

Funzione di base sicura e disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale

Franco Baldoni

Laboratorio sulla Valutazione dell'Attaccamento, Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

In: *Psicologia e Psicopatologia del Benessere Bambino*, Anno 1, n.2, pp. 9-20, 2012.

Abstract

Gli esseri umani manifestano una predisposizione innata a sviluppare relazioni di attaccamento con figure genitoriali la cui funzione specifica è proteggerli dal pericolo. Un aspetto fondamentale della genitorialità, infatti, è quello di offrire una *base sicura* per la prole, cioè un'atmosfera di fiducia che favorisca l'esplorazione dell'ambiente e la graduale autonomia in condizioni di relativa sicurezza. Nella vita familiare questa necessità è evidente soprattutto nei momenti di pericolo o di difficoltà (gravidanze, lutti, esperienze traumatiche, separazioni, malattie o conflitti con il mondo sociale).

Il sistema di attaccamento è particolarmente importante durante il periodo perinatale e una funzione specifica del maschio, in questo momento, sembra quella di fornire una base sicura alla propria compagna, aiutandola a superare le difficoltà, mantenendo la sofferenza psicologica a livelli tollerabili e favorendo le condizioni per cui la relazione tra la madre e il bambino possa svilupparsi in un modo adeguato.

La ricerca empirica ha evidenziato come in questo periodo gli stati emotivi dei genitori siano significativamente correlati e che anche il padre può soffrire di disturbi affettivi simili alla depressione post-partum. In realtà, i padri insicuri, preoccupati, troppo ansiosi, depressi, assenti o quelli che manifestano alterazioni del comportamento di malattia (disturbi di somatizzazione, sindromi funzionali, ipocondria) o problemi comportamentali (aggressività patologica, alcolismo, disturbi dipendenza), possono non essere in grado di offrire una base sicura adeguata e rappresentano perciò una minaccia per l'equilibrio emotivo della compagna e per lo sviluppo di una buona relazione di attaccamento tra madre e figlio. Vengono esposti e discussi alcuni dati di ricerca che confermano questa ipotesi.

Human beings show an innate predisposition to develop attachment relationships with parental figures that function to protect them against danger. A crucial role of parenting, in fact, is to offer a secure base to the offspring, i.e. an atmosphere of trust that encourages the exploration of the environment and the gradual autonomy in relative security. In family life, this necessity is specially evident when moments of particular danger or difficulty - such as pregnancy, losses, traumatic experiences, separations, disease or conflicts with the social world - need to be addressed.

Attachment system is particularly important during the perinatal period. In this case a specific male function seems to be the provision of a secure base for his companion, helping her to overcome difficulties, keeping suffering at endurance levels and fostering the conditions by which the mother-baby relationship can develop appropriately.

Empirical research has underlined how in this period mother's and father's emotional states are significantly linked and males themselves may suffer from affective disorders similar to post-partum depression. In fact, insecure, preoccupied, too anxious, depressed or absent fathers, or those with abnormal illness behaviours (somatization, functional disorders, hypochondria) or behavioural problems (pathological aggressiveness, alcoholism, addiction disorders), may be unable to offer an adequate secure base, resulting in an hindrance to the emotional equilibrium of their partner and to the development of the attachment relationship between mother and child. Research data confirming this hypothesis are described and discussed.

Key words: attachment, secure base, father, perinatal, post partum depression, paternal perinatal depression, affective disorder

1. La funzione paterna di base sicura

Le funzioni femminili nel ciclo vitale della famiglia, attraverso il ruolo di moglie e di madre, sono state molto studiate dalla ricerca psicologica, mentre quelle maschili sono state per lungo tempo trascurate. Il ruolo del padre, ovviamente, è stata molto valorizzata da Freud, che ha riconosciuto la sua importanza soprattutto riguardo ai processi connessi al complesso di Edipo, allo sviluppo dell'identità sessuale e di un modello di vita di coppia, all'interiorizzazione di un codice etico e morale e allo sviluppo del Super-Io. Però si sa ancora troppo poco riguardo alle funzioni svolte dal padre al di fuori del periodo edipico. Per lungo tempo, inoltre, la maggior parte degli studi di psicologia dell'età evolutiva ha considerato il bambino nell'interazione con un solo genitore, studiando la relazione madre-bambino (e molto più raramente quella con il padre) in una prospettiva rigidamente diadica.

I più recenti dati di ricerca, invece, suggeriscono che il padre è estremamente importante sin dai primi mesi di vita, ma il suo ruolo deve essere studiato non solo all'interno della relazione diretta con il figlio, ma anche in una prospettiva triadica che comprenda pure la madre. In questo modo possiamo riconoscere le funzioni fondamentali del padre in almeno tre diversi momenti del ciclo vitale della famiglia: la prima infanzia, il periodo edipico e l'adolescenza (Baldoni 2010a) (vedi Fig. 1).

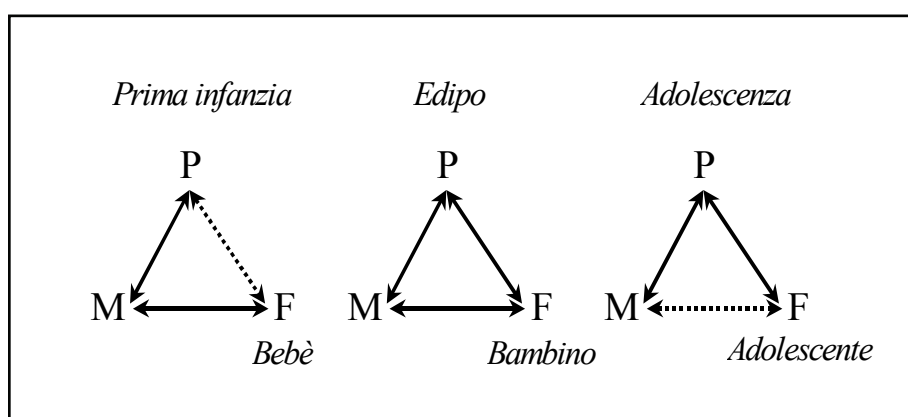


Fig. 1 – Relazioni triadiche nel ciclo vitale della famiglia

Nella prima infanzia il rapporto diretto tra padre e bambino è secondario rispetto a quello con la madre (linea tratteggiata), ma la qualità della relazione tra i due genitori è fondamentale per permettere alla madre di dedicarsi adeguatamente al proprio figlio. Nel periodo edipico il coinvolgimento tra tutti i componenti della triade è ugualmente intenso (questa è la fase maggiormente studiata dalla psicoanalisi). In adolescenza la relazione del padre con il figlio è importante quanto quella con la propria compagna e la linea tratteggiata tra la madre e il figlio indica la necessità per entrambi di una graduale separazione e autonomia psicologica.

