

RICERCA ORIGINALE

# Stile di attaccamento sentimentale e stati depressivi in gravidanza: studio osservazionale su gestanti nei corsi di preparazione al parto

Antonio Capodilupo<sup>1</sup><sup>1</sup> UOC Integrazione socio-sanitaria e non-autosufficienza ASL Latina (già Direttore - in quiescenza)**Citation**

Capodilupo A. (2022).  
Stile di attaccamento sentimentale  
e stati depressivi in gravidanza:  
studio osservazionale su gestanti  
nei corsi di preparazione al parto  
Phenomena Journal, 4, 31-49.  
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.167>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**Antonio Capodilupo  
[antonioacapodilupo@gmail.com](mailto:antonioacapodilupo@gmail.com)**Ricevuto:** 1 ottobre 2022**Accettato:** 21 novembre 2022**Pubblicato:** 21 novembre 2022

## ABSTRACT

Attachment is a primary need, the models of which develop in childhood, in the relationship with the mother and the reference figures, and are reproduced in adult life, integrated with care and sexuality. The woman's sentimental attachment styles affect depressive states (maternity blues and post-partum depression), which she may experience during her pregnancy. The survey, conducted on 73 women participating in childbirth preparation courses through a semester, in a Lazio family advisory bureau, intends to detect the state of their mood in the third trimester of pregnancy and to confirm the association, in the literature, between the insecure styles and the depressive state. The Self-rating Depression Scale questionnaire, to measure depression in everyday life, the Edinburgh Post Natal Depression Scale, to measure depression related to pregnancy, and the Experiences in Close Relationships-Revised, with the dimensions of Anxiety and Avoidance, to detect the matured attachment style, were delivered for self-administration and all instruments were returned by the participant pregnant women. The average level of depression in the contingent is lower than the values of the validation sample: 39.8 included in the medium-low range between 32 and 43 of the Self-rating Depression Scale; 6.6 far from the level 12 of depressive risk at the Edinburgh Post Natal Depression Scale. However, a handful of pregnant women (14.66%) rank high on the Edinburgh Post Natal Depression Scale and one of them also on the Self-rating Depression Scale. Even in attachment, the averages are low compared to the validation sample: the Anxiety dimension with 45.3 versus 56.08 and the Avoidance dimension with 43.2 versus 32.87; however, 9.59% have a high level of Anxiety and 8.22% have a high level of Avoidance. Pearson's test detects significantly positive correlations between the two anxiety measures ( $r = 0.686$ ,  $p < .05$ ); the correlations between the Edinburgh Post Natal Depression Scale and Self-rating Depression Scale values are also positive with respect to Anxiety (respectively:  $r = 0.464$  and  $0.409$ ,  $p < .01$ ) and Avoidance (respectively:  $r = 0.266$  and  $0.245$ ,  $p < .05$ ). The regression analysis profiles the Anxiety dimension as the most predictive of the depressive state. The study confirms the findings in the literature and, in addition, suggests investigating the partner's attachment style as well, to observe its protective or harmful impact in the couple, proposes to intervene specifically towards pregnant women in the high range of depression and Anxiety and advises to involve mates with a supportive role.

## KEYWORDS

Emotional attachment to the partner, risk of post-partum depression, support from the partner.

## ABSTRACT IN ITALIANO

L'attaccamento è un bisogno primario, i cui modelli si sviluppano nell'infanzia, nel rapporto con la madre e le figure di riferimento, e si riproducono nella vita adulta, integrati con l'accudimento e la sessualità. Gli stili di attaccamento sentimentale della donna incidono sugli stati depressivi (*maternity blues* e depressione post-partum), che ella può esperire durante il percorso della gravidanza. L'indagine, condotta su 73 donne partecipanti ai corsi di preparazione al parto, tenuti per un semestre in un consultorio familiare laziale, intende rilevare lo stato del loro umore al terzo trimestre di gravidanza

Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

e confermare l'associazione, rinvenuta in letteratura, tra gli stili insicuri e lo stato depressivo. Sono stati consegnati per autosomministrazione e tutti restituiti i questionari Self-rating Depression Scale, per misurare la depressione nell'ambito quotidiano, l'Edinburgh Post Natal Depression Scale, per misurare la depressione relativa al vissuto gravidico, e l'Experiences in Close Relationships-Revised, nelle dimensioni di Ansia ed Evitamento, per rilevare lo stile di attaccamento maturato. Il livello medio della depressione nel contingente è inferiore ai valori del campione di validazione: 39,8 compreso nella fascia medio-bassa tra 32 e 43 della Self-rating Depression Scale; 6,6 distante dalla quota di 12 di rischio depressivo all'Edinburgh Post Natal Depression Scale. Tuttavia, un gruppo di gestanti (14,66%) si colloca in fascia alta alla Edinburgh Post Natal Depression Scale e una di esse anche alla Self-rating Depression Scale. Anche nell'attaccamento, le medie risultano basse rispetto al campione di validazione: la dimensione Ansia con 45,3 contro 56,08 e la dimensione Evitamento con 43,2 contro 32,87; tuttavia, il 9,59% presenta alto livello di Ansia e l'8,22% alto livello di Evitamento. Il test di Pearson rileva correlazioni significativamente positive tra le due misure di ansia ( $r = 0,686$ ,  $p < .05$ ); risultano positive anche le correlazioni tra i valori di depressione dell'Edinburgh Post Natal Depression Scale e della Self-rating Depression Scale rispetto all'Ansia (rispettivamente:  $r = 0,464$  e  $0,409$ ,  $p < .01$ ) e all'Evitamento (rispettivamente:  $r = 0,266$  e  $0,245$ ,  $p < .05$ ). L'analisi della regressione profila la dimensione Ansia come maggiormente predittiva dello stato depressivo. Lo studio conferma le risultanze in letteratura e, a integrazione, suggerisce di indagare anche lo stile di attaccamento del partner, per osservarne l'impatto protettivo o lesivo nella coppia, propone di intervenire specificamente verso le gravide in fascia alta di depressione e di Ansia e consiglia di coinvolgere i compagni con ruolo supportivo.

#### PAROLE CHIAVE

Attaccamento sentimentale al partner, rischio di depressione post partum, supporto dal partner

## 1. Introduzione

La teoria dell'attaccamento è considerata come una delle spiegazioni più convincenti e studiate riguardanti le relazioni sentimentali adulte [1].

Bowlby [2-5] formulò l'idea primaria che, per un attaccamento sano nel legame madre – bambino (o figura di attaccamento – bambino), siano fondamentali la vicinanza (il contatto), una base sicura (il senso di sicurezza) e un rifugio sicuro (il conforto e la protezione). Successivamente, notò che il legame che si stabiliva nelle relazioni adulte presentava notevoli somiglianze con quello originario madre-bambino; perciò, indicò come “modelli operativi interni” (*internal working models*) le rappresentazioni di sé stessi, delle proprie figure d'attaccamento e del mondo, che si mantengono relativamente stabili e che vengono utilizzate per rapportarsi con il mondo.

Mary Ainsworth [6-7] identificò uno stile di attaccamento sicuro e due insicuri (evitante o distanziante, ambivalente o ansioso/preoccupato), cui M. Main e J. Solomon [8] aggiunsero lo stile disorganizzato o disorientato.

