)*: in the transcript there are indices of lapses in the monitoring of reasoning or discourse, or extreme behavioural reactions indicating a lack of resolution of specific events of the past history of the subject (abuse or loss).
- *Cannot Classified (CC)*: the interview is considered unclassifiable when the elements of the speech are so complex that can't be classified in any of the previous categories. The subject manifests a mixture of incompatible mental states, without presenting an organized state of mind in a unified manner.

### **Statistical analysis**

Comparisons between the two measures were tested using Pearson's r correlations and Pearson's Chi Quadrato with p value at 0.05.

### **RESULTS**

#### i) Prevalence of attachment styles

The results obtained from the administration of the ASI show that 50% of participants had secure attachment style and 50% an insecure attachment style (marked – mild levels). This is within the normal range (Bifulco & Thomas, 2012).

Table 1 presents subject's distribution of attachment styles as measured with ASI.

**Table 1 Classifications Attachment Style Interview (ASI)**

<b>Attachment Style</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Clearly Secure	10	50%
Enmeshed	1	5%
Fearful	2	10%
Angry-Dismissive	1	5 %
Withdrawn	5	25 %
Dual/disorganized	1	5%

With respect to the degree of insecure attachment style, 30% of participants who have insecure attachment were rated markedly insecure, 30% as moderately insecure and 40 % as mildly insecure.

Table 2 shows the distribution of style using the AAI, 45% of participants have a secure attachment style, 25 % dismissing, 15 % preoccupied, 5 % unresolved, 10% cannot classify.

**Table 2 Classifications Adult Attachment Interview (AAI)**

<b>Attachment Classifications</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Secure/Autonomous	9	45%
Dismissing	5	25%
Preoccupied	3	15%
Unresolved	1	5 %
Cannot Classify	2	10 %

In terms of security and insecurity of attachment we can see in table 3 the comparison of the two measures. Between the two interviews there is an agreement of 65% (13 cases) of security vs. insecurity of attachment with similar distribution of non-concordance across the measures.

**Table 3 Secure-Insecure Attachment in ASI and AAI**

		AAI		
		SECURE	INSECURE	TOT.
ASI	SECURE	<b>6</b>	4	10
	INSECURE	3	<b>7</b>	10
	TOT.	9	11	

There is not a statistically significant relation between security-insecurity of attachment measured with ASI and AAI ( $\chi^2=1,818$ ;  $df=1$ ;  $p > 0.05$ ).

Looking more specifically at the type of attachment styles, we can see the agreement of the two interviews in table 4. For this comparison, some categories of attachment have been grouped in order to make the measures comparable: in the ASI, Enmeshed and Fearful styles have been grouped as an Anxious category, Angry-dismissive and Withdrawn have been grouped in Avoidant category and the Dual/disorganized separately categorised; in the AAI Unresolved and Cannot Classify have been put together as an equivalent to Disorganised.

**Table 4 Attachment classifications in ASI and AAI**

		AAI			
		Secure	Dismissing	Enmeshed	Unresolved/Cannot Classify
ASI	Clearly Secure	<b>6</b>	1	2	1
	Avoidant (AD/W)	2	<b>3</b>	0	1
	Anxious (E/F)	1	0	<b>1</b>	1
	Dual/disorganized	0	1	0	0

There is an agreement of 50 % (10 cases) between ASI and AAI classifications; the best agreement is related to secure attachment, but in approximately half cases there is an agreement also in avoidant and anxious styles. There is not a statistically significant relation between types of insecure attachment style measured with ASI and AAI ( $\chi^2=9,511$ ;  $df=9$ ;  $p > 0.05$ ).

The subscales of the two measures were then correlated using a correlation matrix (see table 5). This showed significant correlation between Constraints on closeness, attitude of avoidant

style in ASI, and coherence (of transcript and of mind) that discriminates between secure and insecure attachment in AAI. There is also a negative correlation between Constraints on closeness and Idealization, scale of AAI typical of Dismissing style.

There is no statistically significant correlation between other scales, maybe because of the small numbers of subjects.

**Table 5 Correlations between ASI and AAI subscales**

	Coherence transcript	Idealization	Lack of memory	Derogation	Fear of loss	Passivity	Involving anger	Coherence of mind
Ability relation.	-0.113	0.255	-0.174	-	-	-0.314	0.232	-0.113
Mistrust	0,392	0,377	-0.103	-	-	-0.027	-0.208	0,392
Constraints on closeness.	0.477*	-0.462*	0,053	-	-	0.060	-0.187	0.477*
Rejection	-0.024	0.011	0.327	-	-	0.360	-0.437	-0.024
Self-reliance	0.153	-0.126	0.221	-	-	0.228	0.296	0.153
Desire for company	-0.067	0.132	0.193	-	-	0.323	-0.065	-0.067
Separation	-0.227	0.259	0.030	-	-	-0.347	-0.347	-0.227
Anger	0.123	-0.075	0.027	-	-	-0,118	-0,037	0,123

\*  $p < 0,05$

### Summary of quantitative findings.

Although the numbers in the analysis are small, the study shows rates of insecure vs secure attachment similar to those quoted in the research literature. There isn't a statistically significant relation between secure vs insecure, nor between types of insecure attachment style. The most predictable agreement in the two measures is for secure attachment style. When subscales of the two measures are examined, significant correlations are shown between Constraints on closeness, attitude of avoidant style in ASI, and coherence (of transcript and of mind) that discriminates between secure and insecure attachment in AAI. There is also a negative correlation between Constraints on closeness and Idealization, scale of AAI typical of Dismissing style.

## CASE STUDIES

The next section of the analysis will describe two cases the first of which showed the same attachment style using the two measures and the second showing different styles.

### DANIELE

The following case description will show the best agreement between ASI and AAI.

Daniele is a 39 year old man, he's a lawyer and has been married for 5 years. He has a daughter of 18 months. He was brought up with his mother and father and a smaller brother. He has a good relationship with his parents, and they live in the same city. Daniele had an insecure avoidant rating on both the ASI and the AAI.

### **ASI Daniele – Moderately Withdrawn**

Daniele is a 39 year old man living with his wife and their daughter of 18 months. He's a lawyer and he works full time every day. His wife is a lawyer too, they've been together for 10 years before marriage. They're married from 2007.

He has grown with his parents and his smaller brother. Now he lives in the same city of his parents, but for some months in a year his parents move in another city far from him. They don't see each other for 3 months a year, but they have a good relationship, without conflicts.

His brother lives far from him, they keep in touch by e-mail and they see two or three times in a year.

**Daniele's support:** when asked about confiding in his partner he says "*Yes is easier with her than with others but I tend not to confide in anyone. I recount all things in a superficial way, without details*". (Relationship quality rated "insufficient support, no discord")

*He identifies two close people like very close: his mother and his friend, but he doesn't confide in them, he only recount daily problems. (Relationship quality rated "insufficient support, no discord")*

Daniele hasn't ability to make and maintain relationships, he doesn't confide the most of things, neither is wife nor to persons who indicated as very close and that determine his moderate insecure style.

**Daniele's Withdrawn attachment attitudes:** he has high constraints on closeness, it's not easy for him to confide in people and to ask for help: "It's difficult for me to confide in others""It's not easy for me to ask for help, I tend to keep everything inside".

Daniele is "highly" self-reliant: "It's important to be independent, I think it's a part of being

mature", "It's important for me to be able to control my life". When asked about how does he feel when things don't go the way he plans, he answers: "I try to come up with Plan B".

He has also low desire for company: " I'm a sociable person, it's easy for me to create new friends", "There are some periods that I prefer to stay by myself", "I prefer stay with other people but I also enjoy my company when I'm alone", "Sometimes I had the desire to be alone and instead there were other people".

However he didn't have high levels of mistrust ("I tend to trust too much in other people"), fear of rejection (he doesn't feel that can't trust others in case they let him down and he has never felt hurt or rejected by anyone he's been close to) or fear of separation ("I absolutely don't get anxious when people close to you are away"). Also he has no anger in relationships.