Il differente ruolo del padre all'interno del ciclo vitale della famiglia può essere interpretato, in una prospettiva familiare triadica, alla luce della teoria dell'attaccamento e del concetto di base sicura (Baldoni 2010a, 2010b) (vedi Tab. 1).

<p>Prima infanzia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorire e tutelare la relazione madre-bambino (abitazione, cibo e altri beni necessari, protezione nei confronti dell'ambiente extrafamiliare e soluzione di eventuali problemi e conflitti) • Sostenere psicologicamente la madre durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto <p>Seconda infanzia (periodo edipico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere lo sviluppo di un'identità sessuale e fornire un modello di vita di coppia • Interiorizzazione di un codice etico e sviluppo di un Super-Io <p>Adolescenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostenere il figlio nel processo di emancipazione • Proteggere la propria compagna dalla sofferenza emotiva legata alla separazione dai figli e ai cambiamenti delle funzioni affettive (ruolo materno) e sessuali (menopausa)
--

Tab. 1 – Il ruolo paterno nel ciclo vitale della famiglia

Durante la gravidanza e l'infanzia della prole un compito fondamentale del padre è garantire le condizioni perché la relazione tra madre e bambino si sviluppi e si mantenga in modo adeguato. Questo compito viene assolto in primo luogo occupandosi dei problemi di ordine pratico: garantire una abitazione confortevole e sicura, fornire un sostegno economico, procurare cibo e altri beni necessari, relazionarsi con l'ambiente extrafamiliare proteggendo la famiglia e risolvendo eventuali problemi e conflitti.

Un'altra funzione maschile di grande importanza, solo recentemente oggetto di ricerche, è quella di proteggere la propria compagna nei periodi in cui è maggiormente esposta a condizioni di potenziale pericolo e a problemi fisici e emotivi. Questi momenti cruciali, nel ciclo vitale della famiglia, sono fondamentalmente due: il primo è quello relativo alla gravidanza e ai primi mesi dopo il parto, il secondo coincide con l'adolescenza e l'emancipazione dei figli. In questi due periodi la donna si trova maggiormente esposta ad alterazioni emotive e difficoltà psicologiche favorite non solo dai cambiamenti fisici e ormonali, ma anche da quelli relativi al proprio ruolo femminile di donna e di madre. Una funzione fondamentale del padre, in questi casi, è aiutare la propria compagna a superare le difficoltà mantenendo la sofferenza e la problematicità a livelli accettabili.

Secondo la teoria dell'attaccamento, i genitori, in quanto figure di attaccamento, devono proteggere i propri figli dai pericoli fornendo loro una "base sicura", cioè una particolare atmosfera di fiducia che favorisca l'esplorazione dell'ambiente e la graduale autonomia in condizioni di relativa sicurezza. Il concetto di *base sicura* (*secure base*), introdotto originariamente da Mary Ainsworth (1967; Ainsworth et al. 1978), è stato particolarmente valorizzato da John Bowlby (1979, 1988) che ha evidenziato come un bambino o un adolescente, per esplorare in modo sereno l'ambiente extra-familiare, abbia bisogno di sentirsi sicuro di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, assicurato se spaventato" (1988, p.10). Per Bowlby i genitori devono favorire lo sviluppo di questo clima psicologico in quanto devono essere disponibili, quando richiesto, a confortare, assistere e incoraggiare, ma devono anche sapersi ritirare sullo sfondo quando il proprio intervento non è necessario. Un figlio che può contare su questo aiuto riuscirà ad allontanarsi gradatamente dal

controllo dei genitori esplorando il mondo e dedicandosi con fiducia a quelle esperienze che lo renderanno un adulto autonomo.

La necessità di potere contare su persone che costituiscono una base sicura, fungendo da figure di attaccamento, permane però per tutta la vita ed è una caratteristica anche dell'età adulta, particolarmente evidente all'interno della relazione di coppia. Il segreto del successo di molti uomini che svolgono ruoli socialmente importanti (imprenditori, manager, professionisti, politici, artisti, scienziati) è legato alla presenza di una compagna accogliente e premurosa che, nell'ambito della relazione di coppia e della famiglia, favorisce in modo protettivo la carriera del partner. Ovviamente può accadere che sia il marito a sostenere la moglie nelle esperienze extra-familiari, ma questa condizione, per ragioni anche di carattere culturale, è meno frequente. In misura variabile, comunque, la funzione di base sicura viene esercitata da entrambi i partner nella maggior parte dei rapporti di coppia, in quanto questi legami tendono a presentarsi come relazioni di attaccamento, ed è particolarmente evidente nel caso della nascita di un figlio.

Sappiamo che in gravidanza e nei primi mesi dopo il parto le donne manifestano frequentemente reazioni emotive di carattere ansioso e depressivo, che possono andare dalla semplice disforia post-partum o *maternity blues* (un'alterazione transitoria dell'umore che si manifesta nel 60-70% delle puerpere nei giorni immediatamente successivi al parto) fino alle vere e proprie depressioni post-partum, alle psicosi post-partum e ai disturbi post traumatici da stress come conseguenza della nascita del bambino. In molti casi gli aspetti psicologici e biologici si intrecciano in quanto le modificazioni corporee dovute alla gravidanza e al parto e i cambiamenti ormonali legati alla montata latte possono favorire lo sviluppo di un disturbo affettivo. Donald Winnicott ha indicato questa condizione di particolare fragilità della donna con il nome di "preoccupazione materna primaria" (1956) facendo osservare che se si manifestasse al di fuori della maternità sarebbe considerata un disturbo psichiatrico, mentre nei primi mesi dopo il parto rappresenta uno stato fisiologico di regressione utile all'accudimento del bambino. In questo periodo il ruolo del padre sembra quello di fornire sicurezza e sostegno emotivo proteggendo la propria compagna da un eccesso di sofferenza psicologica (Kaitz e Katzir 2004). Seguendo la teoria dell'attaccamento (Bowlby 1988), questa funzione protettiva "antidepressiva" del maschio può essere interpretata come un effetto di "base sicura" (Whiffen e Johnson 1998; Baldoni 2010a, 2010b), cioè come il risultato del particolare clima di sicurezza e di fiducia che si instaura all'interno dell'attaccamento di coppia.

