

2. Neopadri ipermoderni: la transizione alla paternità e la sintomatologia depressiva perinatale. Un contributo di ricerca

di *Monica Tosto, Iolanda Raciti e Alessandra Salerno*

1. Introduzione

La transizione alla genitorialità è uno degli eventi critici del ciclo vitale della famiglia maggiormente indagati in ambito clinico e psicosociale; rappresenta un fondamentale rito di passaggio all'età adulta, caratterizzato dalla scelta più o meno consapevole di avere un bambino (Molgora, Saita e Fenaroli, 2010). Generalmente, la letteratura in ambito clinico così come gli studi psicoanalitici sui primi anni di vita e quelli sull'attaccamento (Bowlby, 1972; 1980; Ainsworth, 2006; Main, 2008) hanno rivolto maggiormente l'attenzione alla donna, approfondendo le dinamiche della relazione madre-bambino e trascurando la figura del padre. Oggi però, risulterebbe inappropriato affrontare queste tematiche prescindendo dall'importanza che la figura paterna riveste in termini di ruolo e di funzione all'interno della triade familiare.

L'obiettivo di questo studio è quello di mettere in luce taluni aspetti più intimi della personalità maschile rispetto al fenomeno della paternità, sulla base anche dei forti cambiamenti avvenuti in ambito sociale e che hanno determinato un'evidente evoluzione negli atteggiamenti e nei comportamenti dell'uomo. Questi cambiamenti, talvolta, possono avere un risvolto sintomatologico e/o patologico più o meno grave.

2. La paternità moderna e l'adattamento dell'uomo alla nuova genitorialità in base agli stili di attaccamento

A partire dalla seconda metà del '900 si comincia a delineare un modello di padre a misura dei bisogni e dei desideri del figlio, un padre dedito all'assolvimento di funzioni più specificatamente affettive che tende a manifestare una vicinanza intensa ed empatica con la propria prole (Corridori, Fanos e Fanos, 2009).

Un cambiamento così evidente della figura paterna rispetto al passato richiede oggi un maggiore adattamento dell'uomo alla nuova genitorialità, che si concretizza sulla base delle proprie esperienze infantili e dello stile di attaccamento caratteristico (Caretti, Ragonese e Crisafi, 2013). Ogni stile di attaccamento, in riferimento al padre, consolidatosi durante l'infanzia di quest'ultimo e mantenutosi tale fino all'età adulta corrisponde, infatti, ad una specifica modalità di far fronte all'evento nascita, quindi al fenomeno della transizione alla paternità. Nello specifico, uno stile di attaccamento insicuro porterebbe i padri a mettere in atto strategie disfunzionali in risposta alla nascita del primo figlio e ad avere una minore capacità di utilizzare le emozioni come guida per il proprio comportamento (Caretti, Ragonese e Crisafi, 2013). Questo probabilmente sulla base di un senso di impotenza appresa (Bowlby, 1980) all'interno delle prime esperienze relazionali con le figure di attaccamento: diverse ricerche sul tema hanno infatti riscontrato la presenza di disturbi depressivi post-partum in soggetti di sesso maschile con uno stile d'attaccamento insicuro o disorganizzato (Bifulco *et al.*, 1994). Il neopadre mostrerebbe una difficoltà nell'elaborazione dei significati affettivi e cognitivi delle esperienze a causa di carenze nello sviluppo emotivo, le quali derivano dalla mancanza di sentimenti di sicurezza e di fiducia verso le figure di attaccamento durante l'infanzia (Caretti, Ragonese e Crisafi, 2013). Al contrario, uno stile di

attaccamento sicuro nel padre, consente a quest'ultimo, non tanto di riprodurre fedelmente le relazioni che hanno caratterizzato la sua infanzia, quanto di avere la possibilità di rielaborarle in maniera funzionale e alla luce delle trasformazioni attuali nel proprio ciclo di vita. Il neopadre sarà dunque in grado di provvedere alla realizzazione di un ambiente accudente e protettivo per il bambino e per la propria compagna, allo stesso modo per lui soddisfacente (Caretti, Ragonese e Crisafi, 2013).

3. La paternità patologica

Provocatoriamente apostrofati oggi con l'etichetta di "mammi", i padri diventano oggetto di una progressiva assimilazione al cliché materno, secondo un fenomeno che gli psicoanalisti definiscono come *maternalizzazione del ruolo paterno* (Busciolano *et al.*, 2013). Ciò li rende vulnerabili al vissuto di una forte crisi identitaria dovuto ad un'idealizzazione del ruolo materno, che li costringe a interiorizzare la figura della madre piuttosto che quella del padre (Corridori *et al.*, 2009). A questa crisi si aggiungono spesso: un voluto isolamento emotivo-psicologico, un senso di solitudine interiore e il dolore causato dalla vicinanza emotiva tra madre e neonato percepita come una modalità relazionale che inconsapevolmente esclude i neopadri (Pellai, 2003).

Tali fenomeni sembrano essere presenti in ogni uomo che vive la fase della transizione alla paternità, ma di solito non ad un livello tale da generare una patologia; quando essi invece emergono con particolare intensità e all'interno di un conflitto emotivo persistente, allora possono dare origine a diverse sintomatologie più o meno gravi e più o meno transitorie (Brustia Rutto, 1996).

A tal proposito è possibile distinguere tra:

- *acting della paternità*, ovvero la messa in atto inconsapevole di comportamenti transitori e in contrasto con gli atteggiamenti e le abitudini quotidiane (manifesta aggressività, liti e incidenti automobilistici frequenti; buttarsi a capofitto nel lavoro per sfuggire alla nuova situazione familiare; alta percentuale di

tradimenti e relazioni extraconiugali) (Pazzagli e Benvenuti, 1996);

- *psicosi puerperali paterne*, ovvero episodi psicotici acuti causati da una disfunzione a livello della struttura di personalità, in cui l'evento paternità non può essere elaborato e, pertanto, diviene traumatico (Pazzagli e Benvenuti, 1996);
- *Depressione Perinatale Paterna (PPND)*, che si caratterizza per la manifestazione di una sintomatologia depressiva nei padri primipari, con insorgenza durante il terzo mese di gravidanza della compagna e decorso fino al primo anno dopo il parto (Baldoni e Ceccarelli, 2010).

L'incidenza media della depressione perinatale paterna sulla popolazione è del 10,4% e, il disturbo, è stato riscontrato maggiormente negli Stati Uniti (Paulson, Dauber e Leiferman, 2006; Paulson e Bazemore, 2010).

La sintomatologia ha a che fare con l'espressione di manifestazioni depressive e di altri disturbi poco definiti e atipici, spesso in comorbidità con altre manifestazioni psicopatologiche (Caretti *et al.*, 2013). Nello specifico, i disturbi depressivi descritti più frequentemente sono: tristezza, sconforto, impotenza, disperazione e malinconia (Dollander, 2004); bassa autostima e irritabilità (Baldwin e Bick, 2017); manifestazioni ipocondriache o *illness behaviour* (Baldoni, 2010a; 2010b); alterazioni del comportamento di malattia o *abnormal illness behaviour* (Baldoni, Baldaro e Benassi, 2009); difficoltà di concentrazione a lavoro; insonnia; calo del desiderio sessuale; diminuzione o aumento dell'appetito (Caretti *et al.*, 2013); messa in atto di strategie esternalizzanti di comportamento (Wilhelm e Parker, 1994). Invece, tra i sintomi considerati atipici e per quanto riguarda la comorbidità con altri disturbi ritroviamo: disturbi d'ansia (O'Brien *et al.*, 2017; Baldwin e Bick, 2017) con attacchi di panico e fobie, soprattutto nei giovani padri (Skari *et al.*, 2002; Matthey *et al.*, 2003; Tohotoa *et al.*, 2012); disturbi ossessivo-compulsivi, con pensieri intrusivi (ad esempio quello di danneggiare il bambino) e/o comportamenti

compulsivi (ad esempio il costante controllo del figlio) (Pilyoung e Swain, 2007); episodi maniacali, con crisi di rabbia ed elevata irritabilità (Pinheiro *et al.*, 2011); disturbi del comportamento alimentare, con forme moderate di bulimia e anoressia (Caretti *et al.*, 2013); abuso di psicofarmaci, alcol, fumo, droghe e altri disturbi di dipendenza (Ballard *et al.*, 1994).

Rispetto ai fattori di rischio che possono contribuire all'insorgenza di una sintomatologia depressiva nei neopadri, grande rilevanza viene data innanzitutto alla *presenza di una depressione nella compagna*, che risulta essere il più importante predittivo (Schumacher, Zubaran e White, 2008; Anding *et al.*, 2016). Un altro fattore di rischio ha a che fare con lo *stile di attaccamento del padre*, in riferimento ai modelli sperimentati durante la fase dell'infanzia con i propri genitori (Caretti *et al.*, 2013). Altri fattori psicosociali di rischio che contribuiscono all'insorgenza della PPND sono: il livello di stress sperimentato (Skari *et al.*, 2002; Perren *et al.*, 2005); uno scarso sostegno e aiuto familiare (Leathers, Kelley e Richman, 1997; Deater-Deckard *et al.*, 1998; Matthey, Barnett e Gyaneshwar, 1999; Baldwin e Bick, 2017); un'età inferiore ai 30 anni (Ballard *et al.*, 1994; Baldwin e Bick, 2017); un basso livello di scolarizzazione (Deater-Deckard *et al.*, 1998); lo stato occupazionale (Ballard *et al.*, 1994; Baldwin e Bick, 2017).

4. Ipotesi di ricerca

I dati provenienti dalle ricerche svolte fino ad oggi ci hanno permesso di stimare il disturbo depressivo perinatale paterno innanzitutto in termini di prevalenza (Paulson e Bazemore, 2010) e di incidenza (Paulson *et al.* 2006) sulla popolazione. Inoltre, la maggior parte degli studi (Morse, Buist e Durkin, 2000; Dudley *et al.*, 2001; Matthey *et al.*, 2000; Matthey *et al.*, 2001; Bradley, Slade e Leviston, 2008; Perren *et al.*, 2005) si sono occupati di rilevare l'effettiva insorgenza di depressione perinatale nei padri, in presenza di taluni fattori psicosociali di rischio che si ipotizza possano costituirsi come

agenti eziopatologici (difficoltà nella relazione di coppia, tratti di personalità e storia infantile, livello di stress). Gran parte della letteratura recente, infine, riconduce l'insorgenza della Depressione Perinatale Paterna alla manifestazione di una sintomatologia depressiva nella madre (Schumacher *et al.*, 2008). Pertanto, diverse ricerche si sono occupate di studiare tale fenomeno prendendo come riferimento campioni di coppie genitoriali, non necessariamente primipare, osservando l'insorgenza e il variare della sintomatologia depressiva nei padri in relazione alla depressione materna (Leathers e Kelley, 2000; Wang e Chen, 2006; Pinheiro *et al.*, 2006; Escribà-Agüir *et al.*, 2008; Gao, Chan e Mao, 2009; Paulson e Bazemore, 2010; Mao e Zhu, 2011).

In questo lavoro si è voluta studiare da vicino la sintomatologia depressiva paterna in relazione al fenomeno della transizione alla genitorialità e, coerentemente con quanto dimostrato da diversi contributi di ricerca, è stato considerato il fatto che l'attaccamento si configura come un buon predittore di tale sintomatologia (Bifulco *et al.*, 2002).

Nello specifico, sono state avanzate le seguenti ipotesi:

1. lo stile d'attaccamento misurato nei neopadri predice i livelli di depressione e la sintomatologia manifestata dagli stessi. In particolare:
 - uno stile di attaccamento di tipo sicuro predice negativamente la presenza di una sintomatologia depressiva;
 - uno stile di attaccamento di tipo insicuro predice positivamente la presenza di una sintomatologia depressiva;
2. il livello di depressione è collegato alla presenza di una sintomatologia che riguarda principalmente le seguenti aree: somatizzazione, ossessione-compulsione, disturbi del sonno;
3. talune differenze nella condizione sintomatologica dei partecipanti sono rilevabili sulla base degli effetti prodotti dall'età, dal livello di scolarizzazione, dallo stato occupazionale e dal livello economico dei partecipanti, così come riportato in letteratura (Ballard *et al.*, 1994; Deater-Deckard *et al.*, 1998).

4.1. Metodologia

Questo studio trasversale si è svolto prevalentemente presso i locali dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo ove, al fine di realizzare le fasi di reclutamento dei partecipanti, si sono voluti sfruttare i giorni di degenza delle partorienti primipare, durante i quali afferivano i neopadri in visita.

Tramite la sottoscrizione di un consenso informato, effettuata durante le visite in reparto o in fase di registrazione del neonato all'ufficio nascite dell'ospedale, i neopadri autorizzavano ad essere ricontattati a distanza di un mese circa dalla nascita del loro primo figlio, al fine di potersi sottoporre alle somministrazioni testologiche inerenti la ricerca¹.

4.2. Partecipanti

Alla ricerca hanno preso parte 260 neopadri, tutti provenienti dal territorio palermitano e di nazionalità italiana. L'età dei partecipanti varia da 19 a 47 anni, con un valore medio di $m = 33,03$ ($ds = 5,123$). Rispetto al livello di scolarizzazione del gruppo d'indagine si rileva un'istruzione medio-alta, laddove il 14% ($n = 38$) dei partecipanti possiede il Diploma di Licenza Media inferiore, il 58% ($n = 150$) ha conseguito il Diploma di scuola superiore, mentre il restante 28% ($n = 72$) ha conseguito il Diploma di Laurea. Dal punto di vista occupazionale: il 38% ($n = 98$) dei partecipanti rientra nella categoria degli impiegati; il 25% ($n = 65$) esercita la libera professione; il 9%

¹ Si ringraziano tutti i partecipanti allo studio e il personale dell'Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo nella persona di Marco Fedele, responsabile dell'Ufficio Nascite. Un ringraziamento particolare e doveroso va al dottor Pietro Civello della Direzione Sanitaria e alla dott.ssa Maria Rosa D'Anna, primario dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia.

(n = 23) non possiede un impiego; l'11% (n = 30) è un lavoratore dipendente; il 4% (n = 10) rientra nella categoria inerente il settore dell'artigianato (parrucchiere, salumiere, giardiniere); il 3% (n = 7) si dichiara imprenditore o proprietario d'impresa; il 2% (n = 5) è un manager o gestore d'impresa; il 4% (n = 12) è un operaio; 4% (n = 10) si inserisce nella categoria denominata *Altro*, in quanto svolge attività di vario tipo (direttore di hotel, perito, OSS, studente, militare, ecc.).

4.3. Strumenti

4.3.1. Relationship Questionnaire (RQ)

Il Relationship Questionnaire (*RQ*) di Bartholomew e Horowitz (1991) è uno strumento self-report adoperato per la valutazione dell'orientamento generale dell'individuo verso le relazioni intime. Presuppone una sostanziale corrispondenza fra categorie di attaccamento infantili ed adulte e propone una classificazione basata su quattro pattern: "Sicuro", "Preoccupato", "Distanziante" e "Timoroso", che risultano dalla combinazione tra Modello di Sé e Modello dell'Altro. Il prototipo denominato "Sicuro" individua l'intreccio tra il sentirsi dei soggetti meritevoli d'amore e la convinzione che gli altri siano generalmente accettanti e sensibili. I soggetti sicuri appaiono dotati di elevati livelli di coerenza e autostima e hanno un approccio positivo verso gli altri; affrontano i problemi attivamente e in maniera flessibile; hanno relazioni di coppia caratterizzate da intimità, vicinanza, reciproco rispetto, coinvolgimento, apertura emotiva e capacità di risolvere i conflitti (Barone e Del Corno, 2007). Il prototipo denominato "Preoccupato" individua la combinazione tra il sentimento soggettivo di essere una persona non meritevole d'amore e di attenzioni ed una valutazione sostanzialmente positiva degli altri. I soggetti preoccupati mostrano un'autostima dipendente dal livello di approvazione altrui;

necessitano di una costante intimità e attenzione; le relazioni di coppia sono caratterizzate da costante delusione delle aspettative e atteggiamento di rabbia, passione, gelosia, possessività e conflitto (Barone e Del Corno, 2007). Il prototipo denominato “Distanziante” individua l’incrocio tra una valutazione di sé come soggetto degno d’amore ed una disposizione pessimistica nei confronti degli altri. I soggetti distanzianti hanno grande fiducia in se stessi ma tendono a svalutare le relazioni e i giudizi degli altri, rispetto ai quali mantengono una certa distanza emozionale; le relazioni di coppia sono caratterizzate dalla mancanza di vicinanza e da una scarsa apertura alla comunicazione. Il prototipo denominato “Timoroso” individua la combinazione tra la convinzione di non essere meritevoli d’amore e le aspettative negative circa il comportamento altrui. I soggetti timorosi hanno scarsa fiducia in sé e la paura di possibili abbandoni o rifiuti, cui consegue un atteggiamento di evitamento dell’intimità relazionale e la tendenza a colpevolizzarsi per problemi di coppia (Barone e Del Corno, 2007). L’*RQ* è stato strutturato in due parti: nella prima parte si chiede al soggetto di leggere attentamente le descrizioni di quattro stili di relazione e di indicare quello che più si avvicina al modo di vivere le relazioni presenti e passate; nella seconda parte vengono riportate le medesime descrizioni e si chiede al soggetto di indicare su una scala Likert che va da 1 a 7 (1 = *Per niente simile a me*; 7 = *Del tutto simile a me*), il grado in cui ciascuno dei quattro stili rispecchia il modo di vivere le relazioni intime. Nel presente studio si è scelto di utilizzare soltanto le risposte fornite dai partecipanti rispetto alla prima parte dello strumento, ottenendo il dato relativo allo stile di attaccamento prevalente nei singoli soggetti, necessario e sufficiente ai fini della verifica delle ipotesi di partenza.

4.3.2. Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Il Beck Depression Inventory-II (*BDI-II*) di Beck e colleghi (1996; adattamento it.: Ghisi, Flebus, Montano, Sanavio e Sica,

2006) è un questionario self-report che misura la gravità della depressione. Esso è stato costruito individuando i 21 sintomi tipici della depressione sulla base delle descrizioni fornite dai pazienti stessi. Gli item così ricavati valutano l'eventuale presenza di sintomi cognitivi, affettivi, somatici, comportamentali e interpersonali, manifestatisi nel soggetto nel corso dell'ultima settimana. Durante la somministrazione, gli è inoltre richiesto di riportare l'intensità e la frequenza con cui sperimenta gli stati d'animo descritti su una scala a 4 punti che varia da 0 a 3; il punteggio massimo ottenibile è 63. (Es.: *Tristezza*: 0. Non mi sento triste. 1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo 2. Mi sento sempre triste 3. Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare) (Beck *et al.*, 1996).

L'interpretazione dei punteggi grezzi prevede un *cut-off* di 13, secondo cui un punteggio totale superiore a 13 è considerato indicativo della presenza di problemi di depressione mentre un punteggio totale grezzo inferiore o uguale a 13 indicherebbe l'assenza di vissuti depressivi. Un secondo parametro consiste nel ricorrere alla valutazione dei percentili: minore è il valore percentile, maggiore è la probabilità che il punteggio si discosti dalla media e che abbia un significato di tipo clinico.

Più precisamente, gli Autori hanno stabilito che:

- un punteggio totale grezzo ≤ 13 indica un'assenza di contenuti depressivi;
- un punteggio totale grezzo che varia da 14 a 19 identifica un livello lieve di depressione;
- un punteggio totale grezzo compreso tra 20 e 28 identifica un livello moderato di depressione;
- un punteggio totale grezzo che varia da 29 a 63 identifica un livello grave di depressione.

L'adattamento italiano dello strumento (Ghisi *et al.*, 2006) ha riportato una coerenza interna, misurata con l'Alpha di Cronbach, di 0.80, un'attendibilità al test-retest, ad un mese, di $r = 0.76$, una validità convergente con il DQ di $r = 0.77$ e una validità divergente con STAI di $r = 0.66$.

4.3.3. Symptom Checklist-90 Revised (SCL_90-R)

La Symptom Checklist-90-R (SCL_90-R) (Derogatis, 2011; Ad. It. di Sarno, Preti, Prunas e Madeddu, 2011) è un test sintomatologico autosomministrato che, attraverso 90 item, organizzati in dieci sottoscale, indaga la presenza e l'intensità dei disturbi che spesso affliggono le persone. Durante la somministrazione dello strumento, si chiede al soggetto di fornire, per ogni item, una valutazione su scala Likert da 0 (*per niente*) a 4 (*moltissimo*), in base a ciò che lo stesso ha provato durante l'ultima settimana. Viene calcolato un punteggio per ognuna delle dieci scale come media delle risposte fornite e, generalmente, si considerano di maggiore interesse clinico i punteggi medi uguali o maggiori a 1.00 (*cut-off*).

È, inoltre, possibile calcolare anche un punteggio che fa riferimento a tre indici globali, creati per fornire maggiore flessibilità nella valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente e disporre di indicatori di intensità o di profondità del disagio psicologico dello stesso. Essi sono:

- il Global Severity Index (*GSI*), che rappresenta il migliore indice generale dell'intensità o della profondità attuale del disturbo. Esso viene calcolato mediante il rapporto tra la somma di tutti gli item e gli item valutati dallo strumento;
- il Positive Symptom Total (*PST*), che costituisce una misura dello stile di risposta e indica se il soggetto ha accentuato o minimizzato il proprio disagio sintomatologico. Esso riflette dunque il livello medio di disagio relativamente ai soli sintomi che il soggetto si è attribuito e, come tale, può essere interpretato come un indice dell'intensità sintomatologica. Corrisponde praticamente al numero di item segnati positivamente dal soggetto (si escludono quegli item ai quali il soggetto ha attribuito un punteggio di 0);

- il Positive Symptom Distress Index (*PSDI*), che riflette il numero di sintomi riferiti dal soggetto, indipendentemente dall'intensità del disagio ad essi associato e può essere interpretato come una misura della varietà/ampiezza del quadro sintomatologico. Si calcola attraverso il rapporto tra la somma di tutti gli item e il numero di item segnati positivamente.

Nonostante i risultati individuino dieci dimensioni sintomatologiche, in relazione alle nostre ipotesi, si è scelto di focalizzare l'attenzione esclusivamente su tre di esse: Somatizzazione (*SOM*), che riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee (Es.: 1– *Mal di testa*; 48– *Sentirsi senza fiato*); Ossessione-Compulsione (*O_C*), che riguarda pensieri, impulsi e azioni sperimentate come incoercibili e non volute dal soggetto (Es: 10 – *Preoccupazioni per la tua negligenza o trascuratezza*; 51 – *Senso di vuoto mentale*); Disturbi del sonno (*SLEEP*), quali insonnia, sonno disturbato e risveglio precoce (Es: 66 – *Sonno inquieto o disturbato*).

4.4. Analisi dei dati

Al fine di verificare le ipotesi precedentemente illustrate è stato utilizzato il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistic versione 20). Sono state sviluppate le seguenti analisi: ANOVA univariata e test post hoc di Bonferroni, MANOVA e Regressioni lineari semplici e multiple.

Si è scelto di riportare di seguito, in dettaglio, soltanto i risultati di quelle analisi che hanno raggiunto la significatività statistica.

5. Risultati

5.1. Statistiche descrittive

Rispetto alla somministrazione del *BDI-II*, i partecipanti hanno ottenuto un punteggio medio complessivo di 6,77 ($ds = 5,222$), considerando che, nel campione maschile di validazione italiana dello strumento, i soggetti hanno ottenuto un punteggio medio complessivo di 5,78 ($ds = 5,79$).

La conversione dei punteggi grezzi in percentili ha reso inoltre possibile verificare, prendendo in considerazione l'intero campione, che i suoi componenti si collocano in media al di sotto dell'80° percentile, il che indica una condizione di normalità e un livello di depressione che non riveste particolare significato clinico.

Per quanto riguarda invece, la somministrazione della *SCL_90-R*, i partecipanti hanno ottenuto punteggi medi inferiori a 1.00 (*cut-off*) alle dieci sottoscale e, in particolare: un valore medio di 0,21 ($ds = 0,445$) alla scala sottoscala Somatizzazione (*SOM*); un valore medio di 0,18 ($ds = 0,389$) alla sottoscala Ossessione-Compulsione (*O_C*); un valore medio di 0,45 ($ds = 0,641$) alla sottoscala Disturbi del sonno (*SLEEP*) (*cfr.* tab. 1).

Rispetto ai tre indici globali, i partecipanti hanno ottenuto un punteggio medio di 0,12 ($ds = 0,325$) al General Symptomatic Index (*GSI*); un punteggio medio di 17,77 ($ds = 11,658$) al Positive Symptom Total (*PST*); un punteggio medio di 1,33 ($ds = 0,580$) al Positive Symptom Distress Index (*PSDI*) (*cfr.* tab. 1).

Tab. 1 - Media e deviazione standard per il BDI-II, per gli indici generali e per le sottoscale

	<i>Media</i>	<i>SD</i>
BDI-II	6,77 (%ile=70)	5,222
SOM	0,21	0,445
O_C	0,18	0,389
SLEEP	0,45	0,641
GSI	0,12	0,325

PST	17,77	11,658
PSDI	1,33	0,580

Somatizzazione, Ossessione-Compulsione e Disturbi del Sonno della SCL_90-R.
BDI-II= Beck Depression Inventory; SOM=Somatizzazione; O_C= Ossessione-Compulsione; SLEEP=Disturbi del sonno; GSI= General Symptomatic Index; PST= Positive Symptom Total; PSDI= Positive Symptom Distress Index

Dallo *scoring* effettuato sull'*RQ*, si può notare come le quattro categorie dell'attaccamento indicate dal test emergano tutte.

Nello specifico: il 35% dei partecipanti indica un attaccamento di tipo "Distanziante" (n = 90); il 52% un attaccamento di tipo "Sicuro" (n = 136); il 10% un attaccamento di tipo "Timoroso" (n = 25); il 3% un attaccamento di tipo "Preoccupato" (n = 9).

Si nota dunque che, nel nostro campione di riferimento, il pattern di attaccamento prevalente è quello di tipo "Sicuro" (52%), seguito dal pattern di attaccamento di tipo "Insicuro" (48%).

5.1.1. Influenza dello stile d'attaccamento sulla sintomatologia depressiva e sulla sintomatologia generale

Al fine di verificare se lo stile di attaccamento predice i livelli depressivi e la sintomatologia clinica più generale si è proceduto con l'implementazione di un'analisi della varianza univariata (ANOVA) e di alcune regressioni lineari semplici.

Nel confronto fra gruppi rispetto al punteggio totale ottenuto al *BDI-II*, indice del livello di depressione, mediante ANOVA (F di Fisher) con covariata stile di attaccamento, con i-1 e j-1 gradi di libertà e significatività $\alpha = 0,05$, i risultati evidenziano un buon livello di significatività (F = 12,503, con $p < 0.05$).

L'analisi post-hoc di Bonferroni ha riportato differenze significative ($p < 0,05$) tra coloro i quali dichiarano di avere uno stile di attaccamento "Sicuro", "Distanziante" o "Preoccupato" e coloro i quali rientrano nella categoria di attaccamento "Timoroso" (*cfr.* tab.

2).

Ciò sta ad indicare che lo stile di attaccamento di tipo “Timoroso” rappresenta la categoria che si associa a tendenze depressive più accentuate, mentre le altre, nonostante appartengano anch’esse al versante dell’insicurezza, non producono effetti significativi sulla sintomatologia in questione.

Tab. 2 - Test post hoc di Bonferroni - Variabile dipendente: BDI-II

(I) Categorie dell’attaccamento	(J) Categorie dell’attaccamento	Sig.
Sicuro	Distanziante	0,35
	Preoccupato	1,00
	Timoroso	0,000
Distanziante	Sicuro	0,35
	Preoccupato	1,00
	Timoroso	0,000
Preoccupato	Distanziante	1,00
	Sicuro	1,00
	Timoroso	0,001
Timoroso	Sicuro	0,000
	Distanziante	0,000
	Preoccupato	0,001

La differenza media è significativa a livello 0,05

Allo scopo di verificare gli effetti dello stile di attaccamento sulla sintomatologia generale dei soggetti, poiché non è stato possibile

implementare una MANOVA, si è scelto di dicotomizzare la variabile “Stile di attaccamento” in “Sicuro” v/s “Insicuro” e si sono svolte tre regressioni lineari semplici di tale variabile indipendente sugli indici globali di *SCL_90-R*. I risultati dimostrano che, anche in questo caso, l’insicurezza dell’attaccamento si associa a punteggi significativamente più elevati agli indici *GSI* ($\beta = 0,29$; $\rho \leq 0,05$) *PST* ($\beta = 0,29$; $\rho \leq 0,05$) e *PSDI* ($\beta = 0,18$; $\rho \leq 0,05$) (cfr. tab. 3).

Tab. 3 - Effetti dell’Attaccamento sugli indici della *SCL_90-R* (*GSI*, *PST*, *PSDI*)

	β	Sig.
GSI	0,29	0,000
PST	0,29	0,000
PDSI	0,18	0,003

La differenza è significativa a livello 0,05; *GSI*= General Symptomatic Index; *PST*= Positive Symptom Total; *PSDI*= Positive Symptom Distress Index

5.1.2. Influenza dei livelli depressivi sui sintomi di somatizzazione, ossessione-compulsione e disturbi del sonno

Al fine di verificare se i livelli depressivi sono collegati principalmente a sintomi di somatizzazione, ossessione-compulsione e disturbi del sonno si è proceduto con l’analisi della varianza multivariata (MANOVA). Dopo aver dicotomizzato i partecipanti in “Lievemente depressi” ($n= 32$; $tot. \leq 13$) e “Non depressi” ($n= 228$; $tot. > 13$), è emerso un effetto significativo del livello di sintomatologia depressiva sui punteggi dei soggetti alle sottoscale *SOM* e *O_C* [$F(3,256 = 16,47)$, $p < 0,05$]; tra i partecipanti con un leggero livello di depressione non compare, invece, una sintomatologia legata ai disturbi del sonno (cfr. tab. 4).

Tab. 4 - Analisi multivariata della varianza (MANOVA) tra depressione paterna e somatizzazione, ossessione-compulsione e disturbi del sonno

	<i>Valore di F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Gradi di libertà</i>
SOM	9,85	0,002	0,91
O_C	47,85	0,000	3,89
SLEEP	0,16	0,74	0,04

La differenza è significativa a livello 0,05; SOM=Somatizzazione; O_C= Ossessione-Compulsione; SLEEP=Disturbi del sonno

5.1.3. Effetti sulla sintomatologia depressiva e generale delle variabili socio-demografiche

Al fine di verificare gli effetti delle variabili sociodemografiche sui punteggi al *BDI-II* e alla *SCL_90-R* sono stati implementati più tipi di analisi. Non sono emersi effetti significativi delle variabili età, occupazione e livello economico, quest'ultimo, in particolare, rilevato e calcolato su un sottogruppo del campione e, nello specifico, su un totale di n = 210 soggetti.

Calcolando l'ANOVA per misurare gli effetti del livello di scolarizzazione sul punteggio totale ottenuto dai soggetti al *BDI-II*, emerge un effetto significativo dello stesso (F = 5,375, con p < 0,05). Inoltre, nell'analisi post hoc di Bonferroni, differenze significative (p < 0,5) emergono dai confronti tra soggetti che risultano essere in possesso della laurea e soggetti con licenza media o diploma di scuola superiore (*cfr.* tab. 5) In conclusione dunque, i partecipanti laureati riportano punteggi significativamente più bassi al *BDI-II*, in un gruppo di indagine che, in media, riporta livelli minimi di depressione.

Per valutare gli effetti della scolarizzazione dei soggetti sulla sintomatologia generale, poiché non è stato possibile implementare la MANOVA, si è dicotomizzata la variabile in "Istruzione medio/bassa" v/s "Istruzione alta", riportando regressioni significative con riferimento ai tre indici dell'*SCL_90-R*: *GSI* ($\beta = -0,196$, con p <

0,05); *PST* ($\beta = -0,147$, con $p < 0,05$); *PSDI* ($\beta = -0,140$, con $p < 0,05$) (cfr. tab. 6).

Tab. 5 - Test post-hoc di Bonferroni. Variabile dipendente: *BDI-II*

(I) Scolarizzazione	(J) Scolarizzazione	Sig.
Licenza media	Diploma	0,78
	Laurea	0,01
Diploma	Licenza media	0,78
	Laurea	0,02
Laurea	Diploma	0,02
	Licenza media	0,01

La differenza media è significativa a livello 0,05

Tab. 6 - Effetti del livello di scolarizzazione sugli indici della *SCL_90-R* (*GSI*, *PST*, *PSDI*)

	β	Sig.
<i>GSI</i>	0,20	0,002
<i>PST</i>	0,15	0,02
<i>PDSI</i>	0,14	0,02

Il valore di β è significativo a livello 0,05; *GSI*= General Symptomatic Index; *PST*= Positive Symptom Total; *PSDI*= Positive Symptom Distress Index

A questo punto sono stati verificati alcuni modelli di previsione, eseguendo delle regressioni multiple del tipo di attaccamento (“Sicuro” v/s “Insicuro”) e del livello di scolarizzazione (“Istruzione medio/bassa” v/s “Istruzione alta”) sui punteggi al *BDI-II* e sui tre indici della *SCL_90-R*. Tutti i modelli testati hanno raggiunto la significatività (cfr. tabb. 7-8-9-10).

Tab. 7 - Modello di previsione tramite regressione multipla del tipo di attaccamento e del livello di scolarizzazione sui livelli di depressione dei padri

Variabile	β	Sig.
Attaccamento	0,224	0,001

Scolarizzazione	-0,210	0,000
R ²		0,09
F		11,91

Il valore di β è significativo a livello di 0,05. Il valore di F è significativo a livello di 0,05

Tab. 8 - Modello di previsione tramite regressione multipla del tipo di attaccamento e del livello di scolarizzazione sull'indice GSI

<i>Variabile</i>	<i>β</i>	<i>Sig.</i>
Attaccamento	0,31	0,001
Scolarizzazione	-0,23	0,000
R ²		0,13
F		19,66

Il valore di β è significativo a 0,05. Il valore di F è significativo a 0,05

Tab. 9 - Modello di previsione tramite regressione multipla del tipo di attaccamento e del livello di scolarizzazione sull'indice PST

<i>Variabile</i>	<i>β</i>	<i>Sig.</i>
Attaccamento	0,31	0,000
Scolarizzazione	-0,18	0,003
R ²		0,12
F		16,88

Il valore di β è significativo a 0,05. Il valore di F è significativo a 0,05

Tab. 10 - Modello di previsione tramite regressione multipla del tipo di attaccamento e del livello di scolarizzazione sull'indice PSDI

<i>Variabile</i>	<i>β</i>	<i>Sig.</i>
------------------	---------------------------	-------------

Attaccamento	0,20	0,001
Scolarizzazione	-0,16	0,009
R ²		0,06
F		8,03

Il valore di β è significativo a 0,05. Il valore di F è significativo a 0,05

6. Discussione

Il presente studio aveva l'obiettivo principale di verificare se il tipo di attaccamento potesse essere un buon predittore dei livelli di depressione misurati in un campione di neopadri, a circa un mese dalla nascita del loro primo figlio. In particolar modo, sulla base dei contributi di ricerca già presenti in letteratura (Mickelson, Kessler e Shaker, 1997; Brown e Wright, 2003; Bifulco *et al.*, 1994; Sabuncuoglu e Berkem, 2006; Valoriani *et al.*, 2009; Conde, Figueirido e Bifulco, 2011), intendeva confermare l'ipotesi che vede legato l'attaccamento di tipo insicuro alla presenza di una sintomatologia depressiva. Tuttavia, con riferimento al nostro campione, l'omogeneità nella distribuzione dei partecipanti rispetto alla variabile stile di attaccamento ha consentito di verificare solo parzialmente l'ipotesi di partenza, impedendo di trarre delle inferenze approfondite rispetto agli effetti di tutte le tipologie appartenenti al versante dell'insicurezza.

Ciononostante, i risultati hanno mostrato dei risvolti significativi rispetto alla tipologia di attaccamento "Timoroso", la quale risulta essere l'unica in grado di influenzare la sintomatologia depressiva nei partecipanti. I soggetti timorosi si rappresentano come indegni d'amore e percepiscono l'altro come rifiutante o inaffidabile (Bartholomew e Horowitz, 1991). La loro conseguente paura dell'intimità si traduce in uno stile relazionale improntato ad evitare un forte coinvolgimento emotivo, che caratterizza le loro relazioni

affettive e che si può pensare influenzi la formazione del legame con il loro primo figlio, oltre a condizionare il loro benessere psicologico.

Come previsto, inoltre, lo stile di attaccamento dei neopadri ha influenzato anche la loro sintomatologia generale: coloro i quali si descrivevano secondo uno stile insicuro, infatti, mostravano la tendenza a riferire un numero maggiore e variegato di sintomi e a percepire maggiore disagio in riferimento ad essi.

Il gruppo d'indagine mostra in media livelli di depressione e di sintomatologia generale nella norma e che non rivestono particolare significato clinico. Tuttavia, è possibile notare come, anche con livelli depressivi al di sotto della media, i neopadri appartenenti al sottogruppo con un leggero livello di depressione mostrano i segni di un'evidente somatizzazione, con la messa in atto di comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo. Non compare, contrariamente a quanto ipotizzato, alcun sintomo relativo ai disturbi del sonno (insonnia, sonno disturbato e risveglio precoce).

I risultati, infine, non hanno evidenziato apparentemente alcuna variazione rispetto alla condizione depressiva dei neopadri per effetto dell'età, dello stato occupazionale e della percezione del livello economico. Probabilmente, un certo grado di omogeneità nella distribuzione dei partecipanti, con riferimento soprattutto alla variabile economica, non ha consentito di raggiungere degli esiti significativi a riguardo. Ciononostante, il livello di scolarizzazione e, di conseguenza, il titolo di studio conseguito dai partecipanti sono associati alla condizione depressiva e sintomatologica dei neopadri. Confrontando, infatti, soggetti che hanno conseguito un titolo che si attesta ad un livello di scolarizzazione medio-basso (licenza media, diploma di scuola superiore), con quelli in possesso di un titolo che si attesta a livelli di scolarizzazione alti (diploma di laurea), emerge come i neopadri laureati siano meno depressi, con riferimento ad un gruppo d'indagine che, in media, riporta livelli minimi di depressione. Ulteriore conferma a questo dato è stata ottenuta testando il livello di scolarizzazione in funzione della manifestazione sintomatologica: la tipologia del titolo di studio conseguito può avere

delle ripercussioni sull'intensità o profondità del disturbo e sul livello di disagio percepito dai soggetti, sulla base dei sintomi che essi si autoattribuiscono.

La scolarizzazione dei neopadri, peraltro, ha effetti che interagiscono con quelli dell'attaccamento nell'influenzare la loro sintomatologia clinica, definendo come il benessere paterno sia correlato in parte a caratteristiche di personalità e in parte ed in parte ad aspetti dello status socioeconomico.

7. Conclusioni

Alla luce di quanto emerso e sulla base delle ipotesi di partenza, questo studio presenta qualche limitazione e lascia aperte alcune questioni.

Come già detto in precedenza, uno dei limiti è rappresentato probabilmente da un certo grado di omogeneità nella distribuzione dei partecipanti, soprattutto rispetto alla tipologia di attaccamento e al livello economico percepito. Al contrario, la distribuzione degli stessi rispetto alla variabile età, potrebbe risultare disomogenea se si prende in considerazione un range piuttosto ampio come quello che riguarda il campione (da 19 a 47 anni). Si vuole sottolineare che taluni ostacoli legati ai dati raccolti e dunque alla distribuzione campionaria rispetto alle variabili sopracitate, nonostante la buona numerosità dei partecipanti allo studio, sono da ricondurre verosimilmente alle difficoltà riscontrate in fase di reclutamento e legate alla forte reticenza degli uomini nel rivelare i propri problemi emotivi. Inoltre, potrebbe aver influito il fatto di aver reperito i partecipanti solo ed esclusivamente all'interno di una struttura pubblica, tra le altre cose ubicata in un particolare quartiere della città, che spiega anche il livello di omogeneità rispetto a determinate caratteristiche del campione. Alla luce di questo, appare opportuno approfondire ulteriormente le indagini empiriche qui discusse, al fine di verificare le stesse ipotesi con un gruppo di partecipanti reclutato

da strutture diverse, inerenti ad esempio anche al settore privato.

Si rileva, infine, come la natura cross-sectional dello studio impedisca di trarre conclusioni robuste e, anche laddove emergano risultati significativi, ciò motiva ad interpretarli con cautela ed in modo ponderato.

Di particolare interesse, peraltro, è anche capire quanto il fenomeno della transizione alla paternità possa modificare una manifestazione depressiva già in atto o costituirsi come fattore predisponente alla stessa, rispetto ad un grado lieve, moderato o grave e nelle sue due componenti legate all'area somatico-affettiva e all'area cognitiva, superato il primo mese postpartum. Al fine di verificare una tale ipotesi, sarebbe opportuno misurare i livelli di depressione dei neopadri nel pre e nel postpartum confrontando i dati ottenuti e valutando eventuali differenze tra i due periodi considerati.

Alla luce di quanto è stato trattato, si ritiene che la figura paterna ricopra un ruolo di fondamentale importanza per la crescita di ogni bambino; tale figura inoltre, si costituisce come fulcro della famiglia, non è secondaria e di sfondo, rappresenta l'essenza stessa del nucleo familiare inteso come triade relazionale (madre-padre-bambino), e ad essa si ricollegano la salute e il benessere degli altri componenti. Per questi motivi è necessario rendere accessibili interventi di tutela nei riguardi della figura paterna, che oggi risultano essere carenti o non del tutto assenti; né costruttiva, né necessaria è la promozione esclusiva di interventi di cura, pensati ad hoc in caso di manifestazioni sintomatologiche gravi conseguenti alla transizione alla paternità. Si ritiene invece che sia più utile incentivare la creazione di progetti e di interventi preventivi che mirino alla salvaguardia dei legami familiari, mettendo in primo piano i bisogni emotivo-affettivi dei neopadri. Offrire un supporto psicologico agli uomini che si apprestano a diventare padri significa creare uno spazio all'interno del quale essi possano avere la possibilità di: confrontarsi con il tema della paternità in generale; familiarizzare con le nuove emozioni che emergono conseguentemente alla scoperta della gravidanza della compagna, affrontandole in maniera

normativa; prendere consapevolezza di dubbi e perplessità legati alla paternità; costruire la relazione con il proprio figlio insieme alla madre a partire dalla fase gestazionale (Fletcher, Garfield e Matthey, 2015).

