

Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: differenze di genere¹

Francesca Agostini*, Fiorella Monti*, Gianfranco Marano**, Chiara Baiamonte*

Introduzione

Il concetto di depressione post-partum o postnatale (PPD o PND) definisce l'instaurarsi di un episodio di tipo depressivo che si manifesta nel periodo del post parto (Cox et al., 1993). Da un punto di vista diagnostico, la donna presenta un umore disforico e disturbi del sonno, dell'appetito, psicomotori, affaticabilità, presenza di senso di colpa e di pensieri suicidi (American Psychiatric Association, 1994), che durano per almeno una settimana, portando ad una certa compromissione delle capacità funzionali della donna. Il termine di depressione post-partum va differenziato da quello di maternity blues e di psicosi puerperale: per maternity blues s'intende un disturbo dell'emotività transitorio, più frequente nella prima settimana del postparto, tra il 50% e l'84%; (Pitt, 1973; Oakley e Chamberlain, 1981) e caratterizzato da sintomi quali pianto, labilità dell'umore e umore depresso o ansioso (Kennerley & Gath, 1989); per psicosi puerperale s'intende invece un disturbo psichiatrico, raro, 1-2 % (Hipwell e Kumar, 1997), caratterizzato da deliri, allucinazioni e notevole riduzione della funzionalità della donna (Brockington et al., 1981).

La durata media dell'episodio che caratterizza la depressione post-partum sembra essere di alcuni mesi e in forme gravi può protrarsi fino a due anni (Cramer, 1999). Al di là della controversia attualmente dibat-

¹ Recapito per corrispondenza: Dott.ssa Francesca Agostini, Dipartimento di Psicologia, Viale Berti Pichat 5 40127 Bologna tel. 051-2091843 fax 051-243086, e-mail: francesca.agostini4@unibo.it

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

** Facoltà di Psicologia, Cesena, Università degli Studi di Bologna

tuta sulla specificità versus non specificità di questo quadro, la sofferenza legata alla depressione postparto è pervasiva, ed ostacola o blocca il lavoro fisico e psichico, molto complesso, della maternità (Pazzagli, 1981; Delassus, 1995).

Molti studi negli ultimi anni hanno focalizzato l'attenzione sull'impatto della depressione materna sullo sviluppo del bambino e su come essa possa essere associata a disturbi di tipo comportamentale, cognitivo ed emotivo. Ciò che sembra essere particolarmente perturbato è la continuità dell'interazione emotiva a causa o di un maggiore ritiro e perdita dell'iniziativa o di un'iperstimolazione intrusiva. La depressione post-partum infatti può compromettere la capacità materna e, di conseguenza, anche quella della diade madre-bambino, di regolare reciprocamente l'interazione (Cohn & Tronick, 1989), portando ad una disregolazione degli affetti nell'interazione, disregolazione che interferisce con il processo di apprendimento del bambino. I figli di madri depresse, infatti, si caratterizzano spesso per una forma d'attenzione disregolata, in quanto la PND può influenzare due aspetti della regolazione dell'attenzione: la consapevolezza delle contingenze ambientali e la capacità di modulare il proprio stato emotivo contemporaneamente all'elaborazione dell'informazione (Murray & Cooper, 1997).

Murray (1992) ha esaminato l'effetto della depressione materna sullo sviluppo intellettuale nel primo anno di vita, valutando in particolare il compito cognitivo di comprensione del test di permanenza dell'oggetto (Utzgiris, Hunt, 1975), in bambini a 9 e 18 mesi d'età; il risultato ha evidenziato come i figli di madri depresse (valutate con l'EPDS) presentino una maggiore probabilità di fallire in questo compito cognitivo.

Alcuni studi, che hanno preso in considerazione un campione di North London (Cogill. et al., 1986) ed uno di South London (Sharp et al., 1995), hanno rilevato gli effetti della PND sullo sviluppo cognitivo del bambino, attraverso le *Mc Carthy Scales of Children's Abilities*. Nel campione di North London i risultati hanno confermato che i bambini di madri affette da depressione post-partum, nel corso del primo anno di vita del figlio, avevano punteggi inferiori a quelli dei figli di madri non depresse. Il campione di South London si diversificava da quello di North London oltre che per la maggior numerosità, soprattutto perché le coppie madri-bambino erano reclutate da fasce sociali meno abbienti,

nell'ipotesi che i bambini più a rischio fossero quelli cresciuti in condizione di maggior deprivazione sociale, in cui le madri non avevano avuto molte opportunità d'educazione. Anche in questo campione è emerso un effetto complessivo della malattia depressiva della madre, ma questo effetto era strettamente collegato all'interazione con il genere sessuale del bambino: la depressione materna nel primo anno di vita portava ad una diminuzione importante nelle prestazioni cognitive dei bambini, ma questo avveniva principalmente nei maschi.

