

17. *La metodologia dell'osservazione nei primi mille giorni di vita: QUIT strumento per il clinico*

di *Loredana Cena, Alice Trainini*

17.1. Disturbi affettivi materni¹ ed effetti sul bambino

Le ricerche internazionali evidenziano come la depressione e l'ansia siano i disturbi affettivi prevalenti nel periodo perinatale: revisioni sistematiche rilevano una prevalenza di ansia prenatale del 22,9% (Dennis, 2017) e dal 13 al 40% nel periodo postnatale (Field, 2018), la prevalenza della depressione è del 17% nel periodo prenatale (Underwood *et al.*, 2017; Okagbue *et al.*, 2019) e del 17,7% nel postpartum (Vliegen, 2014; Hahn-Holbrook *et al.*, 2018).

Anche in Italia le ricerche riportano una prevalenza di ansia e depressione durante il periodo perinatale (Molgora *et al.*, 2018; Tambelli *et al.*, 2019): nel nostro recente studio “Screening e intervento precoce nelle sindromi di ansia e depressione perinatale. Promozione della salute mentale della madre-bambino-padre” (vedi capitoli dal 10 al 14) abbiamo rilevato una prevalenza della depressione del 6,4% durante la gravidanza e del 19,9% durante il periodo postnatale (Cena *et al.*, 2021a), l'ansia perinatale è risultata con una prevalenza del 24,3% (Cena *et al.*, 2020a).

I disturbi affettivi perinatali materni come la depressione (Waters, 2014; Parsons, 2012; Murray, 2009; Goodman, 2011) e l'ansia materna sono fattori di rischio per lo sviluppo del bambino (Rees, 2019; Paul *et al.*, 2013;

1. NdC: che la funzionalità della struttura affettiva materna condizioni lo sviluppo fisico e neuromentale del bimbo è sempre stata nota. La medicalizzazione delle nostre Organizzazioni sanitarie a lungo l'ha celata e tuttora la considera soltanto per quelle situazioni materne e familiari che possono rientrare sotto il concetto medicalistico di patologia (vedi cap. 1, 2, 3), con i relativi sottostanti pregiudizi (www.imbasciati.it posts) consacrati dall'Istituzione. Di qui l'attenzione alle procedure della “osservazione”. Questa situazione sanitaria sembra comunque muoversi grazie alla conoscenza degli attuali studi sulla costruzione del cervello individuale nella prima infanzia (“I primi mille giorni di vita”).

Manzari *et al.*, 2019): lo sviluppo neuromentale del figlio nei primi mille giorni di vita è particolarmente vulnerabile allo stato di salute psicofisica della madre e del padre (Imbasciati, Cena, 2018). È stata rilevata una associazione tra disturbi affettivi materni ed effetti avversi sul feto (Leis, 2014): durante la gravidanza, la depressione e l'ansia aumentano i livelli di cortisolo materno e influiscono negativamente sullo sviluppo fetale (Dunkel-Schetter, Tanner, 2012; Stein, 2014; O'Connor, 2014; Brittain, 2015; Glover, 2015); persistenti effetti avversi dell'umore materno in gravidanza possono portare a rischi di psicopatologie nel bambino (O'Donnell, 2014). La ricerca empirica ha messo in evidenza come anche nel periodo del postpartum i disturbi affettivi della madre comportino altrettanti esiti negativi per lo sviluppo del bambino (Parsons 2012; Barker *et al.*, 2011; Ierardi, 2018; Vismara *et al.*, 2020).

L'influenza della depressione materna sullo sviluppo dei bambini non dovrebbe essere considerata lineare o diretta (Dix *et al.*, 2014; Goodman, *et al.*, 1999; Piallini, *et al.*, 2016): uno studio meta-analitico ha evidenziato l'importanza di identificare potenziali moderatori, che spiegano la forza di questa associazione e i diversi rischi di esiti avversi nei bambini di madri depresse (Goodman *et al.*, 2011). La depressione materna durante il periodo prenatale è stata collegata a uno scarso controllo motorio neonatale (Field, 2010) e uno scarso sviluppo motorio, con un ritardo e una compromissione della deambulazione nei figli durante il primo anno di vita (Cornish, *et al.*, 2005) sono stati rilevati nei casi di depressione materna dopo il parto (Black *et al.*, 2007; Nasreen *et al.*, 2013): alla nascita se la qualità delle cure genitoriali è ridotta e le madri forniscono livelli di stimolazione inadeguati durante i primi scambi interattivi con il figlio (Black *et al.*, 2007), con una minore attenzione e sensibilità verso i suoi segnali (Nasreen *et al.*, 2013), il bimbo non potrà utilizzare la madre come partner interattivo per il suo sviluppo.

La depressione materna postnatale ha effetti negativi sulla "qualità" sia della care genitoriale, sia dell'interazione diadica madre-bambino (Field, 2010; Stein, 2012): le interazioni tra le madri con depressione postnatale e i loro figli sono caratterizzate prevalentemente da una ridotta frequenza di espressioni facciali positive e turni contingenti, anche durante i pasti (Ammaniti *et al.*, 2012); la qualità delle interazioni alimentari tra genitori e figli nei primi anni di vita viene considerata un aspetto importante delle esperienze relazionali, con conseguenze per lo sviluppo adattativo o disadattivo del bambino (Field *et al.*, 2006). Una relazione negativa con i genitori può suscitare emozioni e reazioni avverse nei bambini, con la manifestazione di disturbi del sonno (Sorondo, 2015; Jian, 2016) e della alimentazione (Wachs, 2008; Fallon *et al.*, 2016): durante l'alimentazione o il

gioco la qualità delle interazioni genitore-bambino dipende dalla capacità del genitore di adattare e modulare le caratteristiche specifiche del bambino, come il suo temperamento, il suo comportamento e nel complesso il suo funzionamento psicologico (Stern, 1995; Cerniglia *et al.*, 2014a).