Le persone sicure (*pattern B*) ricercano l'intimità preoccupandosi poco dell'abbandono, si aprono facilmente, sono ben disposte a dedicarsi al partner in caso di bisogno, hanno la capacità di affrontare e superare le avversità della vita e di gestire il proprio stress emozionale e le emozioni espresse dal partner.

Anche le persone con uno stile di attaccamento preoccupato (*pattern C*) cercano l'intimità; tuttavia, tendono a mostrare elevati livelli di ansia riguardo l'abbandono, sono socialmente riservate, per paura del personale coinvolgimento nell'intimità, sono di-

pendenti e gelose verso il partner.

Le persone con uno stile di attaccamento distanziante (*pattern A*) sono caratterizzate da elevati livelli di evitamento dell'intimità e scarsi livelli di ansia riguardo l'abbandono.

Le persone con uno stile di attaccamento disorganizzato o disorientato (*pattern D*) non riescono a organizzare uno stile coerente e unitario di attaccamento, non presentano un comportamento organizzato nei confronti della figura di attaccamento, fanno rapidi cambi di direzione relazionale in senso opposto, possono manifestare paura (come immobilizzazioni, espressioni facciali spaventate) o confusione (sguardo assente, disorientamento).

Le ricerche sull'attaccamento adulto si sono sviluppate dalla metà degli anni Ottanta, con l'elaborazione dell'intervista semi-strutturata *AAI – Adult Attachment Interview* di George, Kaplan e Main [9], la cui somministrazione ha confermato la riproduzione, in età adulta, dei modelli operativi sviluppati in età infantile.

Patricia M. Crittenden [10-12], successivamente, indagando famiglie ad alto rischio psicosociale, sviluppò un approccio teorico, noto come “Modello dinamico-maturativo”, secondo cui l'esperienza crea delle possibilità di cambiamento dell'attaccamento, cioè delle “riorganizzazioni”, e i *pattern* insicuri possono dimostrarsi adattativi in ambienti ad alto rischio: perciò, ogni stile di attaccamento comporta aspetti adattativi e non adattativi.

Le due posizioni trovano ragione nel fatto che le relazioni nell'attaccamento infantile sono necessariamente “asimmetriche”, poiché il bambino riceve protezione da parte del genitore e non il contrario, mentre le relazioni nell'attaccamento adulto sono tipicamente reciproche (rapporti di amicizia, legami amorosi di coppia, relazione dei giovani adulti con i propri genitori) [13]. Perciò, restando confermata la riproduzione dell'attaccamento infantile nelle caratteristiche dell'attaccamento adulto, secondo le evidenze dimostrate da George, Kaplan e Main [9], può supporre, secondo il modello di Crittenden [10-12], che possano formarsi delle “riorganizzazioni” di attaccamento nel nuovo “ambiente”, che si crea con la relazione sentimentale, potendo il rapporto con il partner essere protettivo o nocivo.

Anche nello stadio adulto, la relazione di attaccamento, come già formulata da Bowlby [2-5], si esprime nella ricerca della vicinanza, nella protesta per la separazione e come base sicura [14].

Tuttavia, gli studi sull'attaccamento sentimentale adulto, che si stabilisce tra partner duraturi, hanno dimostrato che l'attaccamento, pur nelle tre dimensioni testé riferite, da solo non basta a spiegarne la dinamica, poiché il rapporto di coppia comprende sistemi che favoriscono la protezione dai pericoli (l'attaccamento), sistemi che garantiscono l'accudimento o *care-giving* (cibo, pulizia, cure corporee) e sistemi che garantiscono un'efficace riproduzione (la sessualità) [14-15].

Non tutte le relazioni di coppia soddisfano queste caratteristiche: una relazione, che non offre conforto e sicurezza e si basa soltanto sulla attrazione sessuale, si configura come una relazione tra amanti; ma, anche l'espressione della sessualità genitale è indispensabile, altrimenti il legame risulta simile a quello tra parenti o tra amici [16].

Bartholomew [17] individua due tipi di modelli operativi interiorizzati: il Modello di Sé e il Modello dell'Altro, che, polarizzati nel verso positivo e negativo (il Sé come meritevole *versus* non meritevole di amore e di sostegno, l'Altro come affidabile e disponibile *versus* inaffidabile e rifiutante), compongono il modello in Figura 1:

Figura 1. Stili di attaccamento per Modello del Sé e dell'Altro

		<b>Modello del Sé</b> (Livello di Dipendenza)	
		<b>Positivo</b> (Bassa Dipendenza)	<b>Negativo</b> (Alta Dipendenza)
<b>Modello dell'Altro</b> (Livello di Evitamento)	<b>Positivo</b> (Basso Evitamento)	Riquadro 1 <b>Sicuro</b> A proprio agio con l'intimità e autonomo	Riquadro 2 <b>Preoccupato</b> Iperdipendente e preoccupato per le relazioni
	<b>Negativo</b> (Alto Evitamento)	Riquadro 4 <b>Distaccato/Svalutante</b> Negazione dell'importanza dell'attaccamento, rifiuto dell'intimità e della dipendenza	Riquadro 3 <b>Timoroso</b> Timore dell'attaccamento e dell'intimità. Evitamento sociale

Le quattro fattispecie di modelli si riscontrano anche nelle relazioni sentimentali: sicuro nel 55% dei casi, evitante nel 25%, preoccupato e timoroso nel 20% [18]; di esse le ricerche hanno esplorato la qualità dell'attaccamento al partner, quali la comunicazione, il livello di soddisfazione, la regolazione delle emozioni [19-22].

Talune ricerche si sono concentrate sull'associazione tra lo stile di attaccamento della donna e il rischio o lo stato depressivo di lei gestante.

La gravidanza, infatti, è un evento complesso, nella vita della donna, in cui i processi psicosomatici sono direttamente influenzati da fattori relazionali, affettivi e sociali [23], tali per cui a stati d'animo di completezza e di felicità, si accompagnano, frequentemente, cambiamenti d'umore e sentimenti "baby blues" o "maternity blues" o "tristezza post-natale", e, meno frequentemente, anche depressione post-partum (DPP).

Nel primo trimestre, le donne riportano ansie per ciò che si è fatto o ingerito prima del concepimento, paure sulla salute del bambino, dubbi in ordine al procedere della gestazione; nel secondo trimestre, l'avvertire i movimenti del bambino nella pancia procura uno stato di serenità, con minori preoccupazioni sulla salute del feto; nel terzo trimestre, montano l'angoscia per il parto, il senso di inadeguatezza sulla competenza nel crescere il bambino, il timore di non riuscire nell'allattamento naturale,

l'apprensione per la qualità del rapporto di coppia [24-25].

La condizione di *maternity/baby blues* è detta anche “sindrome del terzo giorno”; infatti, emerge tipicamente 2-3 giorni dopo il parto e scompare entro una decina di giorni circa. È caratterizzata da ansia, pianto frequente, stanchezza, ipersensibilità, instabilità dell'umore, tristezza, confusione. Ne è interessato il 50-80% delle neomamme. La donna lamenta difficoltà nell'addormentamento e nell'alimentazione; si domanda se sia in grado di prendersi cura del proprio bambino e di assumersi le giuste responsabilità [26].

Nella depressione post-partum invece, lo stato di umore alterato dura molto di più: la mamma tende a non rasserenarsi, continua ad essere nervosa, irritabile, triste o a non volersi occupare del bambino, ad avere disturbi del sonno o dell'alimentazione. Talora, la depressione inizia a manifestarsi anche tre, quattro mesi dopo il parto. Essa può occorrere sia durante la gravidanza, nel 4-15% delle donne, sia dopo che il bambino è nato, nel 12-15% delle donne: per alcune può trattarsi del primo episodio patologico, per altre è il seguito di precedenti episodi depressivi [27-28].

Circa la connessione tra questi stati emotivi e lo stile di attaccamento sentimentale della donna, gli studi convergono nel trovare correlazione tra lo stile sicuro e un minor grado di disagio gravidico e tra gli stili insicuri e la depressione perinatale.

Monk, Leight, Fang [29], in un contingente di 186 donne valutato sull'Asse I del DSM-IV-TR, confrontando il sottogruppo sano con quello a diagnosi psichiatrica, hanno ottenuto, nel primo, punteggi più alti in termini di sicurezza ( $t = -3,47$ ,  $p \leq 0,001$ ) e più bassi in termini di paura dell'attaccamento ( $t = -2,32$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Aceti et al. [30], su un contingente di 253 donne al terzo trimestre di gravidanza, hanno confrontato 22 soggetti, che hanno riportato un punteggio  $\geq 12$  all'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) con controlli sani. La diagnosi di DPP è stata confermata dall'intervista clinica strutturata per i Disturbi dell'Asse I del DSM-IV (SCID-I). A entrambi i gruppi è stato somministrato l'*Experience in Close Relationship* (ECR). I sintomi depressivi post-partum erano associati con uno stile di attaccamento insicuro (ECR ansioso ed evitante, rispettivamente:  $\chi^2 = 4,7$ ,  $p < 0,05$  e  $\chi^2 = 5,9$ ,  $p < 0,05$ ) rispetto ai controlli sani.

Ikeda, Hayashi, Kamibeppu [31] hanno intervistato un gruppo di 84 donne, durante la trentaduesima settimana di gravidanza, utilizzando l'*Attachment Style Interview*. Ad un mese dal parto, le gestanti sono state valutate per i sintomi depressivi, utilizzando l'intervista neuropsichiatrica *Mini-International*. Uno stile di attaccamento insicuro era significativamente correlato alla depressione. Un'analisi di regressione logistica multipla ha mostrato effetti significativi per attaccamento insicuro, stato economico sociale e depressione prenatale sulla DPP.

In un nuovo studio, Aceti et al. [32] hanno effettuato uno screening su un campione di 453 donne, durante il terzo trimestre di gravidanza, alle quali sono state somministrate l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e l'*Experience in Close Relationship* (ECR). Sulla base dei risultati ottenuti alla EPDS, sono stati selezionati un gruppo clinico di donne con depressione in gravidanza ( $D = 89$ ) e un gruppo di controllo ( $C = 89$ ), confrontati in relazione a diverse variabili, tra cui lo stile di at-

taccamento. L'ECR ha mostrato uno stile di attaccamento prevalente di tipo "Timoroso" nel gruppo D (29,2% vs 1,1%,  $p = 0,000$ ); inoltre, le dimensioni della ECR ("Evitamento", "Ansietà") sono risultate correlate con la gravità dei sintomi depressivi.

Meuti et al. [33] spiegano che l'attaccamento insicuro è connesso a una negativa rappresentazione di sé e degli altri.

Samuel et al. [34] indicano che i livelli prenatali del neuropeptide ossitocina (OT) sono inversamente correlati alla sintomatologia depressiva e che livelli di OT inferiori sono stati trovati tra coloro che erano attaccati in modo insicuro.

Esaminando un'ampia letteratura, Papapetrou, Panoulis, Mourouzis, Kouzoupis [35] concludono che, nel percorso gravidico, l'attaccamento insicuro è associato a depressione perinatale, depressione post-partum, ansia perinatale e sintomi da stress post-traumatico, mentre la "sicurezza" espressa da un forte sostegno intra-coniugale offre una barriera protettiva contro le avversità, consentendo alle donne di rimanere più calme e fare un uso migliore delle proprie risorse emotive e sociali.

Il presente lavoro, svolto in occasione di corsi consultoriali di preparazione alla nascita, ricerca conferma alle evidenze in letteratura sulla connessione tra lo stile di attaccamento sentimentale insicuro e la deflessione del livello emotivo delle gestanti al terzo trimestre di gravidanza, e, considerato il contesto applicativo in esame, propone considerazioni sia sulla reciproca influenza del rapporto sentimentale con il partner sia sulla partecipazione del partner al percorso gravidico.

## 2. Materiali e metodi

Lo studio osservazionale trasversale è stato condotto presso un Consultorio Familiare laziale, per un semestre, in occasione di quattro corsi di preparazione alla nascita, con donne al terzo trimestre di gravidanza.

Il campionamento non è probabilistico, poiché utilizza soggetti spontaneamente disponibili a partecipare allo studio; perciò, non è stato adottato nessun particolare criterio di inclusione/esclusione, se non la frequentazione dei corsi e l'adesione volontaria all'indagine, dopo averne conosciuta e accettata la finalità.

Per la raccolta dei dati, sono stati utilizzati tre questionari:

- *SDS – Self-rating Depression Scale* di Zung [36], composta da 20 item, che valutano la misura dello stato depressivo in atto: le norme stabiliscono un livello di depressione basso con un punteggio di 20-31, medio basso con 32-43, medio con 44-55, medio alto con 56-67, alto con 68-80. La consegna chiede alla donna di esprimere come si sia sentita nell'ultima settimana, presentando affermazioni attinenti ai vissuti rispetto alle situazioni varie della vita quotidiana (umore, sonno, alimentazione, sessualità, futuro ecc.);

- *EPDS - Edinburgh Post Natal Depression Scale* di Cox et al. [37], composta da 10 item e validata in italiano da Benvenuti et al. [38], il cui punteggio totale va da 0 a 30, ottenuto dalla soma dei punti 0-1-2-3 di ogni singolo item, per misurare la depressione nel periodo perinatale: gli autori propongono il *cut off* di non rischio/rischio

di depressione a 9-10 punti per gli studi di comunità, a 12-13 punti per le valutazioni cliniche; ma, anche con punteggio  $\Rightarrow 12$ , è necessario convalidare la diagnosi di depressione con una valutazione clinica. Questa scala, inizialmente progettata per valutare la depressione post-partum, può essere somministrata anche in ogni fase di gravidanza, poiché è stata convalidata come strumento di screening per la depressione minore o maggiore prenatale e post-partum [39]. Anche in questo test, la consegna chiede alla donna di esprimere come si sia sentita nell'ultima settimana, presentando tuttavia affermazioni attinenti a stati d'animo riferite al periodo gestazionale in atto; - *ECR-R - Experiences in Close Relationships-Revised* di Fraley, Waller e Brennan [40], questionario composto da 36 item, formato da due sottoscale di 18 item ciascuna, che valutano rispettivamente le dimensioni di Ansia rispetto all'abbandono ed Evitamento della vicinanza, riferite all'attaccamento nelle relazioni con i partner sentimentali. Il punteggio va da 1 a 7 in entrambi le dimensioni: nella dimensione Ansia, all'estremo basso, il soggetto ha una rappresentazione positiva di se stesso, che non necessita di convalide esterne, mentre, all'estremo alto, la considerazione positiva di sé può essere mantenuta solo attraverso l'approvazione da parte degli altri significativi; nella dimensione Evitamento, all'estremo basso, l'individuo si sente libero e perfettamente a suo agio nell'instaurare delle relazioni intime, all'estremo alto l'individuo evita di entrare in stretto contatto con gli altri, nutrendo aspettative negative nei confronti di questi ultimi.