Le correlazioni tra depressione materna, classe sociale materna e livello d'educazione, genere sessuale del bambino sono state prese ancora in considerazione da Murray et al. (1993) anche in relazione ai risultati delle *Bayley Scales of Infant Development* (BSID; Bayley, 1969) dello sviluppo mentale. In questo studio la relazione tra depressione e genere sessuale del bambino rimane significativa: emerge, infatti, come nei bambini di madri non depresse, i maschi presentino punteggi maggiori alle scale Bayley, mentre tra i bambini di madri depresse, i maschi hanno punteggi inferiori rispetto alle femmine.

Con questo ed altri studi, la letteratura ha evidenziato come maschi e femmine siano influenzati in maniera differente dagli effetti della depressione post-partum, e come questo campo necessiti d'ulteriori approfondimenti. I maschi sembrano mostrare maggiori problemi d'autoregolazione dell'eccitabilità e delle emozioni (Cooper e Murray, 1997), a causa del comportamento materno non contingente e dell'affetto negativo cui sono stati esposti. Alcuni studi sui primati non umani hanno dimostrato che l'aumentata reattività emotiva nei piccoli di sesso maschile deriva da un'organizzazione cerebrale immatura, a differenza delle femmine, che alla stessa età hanno raggiunto un maggiore grado di regolazione emisferica (Hopkins e Bard, 1993), che nella nostra specie è implicita nella regolazione delle emozioni (Cicchetti et al., 1991).

Questo porterebbe il bambino maschio ad avere un bisogno maggiore d'aiuto per l'autoregolazione, aiuto che nel caso di una madre depressa non può essere fornito.

Sono necessari altri studi e ricerche orientati a studiare l'impatto delle esperienze socio-affettive precoci e dei fattori di vulnerabilità per ulteriori indicazioni rispetto al rapporto tra pattern d'interazione e sviluppo del bambino.

Sulla base di queste considerazioni, l'obiettivo del presente studio è quello di individuare, a nove mesi dopo il parto, i disturbi interattivi madre-bambino e i disturbi comportamentali infantili associati alla depressione post-partum, considerando anche le eventuali differenze tra maschi e femmine.

Metodo

1. Campione

250 donne all'ultimo trimestre di gravidanza sono state prese in contatto da una psicologa presso le Aziende Ospedaliere e i Consultori Familiari di alcune città dell'Emilia-Romagna, in occasione delle visite ambulatoriali e dei corsi di preparazione alla nascita.

Alle donne è stato chiesto il consenso di partecipare ad un progetto di studio longitudinale² sulla relazione madre-bambino fino ai 18 mesi dopo il parto. Le donne sono state incluse nel campione di studio solo se avevano un domicilio fisso ed erano in grado di comprendere la lingua italiana. Si è avuta cura inoltre di non includere donne con uno stato psicopatologico certo al momento della selezione o pregresso. Dopo il parto, sono state escluse dal campione le donne che hanno perso il bambino e che hanno abbandonato il progetto di ricerca per mancanza di interesse, mancanza di tempo, trasferimento in altra città, ecc. Il campione finale a 9 mesi, periodo che rappresenta l'oggetto di studio del presente lavoro, è risultato di 217 donne, età media 31.6 anni.

2. Procedura e strumenti

All'ultimo trimestre di gravidanza la psicologa ha svolto un breve colloquio non strutturato per raccogliere le principali informazioni socio-anagrafiche della donna e alcuni aspetti riguardanti la gravidanza e il rapporto di coppia.

Dopo il parto, la stessa psicologa si è recata in ospedale per sondare

² La Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna ha contribuito alla realizzazione della ricerca.

i vissuti emotivi della madre e osservare i primi momenti di interazione col neonato. In questo modo è stato inoltre possibile avere le principali informazioni mediche sull'andamento del parto (durata del travaglio, modalità di parto, complicanze ostetriche, ecc.).