La ricerca internazionale ha prevalentemente esaminato le possibili conseguenze sul funzionamento adattativo del bambino e sulla relazione madre-bambino (Korja *et al.*, 2008) della gravità dei sintomi psicopatologici della madre associati a una diagnosi di depressione postnatale (Sutter-Dallay *et al.*, 2011); gli esiti disadattivi nei figli di madri con depressione postnatale possono essere collegati anche a interazioni padre-bambino caratterizzate da asincronia, scarso coinvolgimento e assenza di condivisione di legami affettivi positivi (Dietz *et al.*, 2009; Beebe *et al.*, 2012). In letteratura diversi studi suggeriscono che le difficoltà emotivo-adattative nelle interazioni dei genitori con bambini (es., durante il gioco o i pasti) le cui madri hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica possono essere influenzate anche dalla gravità di sintomi psicopatologici nel padre (Pinquart, Teubert, 2012), anche se sono ancora pochi gli studi che hanno esaminato gli effetti della depressione paterna sullo sviluppo del bambino (Paulson, Bazemore, 2010; Cimino *et al.*, 2014; Baldoni, Giannotti, 2017).

La depressione nelle madri e nei padri può influenzare la qualità delle interazioni genitore-figlio e si manifesta come difficoltà ad affrontare il ruolo genitoriale: le madri depresse sono meno reattive ai bisogni e ai segnali dei loro figli (Tronick, Weinberg, 1997) e possono essere rilevati scambi affettivi negativi, invadenti, ritirati o meno sensibili (Murray *et al.*, 1996; Santona *et al.*, 2015). Sono stati descritti anche esiti clinici nei bambini di madri depresse, in termini di un aumento del rischio di depressione, ansia e comportamenti dirompenti nei figli (Pilowsky *et al.*, 2006). Le ricerche che hanno posto l'attenzione sulla diagnosi di depressione postnatale nelle madri segnalano che le madri che manifestano un'interazione ritirata con i loro bambini hanno una maggiore probabilità di avere figli con un funzionamento interiorizzante, caratterizzato da ritiro, ansia e lamentele somatiche; viceversa i comportamenti intrusivi delle madri depresse possono essere associati a una prevalenza di sindromi esternalizzanti nel bambino e a comportamenti aggressivi (Goodman *et al.*, 2011, 2015).

Secondo il modello Neurobiologico (Feldman, 2016), i disturbi affettivi materni hanno conseguenze negative non solo sugli stati affettivi del bambino (Prenoveau, 2017) ma anche sulla sua capacità di autoregolazione (Muzik, 2010). La depressione può indebolire le capacità dei genitori di regolare le emozioni dei propri figli (Lovejoy *et al.*, 2000; Dix, 2014): le madri depresse tendono a mostrare maggiori emozioni negative e difficoltà nella regolazione delle emozioni, pertanto è più probabile che reagisca-

no negativamente all'emoività negativa dei loro bambini. Le differenze nella vita affettiva dei bambini a 3-6 mesi di età, attraverso valutazioni dell'interazione madre-bambino, possono fornire un indice di come si sta sviluppando la relazione; è stato inoltre suggerito che tali dati possono essere associati con dati che descrivono esperienze affettive negative e comportamenti di autoregolazione, per predire la qualità dell'attaccamento genitore-figlio a 12 mesi di età (Tronick *et al.*, 1982; Cohn *et al.*, 1991; Braungart-Rieker *et al.*, 2001). Le difficoltà della madre con depressione postnatale di stabilire una relazione sintonica con il figlio può contribuire allo sviluppo di schemi di attaccamento insicuri nel bambino (Madigan *et al.*, 2007), ritardi nel suo sviluppo emotivo, cognitivo e del comportamento sociale (Field, 1995; Grace *et al.*, 2003; Tronick, Reck, 2009; Cerniglia *et al.*, 2014b).

L'ansia materna postnatale può avere effetti negativi sulla qualità del primo legame genitore-bambino (Field, 2018) che possono manifestarsi con difficoltà nella alimentazione, a iniziare dall'allattamento al seno; le ricerche internazionali segnalano anche esiti poco positivi sullo sviluppo cognitivo del bambino (Ali *et al.*, 2013). Le conseguenze sullo sviluppo del bambino dell'ansia (Pickles, 2016; Loomans, 2011) e della depressione materna (Apter-Levy, 2013) vengono rilevate purtroppo a lungo termine (Murray, 2010; Glasheen *et al.*, 2013): studi longitudinali indicano come la depressione materna si manifesti con interazioni genitore-bambino disadattative/disfunzionali ed effetti nefasti sullo sviluppo socioemotivo e sul funzionamento neurocognitivo del bambino, fino all'età scolare (Apter-Levy *et al.*, 2013; