

# Depressione materna e qualità dell'attaccamento: implicazioni sulle interazioni madre-bambino

di *Grazia Terrone\**, *Alessandra Santona\*\**

La depressione materna incide negativamente sulle competenze genitoriali, alterando le modalità relazionali interattive tra madre e bambino (Murray, Cooper, 1999; Tambelli, Speranza, Trentini, Odorisio, 2010). Nell'orizzonte della ricerca attuale si è osservato come la depressione materna, associata a un attaccamento insicuro, può interferire sulla qualità dell'interazione diadica madre-bambino (Reis, Grenyer, 2004; Stansfeld *et al.*, 2008; Niolu, Zupin, Saraceni, Siracusano, 2010). Lo scopo della ricerca è indagare le capacità genitoriali delle madri con depressione maggiore, utilizzando come vertice la teoria dell'attaccamento. Nello specifico si vuole esplorare tali capacità all'interno del contesto alimentare basato sull'interazione tra madre e bambino, in una prospettiva multifattoriale della genitorialità (Belsky, Crnic, Gable, 1995) in cui grande peso assumono variabili quali i vissuti emotivi del genitore, la sua storia relazionale ed affettiva e le sue risorse personali. Il campione selezionato è composto da 60 diadi madre-bambino. Le madri hanno un'età compresa tra i 28 e i 39 anni e si suddividono in due gruppi: 30 con depressione maggiore e 30 non presentano nessuna psicopatologia. I bambini hanno un'età compresa tra 12 e 36 mesi e presentano uno sviluppo normale. Gli strumenti utilizzati sono la Adult Attachment Interview (Main, Goldwin, 1998) e la Scala di valutazione dell'interazione alimentare madre-bambino (Lucarelli *et al.*, 2002). I risultati hanno evidenziato che le madri con depressione maggiore presentano una prevalenza di modelli di attaccamento insicuro, minore sensibilità materna, maggiore conflitto interattivo e stati affettivi negativi che possono ostacolare lo sviluppo di adeguati *pattern* interattivi madre-bambino al momento del pasto. Pertanto si conferma che una valutazione dell'interazione diadica è fondamentale per la prevenzione e la valutazione delle capacità genitoriali.

Parole chiave: *depressione, attaccamento, relazione madre-bambino*.

## I Introduzione

In letteratura è stato ampiamente discusso che la depressione materna incida negativamente sulle competenze genitoriali, alterando le modalità relazionali interattive tra madre e bambino (Murray, Cooper, 1999; Tambelli *et al.*, 2010).

\* Università degli Studi di Foggia.

\*\* Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Nell'orizzonte della ricerca attuale si è osservato come la depressione materna, associata a un attaccamento insicuro può interferire sulla qualità dell'integrazione diadica madre-bambino. L'attaccamento rappresenta un sistema che ha come *focus* la naturale e innata propensione dell'essere umano a stringere forti legami affettivi con le proprie figure di riferimento (Reis, Grenyer, 2004; Stanfeld *et al.*, 2008; Niolu, Zupin, Saraceni, Siracusano, 2010).

In questa direzione la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1973) fornisce un'utile chiave interpretativa per spiegare come le esperienze della prima infanzia possano influenzare le capacità genitoriali e determinare una vulnerabilità per la depressione (Bifulco *et al.*, 2002). Le prime esperienze di accudimento sono ritenute, infatti, elementi fondanti e stabili per la costruzione della percezione di sé e degli altri. In numerosi scritti Bowlby (1979; 1980; 1988) aveva sostenuto in proposito che cure genitoriali incoerenti e ostili ricevute durante l'infanzia potevano determinare lo sviluppo distorto dei modelli operativi interni causando ambivalenza o evitamento piuttosto che sentimenti di sicurezza.

Numerosi studi prospettici hanno esaminato la relazione esistente tra depressione materna e disorganizzazione dell'attaccamento evidenziato che l'insicurezza durante la gravidanza può essere considerata un fattore di rischio rispetto allo sviluppo di una depressione post-natale (Bifulco *et al.*, 2004) e che un attaccamento insicuro a 4 mesi dopo il parto risulta correlato alla persistenza di sintomi depressivi a 12 mesi (Mc Mahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, 2006; Ammaniti *et al.*, 2007).

L'insicurezza nell'attaccamento, inoltre, può influenzare il modo in cui la donna vive la gravidanza, generando sentimenti contradditori nei confronti del feto e del proprio ruolo materno, a causa dell'emergere di rappresentazioni legate alle proprie esperienze infantili. Tali vissuti potrebbero enfatizzare sentimenti di incompetenza e di inadeguatezza, contribuendo potenzialmente a determinare uno stato affettivo negativo (Cassidy, Shaver, 1999). In particolare è stato dimostrato che forme di depressione cliniche pre-esistenti alla nascita del bambino, quali la depressione maggiore e la distimia, sono associate con una modalità di accudimento sia irritabile che incoerente. La cronicità della depressione crea nella madre un tono emotivo negativo e bassi livelli di tenerezza e affetto (Lyons-Ruth, Jacobvitz, 2008). Inoltre, la storia di vita della donna legata agli episodi di depressione peri e postnatale può influenzare il modello di attaccamento materno (Tharner *et al.*, 2012). La sintomatologia della depressione maggiore che è un grave disturbo che colpisce ogni anno circa il 5% della popolazione adulta, caratterizza la diagnosi clinica del campione di questa ricerca e appare più grave e persistente rispetto alla depressione minore.

Diversamente da una normale sensazione di tristezza, di perdita o di un transitorio stato di cattivo umore, la depressione maggiore presenta caratteristiche di persistenza e può interferire pesantemente sul modo di pensare di un individuo, sul suo comportamento, sull'umore, sull'attività e sul suo benessere fisico.

La depressione maggiore, nota anche come depressione clinica o depressione unipolare, è solo una delle varie forme di disturbo depressivo. Altre forme di depressione sono la distimia (depressione cronica con sintomi meno intensi), e la depressione bipolare (la fase depressiva del disturbo bipolare). Le donne che ne sono colpite possono manifestare sentimenti eccessivi e perfino deliranti di autoaccusa e di inutilità, accompagnati da agitazione o rallentamento motorio. Spesso possono temere di danneggiare i propri figli. La gravità della situazione può infatti emergere drammaticamente con un danno al bambino o un gesto auto-lesivo (Niolu, Ambrosio, Siracusano, 2010).

Durante la gravidanza, inoltre, si riattivano aspetti identificatori legati alle esperienze passate della donna, in particolare con la madre. Nell'ambito di questo processo, assume una particolare rilevanza la possibilità che la futura madre possa identificarsi con una “buona immagine materna”. Questo aspetto mette in primo piano, pertanto, la qualità della relazione che la donna ha vissuto con la propria madre, nonché la possibilità di riferirsi ad essa nella sua esperienza attuale, senza essere sopraffatta da elementi conflittuali (Tambelli, Zavattini, Mossi, 1995; Ammaniti *et al.*, 2004).

Il riattivarsi delle esperienze infantili mette in atto delle dinamiche regressive che permettono, inoltre, alla madre di identificarsi anche con il proprio bambino nell'ambito di un processo dinamico e che costituiscono la base per la costruzione di un legame interattivo con lui.

L'insieme degli scambi tra madre e bambino rappresenta un sistema di regolazione interattivo, in cui ciascuna componente influenza e regola il comportamento dell'altra, favorendo o ostacolando l'adattamento e la crescita psicologica (Gianino, Tronick, 1988; Sameroff, Emde, 1991; Zeanah, 2000).

All'interno di questo rapporto, la sensibilità materna, intesa come la capacità di riconoscere e rispondere in modo empatico ai segnali del suo bambino (Ainsworth, 1969; Ainsworth *et al.*, 1978), svolge un ruolo rilevante ai fini dello sviluppo emotivo del figlio. Più recentemente, Oppenheim e Koren-Krie (2009) e Dazzi e Zavattini (2011) hanno posto l'accento sulla capacità di *insightfulness* del caregiver. Secondo l'accezione di Oppenheim e Koren-Krie, questa specifica abilità genitoriale si riferisce alla possibilità di “vedere le cose dal punto di vista del bambino”, compreso il suo modo interno e le sue motivazioni. Tale capacità permetterebbe al caregiver di avere una rappresentazione dinamica del proprio figlio, all'interno di una relazione in cui sono facilitati i processi di sicurezza e di differenziazione.