La versione italiana, rielaborata da quella dell'ECR di Picardi et al. [41], è validata da Calvo [42], il quale, tuttavia, conclude il suo contributo evidenziando la necessità di ulteriori conferme per i risultati ottenuti, in particolare esaminando un gruppo più numeroso di soggetti.

In letteratura, i punteggi del questionario sono presentati talvolta in termini di punteggio totale, altre volte in termini di punteggio medio per item. In Tabella 1a sono presentati entrambi i punteggi, del tutto equivalenti, per rendere più agevole la comparazione con i dati dei vari studi in letteratura [43].

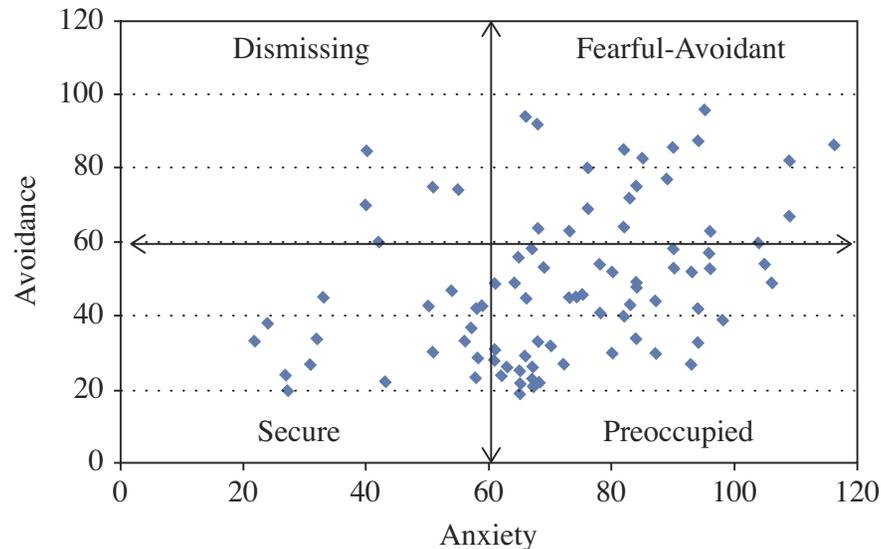
Tabella 1a. Punteggi medi delle Scale di Ansia ed Evitamento (fonte: Busonera, 2015)

	<b>Punteggio come somma degli item</b>	<b>Punteggio come media degli item</b>
<b>Ansia</b>	M = 56.08 DS = 18.18	M = 3.11 DS = 1.01
<b>Evitamento</b>	M = 32.87 DS = 13.51	M = 2.19 DS = 0.90

Lo strumento a due dimensioni dell'ECR-R profila i quattro stili di attaccamento, classicamente identificati: sicuro (bassa ansietà/basso evitamento), preoccupato (alta ansietà/basso evitamento), distanziante-evitante (bassa ansietà/alto evitamento), timoroso-evitante (alta ansietà/alto evitamento).

Posto che, per ciascuna dimensione, il punteggio va da 18 a 126, Meuti et al. [33] collocano a 60 il valore oltre il quale lo stile, clinicamente, transita da sicuro nelle tre classi di insicurezza (Figura 2):

Figura 2. Quadranti degli stili di attaccamento secondo le dimensioni dell'ECR-R (fonte: Meuti, 2015)



Il livello dei quattro stili di attaccamento, pertanto, può essere iscritto in fasce: lieve 18-40, media 41-60, alta >60.

L'esame della validità convergente dello strumento, effettuato da Busonera [43], riscontra la correlazione positiva tra le due dimensioni di Ansia ed Evitamento e i tre stili di attaccamento insicuro, la correlazione inversa tra le prime e lo stile di attaccamento sicuro (Tabella 1b):

Tabella 1b. Correlazione tra le dimensioni ECR-R e le tipologie di attaccamento (fonte: Busonera, 2015)

ECR-R	Prototipi RQ			
	Sicuro	Timoroso	Preoccup.	Svalutante
<b>ansia</b>	-.319**	-.443**	-.411**	-.059
<b>evitamento</b>	-.356**	-.345**	-.153*	-.194**

\*\* Correlazione significativa al livello .01 (due code)

\* Correlazione significativa al livello .05 (due code)

Nella consegna, è precisato che con il termine “partner”, contenuto negli item, “*si intende esclusivamente un partner sentimentale (ad es. la propria ragazza o il proprio ragazzo, la fidanzata o il fidanzato, il proprio coniuge), e quindi non parenti, amici o colleghi*”, per cui lo stile di attaccamento rilevato si applica al modello operativo interno, che tipicamente è praticato nelle relazioni sentimentali vissute, compresa quella attuale con il marito o il compagno.

I questionari sono stati auto-somministrati in forma anonima, recando la sola indicazione delle variabili socio-demografiche.

I dati raccolti sono stati sintetizzati con indici di centralità e di dispersione (media, deviazione standard, minimo e massimo) relativamente alle variabili socio-demografiche, agli stati depressivi misurati con la SDS e con la EPDS e alle dimensioni di Ansia e di Evitamento misurate con il questionario ECR-R.

I valori ottenuti sono confrontati con i valori medi di riferimento, riportati negli studi di validazione degli strumenti SDS ed EPDS.

I soggetti esaminati sono stati distribuiti nelle caselle di frequenza, assoluta e relativa, dei livelli di depressione in entrambi i test di Zung ed Edinburgo e nelle dimensioni di Ansia ed Evitamento dell’ECR-R.

La correlazione tra le due scale della depressione, analizzata mediante il coefficiente  $r$  di Pearson, è intesa a valutare la reciproca influenza dello stato depressivo vissuto, afferente rispettivamente ai vissuti di vita quotidiana in generale e al percorso gravidico in particolare.

L’analisi della regressione tra le quattro variabili (depressione in SDS e in EPDS, Ansia ed Evitamento in ECR-R) ha inteso rilevare la dimensione, che esercita il maggiore impatto sulle altre.

In tutti i test statistici applicati è stata scelta la significatività con una misura della probabilità inferiore allo 0,05 ( $p < .05$ ).

### 3. Risultati

Il campione si compone di n. 73 donne al terzo trimestre di gravidanza, frequentanti corsi di preparazione alla nascita.