**Comment:** Daniele's profile was consistent with Withdrawn style, rated as moderate level because his attitudes were not at the most extreme rates. This style is the truly detached one, without the anger on Angry-dismissive or the fear of Fearful. At interview he always used short statements and brief answers.

### **AAI Daniele – Dismissing of attachment**

Daniele was brought up with his mother and father and a smaller brother.

His brother lives in another city and they see only for 3 weeks during a year. His mother was an English woman.

During the summer, since he was one year old, he went for three months by his grandparents in another region of Italy and his parents reached him after more than a month for holidays.

He felt very close to his grandparents.

He describes his mother as loving and present in childhood, but he didn't give a lot of episodes to support this description.

His father is described as loving but also authoritarian and rigid, for example he decided what school children had to do.

During the interview is possible to see some indices of dismissing of attachment:

- idealization of the mother: there is a discrepancy between positive descriptions of the relationship with the parent and the failure to recount episodes of real support; for example he says that the relationships was sincere and serene but he doesn't give episodes that support these adjectives.
- speaker supports a first generalized positive descriptor with a second generalized descriptor. D. says that his relationship with mother was respectful and to describe it says "*this discourse is always about the sincerity, of not lying*".

- interview responses appear abstract, remote from memories and feelings: for example when asked about the adjective "respectful" that he used to describe the relationship with his father he says "*I don't remember an episode of infancy on respectful*".
- little articulation of hurt, distress, or feelings or needing or depending, for example when he recounts the first mourning lived when he was little he doesn't talk about his feelings, normalizing the event.
- Self is described as having positive features of being strong, independent or normal; the speaker indirectly focalize on his characteristics of being strong or independent, for example when he talks about when he got hurt when he was a child he says that he didn't cry, that from when he was seven he didn't call his parents when he hurt himself.
- low coherence: during the interview there are a lot of violations of Grice's maxims. In particular there are many violations of the maxim of quality, because there is discrepancy between the abstract, generalized level of description of attachment figures and descriptions of specific episodes involving those same persons.

### **Discussion of Daniele's avoidant attachment style**

Daniele has an avoidant style both in AAI e ASI classification system. In ASI the avoidant style is detectable by high constraints on closeness, high self-reliance and low desire for company, that indicate a detached style, with emphasis on independence, and no confiding in others. In AAI the avoidant style is detectable by idealization of parents, by speaking in a general way, without memories of childhood, with emphasis on independence and little articulation of hurt and distress.

The two measures brought to the same classification, also if ASI focuses on current relationships and AAI focuses most on past experiences. The two interviews detect different information from different points of view (actual and past), but used together they help providing a complete subject's profile, with information on subject's attitude and on subject's states of mind with respect to attachment.

### **GIUSEPPINA**

The following case description will show a case in which ASI and AAI identify different styles.

Giuseppina is a 36 year old woman who works as reporter. She's married from 5 years, her husband is a lawyer. They have a baby of 20 months.



## ASI GIUSEPPINA – MODERATELY ANGRY-DISMISSIVE

Giuseppina was brought up with her mother and father and an older brother. An aunt who had no children was very often with Giuseppina's family, for example she stayed with Giuseppina on holiday when her parents were working.

In their current family relationships Giuseppina feels resentment and anger towards her father, because in the past he didn't face problems that now are unsolvable. There is a moderate antipathy from her father and some antipathy from her mother. She feels close to her mother, also if they argue often. She describes her brother like problematic, she has been close to him and she suffered a lot so now they're no close anymore.

**Giuseppina's support:** Giuseppina doesn't confide a lot in her husband, he isn't very empathic and she confides mostly practical things (no support received). They have some arguments for everyday things, and she has a low level of felt attachment.

She identified 2 Very Close Others, people important for her:

-Viviana, her friend for 20 years from whom she receives a very good support (marked felt attachment) "She's like a sister for me";

- Amedeo, a friend who give mostly practical support (insufficient support, no discord).

She has some ability to make and maintain relationships because she has only one relationship from whom she receives good support. *"I'm not a person who confides a lot, Viviana knows me and pulls me out things to say"*.

**Giuseppina's Angry-dismissive attachment attitudes:** She has high mistrust of others: *"I trust people but I'm not impressed by the first impression. I always look beyond what people want to show". "I'm a little suspicious, I always try to look beyond what I see, also in a positive manner". "I don't like excessive expressions, they seem forced, but I don't find it hard to trust other people"*.

She has high constraints on closeness: *"In this period I don't feel close to anyone because I'm living a particular situation and I haven't confided to anyone" "Generally I don't confide a lot of things, I don't confide my intimate emotions because about my intimate things I'm not very open". "It's not easy for me to ask for help, I prefer an advise"*.

She has highly self-reliant: *"I'm used to solve my problems by myself, but now my husband help me". "For me it's important to be independent". "I like listen to others' advices and then decide on my own"*.

She has also high anger in the current relationship with her parents: *"I feel resentment and anger for some things of my family of the past." "I blame my parents, my father particularly*

*because he didn't nothing for some familiar conditions that now have an impact also on me. And I blame also my mother because for love she didn't act."* She argues often with her mother.

However she doesn't have high levels of fear of rejection, desire for company and fear of separation.

**Comment:** Giuseppina's profile is consistent with Angry-Dismissive style, rated at a mild level because she has some ability to make and maintain relationships. This style is characterized by angry avoidance of others, with feelings of anger and resentment towards close others and family and often blame of others.

### **AAI GIUSEPPINA – SECURE/AUTONOMOUS**

Giuseppina was brought up with her mother and father and an older brother. She had an aunt who lived with them for several years. She talks about her aunt like a "second mum", always with her when she needed her. They stayed together during holidays, when Giuseppina was ill and had to stay home for a lot of days her aunt was with her.

She recounts that her mother was loving but possessive when she was a child and her father was often absent for work.

During the interview Giuseppina was very collaborative and she appeared open to the topics. She has shown herself aware of the nature of experiences with parents and with attachment and of the effects of those experiences upon her state of mind.

During the interview is possible to see some indices of secure/autonomous style:

coherence, in the interview there is coherence in what is reported. For example G. describes her relationships with parents with some descriptors and she recounts episodes that supports adjectives that she gave. She describes the relationship with her mother as possessive and she recounts that when she was a baby her mother didn't want somebody to take her or kiss her. Moreover when G. Is grown up, her mother looked at her friend like they were rivals for her.

collaboration with the interview process: G. during the interview clarify some points that might otherwise be confusing.

balance: she gave a balanced view during discussion of troubled aspects of relationships. For example "I have feeling of protection towards my mother, because my father was always out so I know that in some period of difficulties I went always with her to not leave her alone."

Notes effects of experiences upon the self: for example talking about the loss of her

uncle she reflected on how this experience has affected her, changing the way of thinking about choices.

- "rueful recognition" of the power of past experiences in shaping present behaviour: G. reports having a detached relationship with her father and she thinks about her relationships with man, characterized by camaraderie but not by trust and emotional closeness.
- Forgiving, G. tries to justify her father's behaviour with reference to his familiar history (her father had to do most of experiences alone since he was a child, for example going to the college alone by train when he was 8 years)

Moreover, during the interview G. often use psychological language, using words like unconscious, alter ego, trauma, traumatic event, and she has some tendency to "psychological" analysis of events and individuals (F4).

### **Discussion of Giuseppina's attachment style**

In Giuseppina's case AAI and ASI scoring brought to different classifications.

In ASI Giuseppina shows characteristics of an avoidant style (Angry-Dismissive) because of high mistrust, high constraints on closeness, high self-reliance and high anger. She appears very resentful and angry in the current relationships with her parents.

In AAI she shows a lot of characteristics of secure style, like collaboration with the interview process, coherence, balance and forgiving.