Le madri con diagnosi di depressione, con carenze specifiche nella capacità di *insightfulness*, possono risultare confuse dalle reazioni emotive dei loro bambini e sono incapaci di distinguere tra i propri sentimenti e quelli del loro bambino (Koren-Karie *et al.*, 2002; Quitmann, Kriston, Romer, Ramsauer, 2012). La loro sofferenza è pervasiva e può influenzare in modo negativo le loro capacità di cura, ostacolando il complesso lavoro psichico di costruzione del ruolo genitoriale.

le (Pazzaglia, Benvenuti, Rossi Monti, 1981; Agostini, Monti, Marano, Baiamonte, 2004). Queste difficoltà di adattamento al nuovo ruolo genitoriale potrebbero condurre allo sviluppo di un sistema di relazione madre-bambino in cui le eventuali perturbazioni delle strategie di regolazione del processo interattivo danno luogo ad una rottura del sistema, piuttosto che alla creazione di un sistema di interazione competente, in cui il bambino può essere precocemente agente della propria autoregolazione (Tambelli, Odorisio, Mancone, Vismara, 2009).

In questa direzione, le ipotesi di Tronick (Tronick 1989; Tronick, Weinberg, 1999), hanno posto l'accento sulla funzione di regolazione delle emozioni svolta dalla madre, nonché sulla riparazione delle rotture comunicative emergenti nel rapporto con il bambino. La coppia caregiver-bambino viene considerata pertanto come parte di un sistema di comunicazione affettiva all'interno del quale si realizza una “mutua regolazione”, il cui obiettivo condiviso è la realizzazione di uno “stato diadico di coscienza” (Tronick, 2005), che appare determinante per lo sviluppo emotivo, rappresentazionale e sociale del bambino. Questo percorso evolutivo ottimale può essere più difficile da raggiungere nelle situazioni in cui il caregiver risulti esposto ad un rischio depressivo. Come sottolineato da Tronick (*ibid.*), quando l'esperienza di intersoggettività viene distorta e contrassegnata da affetti negativi, come nel caso della relazione del bambino con una madre depressa, è possibile che il piccolo incorpori elementi degli stati mentali negativi della madre, quali ritiro, tristezza, ostilità, vivendo con quest'ultima un'esperienza di intersoggettività fondata su un nucleo affettivo negativo.

Nell'ambito delle interazioni con i bambini, le madri depresse, infatti, tendono ad esibire *pattern* comportamentali altamente disfunzionali: si mostrano scarsamente responsive e non disponibili a livello emotivo; si impegnano poco in comportamenti di imitazione; appaiono eccessivamente ritirate o inibite, oppure estremamente ipercontrollanti ed intrusive. Poiché le madri depresse non sono positivamente orientate verso i propri bambini, le interazioni diadiche vertono principalmente sull'espressione di stati affettivi negativi. Lo stile interattivo di queste madri risulta, infatti, caratterizzato da comunicazioni più ostili, criticanti e non costruttive (Ammaniti, 2001). La percezione di sé negativa ed ipercritica e i livelli di autostima bassi, inoltre, sembrano sostenere la loro percezione negativa anche come genitori, tanto da influire negativamente sullo sviluppo del bambino, determinando interazioni povere, a-sincrone, disimpegnate. I comportamenti della madre depressa possono essere però eterogenei: alcune madri depresse sono intrusive e mostrano espressioni del volto arrabbiate, mentre altre esprimono tristezza e sono ritirate. Dalla letteratura sulla depressione emergono fondamentalmente due modelli che spiegano il rapporto tra rischio depressivo e capacità di accudimento materno (Lyons-Ruth, Bronfman, Parson, 1999). Il primo di questi definisce una soglia critica della depressione al di là della quale il comportamento materno risulta caratterizzato dall'ostilità, dall'intrusività e dalla rinuncia a prendersi cura del figlio (Lyons-Ruth, 1999). Nel secondo modello,

cosiddetto correlato, la depressione appare come uno dei possibili effetti legati a fattori di stress familiare attuali o passati che si associano ad un comportamento materno negativo. Le ricerche di Lyons-Ruth e dei suoi collaboratori (Lyons-Ruth, Bronfman, Atwood, 1999; Lyons-Ruth, Bronfman, Parson, 1999), sembrano confermare l'ipotesi di un modello correlato definito relazionale. Tale modello considera l'intrusività e l'ostilità materne legate alle esperienze negative vissute nell'infanzia con le figure significative.

Gli studi di Tronick e Weinberg (1999) hanno valutato gli effetti differenti sul neonato di almeno due pattern di interazione delle madri depresse: intrusività e allontanamento. Entrambi i modelli interagiscono con il processo di regolazione e costituiscono una rottura nella intersoggettività. Le madri "intrusive", spesso impegnate a trattare il bambino duramente, si rivolgono a lui con un tono di voce arrabbiato e interferiscono attivamente con le sue attività. Le madri "ritirate", invece, non interagiscono, sono affettivamente piatte, non reattive e fanno poco per aiutare le attività dei propri figli. Come dimostrazione della sensibilità dei neonati alla condizione materna, i bambini delle madri intrusive evitano lo sguardo della madre e prestano solo raramente attenzione agli oggetti, inoltre il pianto è per loro molto infrequente. I figli delle madri ritirate protestano e mostrano con più facilità il loro stato di stress rispetto ai bambini delle madri intrusive, suggerendo che il comportamento di isolamento della madre possa avere un effetto particolarmente negativo sui bambini più piccoli (Tambelli *et al.*, 2009).

Un dato interessante a questo riguardo, evidenziato da due revisioni di numerosi studi che prendevano in considerazione il legame tra depressione genitoriale e specificità del *deficit* genitoriale materno (Lovejoy, Graczyk, O'Hare *et al.*, 2000; Kane, Garber, 2004), è che questo legame tende a essere più evidente per la presenza di comportamenti genitoriali negativi piuttosto che per la inconsistenza o mancanza di comportamenti genitoriali positivi. In altri termini, laddove sia presente una depressione genitoriale, sono più evidenti comportamenti di rifiuto o ostilità verso il bambino, pur essendo relativamente presenti atteggiamenti di cura e di monitoraggio. È noto, peraltro, come l'anedonia del genitore depresso si accompagni tipicamente a irritabilità e ostilità che sono espressione di un senso di incapacità e della perdita di speranza. Il genitore depresso tende a scoraggiare l'interazione del figlio, determinando così un doppio effetto dannoso: da un lato, infatti, il bambino non si ingaggia in una relazione i cui risvolti sono fondamentali per la formazione della propria personalità, dall'altro il genitore riceve dal comportamento evitante del proprio bambino una conferma della propria indesiderabilità, che rafforza la condizione depressiva stessa colorandola di aggressività e rifiuto (Nicolais, Speranza, Guarino, Trentini, 2009).

L'esplorazione del modello di attaccamento del genitore può, quindi, rivelarsi particolarmente utile al fine di individuare precocemente quelle condizioni di rischio che sembrano avere un'influenza sullo sviluppo di una relazione armo-

niosa tra madre e bambino e sulla qualità dell’interazione precoce tra madre e bambino.

## 2 Obiettivi e ipotesi

Sulla base di queste considerazioni, lo scopo della ricerca è indagare le capacità genitoriali delle madri con depressione utilizzando come vertice la teoria dell’attaccamento. In particolare, identificare gli antecedenti evolutivi inferenzialmente ricostruiti e gli stati mentali associati alle classificazioni d’attaccamento, focalizzando l’attenzione sull’analisi delle categorie e delle scale del sistema di codifica dell’AAI. Si intendono esplorare, inoltre, tali capacità all’interno del contesto alimentare basato sull’interazione tra madre e bambino. L’osservazione diretta in questo contesto, effettuata mediante la metodologia prevista dalla SVIA, ci permette di evidenziare i domini comunicativi emotivo affettivi che permettono l’instaurarsi della condivisione relazionale e delle transazioni affettive tra madre e bambino nel contesto interattivo alimentare.