Le caratteristiche socio-demografiche registrano un’età media di 32 anni (d.s. = 5,0), da un minimo di 20 a un massimo di 44 anni. Per stato civile, 35 donne sono coniugate (47,9%), 35 sono conviventi (47,9%), 3 sono singole (4,2%). Il titolo di studio posseduto è la laurea per il 30,1%, il diploma di scuola secondaria di secondo grado per il 61,6%, la licenza di scuola secondaria di primo grado per l’8,3%. La gran parte del campione (94,5%) è alla prima gravidanza, mentre 4 donne riportano una parità >1; il periodo gravidico medio è alla 32,7a settimana, da un minimo di 25 a un massimo di 37 settimane; il 19,2% del contingente ha vissuto l’esperienza di uno o più aborti spontanei.

Nelle dimensioni esaminate, il campione riporta i seguenti valori centrali (Tabella 2):

Tabella 2. Statistiche descrittive delle variabili osservate

<b>N = 73</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
EPDS	0	26	6,6	4,6
Depressione Zung	24	61	39,8	6,5
ECR-R Ansia	18	87	45,3	13,4
ECR-R Evitamento	28	89	43,2	11,4

Il punteggio medio alla scala di Edimburgo di 6,6 si pone distante dalla quota di 12 indicata come a rischio di depressione; il punteggio medio alla scala di Zung pari a 39,8 si colloca nella fascia medio-bassa, tra 32 e 43, del livello depressivo. Tabulate le frequenze dei punteggi per livelli depressivi, il 16,44% delle gravide supera la soglia del rischio depressivo alla EPDS (Tabella 3a); una donna manifesta uno stato depressivo medio-alto anche nel quotidiano rilevato dalla SDS (Tabella 3b).

Tabella 3a. Frequenza delle gravide rispetto al rischio depressivo su EPDS

<b>Punteggio</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
< 12	61	83,56
=> 12	12	16,44

Tabella 3b. Frequenza delle gravide rispetto al livello depressivo in SDS

<b>Livello</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
basso	6	8,22
medio-basso	48	65,75
medio	18	24,66
medio-alto	1	1,37
alto	0	0,00

Sul versante dell'attaccamento, le gestanti manifestano uno stato di Ansia di 45,3 basso rispetto al valore di 56,08 del campione di validazione, mentre nella dimensione Evitamento esse con il punteggio medio di 43,2 superano la media di 32,87 dello stesso campione normativo. Tabulate le frequenze dei punteggi per livello nelle dimensioni dell'ECR-R, il 9,59% dimostra alto livello di Ansia, l'8,22% dimostra alto livello di Evitamento (Tabella 3c).

Tabella 3c. Frequenza delle gravide rispetto al livello nelle dimensioni dell'ECR-R

<b>Livello</b>	<b>Val.</b>	<b>Ansia</b>	<b>Evitamento</b>
Basso	v.a.	22	30
	%	30,14	41,10
Medio	v.a.	44	37
	%	60,27	50,68
Alto	v.a.	7	6
	%	9,59	8,22

La correlazione tra le due scale della depressione è positiva, per un valore  $r$  di Pearson pari a 0,686, significativa al livello 0,01 (2-code) (Tabella 4a).

Tutte parimenti significative risultano le correlazioni tra EPDS (Tabella 4a) – SDS (Tabella 4b) e le dimensioni di Ansia e di Evitamento dell'ECR-R, indicando una associazione tra la variabile di depressione ed entrambi le dimensioni dell'attaccamento: la forza del legame è maggiore con la variabile Ansia, rispetto alla variabile Evitamento.

Tabella 4a. Correlazione  $r$  di Pearson tra EPDS e dimensioni ECR-R

<b>N = 73</b>	<b>EPDS</b>	<b>ECR_Ansia</b>	<b>ECR_Evitamento</b>
EPDS	1	0,464**	0,266*
ECR_Ansia	0,464**	1	0,432**
ECR_Evitamento	0,266*	0,432**	1
** Correlazione significativa al livello 0,01 (2-code).			
* Correlazione significativa al livello 0,05 (2-code).			

Tabella 4b. Correlazione  $r$  di Pearson tra SDS e dimensioni ECR-R

<b>N = 73</b>	<b>SDS</b>	<b>ECR_Ansia</b>	<b>ECR_Evitamento</b>
SDS	1	0,409**	0,245*
ECR_Ansia	0,409**	1	0,432**
ECR_Evitamento	0,245*	0,432**	1
** Correlazione significativa al livello 0,01 (2-code).			
* Correlazione significativa al livello 0,05 (2-code).			

Nessuna significatività statistica, invece, è emersa correlando l'età e la settimana gestazionale delle donne con le variabili di depressione e di attaccamento in esame.

L'analisi della regressione riporta, ai test F effettuati, valori tutti significativi ad un livello inferiore alla misura di probabilità dello 0,05% (Tabella 5).

Emerge che sullo stato depressivo gravidico in EPDS, come variabile dipendente, incidono, per valore di correlazione più elevato, sia la depressione misurata in SDS sia la dimensione dall'Ansia/dipendenza misurata in ECR-R; a seguire e per corrispettivo, sullo stato depressivo in SDS, incidono sia lo stato depressivo gravidico in EPDS sia l'Ansia/dipendenza dell'ECR-R; sulla dimensione ansia/dipendenza in ECR-R incidono particolarmente l'Evitamento in ECR-R e depressivo gravidico in EPDS; in ultimo, la dimensione Evitamento in ECR-R risente maggiormente del livello di Ansia/dipendenza pure in ECR-R.

L'Ansia/dipendenza, dunque, appare come la variabile a più frequente impatto sullo stato depressivo nel campione esaminato.

Tabella 5. Regressione tra le variabili depressione in SDS ed EPDS e le dimensioni dell'ECR-R

VI - Variabili indipendenti	VD - dipendente	Correlazione multipla	Varianza spiegata	Test F	Significatività	VI significative (p <.05)
EPDS, SDS, ECR_Evitamento	ECR_Ansia	0,572	0,327	11,186	0,000	ECR_Evitamento (.002) SDS (.036) EPDS (.040)
EPDS, SDS, ECR_Ansia	ECR_Evitamento	0,440	0,194	5,521	0,020	ECR_Ansia (.002)
SDS, ECR_Ansia, ECR_Evitamento	EPDS	0,716	0,512	24,17	0,000	SDS (.000) ECR_Ansia (.040)
EPDS, ECR_Ansia, ECR_Evitamento	SDS	0,685	0,482	21,436	0,000	EPDS (.000) ECR_Ansia (.336)

#### 4. Discussione

Il contingente delle gestanti esaminato, nel complesso, non presenta segnali evidenti di disturbo depressivo, dal momento che le medie alle scale SDS ed EPDS sono inferiori a quelle dei campioni di validazione degli strumenti.

Collocate, tuttavia, le posizioni individuali rispetto al *cut off* di rischio depressivo, gravidanza specifico, situato a 12 nell'EPDS, il 16,44% ne supera il livello, in misura che corrisponde a quanto rilevato da Cox et al. [27] e dalla Queensland Association [28]: su di esse va portata attenzione, per un possibile approfondimento clinico, volto a prevenire l'insorgenza di un franco disturbo, poiché si rinviene, nelle ricerche, che donne manifestanti depressione durante la gravidanza, ne soffrano anche dopo il parto [44-45].