Nel periodo perinatale, un padre troppo preoccupato, ansioso o depresso, quindi, può rappresentare uno svantaggio per l'equilibrio emozionale della compagna e una minaccia per il buon andamento della relazione tra madre e figlio. Le ricerche sulla trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, infatti, hanno evidenziato che nonostante la correlazione tra attaccamento paterno e quello del figlio (40-50%) sia più limitata rispetto a quella con la madre (63-75%) (van IJzendoorn 1995; van IJzendoorn e De Wolff 1997), essa aumenta quando il padre manifesta disturbi psicopatologici o problemi di comportamento (Baldoni e Ceccarelli 2010; Baldoni, Minghetti e Facondini 2012). I padri che hanno sofferto di ansia e depressione, ad esempio, tendono a promuovere nei figli lo sviluppo di un attaccamento insicuro (Ferketich e Mercer 1995), mentre quelli che presentano problemi comportamentali come l'abuso di alcol o di droghe favoriscono la depressione e una minore sensibilità nella madre e sono correlati allo sviluppo di una relazione di attaccamento insicura tra madre e figlio (Das-Eiden e Leonard 1996).

Le ricerche hanno dimostrato che un padre senza particolari disturbi psicologici o comportamentali, fornendo una base sicura adeguata alla compagna e ai figli, è in grado di svolgere un'azione protettiva promuovendo il benessere e la crescita della propria famiglia. La manifestazione di stili di coping più attivi e meno evitanti e la capacità di esplorazione in adolescenza sono risultati correlati significativamente con la qualità dell'attaccamento paterno durante l'infanzia, con la sensibilità dimostrata dal padre durante il gioco quando il figlio aveva 2-3 anni e con la rappresentazione dell'attaccamento paterno valutata a 8 anni (Zimmermann e Grossmann 1997). Un'altro studio ha evidenziato che la sensibilità manifestata dal padre nel gioco

con il proprio figlio a 2 anni è significativamente correlata a uno stile di un attaccamento sicuro-autonomo nel figlio valutato tramite la AAI all'età di 16 anni (Grossmann 1997). Questi dati confermano l'influenza significativa e durevole, fin dalla prima infanzia, della qualità del rapporto con il proprio padre sullo sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro e di valide capacità di esplorazione, di autonomia e di adattamento.

Al contrario, un padre insicuro, ansioso, depresso, poco mentalizzante, che manifesta alterazioni del comportamento di malattia (somatizzazioni, preoccupazioni ipocondriache) e problemi comportamentali significativi (rifiuto del ruolo genitoriale, scarso coinvolgimento nella vita familiare, ostilità, comportamenti violenti, alcolismo o altre forme di dipendenza patologica) non sarà in grado di svolgere adeguatamente il proprio ruolo protettivo. In questi casi potranno presentarsi difficoltà che si riversano sulla relazione tra madre e figlio interferendo con la trasmissione dell'attaccamento e favorendo la manifestazione di disturbi emotivi nella madre e problemi psicologici e cognitivi nel figlio, il quale tenderà ad adattarsi a quella specifica situazione sviluppando uno stile di attaccamento insicuro (Baldoni 2010c; Baldoni, Minghetti e Facondini 2012).

Questi dati dovrebbero fare riflettere, in quanto una tendenza della nostra società attuale è quella di valorizzare nei giovani padri lo svolgimento di funzioni sostanzialmente materne, come l'accudimento fisico del bambino, l'alimentazione o il cambio del pannolino, sottovalutando quelle proprie del maschio e mettendolo a volte in competizione con la madre stessa. Durante la gravidanza, inoltre, è frequente assistere a manifestazioni preoccupate e ansiose di padri che in alcuni casi arrivano ad accusare sensazioni corporee e disturbi simili a quelli della moglie (fenomeno noto come "sindrome della *couvade*"). Questi atteggiamenti ricordano per certi aspetti la condizione di preoccupazione materna primaria descritta da Winnicott, ma quando si manifestano nell'uomo dovrebbero essere considerati con attenzione, in quanto compromettono la funzione maritale e paterna di base sicura.

Al di fuori del periodo perinatale, la funzione protettiva di base sicura del padre risulta particolarmente importante anche in un altro momento del ciclo vitale della famiglia: durante l'adolescenza e la graduale emancipazione dei figli, quando la madre deve saper rinunciare al ruolo svolto durante l'infanzia e prepararsi a vedere il figlio uscire dalla famiglia. Il padre, in questo caso, deve non solo sostenere il giovane in questo processo (fornendogli una base sicura), ma anche proteggere la propria compagna dalla sofferenza psicologica legata alla perdita del proprio ruolo materno e al cambiamento concomitante della propria vita affettiva e sessuale. Questi anni coincidono in molte donne con l'inizio della menopausa e ancora una volta fattori di carattere psicologico e biologico si intrecciano. Il padre deve sapere aiutare madre e figlio a separarsi psicologicamente e ricondurre amorevolmente la propria compagna all'interno di un rapporto di coppia in cui possa di nuovo sentirsi valorizzata. Un uomo troppo apprensivo, invadente o iperprotettivo, che entra in competizione con la compagna o si sovrappone alle preoccupazioni materne aggravandole, può limitare il processo di autonomizzazione del figlio, ostacolando il superamento di questa fase del ciclo vitale e favorendo nella propria compagna lo sviluppo di una sintomatologia depressiva.

Per comprendere i processi di adattamento e le difficoltà psicologiche della famiglia nei momenti significativi del ciclo vitale è quindi essenziale studiare anche i padri considerando la loro funzione in una prospettiva triadica.

2. I disturbi affettivi paterni nel periodo perinatale

Per l'uomo, come per la donna, la transizione alla genitorialità rappresenta un periodo di vulnerabilità psicologica, ma le ricerche si sono a lungo concentrate sullo studio delle alterazioni emotive femminili trascurando il padre come oggetto di studio (Solantaus e Salo 2005). I motivi possono essere legati alla scarsa disponibilità degli uomini a partecipare alle ricerche (perché

riluttanti a rivelare i propri problemi emotivi), alla minore incidenza e alla diversa espressione della depressione nel maschio, alla propensione dei medici a sottostimare questa patologia (ritenendo la gravidanza e il parto problematiche che coinvolgono soprattutto le donne), alla scarsa disponibilità di metodi di valutazione che tengano conto delle differenze di genere e si rivelino validi e attendibili per la popolazione maschile e a fattori socio-culturali che hanno portato a trascurare il ruolo del padre nel periodo perinatale. In generale, comunque, la sintomatologia depressiva paterna viene considerata di minore gravità clinica di quella materna.

Recentemente, però, l'interesse scientifico per questo argomento è aumentato. Negli ultimi dieci anni, infatti, sono stati pubblicati decine di studi empirici sui disturbi depressivi perinatali paterni volti a valutarne la sintomatologia, l'epidemiologia, il legame con lo stato emotivo della madre e l'influenza sullo sviluppo del figlio (Baldoni e Ceccarelli 2010). In particolare, le ricerche hanno evidenziato come nel periodo perinatale gli stati mentali di madri e padri siano significativamente correlati (Harrison e Magill-Evans 1996; Buist, Morse e Durkin 2002; Kaitz e Katzir 2004) e che anche i padri possono soffrire di disturbi affettivi perinatali con una frequenza che nel mondo varia da 2 al 31% con una media del 10.4% nel 2010 (Paulson e Bazemore 2010; Baldoni e Ceccarelli 2010).

Il termine *Depressione Perinatale Paterna (Paternal Perinatal Depression, PPND)* (Luca e Bydlowsky 2001; Dollander 2004; Baldoni e Ceccarelli, 2010) indica la manifestazione nel padre di una sintomatologia depressiva nel periodo che va dall'inizio della gravidanza al primo anno dopo il parto. La sua espressione clinica è differente da quella della *Depressione Perinatale Materna (Maternal Perinatal Depression, MPND)* (vedi tab. 2), la sintomatologia depressiva è più lieve e i disturbi tendono a essere meno definiti e sono caratterizzati da vaghi vissuti di tensione, di tristezza, di sconforto e, nei casi più gravi, da stati di impotenza, di disperazione e di malinconia. I disturbi depressivi descritti più frequentemente sono l'umore depresso, l'irrequietezza, l'irritabilità, la preoccupazione costante riguardo l'andamento della gravidanza e la salute del bambino, la perdita di interessi, le difficoltà di concentrazione e di rendimento sul lavoro, l'isolamento sociale, l'aumento o la diminuzione dell'appetito, il calo del desiderio sessuale e l'insonnia. La diagnosi è difficile in quanto le alterazioni affettive sono frequentemente accompagnate da altri disturbi anche gravi, la cui sintomatologia può sovrapporsi a quella affettiva, oppure mascherarla, generando quadri clinici complessi. Tra questi in particolare i *disturbi d'ansia* (disturbo d'ansia generalizzato, attacchi di panico, fobie, disturbo dell'adattamento con ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress) che sembrano manifestarsi nei giovani padri ancora più frequentemente di quelli depressivi (Bradley e Slade 2011), le *alterazioni del comportamento di malattia* (disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali, preoccupazioni ipocondriache), gli *acting out comportamentali* (crisi di rabbia, condotte violente, attività fisica o sessuale compulsiva, relazioni extraconiugali, fughe), l'abuso di sostanze (fumo, alcool, psicofarmaci, droghe) e altri *disturbi di dipendenza* (come quelli da gioco d'azzardo o da internet) (Baldoni e Ceccarelli, 2010).

La Depressione Perinatale Paterna va comunque distinta dalla *Sindrome della Couvade* (Trethowan e Conlon 1965; Delaisi de Parseval 1981), caratterizzata dalla manifestazione nel padre di sintomi somatici di entità lieve (nausea, gonfiore o sensazioni di fastidio, di tensione o di dolore all'addome) e di comportamenti femminili tipici della gravidanza che assumono raramente un valore psicopatologico preoccupante. Nella diagnosi differenziale bisogna inoltre considerare la possibile espressione di altre patologie psichiatriche che possono manifestarsi nel padre in concomitanza della gravidanza o del periodo postnatale come le psicosi schizofreniche (che non sempre sono accompagnati da una sintomatologia depressiva significativa) oppure i disturbi bipolari (che sono caratterizzati anche da fasi di aumento del tono dell'umore) (Abramowitz et al. 2001; Matthey et al. 2003; Pinheiro et al. 2011; Bradley e Slade 2011). Nella maggior parte dei casi, però, queste sindromi si presentano in comorbilità con la PPND.

Esordio e decorso

Dal 3° mese di gravidanza al primo anno dopo la nascita del bambino

Espressione

La sintomatologia affettiva è solitamente più lieve e meno definita rispetto a quella della Depressione Perinatale Materna.

Le alterazioni depressive sono accompagnate frequentemente da altri disturbi atipici anche gravi.

Sintomatologia depressiva

Umore depresso (tristezza, sconforto, più raramente impotenza, disperazione e malinconia), irrequietezza, irritabilità, preoccupazione costante riguardo l'andamento della gravidanza e la salute del bambino, perdita di interessi, difficoltà di concentrazione e di rendimento sul lavoro, isolamento sociale, aumento o diminuzione dell'appetito, calo del desiderio sessuale, insonnia

Comorbilità più frequenti

- *Disturbi d'ansia* (disturbo d'ansia generalizzato, attacchi di panico, fobie, disturbo dell'adattamento con ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress)
- *Alterazioni del comportamento di malattia* (disturbi di somatizzazione, sindromi mediche funzionali, preoccupazioni ipocondriache)
- *Acting out comportamentali* (crisi di rabbia, condotte violente, attività fisica o sessuale compulsiva, relazioni extraconiugali, fughe)
- *Disturbi di dipendenza* (fumo, alcool, psicofarmaci, droghe, gioco d'azzardo, internet)

Tab. 2 – Sintomatologia della Depressione Perinatale Paterna (PPND)

Lo screening dei disturbi affettivi perinatali paterni deve essere effettuato dai primi mesi di gravidanza fino alla fine del primo anno di vita del bambino, considerando con particolare attenzione la fase prenatale, periodo in cui si manifestano con maggiore frequenza.

Nonostante i disturbi affettivi perinatali paterni siano stati meno studiati di quelli materni, negli ultimi anni l'interesse nei confronti di questo argomento è aumentato e le ricerche cominciano a produrre dati interessanti (Baldoni e Ceccarelli, 2010).

1) Durante il periodo perinatale gli stati emotivi di madri e padri si influenzano reciprocamente ed è stata dimostrata una correlazione significativa tra disturbi depressivi perinatali paterni e materni (Soliday, McCluskey-Fawcett e O'Brien, 1999; Matthey et al. 2000; Buist, Morse e Durkin 2002; Goodman 2004; Paulson e Bazemore 2010).

2) La manifestazione nel padre di disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali (alterazioni del comportamento di malattia, atteggiamenti ostili o violenti, alcolismo, dipendenza da sostanze), o di uno stile di attaccamento insicuro, sembra favorire una reazione depressiva nella madre e influenzare negativamente l'attaccamento e lo sviluppo psicologico e somatico del figlio. In questi casi la mancata assunzione del ruolo paterno di base sicura e la relazione con un padre non disponibile emotivamente o, al contrario, ansioso e intrusivo, rappresenta una minaccia per tutta la famiglia (Whiffen e Johnson 1998; Luca e Bydlowsky 2001; Dollander 2004; Baldoni 2010a, 2010b).