Sulla base di quanto sinora esposto si vuole verificare se:

1. Il gruppo di madri con diagnosi di depressione maggiore presenta una distribuzione (AAI) dei modelli di attaccamento differente rispetto al gruppo di madri che non presentano nessuna psicopatologia, con prevalenza di attaccamento insicuro;
2. Il gruppo di madri depresse presenta, rispetto al gruppo di controllo, variazioni significative nei punteggi delle scale dell’AAI relative all’esperienza soggettiva e agli stati della mente;
3. Le madri depresse durante l’alimentazione presentano una bassa reciprocità diadica, maggiore interazione conflittuale e un negativo stato affettivo negativo nella madre e nella diade (SVIA), rispetto alle madri del gruppo di controllo.

## 3 Metodo

### 3.1. Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca 60 madri. Il gruppo clinico è composto da 30 madri che presentano una depressione maggiore di età compresa tra i 28 ed i 39 anni di ( $M = 31,5$ ;  $DS = 5,6$ ) e dei loro bambini di età compresa tra i 12 e i 36 mesi ( $M = 26$  mesi;  $DS = 2,9$ ). Tutte le madri sono state reclutate da una équipe medico-psichiatrica all’interno dell’unità operativa di Psichiatria del Policlinico Tor Vergata e la diagnosi è stata effettuata mediante l’intervista diagnostica SCID. Essa ha permesso di effettuare una selezione della popolazione da studiare e di garantire che tutti i soggetti studiati abbiano soltanto un disturbo che

soddisfi i criteri per la depressione maggiore del DSM IV (American Psychiatric Association, 2000).

Il gruppo di controllo è stato reclutato tra la popolazione normativa attraverso alcuni consultori familiari delle Aziende sanitarie locali e gli asili nido del comune di Roma sulla base di un criterio di bilanciamento per età delle madri, per il genere e l'età del bambino.

In entrambi i gruppi, clinico e di controllo, il periodo gestazionale di tutti i bambini esaminati ed il loro sviluppo psicomotorio si presentavano nella norma. La maggior parte dei bambini nei due gruppi ha avuto un allattamento al seno (gruppo-clinico = 74%; gruppo-controllo = 78%).

Attraverso la somministrazione di un questionario sociodemografico è stato possibile rilevare il livello socio-culturale delle coppie madre-bambino esaminate. La maggior parte delle madri era coniugata (gruppo-clinico = 90%; gruppo-controllo = 93%), ed aveva conseguito un diploma di scuola secondaria superiore (gruppo-clinico = 74%; gruppo-controllo = 70%) o laurea (gruppo-clinico = 13%; gruppo-controllo = 15%). Molte delle coppie appartengono ad un livello socio-economico medio (gruppo-clinico = 69%; gruppo-controllo = 73%) (SES valutato secondo i criteri di Hollingshead, 1975).

### 3.2. Strumenti

L'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, Main, 1985) è un'intervista semi-strutturata – composta da 20 domande e della durata di circa un'ora – in grado di valutare e classificare lo stato della mente rispetto all'attaccamento negli adulti (Main, Goldwyn, Hesse, 2002), adatta ad esplorare gli schemi dei modelli mentali che ciascun individuo ha elaborato nel corso della propria evoluzione psichica. Durante l'AAI viene richiesto all'intervistato di parlare delle relazioni stabilite durante l'infanzia con le principali figure di attaccamento, sostenendole con episodi specifici; di riferire sulle situazioni di crisi, separazioni, eventuali perdite e lutti; di riflettere sull'influenza che le esperienze relative all'attaccamento hanno avuto sullo sviluppo della sua personalità. L'AAI è audio-registrata e trascritta *verbatim*. Il trascritto dell'AAI è codificato in base al sistema di valutazione formalizzato da Main e collaboratori (2002) consistente nell'attribuire punteggi da 1 a 9 su due gruppi di scale: 5 scale relative alla “probabile esperienza del passato” (Affetto, Rifiuto, Trascuratezza, Inversione dei ruoli e Pressione a riuscire) e 11 scale relative allo “*state of mind*” rispetto all'attaccamento (Idealizzazione, Mancanza di ricordi, Rabbia, Svalutazione, Passività, Coerenza del trascritto, Coerenza della mente, Monitoraggio metacognitivo, Paura della perdita, Lutto irrisolto e Abuso irrisolto). I trascritti sono quindi assegnati ad una delle tre principali categorie: sicuro/autonomo (*free/autonomous*: F/A), insicuro/distanziante (*dismissing*: Ds), insicuro/preoccupato (*enmeshed*: E); sono state inoltre attribuite le categorie trasversali di irrisolto/disorganizzato rispetto a perdite o abusi (*un-*

*resolved*: U) e di inclassificabile (*cannot classify*: CC). Per la codifica dei protocolli dell'AAI ci si è avvalsi di due valutatori indipendenti che hanno effettuato il training di abilitazione per la codifica dell'AAI.

Un altro strumento utilizzato è la Scala di valutazione dell'interazione alimentare madre-bambino (SVIA) che misura una ampio spettro di comportamenti interattivi e identifica modalità relazionali normali e/o a rischio tra la madre e il bambino durante gli scambi alimentari (Lucarelli *et al.*, 2002).

Il sistema di codifica della Scala è applicabile a videoregistrazioni della durata di 20 minuti durante il pasto del bambino di età compresa tra 1 e 36 mesi.

Poiché la SVIA si applica ai bambini da 1 a 36 mesi, le differenze di sviluppo sul piano comportamentale sono valutate da item specifici per bambini più piccoli o più grandi. Gli studi condotti per valutare le proprietà psicométriche della versione statunitense e italiana della Scala hanno confermato una buona atten-dibilità tra codificatori e una soddisfacente validità di costrutto e discriminante (Chatoor *et al.*, 1997; Lucarelli *et al.*, 2002).

La Scala creata per la versione italiana si compone di 40 item raggruppati in quattro sottoscale: Stato affettivo della madre, Conflitto interattivo, Comportamenti di rifiuto alimentare del bambino, Stato affettivo della diade. Per ciascun item è attribuito un punteggio su una scala Likert a quattro punti (mai, poche volte, abbastanza, spesso).

I dati osservativi sono stati codificati da due esaminatori indipendenti, in cieco.

In particolare, la sottoscala Stato affettivo della madre rileva sia le difficoltà del caregiver di manifestare affetti positivi, sia la frequenza e la qualità di affetti negativi. La sottoscala Conflitto interattivo valuta sia la presenza, sia l'intensità di scambi conflittuali nella diade. La sottoscala Comportamenti di rifiuto alimentare del bambino include item che esplorano le caratteristiche individuali dei pattern alimentari del bambino, che indicano rifiuto alimentare, scarsa assunzione di cibo e una difficile regolazione di stato durante il pasto. La sottoscala Stato affettivo della diade, infine, la qualità affettiva della relazione madre-bambino.

## 4 Risultati

Allo scopo di confrontare le distribuzioni dei modelli di attaccamento nel gruppo clinico e di controllo è stato utilizzato il test di Chi<sup>2</sup>.

La distribuzione dei modelli di attaccamento nei due gruppi è riportata in TAB. 1. Le classificazioni irrisolte rispetto a trauma o lutto (U) e attaccamento non classificabile (CC) sono state raggruppate, ai fini dell'analisi statistica, sotto l'etichetta comune U/CC.

Complessivamente si può osservare una differenza significativa tra i due gruppi, caratterizzata dalla prevalenza di modelli insicuri nel gruppo clinico,

come riscontrato nell'ambito dell'analisi a due vie (sicuro vs insicuro) ( $c^2 = 4,28$ ;  $gdl = 1$ ;  $p = 0,038$ ) (cfr. TAB. 1).