A 9 mesi la psicologa ha nuovamente incontrato le madri ed i loro bambini recandosi a domicilio. In questa occasione, oltre a videoregistrare l'intero incontro, sono stati utilizzati i seguenti strumenti: *a)* Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, Sagovsky, 1987, versione validata italiana: Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriali, Cox, 1999), in forma autosomministrata; *b)* una parte (intervista) degli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino* (Guaraldi, Caffo, Cibelli, Magnani, Tassi, Bolzani, 1985); *c)* alcuni item della Scala Mentale e della Scala Motoria delle *Bayley Scales of Infant Development* (BSID; Bayley, 1969)³.

L'EPDS è un questionario costituito da 10 domande che esplorano i sintomi depressivi caratteristici del post-partum (senso di colpa, incomprensione e fallimento, tristezza e pianti immotivati, ansia e preoccupazioni eccessive, disturbi del sonno). Il punteggio globale del test varia da 0 a 30 ed in genere il punteggio 12/13 è indicato dagli autori (Cox et al., 1987) come *cut-off* per individuare nella popolazione di studio i casi di "depressione maggiore da moderata a grave" (Benvenuti et al., 1999), mentre 9/10 è consigliato per obiettivi di screening sulla popolazione.

In realtà non mancano in letteratura studi che utilizzano valori di *cut-off* anche inferiori (per una rassegna: Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen, Samuelsen, 2001). Ciò può dipendere dal fatto che non solo ogni studio ha utilizzato un differente criterio esterno di validità per individuare i casi di depressione (DSM-IV, Research Diagnostic Criteria di Spitzer et al., 1975, ICD-10, ecc.), ma anche dalle diverse caratteristiche dei campioni di popolazione di volta in volta utilizzati (numerosità,

³ Le prove delle Scala Motoria e Mentale da somministrare ai bambini di 9 mesi sono state opportunamente scelte insieme all'équipe che opera presso il Servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ASL di Ferrara (Dott. Ernesto Stoppa, psicologo, Francesca Mascellani, logopedista, Luciano Coatti, fisioterapista), équipe che ha supervisionato la fase di somministrazione delle prove e la fase di codifica della Scala Comportamentale.

rappresentatività, ecc.). È comunque possibile mettere in evidenza come, abbassando il valore di cut-off, aumenti la possibilità di individuare non solo i casi di depressione maggiore ma anche quelli più lievi.

Gli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino* (Guaraldi et al., 1985) rappresentano uno strumento molto utile per lo studio della relazione madre-bambino nei primi anni di vita e raccolgono due tipi di informazioni: le prime, provenienti dalla madre, sono ricavate attraverso un'intervista semi-strutturata che indaga le principali aree di sviluppo del bambino (alimentazione, sonno, evacuazione, ecc.) e la riorganizzazione familiare e di coppia dopo la nascita del bambino. Il secondo tipo di informazioni è rappresentato da dati di tipo osservativo, nel nostro caso raccolti dalla psicologa, rispetto ad aspetti specifici della relazione madre-bambino (handling, relazione visiva, relazione verbale, ecc.). Entrambi i tipi di informazioni, considerati globalmente, forniscono fino a 16 indicatori di distorsione relazionale: fino a 4 il punteggio indica una situazione di normalità, da 5 a 8 uno stato intermedio, da 9 in poi uno stato patologico (Guaraldi et al., 1985).

Le *Bayley Scales of Infant Development* (Bayely, 1969) rappresentano prove di crescente difficoltà per la valutazione dello sviluppo infantile, cognitivo e psicomotorio, da 1 a 42 mesi e sono costituite da una Scala Mentale, una Scala Motoria, una Scala Comportamentale. Nel nostro studio, la psicologa ha somministrato al bambino alcune prove delle prime due scale e ha utilizzato la terza per ottenere informazioni sulla "natura dell'orientamento sociale e oggettuale verso l'ambiente così come si esprime attraverso attitudini, interessi, energia, attività e tendenze all'avvicinamento o ritiro dalla stimolazione" (Bayely, 1969).