3) Gli studi clinici condotti in ambito psicoanalitico hanno evidenziato nei disturbi affettivi perinatali paterni una problematica relativa a ferite narcisistiche (paura di invecchiare, perdita di attenzione da parte della propria compagna) e a conflitti pre-edipici (conseguenti alla mancata

risoluzione di legami simbiotici con la propria madre) ed edipici (legati a problemi irrisolti che riguardano il ruolo maschile nella famiglia di origine all'interno di una prospettiva trigerazionale nonno-padre-figlio). Le psicoanaliste francesi Luca e Bydlowski (2001) hanno riscontrato alcune caratteristiche specifiche che differenziano la depressione paterna dalla sindrome depressiva materna: 1) un maggiore legame con conflitti di natura edipica; 2) la tendenza a manifestare un aspetto masochistico (legato alla riattivazione di fantasmi persecutori e al ruolo tirannico svolto dal Super-Io) e uno narcisistico (una ferita); 3) l'assenza dello specifico legame corporeo che caratterizza la relazione tra madre e bambino (in conseguenza della gravidanza, del parto e dell'allattamento). Il padre depresso non riuscirebbe ad occupare il proprio posto nella relazione triadica emergente per difficoltà inerenti la "costellazione paterna", vale a dire la continuità generazionale tra nonno paterno, padre e figlio. L'origine psicologica della depressione paterna, quindi, sarebbe riconducibile a conflitti edipici non risolti che determinerebbero la difficoltà, per il giovane padre, di integrare la genitorialità nella propria storia ed esperienza di figlio. Le diverse manifestazioni psicopatologiche dei disturbi affettivi perinatali paterni potrebbero essere in funzione dei livelli di problematicità del padre (Pazzagli e Benvenuti 1996). Alla base dei disturbi depressivi minori, degli acting out e della sindrome della *couvade* vi sarebbero conflitti di natura edipica, mentre le depressioni più gravi e le psicosi sarebbero favorite da problematiche pre-edipiche (legate all'incapacità di stabilire una relazione con il figlio per il mancato superamento del legame simbiotico con la propria madre).

4) Le ricerche empiriche hanno identificato alcuni fattori psicosociali di rischio che possono favorire la reazione depressiva paterna: la manifestazione di una sintomatologia depressiva nella madre, la presenza di conflitti di coppia e di insoddisfazione coniugale, un pattern di attaccamento insicuro (particolarmente quello evitante), un alto livello di stress percepito, una storia precedente di disturbi psichiatrici, alcuni tratti di personalità (nevroticismo), una bassa qualità nella relazione con i propri genitori durante l'infanzia, una gravidanza indesiderata, la delusione delle aspettative legate alla nascita del figlio, l'appartenenza a una famiglia ricomposta, lo stato di disoccupazione o di lavoratore precario, le difficoltà lavorative e lo scarso sostegno familiare e sociale.

5) Nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi affettivi perinatali occorre tener conto della condizione mentale di entrambi i genitori considerando la problematica all'interno di una prospettiva familiare triadica. Quando uno dei due partner è depresso, infatti, l'intero sistema familiare è compromesso e se entrambi i partner sono affetti da un disturbo dell'umore il rischio aumenta. Trattare un genitore depresso, quindi, comporta un beneficio per l'intera famiglia (Goodman 2004, 2008; Schumacher, Zubaran e White 2008).

Mancano però studi controllati sulla prevenzione e sul trattamento dei disturbi affettivi perinatali paterni e non è stata ancora indagata l'efficacia del counselling, delle psicoterapie e dei trattamenti farmacologici antidepressivi.

La maggior parte delle ricerche sui disturbi affettivi perinatali paterni, inoltre, è stata condotta tramite questionari *self-report* come il *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Radloff 1977) e l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, nelle forme a 10 e a 13 item) (Cox 1986; Cox, Holden e Sagovsky 1987; Matthey et al. 2001), che risultano meno validi per la valutazione della sintomatologia affettiva maschile. Gli uomini, per motivi culturali, di ruolo sessuale o di immagine sociale, sono tendenzialmente meno disposti a rivelare le proprie difficoltà psicologiche e invece di chiedere aiuto tendono a contenere il disagio attraverso strategie "esternalizzanti" come l'abuso di alcol, di fumo e di droghe o altri comportamenti disadattivi (Wilhelm e Parker 1994). Quando valutati psicologicamente tramite un questionario *self report*, piuttosto che dichiarare una sintomatologia depressiva (tristezza, pianto, sensazioni di fallimento, impotenza), sono maggiormente propensi a riconoscere di sentirsi in ansia o sotto stress e a manifestare preoccupazioni e lamentele somatiche. Per lo studio dei disturbi affettivi perinatali paterni sarebbe quindi auspicabile l'utilizzo di strumenti più specifici, che considerino le differenze di genere e che tengano conto anche di altri aspetti,

come le manifestazioni ansiose, il comportamento di malattia, l'irritabilità, gli accessi di rabbia e gli acting out comportamentali. Per studiare la gravità, il decorso e l'impatto del disturbo sullo sviluppo del bambino e la qualità della relazione di coppia, inoltre, è necessario integrare i dati dei questionari con quelli ricavati da colloqui clinici (Cox 2005).

3. Alcuni dati di ricerca

Come abbiamo detto, una funzione importante del padre, nel periodo perinatale, è quella di fornire una base sicura alla propria compagna, aiutandola ad affrontare le difficoltà, mantenendo la sofferenza a livelli accettabili e favorendo condizioni che permettano alla relazione madre-bambino di svilupparsi in modo adeguato. In passato, però, la maggior parte delle ricerche sulla transizione alla genitorialità sono state rivolte quasi esclusivamente allo studio delle condizioni psicologiche della madre e solo recentemente sono stati condotti studi specifici sul padre. Tra questi, alcuni svolti dal nostro gruppo di ricerca che hanno confermato il legame tra gli stati mentali materni e paterni nel periodo perinatale e l'influenza del padre sulle relazioni precoci di attaccamento e sullo sviluppo psicosomatico del figlio.