TABELLA 1

Analisi della distribuzione delle classificazioni d'attaccamento a due vie (sicuri vs insicuri)

	Sicuri	Insicuri	$\chi^2$
Madri depresse (Gruppo clinico)	10 (33%)	20 (67%)	a due vie ( $gdl = 1$ )
Madri non depresse (Gruppo di controllo)	18 (60%)	12 (40%)	4,28 $p = 0,038$

Si riscontra, inoltre, una prevalenza di classificazioni insicure distanzianti. Se si prendono in considerazione tutte le categorie dell'attaccamento (F, DS, E, U/CC), le analisi statistiche evidenziano una tendenza alla significatività ( $c^2$ esatto = 6,71;  $gdl = 3$ ;  $p = 0,081$ ). I dati mettono in luce una maggiore frequenza dello stato della mente sicuro/autonomo nel gruppo di controllo ( $N = 18$ ; 60%) e, in modo minore, nelle madri con depressione ( $N = 10$ ; 33%). In quest'ultimo gruppo, tuttavia, si osserva una maggiore frequenza dello stato della mente distanziante ( $N = 10$ ; 33%) rispetto al campione di controllo, nel quale questo stato della mente si rileva solo nel 17% ( $N = 5$ ) delle madri. Infine, nel campione di donne con depressione si evidenzia, una maggiore presenza di modelli di attaccamento irrisolti/inclassificabili ( $N = 5$ ; 17%) rispetto al gruppo di donne senza alcun fattore di rischio ( $N = 1$ ; 3%) (cfr. TAB. 2).

TABELLA 2

Analisi della distribuzione delle classificazioni d'attaccamento a quattro vie (f, ds, e, u/cc)

	F	DS	E	U/CC	$\chi^2$
Madri depresse (Gruppo clinico)	10 (33%)	10 (33%)	5 (17%)	5 (17%)	a quattro vie ( $gdl = 3$ )
Madri non depresse (Gruppo di controllo)	18 (60%)	5 (17%)	6 (20%)	1 (3%)	6,71 $p = 0,081$

Tuttavia se ci si sofferma esclusivamente a livello delle generali classificazioni d'attaccamento, l'analisi rischia di restare confinata all'interno di una certa genericità rispetto al progresso delle conoscenze potenzialmente raggiungibili in questo campo di ricerca. Pertanto, è stato ritenuto opportuno effettuare un'analisi della varianza univariata (ANOVA) su ogni singola scala dell'AAI, utilizzando il gruppo (clinico vs controllo) come fattore (cfr. TAB. 3).

TABELLA 3

Statistiche descrittive e indici inferenziali delle differenze tra i due gruppi (clinico vs controllo)

Scale AAI	Gruppo clinico Media (DS)	Gruppo di controllo Media (DS)	F	P
<i>Esperienza soggettiva</i>				
Amorevolezza (madre)	2,9 (1,19)	4,4 (2,28)	9,517	0,003
Amorevolezza (padre)	2,6 (1,41)	5,3 (1,31)	61,079	< 0,001
Rifiuto (madre)	3,2 (2,33)	1,6 (0,84)	12,387	< 0,001
Rifiuto (padre)	3,3 (1,87)	1,6 (0,84)	20,118	< 0,001
Inversione di ruolo (madre)	2,1 (0,98)	1,9 (1,37)	0,420	0,520
Inversione di ruolo (padre)	1,6 (1,1751)	1,6 (0,93)	0,033	0,856
Spinta al successo (madre)	1,4 (1,23)	2,4 (1,49)	6,637	0,013
Spinta al successo (padre)	2,1 (1,73)	2,8 (1,01)	3,841	0,050
Trascuratezza (madre)	4 (2,67449)	2,1 (0,79)	14,315	< 0,001
Trascuratezza (padre)	3,5 (2,47)	2,6 (1,74)	2,693	0,106
<i>Stati della mente dei genitori</i>				
Idealizzazione (madre)	3,3 (1,96)	2,5 (0,55)	5,242	0,026
Idealizzazione (padre)	2,6 (1,89)	2,4 (0,78)	0,381	0,539
Rabbia coinvolta/coinvolgente (madre)	2,5 (0,87)	1,9 (0,55)	8,570	0,005
Rabbia coinvolta/coinvolgente (padre)	2,2 (0,512)	2,1 (0,90)	0,069	0,793
Svalutazione (madre)	2,7 (1,09)	2,7 (0,75)	0,005	0,945
Svalutazione (padre)	3,2 (1,59)	2,7 (0,75)	2,266	0,138
<i>Stati della mente generale</i>				
Svalutazione globale	1,4 (0,75)	2,2 (0,73)	12,934	< 0,001
Mancanza di ricordi	3 (1,61)	2 (0,67)	10,304	0,002
Metacognizione	1,8 (0,75)	3,1 (1,22)	26,555	< 0,001
Passività dei processi di pensiero	2,7 (1,36)	2,8 (1,15)	0,129	0,721
Paura della perdita	1,5 (1,01)	1,3 (0,66)	0,457	0,507
Lutto irrisolto	2,2 (2,56)	1,6 (0,65)	6,040	0,017
Trauma irrisolto	1,9 (1,49)	2,5 (0,80)	1,572	0,217
Coerenza del trascritto	3,9 (1,05)	4,3 (1,5)	1,082	0,303
Coerenza della mente	3,9 (1,16)	4,7 (1,09)	6,021	0,017

Rispetto alle scale dell'esperienza soggettiva sono state rilevate differenze significative in relazione alle scale dell'amorevolezza e della spinta al successo, sia per quanto riguarda la figura materna sia per quella paterna, ottenendo punteggi medi più alti nel gruppo di controllo, mentre, nelle scale del rifiuto nei confronti

di entrambi i genitori, e nella scala della trascuratezza solo per la figura materna si riscontrano punteggi medi più alti nel gruppo clinico.

Per quanto riguarda le scale relative agli stati della mente dei genitori (*state of mind parents*), è stato riscontrato un dato statisticamente significativo, ossia punteggi medi più alti nel gruppo clinico, rispetto all'idealizzazione della figura materna, alla svalutazione nei confronti del padre e alla rabbia nei confronti di entrambi i genitori.

Infine, per le scale relative agli stati generali della mente (*overall states of mind*) sono state individuate differenze significative per le variabili svalutazione dell'attaccamento, abilità metacognitive e coerenza della mente dove si riscontrano punteggi più alti nel gruppo di controllo, mentre nel gruppo clinico si ottengono punteggi più alti per le scale mancanza di ricordi e mancata risoluzione del lutto. Pertanto, si individua la possibile esistenza di specifici antecedenti evolutivi relativi allo stato della mente e all'esperienza soggettiva e una differenza dell'organizzazione mentale dell'attaccamento nel gruppo di madri che presentano una diagnosi di depressione maggiore rispetto al gruppo di controllo.

Per verificare la terza ipotesi è stata eseguita un'analisi della varianza univariata (ANOVA).

Le analisi univariate hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra i gruppi nelle sottoscale della SVIA Stato affettivo della madre ( $F = 47,733$ ;  $df = 1; 58$ ;  $p < 0,001$ ), Conflitto interattivo ( $F = 77,534$ ;  $df = 1; 58$ ;  $p < 0,001$ ), Comportamenti di rifiuto alimentare del bambino ( $F = 19,467$ ;  $df = 1; 58$ ;  $p < 0,01$ ), Stato affettivo della diade ( $F = 16,581$ ;  $df = 1; 58$ ;  $p < 0,01$ ).

Dalle analisi si evince che le madri depresse presentano punteggi più elevati rispetto alle madri inserite nel gruppo di controllo (cfr. FIG. 1; TAB. 4).