La correlazione, positiva e significativa, tra le scale SDS ed EPDS, esprime la sostanziale sovrapposibilità tra l'umore rilevato in condizioni generali (SDS) e lo stato d'animo situazionale in gravidanza, precursore di *maternity/baby blues* o a rischio di depressione post-partum (EPDS).

Nello stile di attaccamento, la misura media dell'Ansia si presenta più elevata di quella dell'Evitamento, così come in altre ricerche [42,46-47]; rileva e merita approfondimento il fatto che la dimensione Evitamento supera la media del campione di validazione, come se il gruppo di gestanti mostrasse di evitare di entrare in stretto contatto con gli altri, nel terzo trimestre di gravidanza, nutrendo una certa diffidenza nei confronti del partner, attribuibile verosimilmente alle apprensioni sul rapporto di coppia in questo periodo (aumentata distraibilità, diminuita sessualità, volontà di presenza/non presenza del marito/compagno in sala parto) e ai timori di incompetenza materna nelle imminenti cure del bambino.

Anche nell'attaccamento, si riscontrano posizioni individuali di livello alto in entrambi le dimensioni: 9,59% nell'Ansia e 8,22% nell'Evitamento. In letteratura, l'Ansia nelle relazioni, in generale, implica un modello di sé negativo [48-49]; nelle relazioni sentimentali, essa è associata con strategie iper-attivanti, nevroticismo e ansia generalizzata [21, 50-51]. L'Evitamento, indicativo della difficoltà di approccio e fiducia tra i partner, nelle ricerche, è stato trovato associato alla depressione [52].

Le correlazioni, positive e significative, tra le due scale di depressione, SDS ed EPDS, e le due dimensioni dell'ECR-R, Ansia ed Evitamento, danno conferma di quanto già evidenziato in precedenti ricerche, riportate nel paragrafo introduttivo [30-32]. Rileva, in questo studio, l'incidenza della dimensione Ansia sulla DPP, riscontrata nell'analisi della regressione e comprovata da altre ricerche.

Nell'indagine di Chi, Zhang, Wu, Wang [53], un totale di 506 madri, di età pari o superiore a 23 anni, a tre anni dal parto ha completato un sondaggio online, che comprendeva la rilevazione dello stile di attaccamento, con l'*Attachment Style Interview*, e dello stato depressivo, con il CES-D - *Center for Epidemiological Studies-Depression* [54]. Circa il 30% delle madri, a 1-3 anni dopo il parto, ha riportato sintomi al di sopra del punteggio di *cut-off*  $\geq 16$  nel CESD, associati al rischio di depressione (28,0% nel primo anno, 30,8% nel secondo anno e 31,8% al terzo anno). Uno stile di attaccamento più ansioso era fortemente correlato a un rischio maggiore di depressione post-partum.

Bianciardi et al. [55] hanno somministrato vari questionari di autovalutazione (ASQ - *Attachment Style Questionnaire*, PSS - *Perceived Stress Scale*, LTE-Q *List of Threatening Experiences* ed EPDS) a un campione di 572 donne al terzo trimestre di gravidanza. Un mese dopo il parto, l'EPDS è stato somministrato tramite intervista telefonica, trovando il 10,1% delle donne con depressione durante la gravidanza e l'11,1% nel periodo post-partum. Diverse dimensioni dello stile ansioso di attaccamento insicuro erano associate alla depressione sia prenatale che postnatale.

Le funzioni di attaccamento e di accudimento da parte del partner nei confronti della compagna sono importanti soprattutto nei momenti cruciali per la donna incinta e per la neomamma.

In ordine al sostegno offerto, infatti, il ruolo del partner assume la qualità del supporto sociale che, sia nel contesto della coppia che nel contesto familiare e comunitario, è riconosciuto come importante fattore protettivo.

Secondo Teti e Gelfand [56] e Goldstein e coll. [57] il supporto sociale è uno dei fattori che positivamente influenzano la "*maternal sensitivity*", definita come la capacità da parte della madre di comprendere i bisogni non solo fisici del bambino e di rispondere ad essi in modo adeguato e contingente [58-59], per aiutarlo nella crescita e nel processo di sintonizzazione socio-emotiva [60].

Broom [61] osserva che la percezione della partecipazione del marito alla vita coniugale è predittiva della "*maternal sensitivity*". Kivijarvi e colleghi [62] riscontrano che le madri che hanno i maggiori livelli di "*maternal sensitivity*" sono quelle che hanno avuto meno esperienze di difficoltà con i loro bambini e maggior supporto dai loro partner e dai loro migliori amici. Dabrassi [63] conclude che l'attaccamento prenatale è correlato con il supporto sociale, confermando i risultati ottenuti già da Cranley [64] e da Condon [65].

La partecipazione alla partner, da parte del compagno, dei propri stati d'animo arreca sollievo alla donna e rafforza il legame di coppia, durante la gravidanza; inoltre, concordare ed eseguire insieme gesti e azioni nel quotidiano contribuisce a mantenere più equilibrato l'umore della gestante [66].

Per contro, Webster e coll. [67] constatano che le donne con basso livello di supporto sociale, rispetto alle donne maggiormente supportate, presentano più frequentemente problemi di salute durante la gravidanza e dopo il parto, prenotano più tardi le visite mediche previste, mostrano più bisogno di cure mediche e sono maggiormente depresse.

In ordine alle interazioni tra gli stili di attaccamento dei partner, le combinazioni danno luogo a modalità, talora positive per la gestante, talaltra foriere di disagio o di disturbo ulteriore.

Carli [68] e Baldoni [69-70] sostengono che, nella scelta del partner, le persone che manifestano una forma di attaccamento sicuro solitamente si legano con persone altrettanto sicure. Le persone insicure possono legarsi ad una persona sicura, ma, più frequentemente, sviluppano una relazione con un'altra persona insicura di polarità opposta; le persone evitanti tendono a legarsi con soggetti preoccupati e quelle preoccupate con evitanti. Le relazioni tra persone insicure dello stesso tipo sono molto rare e di breve durata.

Baldoni e Ceccarelli [71], esaminando la letteratura pubblicata sulla depressione paterna, nelle banche dati italiane e straniere, rilevano come essa, per quanto meno frequente che nelle donne (solo il 10% dei casi), abbia influenze negative sul benessere emotivo della madre, sulla qualità dell'attaccamento familiare e sullo sviluppo psicologico e fisico del neonato.

Studi condotti sulle coppie, nel periodo che va dalla gravidanza al post-partum, dimostrano che le donne affette da disturbi emotivi post-partum hanno frequentemente un partner che manifesta, egli stesso, disturbi emotivi già dai primi mesi della gravidanza. Questo dato è molto significativo in quanto testimonia l'importanza, per la donna impegnata a diventare madre, di condividere l'esperienza con un partner protettivo e affidabile [70].

I padri preoccupati, troppo emotivi o depressi possono, quindi, costituire uno svantaggio per l'equilibrio emotivo della propria compagna e per il buon andamento del rapporto tra madre e bambino [72].

Banse [73] trova una correlazione tra la soddisfazione nella relazione e lo stile di attaccamento e sostiene che gli effetti negativi degli stili di attaccamento timoroso e distanziante della donna possano essere compensati dallo stile del partner o dalla combinazione degli stili di coppia.