Dopo aver svolto l'incontro con la coppia madre-bambino, la psicologa ha esaminato e valutato le sequenze interattive videoregistrate in riunione col gruppo di ricerca, utilizzando: a) la parte osservativa degli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino* (Guaraldi et al., 1985); b) la *Scala clinica della relazione madre-bambino* (Bur et al., 1989); c) la Scala Comportamentale delle BSID (Bayley, 1969).

La *Scala clinica della relazione madre-bambino* (Bur et al., 1989) è una griglia, originariamente pensata per i pediatri, che esamina la relazione madre-bambino da un punto di vista qualitativo e quantitativo.

Rispetto al primo, distingue 4 modalità interattive (corporee, visive, vocali, gestuali), per ognuna delle quali è necessario individuare la presenza/assenza di precisi comportamenti a carico e della madre e del bambino (es. il bambino “ha uno sguardo vuoto”, il bambino “imita i gesti di sua madre”; la madre “risponde allo sguardo del bambino”, la madre “limita fisicamente i gesti del bambino”). Inoltre la Scala consente di individuare alcune caratteristiche più generali dell’interazione madre-neonato: la reciprocità e la continuità degli scambi, chi inizia gli scambi, la tonalità affettiva dominante di entrambi i partner. La parte quantitativa dello strumento riguarda la valutazione degli scambi corporei, visivi, vocali e gestuali osservati (assenti, rari, nella media, eccessivi).

3. Analisi dei dati

L’analisi statistica è stata condotta sui due gruppi di donne, depresse e non, tramite il test Chi-quadro di Pearson, il test esatto di Fisher, per individuare eventuali differenze rispetto alle variabili definite dagli strumenti. Sono state inoltre effettuate l’ANOVA e una serie di analisi log-lineari con la metodica ‘Logit’, tenendo in considerazione la PND e il genere del bambino.

È stato utilizzato il programma statistico SPSS (versione 11.5).

Risultati

A 9 mesi dopo il parto il 10.6% delle donne è risultato depresso all’EPDS (cut-off 12/13).

Le donne depresse (MD) non hanno un’età differente da quelle non depresse (MND) ($F=1.208$, $p=0.331$), riportando 32.5 anni le prime e 31.5 le seconde. I due gruppi sono stati analizzati rispetto ad alcune caratteristiche socio-anagrafiche, non riportando alcuna differenza significativa rispetto al cetso sociale (Chi-quadro di Pearson, $p=0.53$), in prevalenza medio sia nelle MD sia nelle MND, e alla professione esercitata (Chi-quadro di Pearson, $p=0.09$). In merito alla nazionalità, le MD sono risultate in misura maggiore, rispetto alle MND, di nazionalità europea (francese, inglese, ungherese), indiana, sud-americana (brasiliiana, colombiana, ecuadoriana), (Chi-quadro di Pearson= 11.180 , $p=0.01$).

Le MD differiscono dalle MND in quanto riportano in misura maggiore una mancanza di sostegno (test esatto di Fisher, $p=0.007$) e un maggior numero di eventi di vita negativi (Chi-quadro di Pearson= 10.913 , $p=0.012$).

1. Differenze rispetto alla PND

Sono presentati i risultati relativi alle differenze significative fra i gruppi di MND e MD.

a. Comportamento materno

È stato possibile mettere in evidenza alcuni aspetti specifici dei vissuti depressivi materni. Difatti, le MD hanno riportato valori differenti in modo statisticamente significativo dalle MND in due item degli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino*: 1) le MD mostrano in numero maggiore un'incapacità di pensare positivamente riguardo se stessa e il proprio futuro (test esatto di Fisher, $p=0.002$); 2) le MD mostrano in numero minore espressioni di gioia con il proprio bambino (test esatto di Fisher, $p=0.046$).

b. Comportamento infantile

I bambini di MD hanno manifestato comportamenti differenti dai bambini delle MND nell'ambito di specifiche aree individuate dalla Scala comportamentale delle BSID: 1) all'orientamento sociale, essi rispondono raramente o mai agli approcci sociali in misura significativamente maggiore (Chi-quadro di Pearson= 7.28 , $p=0.02$); 2) al tono emotivo, o grado di felicità, essi si mostrano più spesso infelici durante il test, rispetto ai figli di MND che esprimono gioia in modo continuativo (Chi-quadro di Pearson= 6.40 , $p=0.04$). Rispetto alle aree individuate dagli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino*, i figli di MD mostrano più difficoltà nel fare il bagnetto rispetto ai figli di MND (test esatto di Fisher, $p=0.036$).

c. Interazioni e relazione madre-bambino

Sono emerse numerose differenze fra le MD e le MND in merito alle interazioni delle dinamiche interattive rilevate.