---

**FIGURA 1**  
Punteggi medi ottenuti alle quattro sottoscale della SVIA in funzione del Gruppo di appartenenza

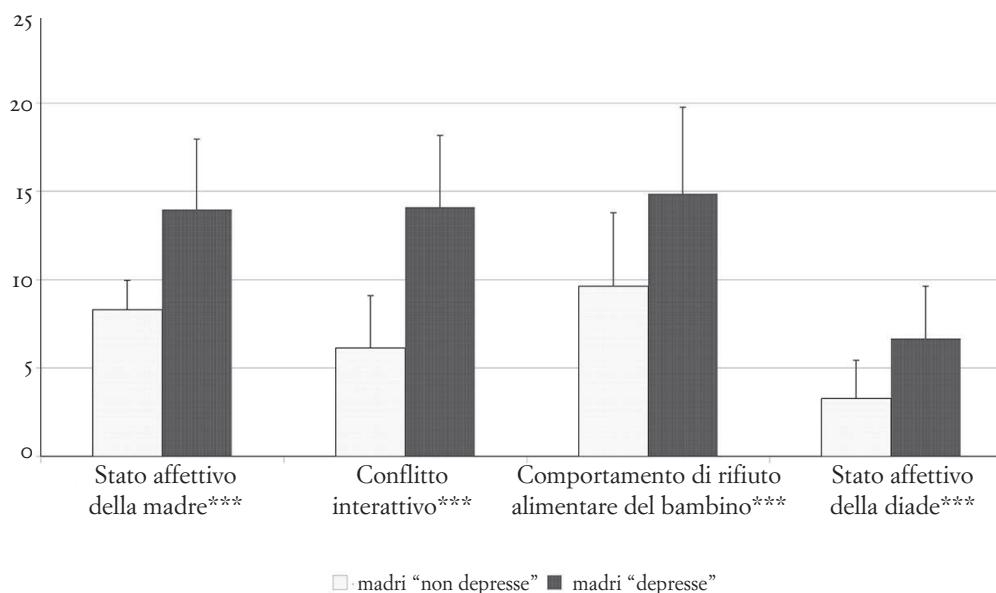


TABELLA 4  
Distribuzione delle medie (clinico vs controllo)

Scale SVIA	Gruppo clinico Media (DS)	Gruppo controllo Media (DS)
Stato affettivo della madre	13,97 (3,908)	8,30 (2,215)
Conflitto interattivo	14,10 (3,708)	6,13 (3,288)
Comportamento di rifiuto alimentare del bambino	14,86 (4,719)	9,63 (4,382)
Stato affettivo della diade	6,67 (3,88)	3,27 (2,420)

## 5 Discussione e conclusioni

L'obiettivo principale del nostro lavoro di ricerca è stato quello di analizzare i modelli di attaccamento delle madri con depressione per comprendere il ruolo dei modelli insicuri nelle capacità genitoriali.

In primo luogo siamo stati interessati a verificare se la distribuzione dei modelli di attaccamento nel nostro campione si discostasse da quella relativa alla popolazione di riferimento (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1996).

La variabile sicurezza si conferma come fattore principale nel campione di controllo, mentre nelle donne con depressione si evidenzia una maggiore presenza di stati della mente insicuri.

Le madri con un attaccamento sicuro mostrano uno stato della mente rispetto all'attaccamento sufficientemente equilibrato, che corrisponde all'internalizzazione di un'esperienza infantile con figure di attaccamento sensibili e pronte a rispondere ai propri segnali affettivi. Si tratta di donne che hanno elaborato in modo coerente la propria relazione infantile con i genitori, riconoscendo ad essa un valore rilevante nella propria storia e nel proprio stato mentale attuale. Non è decisivo che la propria storia infantile sia stata positiva o negativa, quanto piuttosto il modo in cui è stata vissuta e viene elaborata mentalmente in età adulta. Queste donne valorizzano le relazioni, mantengono una visione equilibrata di sé nei rapporti con gli altri, sono coerenti nel descrivere le esperienze precoci. Nei campioni normativi circa il 60% delle madri possono avere una rappresentazione di attaccamento sicure autonome, che possono neutralizzare l'effetto potenziale di sintomi depressivi materni. Ad esempio, in uno studio di Cowan e collaboratori (1996) è stata dimostrata l'importanza funzionale dei modelli operativi interni materni considerati moderatori degli effetti della depressione materna sullo sviluppo del bambino. Tuttavia, a differenza delle madri con attaccamento insicuro, le madri con attaccamento sicuro sembravano essere in grado di proteggere il proprio bambino dalla trasmissione intergenerazionale dei sintomi depressivi materni (Tharner *et al.*, 2012).

Le rappresentazioni sicure dell’attaccamento si basano sul riconoscimento sia degli aspetti positivi che di quelli negativi delle relazioni, nell’ambito di una modalità narrativa interna coerente, attendibile e ben organizzata che permette alle madri di leggere un’ampia gamma di stati affettivi del proprio bambino. Ciò permette di rispondere ad essi in modo flessibile ed empatico rispetto ai suoi bisogni emergenti, promuovendo nel proprio figlio l’emergere di una capacità autoregolatoria autonoma, mentre, al contrario, nelle rappresentazioni mentali insicure tali modalità sono compromesse (Dollberg *et al.*, 2010).

È stata quindi individuata un’associazione significativa tra la depressione maggiore e la classificazione dell’attaccamento insicuro. Questa specifica psicopatologia non si discosta dal generale andamento delle popolazioni cliniche, per le quali è stata riscontrata una percentuale elevata di attaccamenti insicuri (Fonagy *et al.*, 1996; Lyons-Ruth, Jacobvitz, 2008).

Tra i due tipi di insicurezza, nelle madri del campione che presentano la depressione prevale il modello distanziante rispetto a quello preoccupato-invischiato (DS = 33% vs E = 17%). Queste madri, nel riflettere sulla propria storia personale, tenterebbero a limitare l’influenza delle prime esperienze significative nei pensieri, nei sentimenti e nella vita quotidiana, mediante un’organizzazione del pensiero che permette all’attaccamento di rimanere relativamente deattivato (Main, 1991). Questo obiettivo è raggiunto mediante una limitazione dell’accesso alla memoria e ai ricordi e attraverso la minimizzazione degli effetti delle esperienze precoci sullo sviluppo della personalità. Queste madri non valorizzano le relazioni di attaccamento e possono apparire affettivamente distaccate nel ricordare aspetti dolorosi legati alle prime relazioni con le figure significative. Dal momento che i modelli rappresentazionali influenzano la capacità del genitore di comprendere lo stato affettivo del proprio bambino e di rispondere in modo efficace ai suoi segnali, un attaccamento dominato da contraddizioni, distorsioni o emozioni negative potrebbe interferire negativamente con questa capacità materna, rendendo più difficoltoso il processo di riconoscimento empatico delle comunicazioni del proprio figlio (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2008).

Inoltre, la dimensione traumatica non risolta (U/CC), che determina una disorganizzazione dell’attaccamento, è presente maggiormente nel gruppo clinico rispetto al gruppo di controllo. Questo dato è di particolare interesse in quanto conferma la tesi esposta da George e Solomon (1989; 1996), i quali, nei loro studi affermano che la disorganizzazione dell’attaccamento può influenzare il sistema di cura materno, inducendo nel genitore la percezione di sé come totalmente incapace di utilizzare e trovare le risorse per accudire in modo efficace i propri figli. Questa “rinuncia alla cura” potrebbe rendere disorganizzato e disfunzionale il sistema di accudimento ed evidenziarsi in disturbi precoci dell’interazione madre e bambino, che risulterebbe così connotata dalla paura e dalla mancanza di risorse.

Attraverso la seconda ipotesi è stato possibile individuare maggiori elementi di vulnerabilità connessi ai percorsi di sviluppo peculiari nelle madri depresse

rispetto alle madri del gruppo di controllo. Tali elementi di vulnerabilità sono caratterizzati da specifici assetti delle strutture rappresentazionali d'attaccamento, costruite nel corso degli scambi emotivo-relazionali con i propri caregiver (Steele, Steele, 2008).

Nello specifico, dal confronto tra i due gruppi è emersa la percezione di scarso affetto e amore da parte dei genitori, riscontrato maggiormente nel gruppo clinico e il vissuto di trascuratezza esperito in particolare nei confronti della figura materna percepita come poco sensibile e poco disponibile emotivamente.