In uno studio su coppie di genitori valutate dal secondo trimestre di gravidanza a tre mesi dopo il parto abbiamo riscontrato un livello di sintomatologia depressiva nei padri significativamente correlato con quello delle madri. I padri le cui compagne avevano sofferto di disturbi affettivi postnatali, inoltre, hanno manifestato ansia, sintomi depressivi, irritabilità, lamentele somatiche e preoccupazioni rispetto alla propria salute e al proprio ruolo di padre evidenziabili sin dal quinto mese di gravidanza (Baldoni, Baldaro e Benassi 2009);

Un'altra ricerca ha riscontrato che nelle coppie che si sottopongono a fertilizzazione assistita tramite *In Vitro Fertilization and Embryo Transfer (IVF-ET)*, quando il maschio è ansioso, depresso o ostile, la donna manifesta più frequentemente sintomi depressivi, elevata ansia e disturbi di somatizzazione indipendentemente dal successo della procedura. Le donne soffrono di disturbi depressivi significativi alla fine della procedura, anche se precedentemente non ne erano affette, spesso hanno un partner manifestava sintomi psicologici (elevati livelli di ansia, depressione e ostilità) già all'inizio del trattamento (Baldoni 2010b; Baldoni et al. non pubblicato);

Un'ulteriore studio su famiglie con bambino nato pretermine ha rilevato che la presenza nel padre di una sintomatologia depressiva, di una scarsa sensibilità diadica e di precursori di attaccamento insicuro nel rapporto con il figlio influenza negativamente lo sviluppo psicomotorio del neonato. In questo caso le coppie padre bambino sono state studiate utilizzando il CARE-Index (Crittenden 1979-2007), una metodica che permette di valutare i precursori dell'attaccamento e la sensibilità diadica genitoriale attraverso la registrazione audiovisiva dell'interazione spontanea tra adulto e bambino. A tre mesi di età corretta del neonato il 75% delle coppie padre-bambino pretermine sono rientrate nella "fascia di intervento" suggerita dal CARE-Index, una condizione che rende necessario un aiuto psicologico e, a volte, farmacologico. Indipendentemente dalla nascita pretermine del figlio, la presenza di una minore sensibilità diadica, di precursori di attaccamento insicuro, di alti livelli di ansia, di sintomatologia depressiva, di stress percepito e di un minore adattamento di coppia è risultata sia nel padre che nella madre significativamente correlata a un minore sviluppo psicomotorio del bambino valutato a sei mesi attraverso le scale Bayley ($p = .007$) (Baldoni et al. 2009, 2010, 2011; Baldoni, 2010d).

Durante la gravidanza fino al tardo periodo postnatale, quindi, gli stati mentali dei genitori sono connessi e i padri manifestano alterazioni emotive che oscillano in relazione con la sofferenza della madre. I compagni delle donne che hanno manifestato un disturbo affettivo postnatale (*maternity blues* o depressione post partum) sono, infatti, più depressi, ansiosi e ostili,

tendono a manifestare la loro sofferenza con sintomi somatici e a preoccuparsi per il proprio stato di salute e per il ruolo paterno. Nella maggior parte di queste situazioni si manifestano difficoltà di coppia (Condon, Boyce e Corkindale 2004) e un deterioramento della vita intima e sessuale (Seimyr et al. 2004). Il nostro gruppo di ricerca ha confermato questi risultati in famiglie con bambini nati a termine e pretermine e in coppie che si sono sottoposte a IVF-ET.

Diverse ipotesi interpretative sono possibili. In alcuni casi l'equilibrio della coppia potrebbe essere influenzato da condizioni psico-sociali particolarmente svantaggiose (conflitti familiari, problemi di lavoro o economici, mancanza di sostegno sociale, emarginazione). Si può anche supporre che le persone più depresse e ansiose siano attratte le une dalle altre, ma non ci sono dati di ricerca che lo confermino (Carli 1995, 1999; Zeifman e Hazan 2008; Feeney 2008; Carli, Cavanna, Zavattini 2009). Una spiegazione più convincente, come abbiamo visto, viene dagli studi sull'attaccamento di coppia e sulla funzione di base sicura svolta dal padre. Si avverte però la carenza di ricerche longitudinali svolte su ampi campioni di famiglie che valutino nel tempo gli effetti degli atteggiamenti di madri e padri sullo sviluppo del figlio, considerando gli stili di attaccamento (i modelli operativi interni), la sensibilità manifestata nella relazione con il bambino, la qualità della relazione di coppia, il livello di stress percepito e le caratteristiche dei legami di attaccamento. Questo permetterà di chiarire se alcune caratteristiche del comportamento genitoriale (come quelle riscontrate nelle famiglie con bambini nati pretermine) siano reazioni adattive e transitorie, oppure deviazioni che influenzeranno negativamente il futuro sviluppo del bambino.

4. Prevenzione e trattamento dei disturbi affettivi perinatali

Nella nostra specie, una funzione principale di un genitore è quella di proteggere la prole dai pericoli fisici e psicologici promuovendo lo sviluppo di un attaccamento valido e di una base sicura che favorisca l'esplorazione dell'ambiente e la graduale autonomia. Questo processo è condizionato dallo stile di attaccamento e dalla sensibilità di entrambi i genitori. In particolare, l'influenza del padre sullo stato emotivo della compagna e sullo sviluppo psicomotorio del bambino oggi è ampiamente documentata.

Per la prevenzione dei disturbi affettivi perinatali e delle difficoltà inerenti la relazione madre-bambino, è quindi fondamentale riconoscere l'importanza anche del padre sin dall'inizio della gravidanza, sostenendolo nel suo ruolo, individuando le sue difficoltà e promuovendo il suo coinvolgimento nelle visite ginecologiche, nelle attività di consultorio familiare e nell'assistenza per tutto l'anno successivo al parto (Buist, Morse e Durkin 2003; Schumacher, Zubaran e White 2008; Baldoni e Ceccarelli 2010). Per sostenere i padri nella transizione alla genitorialità e aiutarli quando manifestano difficoltà nel prendersi cura del proprio bambino sono stati sviluppati degli interventi specifici (Cabrera e Peters 2000; Matthey et al. 2004; Fletcher, Matthey e Marley 2006). I disturbi depressivi perinatali, inoltre, sono spesso accompagnati da una crisi di coppia (Hanington et al. 2011) e in questi casi è necessario fornire ai due partner la possibilità di discutere dei loro problemi aiutandoli a migliorare la propria relazione. Quando un genitore risulta depresso, bisogna considerare attentamente la possibilità che anche l'altro soffra di disturbi dell'umore (Schumacher, Zubaran e White 2008).

I professionisti in ambito ostetrico-ginecologico e pediatrico (medici, ostetriche, psicologi, personale infermieristico) dovrebbero quindi essere preparati a considerare la salute di entrambi i genitori in tutto il periodo perinatale e a riconoscere i segni precoci di un disturbo affettivo. Particolarmente importante è il ruolo delle ostetriche, in quanto maggiormente a contatto con la famiglia nelle prime settimane dopo il parto. A tal fine possono essere organizzati seminari e corsi di formazione specifici (Dollander 2004; Schumacher, Zubaran e White 2008).