### *Limiti dello studio*

L'indagine, presentata in questo contributo, contiene limiti consistenti, dal punto di vista della ricerca, nel campione di convenienza arruolato, peraltro numericamente modesto, e, dal punto di vista dei materiali, nel fatto che l'ECR-R valuta l'attaccamento della donna con un partner sentimentale, quale modello operativo interno in generale, che ricomprende anche il partner attuale, non consentendo di considerare eventuali "riorganizzazioni", che, secondo il modello di Crittenden [10-12], possano essere intervenute nel percorrere successive esperienze relazionali.

Un altro limite metodologico, che merita di essere superato in successive ricerche,

risiede nel non aver esaminato anche l'attaccamento del partner verso la propria compagna incinta e le interazioni tra gli stili dei due partner rispetto al vissuto della depressione perinatale.

## 5. Conclusioni

Il contingente di donne esaminato, nel complesso, non manifesta sintomi depressivi di rilievo; ad alcune delle gestanti, tuttavia, che si posizionano nella fascia alta dei punteggi, va portata attenzione clinica di prevenzione.

Nei corsi di preparazione alla nascita, è diffusa la pratica dello screening della depressione perinatale, somministrando l'ECR-R o il CES-D, per rilevare le donne a rischio di "aggravamento".

Sebbene una revisione sistematica di 15 *RCT – Random Clinical Trial*, dimostri che le donne, che ricevono un intervento psicosociale, hanno la stessa possibilità di sviluppare una depressione post-natale delle donne, che ricevono cure standard, e che l'intervento nel solo periodo postnatale appare più efficace dell'intervento che comprende anche il periodo prenatale, mentre l'intervento più promettente sembra il supporto post-partum intensivo fornito da ostetriche [74], le conclusioni, provvisorie, prodotte dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* [75], sostengono che, sul piano della prevenzione, non vi sono evidenze che supportino l'impiego di interventi psicosociali specifici di routine su tutte le donne in gravidanza, allo scopo di ridurre la probabilità di sviluppare un disturbo mentale nel periodo perinatale.

Le raccomandazioni basate su prove di efficacia depongono, piuttosto, a favore di interventi per le gravide con evidente stress psicologico, con sintomi che interferiscono con le funzioni personali o sociali, ma che non giungono a determinare una diagnosi di disturbo mentale:

□ interventi di supporto sociale perinatale individuale o di gruppo, per le donne con anamnesi negativa;

□ interventi di supporto psicologico individuale nelle donne con storia personale di episodio depressivo o ansioso (4-6 interventi psicologici strutturati, ad esempio di psicoterapia interpersonale o terapia cognitivo comportamentale).

Baldoni e Ceccarelli [71], dall'esame della letteratura, deducono che, per la prevenzione e il trattamento dei disturbi affettivi perinatali, è fondamentale riconoscere l'importanza del padre sin dall'inizio della gravidanza e promuovere il suo coinvolgimento nelle visite ginecologiche, nelle attività di consultorio e nell'assistenza successiva al parto [76].

Gli autori ricordano che, per affrontare le situazioni maggiormente a rischio, in alcune sedi di servizio consultoriale, sono organizzati programmi di salute mentale, che prendono in considerazione tutti i membri della famiglia e che prevedono la possibilità di interventi di sostegno domiciliare da parte di ostetriche e di altre madri (cioè di figure volontarie non professionali), al fine di monitorare e migliorare la relazione tra madre, padre e bambino [77-78], la cui efficacia merita di essere sottoposta a opportuna verifica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x>
2. Bowlby, J. (1999a). *Attaccamento e perdita. 1: L'attaccamento alla madre*. Collana Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia, Torino: Boringhieri, 1976, (II ed.).
3. Bowlby, J. (1999b). *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*, Collana Programma di Psicologia Psichiatria Psicoterapia, Torino: Boringhieri, 1978, (II ed.).
4. Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre*, Torino: Boringhieri.
5. Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Traduzione di M. Magnino, Collana Psicologia clinica e psicoterapia n.26, Milano: Raffaello Cortina.
6. Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant–mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour II*. London: Methuen. (New York: Wiley).
7. Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
8. Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behaviour. In T.B. Brazelton e M. Yogman. *Affective Development in Infancy*, Norwood, Nj, Ablex, pp. 95-124.
9. George, C., Kaplan, N., Main, M. (1986). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato, Department of Psychology, University of California, Berkeley (CA).
10. Crittenden, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Milano: Guerini Studio.
11. Crittenden, P.M. (1997). *Pericolo, sviluppo e attaccamento*. Milano: Masson.
12. Crittenden, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
13. Carli L. (a cura di) (1999): *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
14. Weiss, R. (1982). “Attachment in adult life”. In C.M. Parkes, J. Stevenson Hinde (Eds.). *The place of attachment in human behaviour*. London: Routledge.
15. Shaver, P., Hazan, C., Bradshaw, D. (1988). Love as Attachment: The Integration of Three Behavioral Systems. In R. Sternberg & M. Barnes (Eds). *The Psychology of Love*. New Haven, CT: Yale University Press (pp. 68-99).
16. Baldoni, F. (2004). Attaccamento di coppia e cambiamento sociale. In Crocetti G. (a cura di). *Il girasole e l'ombra. Intimità e solitudine del bambino nella cultura del clamore*. Bologna: Edizioni Pendragon (pp. 95-109).
17. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
18. Hazan, C., Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
19. Simpson, J.A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
20. Mikulincer, M., Florian, V., Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 273-280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.273>
21. Brennan, K.A., Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. <https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
22. Collins, N.L., Read, S.J. (1990). Adult Attachment, Working Models and Relationships Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 58(4), 644-663. Tr. it. in L. Carli (a cura di). *Attaccamento e rapporto di coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 1995 (pp. 155-204).
23. Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza. Studio delle*

*rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.

24. Leifer, M. (1980). *Psychological effect of motherhood: a study of first pregnancy*. New York: Praeger.

25. Andrews, S. (2012). *Stress Solutions for Pregnant Mothers: How Breaking Free from Stress Can Boost Your Baby's Potential*. Louisiana: Twin Span Press.

26. Godfryd, M. (1994). Post-partum-blue. In *Dizionario di psicologia e psichiatria*. 1a ed. Roma: Newton Compton editori (p. 68).

27. Cox, J.L., Murray, D.M., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, prevalence and duration of postnatal depression. *Br. J. Psychiatry*, 163, 27-31. [https://doi: 10.1192/bjp.163.1.27](https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.27)

28. Queensland Association of Mental Health (2004). *Depression, Pregnancy and Childbirth* (booklet), Women's Health Queensland Wide, Spring Hill.

29. Monk, C., Leight, K.L., Fang, Y. (2008). The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health*, 11(2), 117-29. doi: 10.1007/s00737-008-0005-x.

30. Aceti, F. et al. (2012). Perinatal and post-partum depression: from attachment to personality. A pilot study. *Journal of Psychopathology*, 18, 328-334.