Considerando prima di tutto i comportamenti della diade nell'interazione, i figli delle MD risultano differenziarsi in modo statisticamente significativo da quelli delle MND in alcuni item della *Scala clinica della relazione madre-bambino*: 1) sono passivi e indifferenti in numero mag-

giore nelle interazioni corporee con la madre (test esatto di Fisher, $p=0.017$); 2) piangono più spesso nelle interazioni vocali con la madre (test esatto di Fisher, $p=0.018$).

Sempre alla *Scala clinica della relazione madre-bambino*, gli scambi visivi tra le MD e i propri bambini sono risultati maggiormente alterati nella quantità (assenti, rari, eccessivi) rispetto a quelli MND-bambino (Chi-quadro di Pearson=5.83, $p=0.016$).

Infine, anche agli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino* è emersa una differenza significativa a carico delle diadi MD-bambino: queste hanno riportato un maggior numero di indicatori di distorsione relazionale (ANOVA, $p=0.004$).

2. Differenze rispetto alla PND e al genere del bambino

Rispetto agli item sopra riportati degli *Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino* e della *Scala clinica della relazione madre-bambino*, sono emerse numerose differenze fra i gruppi di MD e MND, considerando il genere del bambino. In merito ai risultati di seguito riportati, che sono stati ottenuti con una serie di log-lineari (metodica Logit), è descritto il modello che meglio si adatta ai dati sperimentali (fit index < 0.05).

a. Comportamento materno

Tra le madri che non esprimono gioia vi sono il 18% di MD rispetto all'8% di MD tra le madri che invece esprimono gioia. L'analisi log-lineare ha consentito di rilevare che nei casi in cui è la madre di una figlia femmina a non esprimere gioia, la quota di PND sale al 30%, rispetto al 10% di madri, che non esprimono gioia, di figli maschi.

b. Comportamento infantile

Fra i 13 bambini che manifestano difficoltà nel fare il bagno si ritrovano il 31% di MD, rispetto al 9% di MD fra i 204 bambini che non mostrano alcuna difficoltà. Inoltre, gli otto figli maschi hanno MD nel 37% dei casi, mentre le cinque femmine ne hanno nel 20% dei casi (analisi log-lineare, fit index < 0.05).

c. Interazioni e relazione madre-bambino

Fra i 22 bambini che risultano passivi e indifferenti nelle interazioni corporee, il 27% è figlio di MD, mentre fra i 195 bambini non passivi solo il 9% è figlio di MD. Considerando il sesso di appartenenza del

bambino, si rileva come le 11 figlie femmine che risultano passive e indifferenti abbiano il 45% di madri depresse.

Differenze fra i gruppi di MD e MND considerando il genere del bambino sono emerse in merito a punteggi globali ricavati dalla *Scala clinica della relazione madre-bambino*. Tali punteggi riassumono il grado di compromissione dei comportamenti interattivi osservati nell'ambito di ogni modalità (corporea, visiva, vocale, gestuale). Per ognuno di tali comportamenti è stato attribuito il punteggio 1 e poi sono stati sommati, tenendo distinte fra loro le quattro modalità. Nello specifico, le diadi MD-figlie femmine hanno ottenuto, in modo statisticamente significativo, un punteggio più alto nelle compromissioni delle interazioni corporee (ANOVA, $p=0.05$); interazioni vocali (ANOVA, $p=0.05$); interazioni gestuali (ANOVA, $p=0.005$). Il punteggio globale interattivo, dato dalla somma di questi tre punteggi più quello relativo alle interazioni visive, è risultato anch'esso maggiore nelle diadi MD-figlie femmine rispetto a quelle MD-figli maschi e a quelle MND-bambino (ANOVA, $p=0.009$).

Infine, la reciprocità degli scambi risulta differire secondo la presenza di PND e del sesso di appartenenza del bambino (analisi log-lineare, fit index <0.05). Nelle diadi con assenza di reciprocità ($n=11$), ritroviamo il 36% di MD, mentre nelle diadi con reciprocità rara ($n=117$) si ha l'11% di MD e il 6% nelle diadi con reciprocità frequente ($n=89$). Delle 11 diadi con assenza di reciprocità, è da rilevare come le figlie femmine abbiano MD nel 40% dei casi.