O'Brien e colleghi (2017) trovano che la terapia cognitivo-comportamentale rappresenti il trattamento più utile e funzionale per i sintomi della PPND. I programmi che fanno riferimento a questo tipo di terapia, infatti, definiscono la salute mentale in fase perinatale in prospettiva familiare, in modo da coinvolgere i padri il più possibile nell'assistenza (Fletcher *et al.*, 2015). Il progetto "SMS4sad", ad esempio, invia messaggi di testo ai padri con informazioni sulla relazione padre-figlio e padre-partner. Si basa anche su un sistema interattivo che consente ai padri di auto-valutare il loro umore e cercare aiuto in caso di difficoltà (Fletcher, Garfield e Matthey, 2015).

Un altro interessante programma online è la Pacific Post-Partum Support Society, che fornisce ai nuovi padri informazioni sull'ansia e la DPPP e sui suoi sintomi; consente anche un'autovalutazione per verificare esperienze specifiche e incoraggiare gli uomini a cercare cure mediche (Kumar, Oliffe e Kelly, 2017). Quindi, ad oggi, internet e smartphone sembrano essere due canali preferenziali per l'uomo, rendendo la sua emotività particolarmente accessibile.

In futuro si dovrebbe prestare maggiore attenzione alla formazione dei professionisti che lavorano nel campo della psicologia della salute per poter sostenere la struttura familiare e, in particolare, il ruolo cruciale del padre.

Bibliografia

- Ainsworth M.D. (2006), *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
- Anding J.E., Rohrle B., Grieshop M., Schucking B. and Christiansen H. (2016), "Couple Comorbidity and Correlates of Postnatal Depressive Symptoms in Mothers and Fathers in The First Two Weeks Following Delivery", *Journal of Affective Disorders*, 190, 15: 300-309, doi: 10.1016/j.jad.2015.10.033.

- Baldoni F., Baldaro B. e Benassi M.G. (2009), “Disturbi affettivi e comportamento di malattia nel periodo perinatale: correlazioni tra padri e madri”, *Child Development & Disabilities – Saggi*, 3, 25-44, doi:10.3280/CDD2009-003002.
- Baldoni F. e Ceccarelli L. (2010), “La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica”, *Infanzia e adolescenza*, 9, 2: 79-92.
- Baldoni F. (2010a), *La prospettiva psicosomatica: Dalla teoria alla pratica clinica*, Il Mulino, Bologna.
- Baldoni F. (2010b), “Attachment, Danger and Role of the Father in Family Life Span”, *Transilvanian Journal of Psychology*, 4, 375-402.
- Baldwin S. and Bick D. (2017), “First-time Fathers’ Needs and Experiences of Transition to Fatherhood in Relation to their Mental Health and Wellbeing: A Qualitative Systematic Review Protocol”, *JBISIRIR-2016-003031*, *JBISIRIR-2016-003031*, 15, 3: 647-656, doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-003031.
- Ballard C.G., Davies R., Cullen P.C., Mohan R.N. and Dean C. (1994), “Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers”, *British Journal of Psychiatry*, 164, 6: 782-788, doi: 10.1192/bjp.164.6.782.
- Barone L. e Del Corno F. (2007), *La valutazione dell’attaccamento adulto. I questionari autosomministrati*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bartholomew K. and Horowitz L.M. (1991), “Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-category Model”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 2: 226-44, doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226.
- Beck A.T., Steer R.A. and Brown G.K. (1996), *Manual for the Beck Depression Inventory-II*, Psychological Corporation, San Antonio - TX (Ad. it.: Ghisi M., Flebus G.B., Montano A., Sanavio E. e Sica C., Giunti OS, Firenze, 2006).
- Bifulco A., Figueirido B., Guedenay N., Gorman L.L., Hayes S., Muzik M., et al. (1994), “Maternal Attachment Style and Depression Associated with Childbirth: Preliminary Results from an European and US Cross-cultural Study”, *British Journal of Psychiatry*, 184, 31: 31-37, doi: 10.1192/bjp.184.46.s31.
- Bifulco A., Moran P.M., Ball C. and Bernazzani O. (2002), “Adult Attachment Style: Its Relationship to Clinical Depression”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 2: 50-59, doi: 10.1007/s127-002-8215-0.
- Bowlby J. (1969), *Attachment, Attachment and Loss*, Vol. 1, Basic Books, New York (Trad. it.: *Attaccamento e Perdita: L’attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1999).
- Bowlby J. (1980), *Loss: Sadness & Depression*. Attachment and Loss, Vol. 3, Hogarth Press, London (Trad. it.: *Attaccamento e Perdita: La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 2000).
- Bradley R., Slade P. and Leviston A. (2008), “Low Rates of PTSD in Men Attending Childbirth: A Preliminary Study”, *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 3: 295-302, doi: 10.1348/014466508X279495.
- Brown L.S. and Wright J. (2003), “The Relationship between Attachment

- Strategies and Psychopathology in Adolescents”, *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 76, 4: 351-367, doi: 10.1348/147608303770584728.
- Brustia Rutto P. (1996), *Genitori. Una nascita psicologica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Busciolano S., Degiorgis L., Galli D. and Garavini C.M., a cura di (2013), *Paternità e padri. Tra regole e affetti*, Angeli, Milano.
- Caretti V., Ragonese N. and Crisafi C., a cura di (2013), *La depressione perinatale: Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio*, Fioriti, Roma.
- Conde A., Figueirido B. and Bifulco A. (2011), “Attachment Style and Psychological Adjustment in Couples”, *Attachment & Human Development*, 13, 3: 271-292, doi: 10.1080/14616734.2011.562417.
- Corridori M., Fanos T. and Fanos V. a cura di (2009), *Il padre contemporaneo*, Hygeia Press, Cagliari.
- Deater-Deckard K., Pickering K., Dunn J.F. and Golding, J. (1998), “Family Structure and Depressive Symptoms in Men Preceding and Following the Birth of a Child”, *American Journal of Psychiatry*, 155, 6: 818-823, doi: 10.1176/ajp.155.6.818.
- Derogatis L.R., (2011), *Manuale di somministrazione e scoring. Adattamento italiano di SCL-90-R.*, in Sarno I., Preti E., Prunas A. e Madeddu F., a cura di, Giunti OS, Firenze.
- Dollander M. (2004), “La dépression périnatale paternelle”, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 5: 274-278, doi: 10.1016/j.neurenf.2004.05.003.
- Dudley M., Roy K., Kelk N. and Bernard D. (2001), “Psychological Correlates of Depression in Fathers and Mothers in the First Postnatal Year”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19, 3: 187-202, doi: 10.1080/02646830124397.
- Escribà-Agüir V. and Artazcoz L. (2011), “Gender Differences in Postpartum Depression: A Longitudinal Cohort Study”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65, 4: 320-326, doi: 10.1136/jech.2008.085894.
- Escribà-Agüir V., Gonzalez-Galarzo M.C., Barona-Vilar C. and Artazcoz L. (2008), “Factors Related to Depression during Pregnancy: Are There Gender Differences?”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 5: 410-414, doi: 10.1136/jech.2007.063016.
- Fletcher R., Garfield G.F. and Matthey F. (2015), *Fathers Perinatal Mental Health*, in Milgrom J. and Gemmill A.W., eds., *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management*, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Gao L.L., Chan S. and Mao, Q. (2009), “Depression, Perceived Stress and Social Support among First-time Chinese Mothers and Fathers in the Postpartum Period”, *Research in Nursing & Health*, 32, 1: 50-58, doi: 10.1002/nur.20306.
- Kim P. and Swai, J.E. (2007), “Sad Dads: Paternal Postpartum Depression”,

Psychiatry, 4, 2: 35-47.