This different classifications may be attributed at different stages of life investigated by the two instruments. Giuseppina's anger is related to adult relationships with her parents, which are much less investigated by AAI. This shows like using the two instruments can give a broader view of subject's characteristics, observed from different points of view.

## DISCUSSION

Adult Attachment Interview and Attachment Style Interview belong to different psychological approaches. Both interviews have been extensively used in the research of adult attachment but there are no studies that have compared AAI and ASI, qualitatively or quantitatively. This is the first exploratory study in which AAI and ASI are compared from a methodological point of view. In the comparison between ASI and AAI there are both similarities and differences in the way they both evaluate adult attachment. It can be argued that they are tapping different aspects of the attachment system within an individual.

AAI evaluates the states of mind with respect to attachment, ASI evaluates social support. As discussed in the first part of this chapter, the two interviews come from different approaches of attachment theory. ASI has been developed in psychosocial approach, that examines ongoing relationships and individuals attitude in relationships. AAI come from psychodynamic approach, which focuses on the representative level of attachment. AAI focuses on childhood experiences, asking about the relationships with parents, experiences of feeling upset during childhood, experiences of hurt, of rejection, neglecting, experiences of loss and other kind of trauma. There are some questions about the current relationships with parents, but the queries focuses only on parents, on how is now their relationship and on how the relationships changed over the time. ASI focuses on current experiences, asking about partner relationship, current relationships with parents and siblings, antipathy, support figures, recent life events. It doesn't focuses on past experiences but on current experiences and relationships. These differences between the two interviews determine that AAI assesses states of mind with respect to attachment in relation to different ways to processing childhood experiences and ASI assesses the capacity of create and maintain close relationships in adulthood.

Because of their conceptual differences, ASI and AAI have important differences in the way of describing similar scales. For example, the anger scale is conceptualized in different ways in the two interviews. In ASI Anger scale rates the extent to which the interviewee openly feels hostile, resentful, or jealous both in interactions with close others as well as generalised to the outside world. In AAI Involving/preoccupying anger focuses upon certain forms of language which, in the form of discourse, are considered indicative of involving/preoccupying anger; it's not sufficient that the speaker is angry but rather that anger can be inferred from violations of quantity, relevance and/or manner maxims.

In AAI involving anger must be referred to parents or to any other important attachment

figure. The “real” state of the speaker could, in some instances, be affectively neutral. Scores for involving/preoccupying anger is assigned only when there is an angry context and there are significant violations on Grice’s maxims. The speaker can be not conscious of the anger, but seems to have been drawn out of the interview context sufficiently to create distortions in language and/or in the discourse exchanges. In ASI the scale of anger rates the extent to which the interviewee feels knowingly hostile, resentful or jealous of others close to him/her. These important differences between the two interviews can explain those cases in the research which show no agreement.

Results shows a better agreement between the dichotomous classification (Secure vs Insecure) and some agreement for individual styles. But there aren’t statistically significant associations between secure vs insecure, nor between different types of insecure attachment.

Results show also some correlation between Constraints on closeness, attitude of avoidant style in ASI, and coherence (of transcript and of mind) that discriminates between secure and insecure attachment in AAI. There is also a negative correlation between Constraints on closeness and Idealization, scale of AAI typical of Dismissing style. Therefore these results, whilst exploratory, show a degree of overlap between classifications, but with no specificity of style. It is concluded that they measure different aspects of attachment, the AAI closer perhaps to the unconscious internal working model, and the ASI perhaps more to the expression of attachment in ongoing relationships. This indicates that a multi-method approach is needed to integrate different aspects of adult attachment to have a broader view of the complexity of attachment construct and its implications.

For research purposes the two interviews can be used according to the specific purpose of the research. ASI can be used reliably to predict depression and problems with partner, because it evaluates the respondent’s current relationship and environment which can be gauged in terms of its psychosocial risk. The AAI can be used during pregnancy or after birth to study concurrent transmission of attachment style from parent to child and to evaluate how childhood experiences affect the current state of mind.

### **Limitations of study**

This study was small scale and exploratory. It did however take extensive work in the double interviewing of 11 respondents, with over 2.5 hours interview of each and treble the time in rating the material. It also required extensive training of two interviewers in order to undertake reliable coding of the material.

Its limitations lie in the fact the numbers are small, the respondents taken from two disparate samples with no selection for controlling for the different attachment styles. Small numbers

reduced the quantitative analysis that was possible.

Further research is needed which can compare the ASI and AAI also quantitatively, with a larger number of subjects more distributed in terms of different attachment styles. Such a study should also include further scales to indicate possible reasons for differences in rating (eg clinical disorder) as well as self-report attachment scales to further indicate reasons for similarity and differences.

## BIBLIOGRAFIA

Abdul Kadir, N. (2009). *A psychosocial study of depression in a community-based sample of single and married mothers in Malaysia*. PhD, University of London, London.

Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 465-475.

Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

ACOG Committee Opinion N° 343 (2006). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet. Gynecol.*, 108 (2), 469-477.

ACOG Practice Bulletin (2008). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* Apr. 2008, 111 (4), 1001-1020.

Affleck, G., Tennen H., Rowe J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer-Verlag.

Affonso, D. D., De, A. K., Horowitz, J. A., & Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J. Psychosom. Res.* 49, 207 – 216.

Agostini, F., Monti, F., Marano, G., & Baiamonte C. (2004). Interazioni madre-depressa e bambino a 9 mesi: Differenze di genere. *Psychofenia*, 7 (11), 89-104.

Ainsworth, M. D., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.

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

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Trad. it. Milano: Masson, 2001.

Ammaniti, M. (Ed.). (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Ammaniti, M., & Stern, D. N. (1991). *Rappresentazioni e narrazioni*. Bari: Laterza.

Ammaniti, M., Candelori, C., Dazzi, N., De Coro, A., Muscetta, S., Ortu, F., Pola, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1990). IAL.: Intervista sull'Attaccamento nella Latenza (AICA, Attachment Interview for Childhood and Adolescence). Protocollo non pubblicato, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.

Ammaniti, M., Cimino, S., & Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Ammaniti, M., Sergi, G., Speranza, A. M., Tambelli, R., & Vismara, L. (2002). Maternità a rischio, interazioni precoci e attaccamento infantile. *Età Evolutiva*, 72, 61-67.

Ammaniti, M., Speranza, A. M., & Candelori, C. (1996). Stabilità dell'attaccamento infantile e

trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 3/4, 313 - 332.

Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 173, 209-211.

Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figuerido, E. (1996). Corelates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41.

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.

Atkinson, A. K., & Rickel, A. U. (1984). Postpartum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 115-119.

Austin, M.P., Priest S. R., Sullivan, E. A. (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* (4): CD005124. Doi 10.1002/14651858.CD005124.pub.2.

Ayers, S. & Pickering, A. D. (2001). Do women get post-traumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28, 111-118.

Bagby, R. M., Taylor G. J., & Loisele, C. (1990). Cross.validation of the factor structure o the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychoanalytic Research*, 34, 47-51.

Bagby, R. M., Taylor G. J., & Parker J. D. A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33- 40.

Baker, J., Mancuso, M., Montenegro, M., & Lyons, B. A. (2002). Treating postpartum depression. *Physician Assistant*, 26 (10), 37-44.

Baldoni F., & Ceccarelli L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9, 79-92.

Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In N. Bertozzi & C. Hamon (Eds.), *Padri & paternità* (79-102). Bergamo: Ed. Junior.

Baldoni, F. (2009). La famiglia incompleta: attaccamento di coppia e crisi della genitorialità. In G. Crocetta & S. Tavella, (Eds.), *Intimità e solitudine della coppia – famiglia nella cultura del clamore* (103-130). Troina: Ed. Città Aperta.

Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post traumatic stress disorder after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 166 (4), 525 - 528.

Ballard, C., Davies R., Cullen P., Mohan R., & Dean C. (1994). Postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164,782-788.