Conclusioni

Numerosi studi ormai testimoniano dell'impatto della PND sulle interazioni madre-bambino (Cohn et al., 1990; Murray et al., 1996; Righetti-Veltema et al., 2002; Righetti-Veltema et al., 2003; Monti et al., 2004). Difatti, oltre a essere riconosciute interazioni MD-bambino carenti in alcune modalità rispetto ad altre (ad esempio interazioni visive scarse), vengono sottolineate alterazioni nel ritmo, nelle pause e nell'alternanza dei turni, nel grado di contingenza dell'interazione, così come nella regolazione degli affetti.

Nel nostro campione è emersa la presenza di disregolazioni interattive nelle diadi MD-bambino, quali la compromissione delle interazioni visive. Il tono dell'umore depresso delle madri emerge nella prevalenza di contenuti pessimistici rispetto a sé e al proprio futuro, così come anche i loro figli sembrano manifestare una predominanza di tono dell'umore basso, mostrandosi più spesso infelici. Non solo, essi tendono a piangere più frequentemente negli scambi con la madre e si mostrano in generale meno inclini agli approcci sociali.

In base alla letteratura, viene sottolineato come i maschi e le femmine, figli di madri depresse, sembrano influenzati in modo differente dalla PND. In particolare, in merito allo sviluppo cognitivo così come all'attaccamento, i maschi mostrano punteggi inferiori nelle performance cognitive (Sharp et al., 1995) e forme di attaccamento insicuro (McCarthy, 1991; Murray, 1992; Murray, Fiore-Cowley et al., 1996) con più probabilità rispetto alle femmine. Hay (1997) a questo proposito suggerisce che il genere sessuale rappresenti un fattore di rischio per i maschi e un fattore di protezione per le femmine.

Nel nostro campione di popolazione, gli strumenti utilizzati permettono di ricavare informazioni non tanto sullo sviluppo cognitivo del bambino, ma sulle interazioni precoci madre-bambino. Nella diade madre depressa-femmina si osservano le maggiori alterazioni interattive, sia per ciò che riguarda compromissioni nelle interazioni corporee (in particolare la tendenza delle figlie a mostrarsi più passive e indifferenti negli scambi corporei), vocali e gestuali, sia in termini di mancanza di reciprocità. Inoltre, sono le madri depresse di figlie femmine a mostrare minor gioia nello scambio con le figlie. È da sottolineare come i maschi, figli di madri depresse, appaiano risentire più delle femmine della condizione depressiva materna rispetto ai problemi nel fare il bagno.

Tronick e Weinberg (1997) ipotizzano che i figli maschi, in generale, abbiano bisogno di un aiuto maggiore dall'ambiente per raggiungere l'autoregolazione. Essi sembrano più sensibili all'assenza di risposte e mostrano più difficoltà nella regolazione delle emozioni (Milgrom et al., 1999). In effetti, riguardo alle interazioni, dai dati ottenuti si ricava l'impressione che la PND materna si associ ad entrambi i generi sessuali del bambino, ma sviluppando esiti in parte differenziati: nei maschi sembra prevalere un problema più sul versante dell'autoregolazione, mentre

nelle femmine si assiste ad una maggiore disregolazione nello svolgimento del dialogo interattivo.

Da un punto di vista psicodinamico, dato che una relazione conflittuale con i genitori, soprattutto con la propria madre (Gotlib et al., 1991; Holden et al., 1994) viene considerata un fattore di rischio per la PND, la figlia in quanto femmina può prestarsi maggiormente ad essere ricettacolo di identificazioni proiettive patologiche materne e quindi mettere in atto difese precoci di ritiro dalla relazione.

È comunque opportuno considerare il disturbo depressivo materno e le difficoltà del bambino, rispetto all'autoregolazione e alla regolazione interattiva, in termini sinergici, in quanto problemi iniziali del neonato possono sia essere una conseguenza precoce della PND o essere uno dei fattori esacerbanti la stessa (Cicchetti et al., 1991).