Infine, si evidenzia nel gruppo clinico una prevalente tendenza ad idealizzare la figura materna e a svalutare la figura paterna, che si manifesta sia attraverso la tendenza a normalizzare gli aspetti emotivi, sia attraverso l'incapacità di ricordare episodi legati alle relazioni di attaccamento.

L'idealizzazione è una strategia difensiva correlata alla scala Mancanza di ricordi, che valuta l'incapacità di ricordare episodi dell'infanzia e che viene messa in atto per bloccare le ulteriori domande dell'intervista. I punteggi su questa scala risultano elevati soprattutto nei soggetti distanziati (Main, 1991), è quindi coerentemente con quanto abbiamo segnalato rispetto alla prevalenza di questa categoria nelle donne con depressione.

Inoltre, si evidenzia una tendenza a vivere in maniera rabbiosa e coinvolgente il rapporto con i genitori; queste sembrano essere aree associate ad una compromissione delle competenze di natura metacognitiva, espressione di una mancata corrispondenza tra memoria semantica e memoria episodica, presente maggiormente nelle madri con depressione.

La conoscenza metacognitiva rappresenta un fattore protettivo importante, il cui sviluppo consente all'individuo di essere meno vulnerabile rispetto ad esperienze sfavorevoli di interazione oppure rispetto ad eventuali traumi (*ibid.*). Questo fattore protettivo sarebbe così meno presente nelle donne con depressione, le quali si trovano a fronteggiare la diagnosi di una malattia che potrebbe avere serie ripercussioni sulle abilità di mentalizzazione proprie e del bambino (Fonagy, Target, 2001; Barone, 2007).

Infine, la dimensione della mancata risoluzione del lutto conferma la sua associazione anche a questa condizione clinica.

L'area traumatica non risolta evidenziata dal nostro campione ( $U = 3$ ) sembrerebbe riguardare la dimensione della perdita piuttosto che quella dell'abuso fisico o sessuale (Main, Hesse, 1990; Hesse, Main, 2006).

Lo stato mentale irrisolto/disorganizzato appare connotato dalla mancanza di integrazione e dalla presenza di affetti che suscitano angoscia associati con l'esperienza della perdita. Questi affetti renderebbero il comportamento del genitore impaurito e allo stesso tempo in grado di suscitare paura nel bambino, il quale si troverebbe così di fronte ad un conflitto irrisolvibile perché il genitore è allo stesso tempo fonte di paura e di confronto (Main, Hesse, 1990). Questa situazione risulta particolarmente opprimente per un bambino

piccolo, poiché ciò che impaurisce il genitore non è identificabile. L'allarme nel bambino è ulteriormente accresciuto dal fatto che il genitore, mentre rivela la presenza di un pericolo, mostra contemporaneamente il desiderio di evitare la vicinanza o persino la presenza stessa del bambino (Main, Solomon, 1990). Questo conflitto è all'origine di comportamenti contraddittori e non integrati dei bambini rispetto al caregiver, i quali risultano indicativi di una disorganizzazione dell'attaccamento (Cowan, Cowan, 2001). Lyons-Ruth e collaboratori (2005), hanno così descritto uno stato della mente che può essere caratterizzato da valutazioni emotive contraddittorie delle figure d'attaccamento e da una rappresentazione mentale svalutante e globalmente negativa del sé o del caregiver.

Si conferma la terza ipotesi. Le madri depresse hanno ottenuto punteggi più alti nelle seguenti sottoscale: Stato affettivo della madre, Conflitto interattivo, Comportamenti di rifiuto alimentare del bambino e Stato affettivo della diade.

All'interno del gruppo delle madri depresse, sono quindi emerse modalità relazionali maggiormente disfunzionali e problematiche, in cui il conflitto interattivo, il controllo materno, i ripetuti fallimenti comunicativi e il coinvolgimento negativo della coppia interferiscono con i pattern alimentari di sviluppo dei bambini, creando un ostacolo nella stabilizzazione dei ritmi biologici di fame/sazietà e nei processi di autonomia e di individuazione (Ammaniti *et al.*, 2010; Chatoor, Ammaniti, 2007).

Nello specifico, queste madri presentano una carenza di comunicazione sin-tonica e collaborativa e un coinvolgimento emotivo negativo, caratterizzato da distacco emotivo, tristezza e rabbia (Ammaniti *et al.*, 2004).

Lo scambio alimentare tra la madre depressa e il proprio figlio è connotato da ripetuti fallimenti interattivi, nei quali il bambino riporta comportamenti oppositivi di rifiuto del cibo, denotati da negativismo e disimpegno (Chatoor *et al.*, 1997; Stein *et al.*, 2001; Lucarelli *et al.*, 2003).

In conclusione è possibile affermare che le coppie formate da madri depresse e dai loro bambini presentano difficoltà nell'espressione di affetti positivi all'interno della loro relazione e nel riconoscere e interpretare i segnali reciproci e sin-tonizzarsi con essi. Pertanto all'interno del contesto alimentare gli scambi nella diade possono divenire intensamente conflittuali e a-sincroni (Goodman, Gotlib, 1999; Goodman *et al.*, 2011).

Questa a-sincronicità sembra generare strategie difensive controllanti da parte delle madri depresse, le quali mostrano difficoltà nel modulare e negoziare le interazioni conflittuali con i loro bambini nel momento del pasto determinando, quindi, comportamenti di rifiuto alimentare e disimpegno da parte del bambino (Chatoor *et al.*, 2000; Stein *et al.*, 2001; Ammaniti *et al.*, 2010).

Nel complesso, dal confronto tra le sottoscale della SVIA nei due gruppi emerge che, nelle madri con depressione maggiore, il processo di adattamento alle trasformazioni proprio della genitorialità si attua in modo meno

flessibile ed articolato rispetto al gruppo di controllo. Queste maggiori difficoltà di adattamento al nuovo ruolo genitoriale potrebbero condurre ad una rottura del processo interattivo, piuttosto che alla creazione di un sistema di interazione competente tra madre e bambino, in cui il bambino può essere precocemente agente della propria autoregolazione (Tambelli *et al.*, 2009). Allo stesso tempo, questi bambini ricevevano minore calore materno e più alti livelli di ostilità materna: tale situazione di comorbilità materna, infatti, determina una maggiore permanenza nel tempo dei sintomi depressivi, con una conseguente prolungata esposizione del bambino a modalità di interazione segnate da scarso coinvolgimento da parte della madre (Rothschild, Zimmerman, 2002; 2003).

### Appendice Variabile dipendente: stato affettivo della madre

Variabili inserite/rimosse <sup>b</sup>			
Modello	Variabili inserite	Variabili rimosse	Metodo
I	Depressione-non depressione,	.	Per blocchi
.	attaccamento madri <sup>a</sup>		

<sup>a</sup> Tutte le variabili richieste sono state immesse.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della madre.

Riepilogo del modello				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
I	0,674 <sup>a</sup>	0,454	0,435	3,197

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.

Anova <sup>b</sup>					
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F
I	Regressione	484,321	2	242,160	23,692
	Residuo	582,612	57	10,221	
	Totale	1066,933	59		

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della madre.

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		Coefficients non standardizzati		Coefficients standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
I	(Costante)	7,688	1,336		5,753	< 0,001
	Attaccamento madri	0,437	0,859	0,052	0,510	0,612
	Depressione-non depressione	5,550	0,857	0,658	6,479	< 0,001

<sup>a</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della madre.

### Variabile dipendente: conflitto interattivo

Variabili inserite/rimosse <sup>b</sup>			
Modello	Variabili inserite	Variabili rimosse	Metodo
I	Depressione-non depressione,	.	Per blocchi
.	attaccamento madri <sup>a</sup>		

<sup>a</sup> Tutte le variabili richieste sono state immesse.

<sup>b</sup> Variabile dipendente: conflitto interattivo.

Riepilogo del modello				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
I	0,758 <sup>a</sup>	0,575	0,560	3,522

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.