Nello screening dei disturbi affettivi perinatali bisogna considerare che i padri spesso manifestano le proprie difficoltà attraverso sintomi che possono mascherare una sintomatologia

depressiva (disturbi ansiosi, alterazioni del comportamento di malattia, *acting out* aggressivi, disturbi da dipendenza e altri problemi comportamentali). Nei casi in cui il padre presenti una sofferenza significativa è necessario l'invio del paziente a uno specialista per un aiuto psicoterapeutico individuale (che consenta di ridurre la sintomatologia depressiva e ansiosa, la preoccupazione ipocondriaca e le difficoltà relazionali), di coppia o di famiglia, integrato eventualmente con un trattamento farmacologico (Goodman 2004). Nelle terapie di famiglie ad alto rischio (bambini con patologie fisiche o nati pretermine, madri adolescenti, genitori tossicodipendenti o con disturbi psichiatrici, famiglie maltrattanti o abusanti) e nelle situazioni problematiche sul piano sociale sono stati proposti programmi di prevenzione e cura che considerano tutti i membri della famiglia (compresi i fratelli del neonato) e che prevedono la possibilità di interventi di sostegno domiciliare da parte di operatori sanitari, ostetriche, educatori, assistenti sociali e altre figure non professionali (ad esempio madri volontarie) (Meighan et al. 1999; Baldoni et al. 2009; Facondini et al. 2010). Sono risultate molto utili anche le tecniche di videoregistrazione della relazione tra bambino e genitori utilizzate come *video-feedback* (Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn 2007; Berlin, Zeanah, Lieberman 2008; Crittenden 2008a, 2008b), in quanto la visione dei filmati, accompagnata dai suggerimenti e incoraggiamenti del terapeuta, promuove le capacità riflessive e la sensibilità dei genitori, favorendo il benessere psicologico e relazionale della coppia e lo sviluppo di legami di attaccamento più validi. Sono stati utilizzati in questo senso il già citato *CARE-Index*, il *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting* (VIPP) (Cassibba e van IJzendoorn 2005) e, in una prospettiva triadica, il *Lausanne Trilogue Play* (LTP) (Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery 1999; Simonelli, Bighin e De Palo 2012).

Gli studi sull'attaccamento familiare e sul ruolo del padre nel periodo perinatale, quindi, costituiscono una guida utile per l'organizzazione di interventi di prevenzione e trattamento più efficaci che tengano conto del ruolo di entrambi i genitori e delle esigenze specifiche di sviluppo e le difficoltà psicologiche del bambino e della sua famiglia.

Bibliografia

1. Abramowitz, J., Moore, K., Carmin, C., Wiegartz, P.S. e Purdon C. (2001) Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*, 42(5):429-431.
2. Ainsworth, M.D.S. (1967) *Infancy in Uganda: infant care and the growth of attachment*, Baltimora, Johns Hopkins University Press.
3. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. e Wall, S. (1978) *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
4. Baldoni, F. (2010a) Attaccamento familiare, pericolo e adattamento. In L. Cena, A. Imbasciati e F. Baldoni (a cura di) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 90-107.
5. Baldoni F. (2010b) Attachment, danger and role of the father in family life span. *Transilvanian Journal of Psychology (Erdélyi Pszichológiai Szemle, EPSZ)*, 4:375-402.
6. Baldoni, F. (2010c) *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica*. Il Mulino, Bologna.
7. Baldoni, F. (2010d) Attachment relationships and psychosomatic development of the child in families with a preterm baby. A study in DMM perspective. *Atti 2nd Biennial Conference of the International Association for the Study of Attachment (IASA)* (St. John's College, Cambridge, UK, August 29-31 2010), pp. 1-15 (disponibile online www.iasa-dmm.org).

8. Baldoni, F., Baldaro, B. e Benassi, M. (2009) Affective disorders and illness behaviour in perinatal period: correlations between fathers and mothers. *Child Development & Disabilities*, XXXVI (3):25-44.
9. Baldoni, F., Ceccarelli, L. (2010) La depressione perinatale paterna. Una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza*, 9 (2):79-92.
10. Baldoni, F., Facondini, E., Minghetti, M., Romeo, N., Landini, A. e Crittenden, P.M. (2009). Family attachment and psychosomatic development in preterm-born children. *Panminerva Medica*, 51 (suppl. 1 to N.3):7.
11. Baldoni, F., Facondini, E., Romeo, N., Landini, A. e Crittenden, P.M. (2010) Precursori dell'attaccamento e adattamento di coppia nella famiglia con bambino nato pretermine: uno studio italiano. In L. Cena, A. Imbasciati & F. Baldoni (a cura di) *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 194-200.
12. Baldoni F., Facondini E., Romeo N, Minghetti M, Cena L., Landini A e Crittenden P (2011) Attachment forerunners, dyadic sensitivity and development of the child in families with a preterm born baby. *6th European AEPEA Congress on Psychopathology in Childhood and Adolescence* (Bologna 5-7 Maggio 2011), pp. 422-430.
13. Baldoni, F., Garutti, F., Baldaro, B., Gallinelli, A. e Facchinetti, F. (non pubblicato). Couple psychological suffering during IVF-ET procedure (in vitro fertilization and embryo transfer).
14. Baldoni, F., Minghetti, M., Facondini E. (2012). Trasmissione dell'attaccamento e Modello Dinamico-Maturativo. In L., Cena, A., Imbasciati e F., Baldoni (a cura di) *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori. La ricerca clinica per l'intervento*. Springer-Verlag, Milano, pp. 183-196.
15. Berlin LJ., Zeanah CH e Lieberman AF (2008) Programmi di prevenzione e intervento per sostenere la sicurezza dell'attaccamento in infanzia. In: Cassidy J, Shaver PR (a cura di) (2008) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 858-876].
16. Bowlby, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistok, London. [Trad. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina, Milano, 1982].
17. Bowlby, J. (1988) *A secure base*. Routledge, London. [Trad. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 1989].
18. Bradley, R. e Slade, P. (2011) A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29 (1):19-42.
19. Buist, A., Morse, C.A. e Durkin, S. (2002) First-time parenthood: influences on pre and postnatal adjustment in fathers and mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21:109-120.
20. Buist, A., Morse, C.A. e Durkin, S. (2003) Men's Adjustment to Fatherhood: Implications for Obstetric Health Care. *JOGNN*, 32:172-180.
21. Cabrera, N., Peters, H. (2000) *Public policies and father involvement*. *Marriage & Family Review*, 29:295-314.
22. Carli L. (a cura di) (1995) *Attaccamento e rapporto di coppia*. Raffaello Cortina, Milano.
23. Carli L. (a cura di) (1999) *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina, Milano.
24. Carli L., Cavanna D. e Zavattini G.C. (2009) *Psicologia della relazione di coppia. Modelli teorici e intervento clinico*. Il Mulino, Bologna.
25. Cassibba R e van IJzendoorn MH (a cura di) (2005) *L'intervento clinico basato sull'attaccamento*. Il Mulino, Bologna.