È opportuno, inoltre, non isolare i dati ottenuti dal contesto ambientale, che può fornire una chiave di lettura di più ampio significato. Gli studi presenti in letteratura, in prevalenza di origine anglosassone e americana, rispecchiano anche differenze culturali che possono manifestarsi nelle modalità genitoriali di relazionarsi ai figli, di sesso maschile o femminile. Di sicuro il complesso legame tra la PND e il genere del bambino, quale fattore di rischio o di protezione della stessa, va approfondito con ulteriori ricerche, sia a livello longitudinale, sia a livello di approfondimento del legame tra sviluppo cognitivo e sviluppo interattivo.

Riassunto

Il lavoro ha lo scopo di individuare l'influenza della depressione post-partum (PND) sulle interazioni madre-bambino, evidenziando le differenze rispetto al genere maschile o femminile di quest'ultimo, a 9 mesi dopo il parto.

Un campione di 217 donne e i loro bambini, a 9 mesi dopo il parto, sono stati valutati tramite: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), Indicatori delle alterazioni precoci della relazione madre-bambino (Guaraldi), Scala Clinica della relazione madre-bambino (Bur) e la Scala Comportamentale delle Bayley Scales of Infant Development.

I risultati individuano il 10.6% di madri depresse (MD), (cut-off

EPDS: 12/13). I bambini di MD sono meno inclini agli approcci sociali (Bayley) e più spesso infelici durante il test (Bayley). Le interazioni visive MD-bambino sono più alterate nella quantità (Bur) e le diadi MD-bambino hanno un numero maggiore di indicatori di distorsione relazionale (Guaraldi). Dal confronto fra PND e genere del bambino, emerge che i bambini di MD, di sesso maschile, manifestano più difficoltà nel fare il bagno (Guaraldi). I disturbi interattivi corporei, vocali e gestuali (Bur) sono invece maggiormente a carico delle diadi MD-figlie femmine; queste ultime sono più passive e indifferenti (Bur) e le MD manifestano minor gioia con loro (Bur). Il punteggio interattivo globale (Bur) è indice di maggiori disregolazioni nelle diadi MD-femmine.

Abstract

This work aims to analyse the influence of Postnatal Depression (PND) on mother-infant interactions, by finding out the differences between males and females, at 9 months.

At 9 months after birth, 217 mothers and their infants were studied by using: EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), Indicators of Early Disturbances in the Mother-Child Relationship (Guaraldi), Clinical Scale of the Mother-Child Relationship (Bur) and the Behavioural Scale of Bayley Scales of Infant Development.

The rate of depressed mothers (DM) was 10.6% (EPDS cut-off score 12/13). DM infants responded less to social approaches (Bayley) and they were more often unhappy during the test (Bayley). DM-infant visual exchanges are more altered in quantity (Bur) and DM-infant dyads show more indicators of interactive disturbances (Guaraldi). Comparing PND and infant gender, DM male children showed more bathing difficulties (Guaraldi). DM-female interactions showed more pathological behaviours (Bur) in the corporal, vocal, gestural field; DM female children were more passive and disengaged (Bur) and DM showed less expression of pleasure with their female children (Bur). DM-female dyads presented a higher global interactional score (Bur), index of quality alterations.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC.
- Bayley, N. (1969), *Manual for the Bayley scales of infant development*, The Psychological Corporation, New York.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V. e Cox J.L. (1999), "The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample", *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.
- Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F. e Keelan C., (1981), "Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis", *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833.
- Bur, V., Gozlan, A., Lamour, M., Letronnier, P. e Rosenfeld, J. (1989), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Geneve Eshel Médecine et Hygiène.
- Cicchetti, D., Ganiban, J. e Barnett, D. (1991), "Contributions form the study of high risk populations to understanding the development of emotion regulation" in J. Garber, K. Dodge (a cura di), *The development of emotion regulation and dysregulation*, Cambridge University Press, Cambridge, England.
- Cogill, S., Caplan, H., Alexandra, H., Robson, K. e Kumar R., (1986), "Impact of postnatal depression on cognitive development in young children", *British Medical Journal*, 292, 1165-1167.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R. e Hopkins, J. (1990), "Face-to-face interactions of postpartum depressed and non depressed mother-infant pairs at two months", *Developmental Psychology*, 26, 12-23.
- Cohn, J.F. e Tronick, E.Z. (1989), "Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour", *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 28, 242-248.
- Cooper, P.J. e Murray, L. (1997), "Effetti delle terapie per la depressione postpartum sull'umore della madre e sullo sviluppo del bambino", in Murray L., Cooper P. (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.
- Cox, J.L., Holden, J.M. e Sagovsky, R. (1987), "Detection of postnatal depression. Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale", *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J.L., Murray, D. e Chapman, G. (1993), "A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression", *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.