Anova <sup>b</sup>					
Modello	Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
I	Regressione	957,105	2	478,553	38,578
	Residuo	707,078	57	12,405	
	Totale	1664,183	59		

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.

<sup>b</sup> Variabile dipendente: conflitto interattivo.

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		Coefficients non standardizzati		Coefficients standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
I	(Costante)	5,285	1,472		3,590	< 0,001
	Attaccamento madri	0,606	0,946	0,057	0,640	0,524
	Depressione-non depressione	7,805	0,944	0,741	8,271	< 0,001

<sup>a</sup> Variabile dipendente: conflitto interattivo.

### Variabile dipendente: comportamento di rifiuto alimentare del bambino

Variabili inserite/rimosse <sup>b</sup>			
Modello	Variabili inserite	Variabili rimosse	Metodo
I	Depressione-non depressione,	.	Per blocchi
.	attaccamento madri <sup>a</sup>		

<sup>a</sup> Tutte le variabili richieste sono state immesse.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: comportamento di rifiuto alimentare del bambino.

Riepilogo del modello				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
I	0,505 <sup>a</sup>	0,255	0,229	4,589

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.

Anova <sup>b</sup>						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
I	Regressione	404,320	2	202,160	9,600	< 0,001 <sup>a</sup>
	Residuo	1179,239	56	21,058		
	Totale	1583,559	58			

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: comportamento di rifiuto alimentare del bambino.

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		Coefficients non standardizzati		Coefficients standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
I	(Costante)	9,224	1,924		4,793	< 0,001
	Attaccamento madri	0,292	1,237	0,028	0,236	0,814
	Depressione-non depressione	5,154	1,236	0,497	4,170	< 0,001

<sup>a</sup> Variabile dipendente: comportamento di rifiuto alimentare del bambino.

### Variabile dipendente: stato affettivo della diade

Variabili inserite/rimosse <sup>b</sup>			
Modello	Variabili inserite	Variabili rimosse	Metodo
I	Depressione-non depressione,	.	Per blocchi
.	attaccamento madri <sup>a</sup>		

<sup>a</sup> Tutte le variabili richieste sono state immesse.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della diade.

Riepilogo del modello				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
I	0,472 <sup>a</sup>	0,223	0,195	3,262

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.

Anova <sup>b</sup>						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
I	Regressione	173,570	2	86,785	8,158	< 0,001 <sup>a</sup>
	Residuo	606,364	57	10,638		
	Totale	779,933	59			

<sup>a</sup> Predittori: (costante), depressione-non depressione, attaccamento madri.  
<sup>b</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della diade.

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		Coefficients non standardizzati		Coefficients standardizzati	t	Sig.
		B	Deviazione standard Errore	Beta		
I	(Costante)	3,421	1,363		2,510	0,015
	Attaccamento madri	-0,111	0,876	-0,015	-0,126	0,900
	Depressione-non depressione	3,429	0,874	0,476	3,924	< 0,001

<sup>a</sup> Variabile dipendente: stato affettivo della diade.

## Riferimenti bibliografici

- Agostini F., Monti F., Marano G., Baiamonte C. (2004), Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: differenze di genere. *Psychofenia*, VII, II, pp. 89-104.
- Ainsworth M. D. S. (1969), Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, pp. 969-1025.
- Ainsworth M. D. S., Blehar M. C., Waters E., Wall C. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale (NY).
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text Revision. Masson, Washington DC (4th ed.).
- Ammaniti M. (a cura di) (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ammaniti M., Ambruzzi A. M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F. (2004), Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications. *Journal of the American College Nutrition*, 23, pp. 259-71.
- Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F., Chatoor I. (2010), Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 43, pp. 233-40.
- Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Odorisio F., Vismara L. (2007), Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e adolescenza*, 6, 2, pp. 97-112.
- Barone L. (2007), *Valutare l'attaccamento dell'adulto in ambito clinico: strumenti e limiti*. In L. Barone, F. Del Corno (a cura di), *La valutazione dell'attaccamento adulto. I questionari autosomministrati*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 69-82.
- Belsky J., Crnic K., Gable S. (1995), The determinants of coparenting in families with toddler boys. Spousal differences and daily hassles. *Child Development*, 66, pp. 629-42.
- Bifulco A., Figueiredo B., Guedney N., Gorman L. L., Hayes S., Muzik M., Glatigny-Dallay E., Valoriani V., Kammerer M. H., Henshaw C. A. (2004), Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a european and us cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, Suppl., 46, pp. 31-7.
- Bifulco A., Moran P., Baines R., Bunn A., Stanford K. (2002), Exploring psychological

- abuse in childhood II: Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, pp. 241-58.
- Bowlby J. (1982), *Attaccamento e perdita. Vol. 2, La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. 1973).
- Id. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, Milano (ed. or. 1979).
- Id. (1983), *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino (ed. or. 1980).
- Id. (1989), *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano (ed. or. 1988).
- Cassidy J., Shaver P. R. (1999), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York; trad. it. *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2002.
- Chattoor I., Ammaniti M. A. (2007), *Classification of feeding disorders in infancy and early childhood*. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, D. A. Regier (eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Arlington (VA), pp. 227-42.
- Chattoor I., Ganiban J., Hirsch R., Borman-Spurrel E., Mrazek D. (2000), Maternal characteristics and toddler temperament in Infantile Anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 6, pp. 743-51.
- Chattoor I., Getson P., Menvielle E., Brasseaux C., O'Donnell E., Rivera Y., Mrazek D. A. (1997), A Feeding Scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18, pp. 76-91.
- Cowan P. A., Cohn D., Cowan C. P., Pearson J. L. (1996), Parents' attachment histories and children's internalizing and externalizing behavior: Exploring family systems models of linkage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 53-63.
- Cowan P. A., Cowan C. P. (2001), *A couple perspective on the transmission of attachment patterns*. In C. Clulow (ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy: The "secure base" in practice and research*. Brunner-Routledge, London, pp. 62-82.
- Dazzi N., Zavattini G. C. (2011), Il paradigma dell'attaccamento e la pratica clinica. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, pp. 729-56.
- Dolberg O. T., Barkai G., Leor A., Rapoport H., Bloch M., Schreiber S. (2010), Injured civilian survivors of suicide bomb attacks: from partial PTSD to recovery or to traumatisation. Where is the turning point? *World Journal of Biological Psychiatry*, 11, pp. 344-51.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Matton G., Target M., Gerbar A. (1996), The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 22-31.
- Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- George C., Kaplan N., Main M. (1985), *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley (CA).
- George C., Solomon J. (1989), Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, 10, pp. 222-37.
- Idd. (1996), Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, pp. 198-216.
- Gianino A., Tronick E. Z. (1988), *The mutual regulation model: the infants' self and*

- interactive regulation and coping and defensive capacities.* In T. Field, P. McCabe, N. Schneiderman (eds.), *Stress and Coping*. Erlbaum, Hillsdale (NY), pp. 47-68.
- 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, pp. 458-90.
- 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*. Springer, New York.
- Hesse E., Main M. (2006), Special section frightened, threatening, and dissociative parental behavior: Theory and associations with parental adult attachment interview status and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 18, pp. 309-43.
- Hollings Head A. (1975), *The four-factor index of social status*. Yale University, Department of Sociology, New Haven (CT). Unpublished manuscript.
- Kane P. P., Garber J. (2004), The relation between fathers' depression and children's externalizing and internalizing symptoms and conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, pp. 339-60.
- Koren-Karie N., Oppenheim D., Smadar D., Sher E., Etzion-Carasso A. (2002), Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38, 4, pp. 534-42.
- Lovejoy M. C., Graczyk P. A., O'Hare E., Neuman G. (2000), Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, pp. 561-92.
- Lucarelli L., Ambruzzi A. M., Cimino S., D'Olimpio F., Finestrella V. (2003), Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interaction. *Minerva Pediatrica*, 55, pp. 243-59.
- Lucarelli L., Cimino S., Perucchini P., Speranza A. M., Ammaniti M., Ercolani A. P. (2002), I disturbi alimentari nella prima infanzia: validazione di uno strumento osservativo dell'interazione madre-bambino. *Infanzia e Adolescenza*, 2, pp. 113-24.
- Lyons-Ruth K. (1999), The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 4, pp. 576-617.
- Lyons-Ruth K., Bronfman E., Atwood G. (1999), *A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction*. In J. Solomon, C. George (eds.), *Attachment Disorganization*, Guilford Press, New York, pp. 33-70.
- Lyons-Ruth K., Bronfman E., Parsons E. (1999), *Atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies: Frightened, frightening, and atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies*. In J. Vondra, D. Barnett (eds.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 64, 3, Serial No. 258.
- Lyons-Ruth K., Jacobvitz D. (2008), *La disorganizzazione dell'attaccamento. Fattori genetici, contesti genitoriali e trasformazioni evolutive dall'infanzia all'età adulta*. In J. Cassidy, P. R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Fioriti, Roma (II ed.), pp. 768-804.
- Lyons-Ruth K., Yellin C., Melnick S., Atwood G. (2005), Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile-helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disorganized mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, pp. 1-23.