Bansil, P., Kuklina, E. V., Meikle, S. F., Posner, S. F., Kourtis, A. P., Ellington, S. R., & Jamieson, D. J. (2010). Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J Women's Health*, 19 (2), 329-334.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991) Attachment styles among young adults. A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Bayley, N. (1969). *Manual for the Bayley Scales of Infant Development*. New York: The Psychological Corporation.

Beard, J. L., Hendricks, M. K., & Perez, E. M. (2005). Maternal Iron Deficiency Anemia Affects



Postpartum Emotions and Cognitions. *Nutritional Epidemiology*, 135, 267-72.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II Manual*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erabaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on mother-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 298-304.

Beck, C. T. (1996a). A meta-analysis of predictors of post-partum depression. *Nursing Research*, 44, 297-303.

Beck, C. T. (1996b). A meta-analysis of the relationships between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research*, 45, 225-230.

Beck, C. T. (1998a). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing*, 27, 39-46.

Beck, C. T. (1998b). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 12-20.

Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 623-629.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.

Beck, C. T. (2002a). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12 (4), 275-285.

Beck, C. T. (2002b). Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing*, 31, 394-402.

Beck, C. T. (2006). Post partum depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs*, 106 (5), 40-50.

Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders. A clinician's guide*. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49, 272-282.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research*, 50 (3), 155-164.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2002). *PDSS. Postpartum Depression Sreening Scale. (PDSS) Manual*. Western Psychological Services. Adattamento Italiano (Eds.) V. Caretti, F. Monti, F. Agostini, & N. Ragonese (2010). Firenze: Giunti O. S. Organizzazioni Speciali.

Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35 (6), 735-745.

Beck, C. T., Reynolds, M. A., & Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21, 287-293.

Beebe B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., & Andrews H. (2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother-infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, 29 (5), 442-471.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research e trattamento degli adulti*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2003.

- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review of data from the literature. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4), 698-709.
- Benoit, D., & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriali, V., & Cox, J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.
- Bernazzani O., & Bifulco A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: The role of negative pregnancy experiences. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1249-1260.
- 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.
- Bettes, B. A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development*, 59, 1089-1096.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In Bush F., Rudden M., & Shapiro T. (Eds.). *Psicoterapia psicodinamica della depressione* (p. 26). Tr. It. Milano: Cortina, 2007.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Bifulco, A. (2009). Risk and resilience in young Londoners. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk & J. Ford (Eds.), *Treating traumatised children: Risk, resilience and recovery*. (pp. 117-131). London: Routledge.
- Bifulco, A. (2013). La valutazione del rischio di depressione perinatale con L'Attachment Style Interview. In V. Caretti, N., Ragonese & C. Crisafi (Eds), *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio* (pp. 65-88). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Bifulco, A. Moran P., Ball C., & Lillie A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 60-67
- Bifulco, A., & Moran, P. (1998). *Il bambino maltrattato. Le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2007.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J-H., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): An interview-derived measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33, 1099-1110.
- Bifulco, A., & Thomas, G. (2012). *Understanding adult attachment in family relationships: Research, Assessment and Intervention*. London: Routledge.
- Bifulco, A., Figueirido, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Gatingny-Dally, E., Valoriani, V., Kammerer, M., & Henshaw, C. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European/US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry (Special supplement)*, 184(46), 31-37.
- Bifulco, A., Figueirido, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Gatingny-Dally, E., Valoriani, V.M.K., & Henshaw, C. (2004) Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European/US cross-cultural study. *Brit J Psychiatry (Special supplement)*, 184, 31-

37.

Bifulco, A., Figueres, B. B., & Goudeney, N. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European/US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry* (Special supplement), *184* (46), 31-37.

Bifulco, A., Kwon, J. H., Jacobs, C., Moran, P. M., & Bunn, A. (2006). Adult attachment style as mediator of childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41* (10), 796-805.

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *37*, 50-59.

Bifulco, A., Moran, P. M., Jacobs, C., & Bunn, A. (2009). Problem partners and parenting: exploring linkages with maternal insecure attachment style and adolescent offspring internalizing disorder. *Attachment & Human Development*, *11*(1), 69-85.

Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health care for women international*, *29*, 568-592.

Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy at the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practise*, *16* (2), 109-120.

Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy J., Nieman, L., Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 924-930.

Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, *24* (1), 45-62.

Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Boringhieri.

Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre* (Vol. 1). Trad. it. Torino: Boringhieri, 1976.

Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre* (Vol. 2). Trad. it. Torino: Boringhieri, 1978.

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita. La perdita della madre* (Vol. 3). Trad. it. Torino: Boringhieri, 1983.

Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 1989.

Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. A. Roseblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (49-76). New York: Wiley.

Breedlove, G., & Fryzelka, D. (2011). Depression Screening During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *56* (1), 18-25.

Brennan K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.

Bretherton, I., & Waters, E. (1985). Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50* (1-2) 3-35.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*, 303-310.

- 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.
- Brown, G. W. (1993). Life events and affective disorder: Replications and limitations. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 248-259.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescents. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, *76*, 351-367.
- Buckwalter, J. G., Stanczyk, F. Z., McCleary, C. A., Bluestein, B. W., Buckwalter, D. K., Rankin, K. P., Chang, L., & Goodwin, T. M. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*, *24*, 69-84.
- Buist, A. (2006). Perinatal depression. Assessment and management. *Australian Family Physician*, *35* (9), 670-673.
- Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978) Un avatar psychique méconnu de la puerperalité: la névrose traumatique post obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, *4*, 321-328.
- Bydlowski, M. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Trad. it. Urbino: Edizioni Quattro Venti, 2000.
- Bydlowski, M. (2000). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Trad. it. Bologna: Pendragon, 2004.
- Camaioni, L. (1980). *La prima infanzia*. Bologna: Il Mulino.
- 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. B., & Cohn, J. F. (1997). L'insorgenza e la cronicità della depressione post-partum: implicazioni per lo sviluppo del neonato. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 149-179). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of post-partum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, *4*, 29-47.
- Caretti, V., & Crisafi, C. (2009). Fattori di rischio della depressione post partum. *Psichiatria e Psicoterapia*, *1*, 3- 18.
- Caretti, V., Craparo, G., & Schimmenti, A. (2007). Gli esiti psicopatologici della dissociazione. *Psichiatria & Psicoterapia*, *26* (1), 9-25.
- Caretti, V., Ragonese N., & Crisafi C. (2013). (Eds.). *La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous F. E., Chazan-Cohen R., Little C., & Briggs-Gowan M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40* (1), 18-26.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*, 228-283.
- 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* (1), 120-123.
- Clemmens D., Driscoll, J. W., Beck C. T. (2004). Postpartum depression as profiled through the depression screening scale. *The American Journal of maternal child nursing*, *29* (3), 180-185.

- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, *292* (6529), 1165-1167.
- Cohn, D. A., Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. (1992). Mother's and fathers' working models of childhood attachment relationships, parenting styles, and child behavior. *Development and Psychopathology*, *4*, 417-431.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, *54*, 185-193.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1988). Mother-infant face-to-face interaction: The sequence of dyadic states at 3, 6 and 9 months. *Developmental Psychology*, *23* (1), 68-77.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 242-248.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face to face interactions of postpartum depressed and non-depressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, *26*, 15-23.
- Conde, A., Figueirido, B., & Bifulco, A. (2011). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attachment & Human Development*, *13*, 271-292.
- Condon, W. S., & Sander, L. W. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science*, *183*, 99-101.
- Coolins, N. L., & Read, S.J. (1990). Adult Attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and Social Psychology*, *58*, 644-663.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 191-195.
- Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, *152*, 799-806.
- Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., & West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for post-partum depression. *Psychological Medicine*, *26*, 627-634.
- Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, *140*, 111-117.
- Cox, J. L., Golden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786.
- 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.
- Coyl, D., Roggman, L., & Newland, L. (2002). Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, *23*, 145-163.
- Cramer, B. (1997). Prospettive psicodinamiche sul trattamento della depressione post-partum. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 215-238). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.
- Cramer, B. (1999). *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). *Le psicoterapie madre-bambino*. Milano: Masson, 1994.
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma

symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 2, 104-111.