- Cramer, B. (1999), *Cosa diventeranno i nostri bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- Delassus, J.M. (1995), *Il senso della maternità*, Edizioni Borla, Roma, 2000.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. e Samuelsen, S.O. (2001), "Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 243-249.
- Gotlib, I., Whiffen, W.E., Wallace, P.M. e Mount, J.H. (1991), "Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery", *J. Abnormal Psychology*, 100, 2, 122-132.
- Guaraldi, G.P., Caffo, E., Cibelli, D., Magnani, G., Tassi, M.R. e Bolzani, R. (1985), "Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les trois premiers mois de vie", *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, 33, 2-3, 129-133.
- Hay, D.F. (1997), "Depressione post-partum e sviluppo cognitivo" in L. Murray e P. Cooper (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.
- Hipwell, A.E. e Kumar, R. (1997), "Le conseguenze della psicosi post-partum di tipo affettivo sul bambino" in Murray L., Cooper P. (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.
- Holden, J. (1994), "Can non-psychotic depression be prevented?" in J. Cox, J. Holden (eds), *Perinatal psychiatry. Use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Gaskell, London.
- Hopkins, W.D. e Bard, K.A (1993), "Hemispheric specialization in infant chimpanzees (Pan troglodytes): evidence for a relation with gender and arousal", *Developmental Psychobiology*, 26, 219-235.
- Kennerley, H. e Gath, D., (1989) "Maternity Blues. Detection and measurement by questionnaire", *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-362.
- Milgrom, J., Martin, R.P. e Negri, L.M. (1999), *Depressione postnatale*, Edizioni Erickson, Trento, 2003.
- Monti, F., Agostini, F. e Martini, A. (2004), "Depressione post-partum e interazioni madre-bambino, Nucleo Monotematico 'Co-costruzione dei processi relazionali precoci: fattori di rischio e protezione'", a cura di Fiorella Monti, *Età evolutiva*, 78, 77-84.
- Murray, L. (1992), "The impact of postnatal depression on infant development", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.
- Murray, L. e Cooper, P.J. (1997), "Il ruolo dei fattori attribuibili al bambino ed alla madre nella depressione post-partum, i rapporti madre-figlio e gli esiti nel bambino" in Murray L., Cooper P. (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.

- Murray, L. e Cooper, P.J. (2003), "Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: Infancy and the pre-school years" in I.M. Goodyer (a cura di), *Unipolar Depression: A Lifetime Perspective*, Oxford University Press, New York.
- Murray, L., Fiore-Cowley, A., Hooper, R. e Cooper, P. (1996), "The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome", *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. e Hooper, R. (1993), "Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1083-1101.
- Oakley, A. e Chamberlain, G., (1981), "Medical and Social Factors in Post-partum Depression", *J. Of Obstetric and Gynaecology*, 1, 182-187.
- Pazzagli, A., Benvenuti, P. e Rossi Monti, M. (1981), *Maternità come crisi*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Pitt, B. (1973), "Maternity Blues", *Brit.j.Psychiat.*, 122, 431-433.
- Righetti-Veltma, M., Conne-Perreard, E., Bousquet e A., Manzano, J. (2002), "Postpartum depression and mother-infant relationship at three months old", *Journal of Affective Disorders*, 70, 291-306.
- Sharp, D., Hay, D.F., Pawlby, S., Schumucker, G., Allen e H., Kumar, R. (1995), "The impact of postnatal depression on boys' intellectual development", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315-1336.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. e Robins, E. (1975), *Research Diagnostic Criteria Instrument n.58*, New York, New York State Psychiatric Institute.
- Tronick, E. e Weinberg, K. (1997), "Le madri depresse ed i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici" in Murray L., Cooper P. (a cura di), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1999.
- Utzgiris, I.C. e Hunt, J. McV. (1975), *La valutazione nella prima infanzia. Scale ordinali dello sviluppo psicologico*, La Nuova Italia Editrice, Scandicci, 1979.