- Main M. (1991), *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research*. In P. Harris, J. Stevenson-Hinde, C. Parkes (eds.), *Attachment across the life cycle*. Routledge, New York, pp. 127-59.
- Main M., Goldwyn R. (1998), *Adult attachment scoring and classification systems*. Manual, version 6.3. University of California, Berkeley (CA).
- Main M., Goldwyn, R., Hesse, E. (2002), *Classification and scoring systems for the Adult Attachment Interview*. University of California, Berkeley (CA). Unpublished manuscript.
- Main M., Hesse E. (1990), *Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized disoriented attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* In M. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. University of Chicago Press, Chicago (IL), pp. 161-82.
- Main M., Solomon J. (1990), *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In M. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. University of Chicago Press, Chicago (IL), pp. 121-60.
- Mc Mahon C. A., Barnett B., Kowalenko N. M., Tennant C. C. (2006), Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 7, pp. 660-9.
- Murray L., Cooper P. J. (1999), *Il ruolo dei fattori attribuibili al bambino ed alla madre nella depressione post-partum, i rapporti madre-figlio e gli esiti nel bambino*. In L. Murray, P. Cooper (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp. 8-121 (ed. or. 1997).
- Nicolais G., Speranza A. M., Guarino S., Trentini C. (2009), Rappresentazioni mentali materne e qualità degli scambi diadiici in un gruppo di bambini a rischio di maltrattamento. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 11, 3, pp. 51-64.
- Niolu C., Ambrosio A., Siracusano A. (2010), La depressione nel ciclo vitale femminile. *NooS*, 2, pp. 9-25.
- Niolu C., Zupin D., Saraceni M., Siracusano A. (2010), Stile di attaccamento del partner e depressione puerperale. *NooS*, 2, pp. 59-76.
- Oppenheim D., Koren-Karie N. (2009), Infant-parent relationship assessment: Parents' insightfulness regarding their young children's internal worlds. In C. H. Zeanah (ed.), *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York (III ed.), pp. 266-80.
- Pazzagli A., Benvenuti P., Rossi Monti M. (1981), *Maternità come crisi. Il pensiero scientifico*, Roma.
- Quitmann J. H., Kriston L., Romer G., Ramsauer B. (2012), The capacity to see things from the child's point of view-assessing insightfulness in mothers with and without a diagnosis of depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 6, pp. 508-17.
- Reis S., Grenyer B. F. (2004), Fear of intimacy in women: relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37, pp. 299-303.
- Rothschild L., Zimmerman M. (2002), Borderline personality disorder and age of onset in major depression. *Journal of Personality Disorders*, 16, 2, pp. 189-99.
- Idd. (2003), *Interface between personality and depression*. In J. Alpert, M. Fava (eds.), *Handbook of chronic depression*. Marcel Dekker, New York, pp. 19-48.
- Sameroff A. J., Emde R. N. (1989), *Relationships disturbances in early children. A*

- developmental approach*. Basic Books, New York; trad. it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Stansfeld S. A., Clark C., Rodgers B., Caldwell T., Power C. (2008), Childhood and adult socio-economic position and midlife depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 192, pp. 152-3.
- Steele H., Steele M. (2008), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*. Guilford Press, New York; trad. it. *Adult Attachment Interview. Applicazioni cliniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2010.
- Stein A., Woolley H., Murray L., Cooper P., Cooper S., Noble F., Affonso N., Fairburn C. G. (2001), Influence of psychiatric disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *British Journal of Psychiatry*, 179, pp. 157-62.
- Tambelli R., Odorisio F., Mancone A., Vismara L. (2009), *Rappresentazioni e narrazioni materne in gravidanza e nei primi tre mesi di vita del bambino nella genitorialità a rischio*. In. De Vita M., Brustia P., *Interventi e Genitorialità*. Antigone Edizioni, Torino, pp. 70-95.
- Tambelli R., Speranza A. M., Trentini C., Odorisio F. (2010), La regolazione affettiva in diadi madre-bambino a rischio. *Psicologia clinica e dello sviluppo*, 3, pp. 479-502.
- Tambelli R., Zavattini G. C., Mossi P. (1995), *Il senso della famiglia. Le relazioni affettive del bambino nel "disegno della famiglia"*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Tharner A., Luijk M. P., Van IJzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Jaddoe V. W., Hofman A., Verhulst F. C., Tiemeier H. (2012), Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment Human Development*, 14, 1, pp. 63-81.
- Tronick E. Z. (1989), Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, pp. 112-9.
- Id. (2005), Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. In J. Nadel, D. Muir (eds.), *Emotional development*. Oxford University Press, New York, pp. 293-315.
- Tronick E. Z., Weinberg K. (1999), Le madri depresse ed i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadiici. In L. Murray, P. Cooper (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, pp. 47-72 (ed. or. 1997).
- Van IJzendoorn M., 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, pp. 8-21.
- Idd. (2008), The distribution of adult attachment representation in clinical group: Meta-analytic search for patterns of attachment. In H. Steele, M. Steele (eds.) *Clinical application of the Adult Attachment Interview*. Guilford Press, New York, pp. 69-96.
- Zeanah C. H. (2000), Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 3, pp. 230-6.

## Abstract

Maternal depression has a negative effect on parental skills, altering the interactive relational conditions between mother and child (Murray, Cooper, 1999; Tambelli, Speranza, Trentiti, Odorisio 2010). Maternal insecure attachment is a psychological factor that might play an important role in the development of major depression determining a low capacity of support (Reis, Grenyer, 2004; Stansfeld *et al.*, 2008; Niolu, Zupin, Saraceni, Siracusano, 2010). The purpose of this research is to investigate parental skills of mothers with major depression according to the attachment perspective. Specifically it aims to explore such abilities within the feeding context based on mother-baby interaction in the multifactorial perspective of parenthood (Belsky, Crnic, Gable, 1995) where variables as feelings of parent, her relational and affective experiences and her personal resources carry a deep weight an important role? The sample is composed by 60 mother-child dyads. Mothers aged between 28 and 39 and they are divided in two groups: 30 of them with major depression and 30 of them without any psychopathological symptoms. Children aged between 12 and 36 month and they show a normal development. The following measures have been administered: the Adult Attachment Interview (Main, Goldwin, 1998) and the Scale for mother-infant interaction during feeding (Lucarelli *et al.*, 2002). Results show that mothers with major depression have a prevalence of insecure attachment models, lower maternal sensibility, higher interactional conflict and a negative emotional state that could interfere with the development of appropriate patterns of exploration, autonomy and individualism both for mother and child during mealtime. Therefore it is confirmed that the multidimensional assessment is fundamental to prevent and to evaluate parental skills.

Key words: *depression, maternal attachment, mother-child interactions.*

*Articolo ricevuto nel gennaio 2012, revisione del gennaio 2013.*

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Grazia Terrone, Università degli Studi di Foggia, Facoltà di Scienze della formazione, Dipartimento di Studi umanistici, via Arpi 155, 71000 Foggia; e-mail: grazia.terrone@unifg.it