Crittenden, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamicomaturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Crowell, J. A., Waters, E., Treboux, D., O'Connor, E., Colondons, C., Feider, O., Posada, G., & Golby B. (1996). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67, 2584-2599.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.

Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (5), 479-489.

Cutrona, C. E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 (1), 35-51.

Davé, S., Petersen, I., Sherr, L., & Nazareth, I. (2010). Incidence of Maternal and Paternal Depression in Primary Care: A Cohort Study Using a Primary Care Database. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164 (11), 1038-1044.

Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C. A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (6), 737-746.

Dawson, R., Lavori, P. W., Coryell, W. H., Endicott J., & Keller, M. B. (1999). Course of treatment received by depressed patients. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 233-242.

Dazzi N., Speranza A. M. (2005). Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (1), 18-30.

De Mier, R. L., Hynan, M. T., Harris, H. B., & Manniello, R. L. (1996). Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mother and infants at high-risk. *Journal of Perinatology*, 16, 276-280.

De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis of parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

Delassus, J. M. (1995). *Il senso della maternità*. Trad. it. Roma: Borla, 2000.

Della Vedova, A. M., Ducceschi, B., Cesana, B.M., Pelizzari, 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.

Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123, 736-751.

Deutsch, H. (1945). *Psicologia della donna adulta e madre*. Studio psicoanalitico (Vol. 2). Trad. it. Torino: Boringhieri, 1957.

Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Milano: Franco Angeli.

Di Blasio, P., & Ionio, C. (2002). Childbirth and narratives: how do mothers deal with their child's birth? *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 17 (2), 143-151.

Di Blasio, P., & Ionio, C. (2005). Post partum stress symptoms and child temperament: a Follow-up study. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 19 (3), 185-198.

Di Blasio, P., Ionio, C., & Confalonieri, E. (2008). Parto e scrittura creativa: elaborare raccontando

un'esperienza traumatica. In V. Caretti e G. Craparo (a cura di). *Trauma e psicopatologia*. Roma: Astrolabio.

Dodge, K. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 3-6.

Dossett, E. C. (2008). Perinatal depression. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35 (3), 419-434.

Doucet, S., Dennis, C. L., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 38 (3), 269-279.

Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Driscoll, J. W. (2006). Postpartum depression: the state of the science. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 20 (1), 40-42.

Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affect Disorders*, 125(1-3), 365-368.

Edwards, D. R. L., Porter, S. A. M., & Stein, G. S. (1994). A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 111-117.

Eiguer, A. (1984). Il legame, la psicoanalisi e la terapia di coppia. In Eiguer A. (Ed.), *Terapia psicoanalitica della coppia*. Trad. It. Roma: Borla, 1986.

England, S. J., Ballard, C., & George, S. (1994). Chronicity in postnatal depression. *European Journal of Psychiatry*, 8, 93-96.

Erickson, M. F., Korfmacher, J., & Egeland, B. (1992). Attachment past and present. Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology*, 4, 495-507.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.

Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling and W. H. Berman (Eds), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–154). New York: Guilford Press.

Feksi, A., Harris, B., Walker, R. F., Riad-Fahmy, D., & Newcombe, R. G. (1984). Maternity blues' and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6, 351-355.

Feng, X., Shaw, D., & Skuban, E. (2007). Emotional exchange in mother–child dyads: Stability, mutual influence, and associations with maternal depression and child problem behavior. *Journal of Family Psychology*, 21 (4), 714–725.

Ferguson, S. S., Jamieson, D. J., & Lindsay, M. (2002). Diagnosing postpartum depression: can we do better? *American journal of obstetrics and gynecology*, 186, 899-902.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior*, 8, 181-195.

Ferraro, F., & Nunziante Cesaro, A. (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. Milano: Franco Angeli.

Field, T. (1984). Early interactions between infants and the post-partum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 517-522.

- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early intervention. *Preventive Medicine, 27*, 200-203.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2001). Depressed withdrawn and intrusive mother's effects on their fetuses and neonates. *Infant Behavior and Development, 24*, 27-39.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development, 27* (2), 216-229.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development, 30* (1), 127-133.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Contogeorgos, J., Ascencio, A. (2006). *Prenatal Paternal Depression. Infant Behavior & Developnet, 29*, 579-583
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2003). Depressed mothers who are <<good interaction>> partners versus those who are withdrawn or intrusive. *Infant Behavior and Development, 26*, 238-252.
- Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., & Abrams, S. (1996). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 19*, 107-112.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmermann, E. A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development, 59*, 1569-1579.
- Field, T., Morrow, C., & Adelstein, D. (1993). Depressed mothers' perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development, 16*, 99-108.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 21*, 1152-1156.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, J. B. W., Williams, J. B. M., & Benjamin, L. S. (1997). *Intervista clinica strutturata per il DSM-IV. Asse II, versione italiana*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. M. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department.
- Fleming, A., Ruble, D., Flett, G., & Shaul, D. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interaction. *Developmental Psychology, 24*, 71-81.
- Fonagy, P. (2001). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina, 2002.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (1), 22-31.
- Fonagy, P., Moran, G., Steele, M., & Steele, H. (1992). L'integrazione della teoria psicoanalitica e del lavoro sull'attaccamento: La prospettiva intergenerazionale. In M. Ammaniti & D. Stern (Eds.), *Attaccamento e psicoanalisi* (pp. 61-85). Bari: Laterza.



- Fones, C. (1996). Post traumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 18, 195-196.
- Fornari, F. (1981). *Il codice vivente. Femminilità e maternità nei sogni delle madri in gravidanza*. Torino: Boringhieri.
- Forty L, Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hpugh, A. et al. (2006). Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 163 (9), 1549-1553.
- Fox, C. R., & Gelfand, D. M. (1994). Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy, and mother-child interactions. *Early Development and Parenting*, 3, 233-243.
- Fraiberg, S. (1981). Difese patologiche nell'infanzia. In S. Muscetta (Ed.), *Il sostegno allo sviluppo. Scritti scelti* (pp. 217-237). Milano: Raffaello Cortina, 1999.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1974). I fantasmi nella stanza dei bambini. In S. Muscetta (Ed.), *Il sostegno allo sviluppo. Scritti scelti* (pp. 179-216). Milano: Raffaello Cortina, 1999.
- Freud, S. (1915). Introduzione alla psicoanalisi, in *Opere*, vol 8, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1932). Introduzione alla psicoanalisi – seconda serie di lezioni. In *Opere* (vol 9), Torino: Bollati Boringhieri.
- Garber, J., Keiley, M., & Martin, N. C. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: predictors of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 79-95.
- Gard, P. R., Handley, S. L., Parsons, A. D., & Waldron, G. (1986). A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *British Journal of Psychiatry*, 148, 567-575.
- Gaylin, W. (Ed.). (1968). *Il significato della disperazione. Contributi psicoanalitici alla comprensione della depressione*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1973.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Evidence Report/Technology Assessment No. 119: *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*. Rockville, MD: AHRQ Publication.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychological Review*, 10, 329-353.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview. Manoscritto non pubblicato*. Berkeley: University of California.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, 119, 350–364.
- Goodman, S. H., & Brand, S. R. (2009). Maternal depression and infant mental health. In Zeanah C. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.
- 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, J. H. (2009). Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth*, 36, 60-69.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011).

Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14, 1–27.

Goodman, S., & Emory E. (1992). Perinatal complications in births to low SES schizophrenic and depressed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 225-229.

Goodman, S.H., & Tully, E. (2006). Depression in Women who are Mothers: An Integrative Model of Risk for the Development of Psychopathology in their Sons and Daughters. In C.L.M. Keyes and S.H. Goodman, Editors, *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences*, Cambridge University Press.

Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figuerido, B., Hayes, S., Jacqueimain, F., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Rosi, S., Seneviratne, G., & Setter-Dallay, A. (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184 (Suppl. 46), 17-23.

Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-132.

Gravener, J. A., Rogosh, F. A., Oshri, A., Narayan A. J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2011). The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion, and toddler behavior problems and attachment. *J Abnorm Child Psychol*, 40 (5), 803-813.

Green, A. (1983). *On a private madness*. London: Hogarth Press.

Grice, P. (1975). "Logic and Conversation". In Cole, Peter/Morgan, Jerry (Eds.), *Syntax and Semantics III*, New York: Academic: 41-59.

Grice, P. (1989). *Studies in the Way of Words*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.

Grinberg, L. (1971). *Colpa e depressione*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1990.

Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2006). Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 187-208.

Guedeney, N. (1989). Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32, 269-309.

Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J. D., & Kumar, R. C. (2000). The Edinburgh Postnatal depression Scale and the Detention of Mayor Depression Disorder in Early Postpartum: Some Concerns about False Negatives. *Journal of Affective Disorders*, 61,107-112.

Halligan, S. L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P. J. (2007). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 1-3, 145-154.

Hammen, C., & Brennan, P. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-260.

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.

Hanington, L., Ramchandani P., Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior Development*, 33, (1), 88-95.

Harris, B., Johns, S., Fung, H., Thomas, R., Walker, R., Read, G., & Riad-Fahmy, D. (1989). The hormonal environment of post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 660-667.

Hart, S., Field, T., & Roitfarb, M. (1999). Depressed mothers' assessments of their neonates'

behaviours. *Infant Mental Health Journal*, 20 (2), 200-210.

Hart, S., Field, T., Jones, N., & Yando, R. (1999). Intrusive and withdrawn behaviours of mothers interacting with their infants and boyfriends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 239-245.

Hart, S., Jones, N. A., Field, T., & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 111-120.

Hay, D. F. (1997). Depressione post-partum e sviluppo cognitivo. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 73-97). Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.

Hay, D. F., & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects' of mothers postnatal depression on children's intelligence: A critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 253, 165-181.

Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1083-1094.

Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 871-889.

Hay, D. F., Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., & Iannotti, R. J. (1992). Young children's view about conflicts with peers: A comparison of the daughters and sons of depressed and well women. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 669-683.

Haynal, A. (1976). *Il senso della disperazione. La problematica della depressione nella teoria psicoanalitica*. Trad. it. Milano: Feltrinelli, 1983.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento. In Carli L. (Ed.), *Attaccamento e rapporto di coppia* (pp. 91-125). Milano: Raffaello Cortina, 1995.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships* (vol. 5, pp. 151-178). London, England: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.

Heidrich, A., Schleyer, M., Spingler, H., Albert, P., Knoche, M., Fritze, J. et al. (1994). Postpartum blues: relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *Journal of Affective Disorders*, 30, 93-98.

Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39 (2), 93-101.

Heron, J., O'Connor T.G., Evans J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and post partum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.

Herzog, J. M., & Lebovici, S. (1989). Il padre. In S. Lebovici & Weil-Halpen F. (Eds.), *Psicopatologia della prima infanzia*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1994

Hohlagschwandtner, M., Husslein, P., Klier, C., & Ulm, B. (2001). Correlation between serum testosterone levels and peripartal mood states. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 326-330.

Holmes, J. (1993). *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Trad. it. Milano: Cortina, 1994.

- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S. (1984). Postpartum Depression: A Clinical Review. *Psychological Bulletin*, 95, (3), 498-515.
- Houzel, D. (1997). Les dimensions de la parentalité. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 21, 64-90.
- Houzel, D. (2005). La scissione della bisessualità psichica negli stati autistici. *Richard e Piggie*, 13 (1), 34-48.
- Hung, C. (2004). Predictors of postpartum women's health status. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (4), 345-352.
- Imiragic, A. S., Begic, D., & Martic-Biocina, S. (2009). Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery-observational, comparative study. *Coll Antropol.*, 33 (2), 521-527.
- Jones, N. A., Field, T., Hart, S., Lundy, B., & Davalos, M. (2001). Maternal self-perception and reactions to infant crying among intrusive and withdrawn depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, 22, 576-586.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, J. (1992). A population-based twin study of major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 257-266.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Paternal Postpartum Depression. *Psychiatry*, 2,37-47.
- Kitzinger, S. (1981). *Come far nascere un bambino*. Roma: Ambrosiana.
- Klier, C. M., Muzik, M., Dervic, K., Mossaheb, N., Benesch T., Ulm B., & Zeller M. (2007). The role of estrogen and progesterone in depression after birth. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (3-4), 273-279.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Kruckman L., & Smith, S. (1998). An introduction to postpartum illness. *Postpartum Support International* ([www.iup.edu/an/postpartum/momhelp.html](http://www.iup.edu/an/postpartum/momhelp.html)).
- Kumar, R., Marks, M., Platz, C., & Toshiba, K. (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: Characteristics of 100 consecutive admission. *Journal of Affective Disorders*, 33, 11-22.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202 (1), 5-14.
- Lanceri, P. R. (1983). La depressione dopo il parto: dobbiamo accontentarci di considerarla "normale"? *Psicologia contemporanea*, 58, 47-52.
- Lebovici, S. (1983). *Il bambino, la madre e lo psicoanalista*. Trad. it. Roma: Borla, 1988.
- Lebovici, S. (1989). I legami intergenerazionali. Le interazioni fantasmatiche. In S. Lebovici & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psicopatologia della prima infanzia*. Torino: Boringhieri, 1994.
- Lee, D. T. S., & Chung, T. K. H. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 183-191.
- Lemaire, J. G. (1979). *Vita e morte della coppia. La struttura della coppia umana*. Trad. it. Cittadella Assisi, 1981.
- Levinson, A., & Fonagy, P. (1998). *Attachment classification in prisoners and psychiatric patients*. Manuscript submitted for publication.
- Levy, M. B. , & Davis, K. E. (1988). Love styles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.
- Luca, D., & Bydlowski, M. (2001). Dépression Paternelle et Périnatalité. *Le CarnetPsy*, 67, 28-33.

- Lundy, B. L., Jones, N. A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P. A., & Kuhn, C. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*, *22*, 119-129.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40* (12), 1367-1374.
- Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52* (8), 479-488.
- 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* (2), 91-105.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, *61*, 85-98.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, *33* (4), 681-692.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaeco*, *1* 27 (2), 81-90.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of human infant symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment theory: Social developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1994-1998). Adult Attachment Classification system. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'eta' adulta: il livello rappresentazionale. In Riva Crugnola C. (Ed.), *Lo sviluppo affettivo del bambino* (pp. 109-152). Milano: Raffaello Cortina, 1993.
- Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., Davis, H., Tsiantis, J., Ispanovic-Radojkovic, V., Paradisioutou, A., & Tamminen, J. (2003). Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Child: Care, Health and Development*, *29* (3), 181-191.
- Manzano, J., Palacio Espasa F., & Zilkha N. (1999). *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
- Marcelli, D. (1982). *Psicopatologia del bambino*. Trad. it. Milano: Masson, 1984.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences—Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol*, *16* (1), 15-22.
- Marks, M. N. (2004). Transcultural study of postnatal depression (TCS-PND): development and testing of harmonized research methods. *British journal of psychiatry Supplement*, *46*, 1-52.
- Martin, C. J., Brown, G. W., Goldberg, D. P., & Brockington, I. F. (1989). Psychosocial stress and puerperal depression. *Journal of Affective Disorders*, *16*, 283-293.
- Martins, C., & Gaffan, E. (2000). Effects of early maternal depression on pattern of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41* (6), 737-746.

- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (Eds.) (2010). Developmental Cascades [Special Issue, Parts 1 and 2], *Development and Psychopathology*, 22 (3), 491-715; 717-983.
- Mazzeo, S., Landt, M., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K., Neagle, M., Aggen, S., & Bulik, C. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 202-211.
- Mc Cord, G. (1984). Postpartum depression out of the closet- and what? *Birth*, 11, 244-245.
- Mc Lennan A., Wilson D., & Taylor, A. (1996) the self- reported prevalente of postnatal depression. *Australian and New Zealand Journal of Obstetric and gynecology*,36, 313-320.
- McCarthy, D. (1972). *McCarthy Scales of Children's Abilities*. New York: Psychological Corporation.
- McCoy, S. J., Beal, J. M., Shipman, S. B., Payton, M. E., & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106 (4), 193-198.
- McLennan, J. D., Kotelchuck, M., & Cho, H. (2001). Prevalence, persistence, and correlates of depressive symptoms in a national sample of mothers of toddlers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1316–1323.
- McMahon D, Barnett B, Kowalenko N, & Tennant C (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: Past and current relationships, defense styles and mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.
- McQueen, K., Montgomery, P., Lappan-Gracon, S., Evans, M., & Hunter, J. (2008). Evidence-based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37 (2), 127-136.
- Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression:how can nurses begin to help? *Contemporary Nurse*, 34 (2), 199-210.
- Menage, J. (1993). Posttraumatic stress disorders in women who have undergone obstetric and or gynecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 221-228.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaker, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychology*, 73, 1092-1106.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri L. M. (1999). *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trad. it. Trento: Erickson, 2003.
- Missonier, S. (2003). *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Monti, F., & Agostini, F. (2006). *La depressione postnatale*. Roma: Carocci.
- 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.
- Monti, F., Agostini, F., & Martini, A. (2005). Le relazioni precoci: dalla gravidanza alla nascita. *Clinica e ricerca*. In B. Davalli & F. Monti (Eds.), *Ripensare alla nascita. Reti di sostegno dalla gravidanza alla genitorialità* (pp. 47-82). Bologna: Pendragon.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child*

*Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.

Murray, L., & Cartwright, W. (1993). The role of obstetric risk factors in post-partum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 215-219.

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. (Eds.). (1997). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. J. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.

Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., & Cooper, P. (1996). The cognitive development of five year old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 927-935.

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socio-emotional development of five year old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), 1259-1272.

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.

National Mental Health Association (2003). Recognizing postpartum depression. Retrieved April 21, 2005, from <http://www.nmha.org/children/ppd.pdf>

Nemeroff, C. B. (2008). Understanding the pathophysiology of postpartum depression: implications for the development of novel treatments. *Neuron*, 59 (2), 185-186.

Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J., & Secher, N. J. (2001). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108 (7), 774-775.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., & Fleming, P. ALSPAC Study Team (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 83 (7), 451-458.

O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.

O'Hara, M. W. (1994). *Post-partum depression: Causes and consequences*. New York: Springer-Verlag.

O'Hara, M. W. (1997). La natura dei disordini depressivi nel periodo post-partum. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 1-28). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.

O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). A prospective study of post-partum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.

O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depressive symptomatology:

Cognitive-behavioral models and post-partum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.

O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983). Post-partum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.

O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). A controlled prospective study of post-partum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.

Oates M. (2008). Review Postnatal affective disorders. Part 1: an introduction. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 10, 145-150.

O'Hara, M. W. (1987) Post-partum "blues", depression, and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynaecology*, 7 (3), 205-227.

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.

Oppo, A., Mauri M., Ramacciotti D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C. et al. (2009). Risk factors for post partum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Arch Womens Ment Health*, 12 (4), 239-249.

Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C. et al. (2009). Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the perinatal depressionresearch & screening unit (PNDRScU) study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 239-249.

Organizzazione Mondiale della Sanità (1993). *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca*. Trad. it. Milano: Masson, 1996.

Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., & Ye, W. J. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993). Factorial validità of personalità disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036.

Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.

Paulden, M., Palmer, S., Hewitt, C., & Gilbody, S. (2009). Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*, 339, B5203.

Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.

Pazzagli, A. (2005). Il padre come sostegno del ruolo materno durante la gravidanza e il primo anno di vita. In Padri e paternità. Bergamo: Ed. Junior.

Pazzagli, A., Benvenuti, P., & Rossi Monti, M. (1981). *Maternità come crisi*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Pederson, D. R., Gleason, K. E., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology*, 34 (5), 925-33.

Philipps, L. H. C., & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of post-partum depression: 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> - year



follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 151-155.

Pierfederici, A., Fava, G. A., Munari, F., Rossi, N., Badaro, B., Pasquali Evangelisti, L., Grandi, S., Bernardi, M., & Zecchino, F. (1982). Validazione italiana del CES-D per la misurazione della depressione. In R. Canestrari (Ed.), *Nuovi metodi in psicomatria*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Pignone, M.P., Gaynes, B.N. Rushton, J.L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, *136* (10), 765-776.

Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, *45*, 333-343.

Pines, D. (1982). The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*, *63*, 311-319.

Pines, D. (1988). Adolescent pregnancy and motherhood: Psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, *8*, 234-251.

Prezza, M., Di Mauro, D., Giudici M. G., Violani C., Vaccari S., & Faustini F. (1984). Studio longitudinale sulla disforia post parto. In Montemagno U. & Zichella L. (Eds.), *Psicosomatica ginecologica ed ostetrica*. Bologna: Monduzzi.

Quinnel F. A., & Hynan, M. T. (1999), Convergent and discriminant validity of perinatal PTSD questionnaire (PPQ). *Journal of Traumatic Stress*, *12* (1), 193-199.

Quinnel, F. A., & Hynan, M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of perinatal PTSD Questionnaire (PPQ). *Journal of Traumatic Stress*, *12* (1), 193-199.

Racamier, P. C., Sens, C., & Carrettier, L. (1961) La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evolution Psychiatrique*, *26*, 525-570.

Radke-Yarrow, M., Cummings, M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and in families with parental depression. *Child Development*, *56*, 884-893.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.

Ramchadani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., Lodder, A. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, *28*, 471-477.

Ramchadani, P. G., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. ALPSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet I* (365), 2201-2205.

Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effect of pre-and postnatal depression in father: a natural experiment comparing the effect of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49* (10), 1069-1078.

Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008) Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, *47* (4), 390-398.

Ramsay, R. (1993). Postnatal Depression. *Lancet*, 341-358.

Righetti, P. L., & Sette, L. (Ed.). (2000). *Non c'è due senza tre*. Torino: Boringhieri.

- 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.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at three months old. *Journal of Affective Disorders*, *70*, 291-306.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 289-295.
- Rosenblum, O., Mazet, P., & Bénony, H. (1997). Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, *18*, 350-363.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *The American Journal of Psychiatry*, *147* (11), 1547-1552.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, *14*, 853-880.
- Sameroff, A. J. (1993). Modelli di sviluppo e rischio evolutivo. In C. H. Zeanah (Ed.), *Manuale di salute mentale infantile* (pp. 3-12). Trad. it. Milano: Masson, 1996.
- Sameroff, A. J. (2004). Vie di ingresso e dinamiche degli interventi effettuati sulla relazione madre-bambino. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Roseblum (Eds.), *Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino* (pp. 23-50). Trad. it. Bologna: Il Mulino, 2006.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1989). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Trad.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1991.
- Sander, L. (2007). *Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- Scaer, R. C. (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychology and Biofeedback*, *26* (1), 73-91.
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2013). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child & Adolescent Mental Health*. doi:10.1111/camh.12051
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *8*, 59-87.
- Schore, A. N. (2001a). Contributions from the decade of the brain to infant mental health. An overview. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 1-6.
- Schore, A. N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 201-269.
- Schumarcher M., Zubarán C., & White G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, *21*, 65-70.
- 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.
- Sharma, V. (2008). Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. *Curr Drug Saf*, *3* (1), 76-81.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H., & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36* (8),

1315-1336.

Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Trad. it Milano: Cortina, 2001.

Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 47 (1), 69–78.

Simonelli, A. (2000). Problematiche teoriche e metodologiche nello studio dell'attaccamento: gli Internal Working Models e la loro valutazione attraverso l'Adult Attachment Interview. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 7-41.

Simonelli, A., & Calvo, V. (2002). *L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione*. Roma: Carocci.

Simpson, J. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.

Simpson, J. S., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.

Soderquist, J., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 27 (2), 113-119.

Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 3 (1), 31–39.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30 (1), 36-46.

Sohr-Preston, S. L., & Scaramella, L. V. (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (1), 65-83.

Sorce, J. F., & Emde, R. N. (1981). Mother's presence is not enough: The effect of emotional availability on infant exploration. *Developmental Psychology*, 17, 737-745.

Soulé, M. (1982). L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. In T.B. Brazelton, L. Kreisler, R. Shäppi, & M. Soulé (Eds.). *La dynamique du nourisson. Quoi de neuf bébé ?* (pp. 135-175). Paris: La vie de l'Enfant.

Spielberger C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Adattamento Italiano Petrabissi L. e Santinello M. (Eds.) State-Trait Anxiety Inventory- Forma Y (STAI-Y) Giunti O. S., 1989.

Spinelli, M. G. (1998). Antepartum and postpartum depression. *J Gend Specif Med*, 1 (2), 33-36.

Spinelli, M. G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Patient edition (with psychotic screen)*. New York: Biometrics Research Department.

Stanley, C., Murray, L., & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Development and Psychopathology*, 16, 1-18.

Stein, G. (1982). The Maternity Blues. In Brockington I. F. & Kumar R. (Eds), *Motherhood and mental illness*. New York: Grune & Stratton.

Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

Stern, D. N. (1995). *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-*

*bambino*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *La nascita di una madre*. Trad. it. Milano: Mondadori, 2000.

Stevenson, J., & Fredman, G. (1980). The social environmental correlates of reading abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 681-698.

Stoleru, S. (1989). La genitorizzazione e i suoi disturbi. In Lebovici S. & Weil-Halpen F. (Eds.), *Psicopatologia della prima infanzia*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1994.

Stoleru, S. (1995) Le couple et le projet d'enfant. L'étape initiale du passage à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 43 (4-5) 164-170.

Stoleru, S., & Morales-Huet, M. (1989). Processus de recherche et processus psychothérapeutique. In *L'évaluation des interactions précoces*. Paris: Eshel.

Stoleru, S., (1998). De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnataux. Les premières étapes de la parentalité adulte. In Mazet P. & Lebovici S. (Eds.), *Psychiatrie périnatale*. Paris: PUF.

Swendsen, J. D., & Mazure, J. D. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues. *Clin Psychol Sci Pract*, 7, 17-31.

Taylor, G. J., & Doody, K. (1985). Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 32-37.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva*. Trad. it. Roma: Fioriti, 2000.

temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behav Dev*, 33 (1), 88-95.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1997). Cognizioni materne come fattori di mediazione dei risultati ottenuti dal bambino nel contesto della depressione post-partum. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 122-148). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.

Tod, E. D. (1964). Puerperal depression: A prospective epidemiological study. *Lancet*, 2, 1264-1266.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E. Z. (2005). La cronicità della depressione. Per la salute o la malattia, la co-creazione dell'unicità dello stare insieme. *Infanzia e Adolescenza*, 4 (1), 1-17.

Tronick, E. Z., & Weinberg K. M. (1997). Le madri depresse ed i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadica. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Depressione post-partum e sviluppo del bambino* (pp. 47-72). Trad. it. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1999.

Tronick, E. Z., Asl, H., Adamson, J., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

Troy, N. W. (2003). Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? *American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28 (4), 252-257.

Uddenberg, N., & Nilsson L. (1975). The longitudinal course of para-natal emotional disturbance. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 52, 160-169.

- Van der Kolk B. A., McFarlane A. C., & Weisaeth L. (Eds). (1996). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Trad. it. Roma: Magi, 2005.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 387-403.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 8-21.
- van IJzendoorn, M. H., & De Wolff, M. S. (1997). In search of The absent father- meta-analysis of infant-father attachment. *Child development*, 68, 604-609.
- van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S. Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. (1992) The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child development*, 63,840-858.
- Van Son, M. J. M., Verkerk, G., Van der Hart, O., Komproe, I., & Pop, V. J. M. (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12 (4), 297-312.
- Verkerk, G., Denollet, J., Van Heck, G., & Van Son, M., & Pop, V., (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: A prospective in 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 632-637.
- Vermetten, E., Dorahy, M. J., & Spiegel, D. (Eds). (2007). *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Vliegen, N., Luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kempke, S., & Tang, E. (2010). Stability and change in levels of depression and personality : a follow-up study of postpartum depressed mothers that were hospitalized in a mother–infant unit. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 45–51.
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., & Brough, D. J. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Wechsler, D. (1992). *The Wechsler Intelligence for Children (WISC-III)*. London: The Psychological Corporation.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L., & Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: Rates, risks, comorbidity, and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Weissman, M. M., Leckman, J. F., Merikangas, K. R., Gammon, G. D., & Prusoff, B. A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry*, 41, 845-851.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Gammon, G. D., Merikangas, K. R., Leckman, J. F., & Kidd, K. (1984). Psychopathology in the children (ages six-eighteen) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 78-84.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed mothers: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to post-partum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.
- Whiffen, V., & Gotlib, I. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 274-279.

- White, T., Matthey, S., Boyd, K., Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post traumatic stress after childbirth: prevalence, course and concurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 107-120.
- Wijma, K., Wijma, B., & Soderquist, M. A. (1997). Posttraumatic Stress Disorders after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (6), 587-597.
- Winnicott, D. W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Patologia e normalità nel bambino. Un approccio innovatore*. Trad. it. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1965a). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Trad. it. Roma: Armando, 1992.
- Winnicott, D. W. (1965b). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Trad. it. Roma: Armando, 1974.
- Winnicott, D. W. (1971). *Gioco e realtà*. Trad. it. Roma: Armando, 1990.
- Winters, K. C., Stone, A. A., Weintraub, S., & Neale, J. M. (1981). Cognitive and attentional deficits in children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 9, 435-453.
- Wisner, K. L., Parry, B.L., & Piontek C.M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*, 347 (3), 194-199.
- Wisner, K. L., Perel, J.M. Peindl K. S., Hanusa B. H., Findling R. L., & Rapport, D. (2001). Prevention and recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J. Clin. Psychiatry*, 62 (2), 82-86.
- Wu, Y. P., Selig, J. P., Roberts, M. C., & Steele, R. G. (2011). Trajectories of postpartum maternal depressive symptoms and children's social skills. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 414-423.
- Yelsma, P. (1992). *Affective orientations associated with couples' verbal abusiveness*. Paper presented at the 6th International Conference on Personal Relationships, Orono, Maine.
- Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stewart, D.E., Oberlander, T. F., Dell, D. L., Stotland, N. et al. (2009). The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.*, 114, 703-713.
- Yoshida, K., Hayashi, M., & Bifulco, A. (2003). Ability to relate to close others in caregiving adults of adolescents using the Attachment Style Interview (ASI) Reliability and Validity of the Japanese Version. *Archives of Psychiatric Diagnostics and Clinical Evaluation*, 14, 29-40.
- 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.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 165-178.
- Zonana, J., & Gorman, J. M. (2005). Neurobiology of postpartum depression. *CNS Spectrums*, 10, 792-799.
- Zuckerman, B. S., & Beardslee, W. R. (1987). Maternal depression: a concern for pediatricians. *Pediatrics*, 79, 110-117.