26. Condon, J.T., Boyce, P. e Corkindale, C.J. (2004) The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 150:56-64.
27. Cox, J.L. (1986) *Postnatal Depression: A guide for Health Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
28. Cox, J.L., Holden, J.M. e Sagovsky, R. (1987) *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*, in «British Journal of Psychiatry», 150: pp. 782-786.
29. Cox, J (2005) Postnatal depression in fathers. *The Lancet*, 366:982.
30. Crittenden, P.M. (1979-2007) *CARE-Index: Coding Manual*. Manuale non pubblicato, Miami, FL.
31. Crittenden, P.M. (2008a) *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*. Libreria Cortina, Milano.
32. Crittenden, P.M. (2008b) *Raising parents. Attachment, parenting and child safety*. Willan Publishing, Devon, UK.
33. Das-Eiden, R. e Leonard, K.E. (1996). Paternal alcohol use and the mother infant relationship. *Development and Psychopathology*, 8:307-323.
34. Delaisi de Parseval, G. (1981) *La part du père*. Seuil, Parigi.
35. Dollander, M. (2004). La dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(5):274-278.
36. Facondini, E., Baldoni, F., Russo, M.M. e Romeo, N. (2010) Il ruolo dello psicologo all'interno di un'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale. In L. Cena, A. Imbasciati e F. Baldoni (a cura di), *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile alle nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*. Springer Verlag, Milano, pp. 191-194.
37. Feeney, J.A. (2008) L'attaccamento romantico adulto. Gli sviluppi nello studio delle relazioni di coppia. In J., Cassidy e P.R. Shaver (a cura di) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 526-556].
38. Ferketich S.L., Mercer L.T. (1995) Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. *Nursing Research*, 44(1):31-37.
39. Fletcher, R.J., Matthey, S. e Marley, C.G. (2006) Addressing depression and anxiety among new fathers. *Medical Journal of Australia*, 185:461-463.
40. Fivaz-Depeursinge E e Corboz-Warnery A (1999) *Il triangolo primario*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
41. Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1):26-35.
42. Goodman, J.H. (2008) Influences of maternal postpartum depression on fathers and father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29(6):624-643.
43. Grossmann K (1997) Infant-father attachment relationship: Sensitive challenges during play with toddler is the pivotal feature. *Abstract Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*, Washington, DC.
44. Hanington, L., Heron, J., Stein, A. e Ramchandani, P. (2011) Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child Care and Health Development*, 37(4):549-609.
45. Harrison, M.J. e Magill-Evans, J. (1996) Mother and father Interactions over the first year with term and preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 19:451-459.
46. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ e van IJzendoorn MH (a cura di) (2007) *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention*. Erlbaum, Mahwah, NJ

47. Kaitz, M. e Katzir, D. (2004) Temporal changes in the affective experience of new fathers and their spouses. *Infant Mental Health Journal*, 25(6):540-555.
48. Kellner, R. (1981) *Abridged manual of the Symptom Questionnaire*. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico.
49. Luca, D. e Bydlowski, M. (2001). Dépression Paternelle et périnatalité. *Le CarnetPsy*, 67:28-33.
50. Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B. (2000) Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2):75-85.
51. Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. e Kavanagh, D.J. (2003) Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2):139-147.
52. Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J. e Howie, P. (2001) *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners*, in «Journal of Affective Disorders», 64, 2-3, pp. 175-184.
53. Matthey, S., Kavanagh, D.J., Howie, P., Barnett, B. e Charles, M. (2004) Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation on an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79:103-126.
54. Meighan, M., Davis, M.W., Thomas, S.P. e Droppleman, P.G. (1999) Living with postpartum depression: the father's experience. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 24(4):202-208.
55. Paulson, J.F. e Bazemore, S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
56. Pazzagli, A. e Benvenuti, P. (1996) Diventare padri: scompensi psicopatologici. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 14:123-134.
57. Pinheiro, K.A.T., da Cunha Coehlo, F.M., de Avila Quevedo, L., Jansen, K., de Mattos Souza, L., Oses, J.P., Lessa Horta, B., da Silva, R.A., da Silva, R.A. e Pinto, R.H. (2011) Paternal postpartum mood: bipolar episodes?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3):283-286.
58. Radloff, L.S. (1977) The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurements*, 1:385-401.
59. Schumacher, M., Zubaran, C. e White, G.L. (2008) Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21(2):65-70.
60. Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W. e Sjogren, B. (2004) In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(1):23-34.
61. Simonelli, A., Bighin, M. e De Palo, F. (2012) *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Raffaello Cortina, Milano.
62. Solantaus, T. e Salo, S (2005) Paternal Postnatal Depression: fathers emerge from the wings. *The Lancet*, 365:2158-2159.
63. Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K. e O'Brien, M. (1999) Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1):30-8.
64. Trethowan, W.H., Conlon, M.F. (1965) The couvade syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 111:57-66.
65. van IJzendoorn, M.H. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117: 387-403.
66. van IJzendoorn, M.H. e De Wolff, M.S. (1997) In search of the absent father – Meta-analyses of infant-father attachment. *Child Development*, 68 (4):604-609.
67. Whiffen, V. e Johnson, S. (1998). An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4):478-493.

68. Wilhelm, K. e Parker, G. (1994) Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine*, 24:97-111.
69. Winnicott, D.W. (1956) Primary maternal preoccupation. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. Hogarth Press, London, 1958. [Trad it. *La preoccupazione materna primaria*, in: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze, Martinelli, 1975, pp. 357-363].
70. Zeifman, D. e Hazan, C. (2008) I legami di coppia come attaccamenti. Rivalutazione dei dati. In J., Cassidy e P.R. Shaver (a cura di) *Handbook of attachment theory research and clinical applications* (second edition). Guilford Press, New York. [Trad. It. *Manuale dell'attaccamento: Teoria ricerca e applicazione clinica*. Giovanni Fioriti, Roma, 2010, pp. 502-525].
71. Zimmermann P. e Grossmann K.E. (1997) Attachment and adaptation in adolescence. In: W. Koops, J.B. Hoeksma, D.C. van den Boom (a cura di) *Development of interaction and attachment: traditional and non-traditional approaches*. North-Holland, Amsterdam, pp.281-282.

Per Corrispondenza:

Prof. Franco Baldoni

Laboratorio sulla Valutazione dell'Attaccamento
Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna
Via Berti Pichat, 5
40127 Bologna
franco.baldoni@unibo.it