- Koh Y.W., Chui C.Y., Tang C.S.K. and Lee, A.M. (2014), "The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong", *Depression Research and Treatment*, 1, 1-11, doi: 10.1155/2014/127632.
- Leathers S.J. and Kelley M.A. (2000), "Unintended pregnancy and depressive symptoms among first-time mothers and fathers", *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 4: 523-531, doi: 10.1037/h0087671.
- Leathers S.J., Kelley M.A. and Richman J.A. (1997), "Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work and support", *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 3: 129-139, doi: 10.1097/00005053-199703000-00001.
- Main M. (2008), *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Mao Q. and Zhu L.X. (2011), "A Comparison of Postnatal Depression and Related Factors between Chinese New Mothers and Fathers", *Journal of Clinical Nursery*, 20, 5-6: 645-652, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03542.
- Matthey S., Barnett B. and Gyaneshwar R. (1999), "Screening for Postnatal Depression in Women of Non-English Speaking Background", *Archives of Women's Mental Health*, 2, 2: 67-74, doi: 10.1007/s007370050038.
- Matthey S., Barnett B., Howie P. and Kavanagh D.J. (2003), "Diagnosing Postpartum Depression in Mothers and Fathers: Whatever Happened to Anxiety?", *Journal of Affective Disorder*, 74, 2: 139-147, doi: 10.1016/S0165-0327(02)00012-5.
- Matthey S., Barnett B., Kavanagh D.J. and Howie, P. (2001), "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their parents", *Journal of Affective Disorder*, 64, 2-3: 175-184, doi: 10.1016/S0165-0327(00)00236-6.
- Matthey S., Barnett B., Ungerer J. and Waters, B. (2000), "Paternal and Maternal Depressed Mood during the Transition to Parenthood", *Journal of Affective Disorders*, 60, 2: 75-85, doi: 10.1016/S0165-0327(99)00159-7.
- Mickelson K.D., Kessler R.C. and Shaker P.R. (1997), "Adult Attachment in a Nationally Representative Sample", *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 5: 1092-1106, doi: 10.1037/0022-3514.73.5.1092.
- Molgora S., Saita E. and Fenaroli V. (2010), "Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione – I. Orientarsi nella ricerca", *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 197-208, doi: 10807/17458.
- Morse C. A., Buist A. and Durkin, S. (2000), "First-time Parenthood: Influences on Pre and Postnatal Adjustment in Fathers and Mothers", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21, 2: 109-120, doi: 10.3109/01674820009075616.
- O'Brien A.P., McNeil K.A., Fletcher R., Conrad A., Wilson A.J., Jones D. and

- Chan S.W. (2017), "New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety-Treatment Options: an Integrative Review", *American Journal of Men's Health*, 11, 4: 863-876, doi: 10.1177/1557988316669047.
- Paulson J.F. and Bazemore S.D. (2010), "Prenatal and Postpartum Depression in Father and its Association with Maternal Depression: A Meta-analysis", *Journal of the American Medical Association*, 303, 19: 1961-1969, doi: 10.1001/jama.2010.605.
- Paulson, J.F., Dauber, S. and Leiferman, J.A. (2006), "Individual and Combined Effects of postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior", *Pediatrics*, 118, 2: 659-668, doi: 10.1542/peds.2005-2948.
- Pazzagli A. and Benvenuti P. (1996), "Diventare padri: scompensi psicopatologici", *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, 14, 2: 123-134.
- Pellai A. (2003), *Nella pancia del papà: Padre e figlio: una relazione emotiva*, FrancoAngeli, Milano.
- Perren S., Von Wyl A., Bürgin D., Simoni H. and Von Klitzing K. (2005), "Depressive Symptoms and Psychological Stress across the Transition to Parenthood: Associations with Parental Psychopathology and Child Difficulty", *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 26, 3: 173-183, doi: 10.1080/01674820400028407.
- Pinheiro K.A.T., Chuna Coelho F.M., Avila Quevedo L., Jansen K., Mattos Souza L., Oses J. P. et al. (2011), "Paternal Postpartum Mood: Bipolar Episodes?", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 3: 283-286, doi: 10.1590/S1516-44462011000300012.
- Pinheiro R.T., Megalhaes P.V.S., Horta B.L., Pinheiro K.A.T., Silva R.A. and Pinto, R.H. (2006), "Is Paternal Postpartum Depression Associated with Maternal Postpartum Depression? Population-based Study in Brazil", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 3: 283-286, doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00708.
- Sabuncuoglu O. and Berkem, M. (2006), "The Relationship Between Attachment Style and Depressive Symptoms in Postpartum Women: Findings from Turkey", *Turkish Journal of Psychiatry*, 17, 4: 252-258.
- Schumacher M., Zubaran C. and White G. (2008), "Bringing Birth-related Paternal Depression to the Fore", *Women and Birth*, 21, 2: 65-70, doi: 10.1016/j.wombi.2008.03.008.
- Skari H., Skreden M., Malt U.F., Dalholt M., Ostensen A.B., Egeland T. and Emblem R. (2002), "Comparative Levels of Psychological Distress, Stress Symptoms, Depression and Anxiety after Childbirth: A Prospective Population-based Study of Mothers and Fathers", *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 109, 10: 1154-1163, doi: 10.1016/S1470-0328(02)00968-0.
- Tohotoa J., Maycock B., Hauck Y.L., Dhaliwal S., Howat P., Burns S. and Binns C.W. (2012), "Can Father Inclusive Practice Reduce Paternal Postnatal Anxiety? A Repeated Measures Cohort Study Using the Hospital Anxiety and Depression Scale", *Pregnancy and Childbirth*, 12, 75-82, doi:

10.1186/1471-2393-12-75.

- Valoriani V., Vaiani S., Ferrari M.G. e Benvenuti P. (2009), “Stile di attaccamento adulto, interazione precoce madre-bambino e rischio depressivo”, *Rivista di Studi Familiari*, 1, 87-103, doi: 10.3280/FIR2009-001007.
- Wang S.Y. and Chen C.H. (2006), “Psychosocial Health of Taiwanese Postnatal Husbands and Wives”, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 3: 303-307, doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.012.
- Wilhelm K. and Parker G. (1994), “Sex Differences in Lifetime Depression Rates: Fact or Artifact?”, *Psychological Medicine*, 24, 1: 97-111, doi: 10.1017/S0033291700026878.