31. Ikeda, M., Hayashi, M., Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and post-partum depression. *Attach Hum Dev.*, 16(6), 557-72. doi: 10.1080/14616734.2014.941884

32. Aceti, F. et al. (2015). Depressione perinatale e relazioni affettive: l'esperienza in close relationship in gravidanza. *Riv Psichiatr*, 50(3), 134-142. [https://doi:10.1708/1910.20796](https://doi.org/10.1708/1910.20796)

33. Meuti, V. et al., (2015). Perinatal Depression and Patterns of Attachment: A Critical Risk Factor? *Depression Research and Treatment*. Article ID 105012, 9 pages. <https://doi.org/10.1155/2015/105012>

34. Samuel, S. et al. (2015). Attachment security and recent stressful life events predict oxytocin levels: a pilot study of pregnant women with high levels of cumulative psychosocial adversity. *Attach Hum Dev*, 17(3), 272-87. [https://doi: 10.1080/14616734.2015.1029951](https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1029951)

35. Papapetrou, C., Panoulis, K., Mourouzis, I., Kouzoupis, A. (2020). Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory. *Psichiatriki*, 31(3), 257-270. [https://doi: 10.22365/jpsych.2020.313.257](https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.257)

36. Zung, W.W.K. (1965). A Self Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 12(1), 63-70. [https://doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008)

37. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagowsky, R. (1987). Detection of the post-natal depression: development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *Br. J. Psychiatry*, 150, 782-786. [https://doi: 10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)

38. Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Post Natal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53(2), 137-141. [https://doi:10.1016/S0165-0327\(98\)00102-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00102-5)

39. Meijer, J.L., Beijers, C. van Pampus, M.G. et al. (2014). Predictive accuracy of Edinburgh Postnatal Depression Scale assessment during pregnancy for the risk of developing post-partum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG*, 121(13), 1604-1610. [https://doi: 10.1111/1471-0528.12759](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12759)

40. Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>

41. Picardi, A., Vermigli, P., Toni, A., D'Amico, R., Bitetti, D., & Pasquini, P. (2002). Il questionario "Experiences in Close Relationships" (ECR) per la valutazione dell'attaccamento negli adulti: ampliamento delle evidenze di validità per la versione italiana. *Italian Journal of Psychopathology*, 8(3), 282-294.

42. Calvo, V. (2008). *Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento*. Atti del X Congresso Nazionale AIP - sezione di Psicologia Clinica-Dinamica, Padova, 12-14 settembre 2008.

43. Busonera, A. (2011). *La valutazione dell'attaccamento adulto nell'ambito delle relazioni di coppia Validazione italiana del questionario Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)*. Tesi di

Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo, Facoltà di Medicina e Psicologia - Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "La Sapienza" di Roma, a.a. 2010-11.

44. Austin M.P., Tully, L., Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and post-natal depression. *J Affect Disord*, 101(1-3), 169-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
45. Mauri, M., Oppo, A., Montagnini, M.S., et al. (2010). Beyond "post-partum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: results from PND-ReScU. *J Affect Disord*, 127(1-3), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.015>
46. Sibley, C.G., Fischer, R., Liu J.H. (2005). Reliability and validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536. <https://doi.org/10.1177/0146167205276865>
47. Tsagarakis, M., Kafetsios, K., Stalikas A. (2007). Reliability and validity of the Greek version of the Revised Experiences in Close Relationships measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47-55. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.1.47>
48. Bartholomew, K., Horowitz, L.M., (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-categories model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
49. Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson e W.S. Rholes (Eds.) *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: The Guilford Press (pp. 46-76).
50. Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1203-1215. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.6.1203>
51. Shaver, P.R., Mikulincer, M. (2002a). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human development*, 4(2), 133-161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
52. Sutter-Dallay, A.L., Giaconne-Marcese, V., Glatigny-Dallay, E., et al. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*, 19(8), 459-63. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>
53. Chi, X., Zhang, P., Wu, H., Wang, J. (2016). Screening for Post-partum Depression and Associated Factors Among Women in China: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*, 7:1668. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01668
54. Redloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
55. Bianciardi, E., Vito, C., Spanò, S. et al. (2020). The anxious aspects of insecure attachment styles are associated with depression either in pregnancy or in the post-partum period. *Ann Gen Psychiatry*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00301-7>
56. Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child development*, 62(5), 918-929. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01580.x>
57. Goldstein, L.H., Diener, M.L., Mangelsdorf, S.C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.1.60>
58. Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1974). Infant-mother attachment and social development: socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P.M. Richards (Eds.), *The integration of a child into a social world*. London: Cambridge University Press.
59. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale: Erlbaum.
60. Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books, New York. Trad. it.: *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1997.
61. Broom, B.L. (1994). Impact of marital quality and psychological well-being on parental sensitivity.

- Nursing Research*, 43, 138-143. <https://doi.org/10.1097/00006199-199405000-00003>
62. Kivijarvi, M., Raiha, H., Virtanen, S., Lertola, K., Piha, J. (2004). Maternal sensitivity behavior and in-fant crying, fussing and contented behavior: the effects of mother's experienced social support. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(3), 239-246. <https://doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00400.x>
63. Dabrassi, F. (2008). *Relazione gestante-feto, modalità del parto e sviluppo fisico del bambino*. Tesi di dottorato in Psicologia Generale e Clinica, Alma Mater Studiorum – Università Di Bologna, a.a. 2007-8.
64. Cranley, M.S. (1984). Social support as a factor in the development of parents attachment to their unborn. *Birth defects original article series*, 20(5), 99-124.
65. Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183. <https://doi: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>
66. Aceti, F. (2011). Il ruolo del partner come fattore protettivo in donne con depressione post-partum. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 1, ISSN: 0393-361X.
67. Webster, J., Linnane, J.W.J., Dibley, L.M., Hinson, J.K., Starrenburg, S.E., Roberts, J.A. (2000). Measuring Social Support in Pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*, 27(2), 97-101. <https://doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x>
68. Carli, L. (a cura di) (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina.
69. Baldoni, F. (2003). Attaccamento e funzione genitoriale. In G. Galli (a cura di): *Interpretazione e nascita*. Atti XXIII Colloquio sull'Interpretazione "Interpretazione e Nascita" (Macerata 4-5 Aprile 2003). Pisa-Roma: Istituti Editoriali e Poligrafici Internazionali.
70. Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura. In N. Bertozzi e C. Hamon (a cura di). *Padri & paternità*. Bergamo: Edizioni Junior (pp. 79-102).
71. Baldoni, F., Ceccarelli, L. (2010). La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9(2), 79-92.
72. Luca, D., Bydlowski, M. (2001). Dépression Paternelle et périnatalité. *Le CarnetPsy*, 67(7), 28-33.
73. Barse, R. (2004). Adult Attachment and Marital Satisfaction: Evidence for Dyadic Configuration Effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 273-282. <https://doi:10.1177/0265407504041388>
74. Dennis, C.L., Creed, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing post-partum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2>
75. National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: NICE.
76. Schumacher, M., Zubaran, C., White G. (2008). Bringing birthrelated paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21(2), 65-70. <https://doi: 10.1016/j.wombi.2008.03.008>
77. Bertozzi, N., Hamon, C. (2005) (a cura di). *Padri e paternità*. Azzano S. Paolo (BG): Edizioni Junior.
78. Ciotti, F. (2007). Il progetto "Mamme insieme" di Cesena: una esperienza di sostegno domiciliare. *Infanzia e Adolescenza*, 6(2), 109-117.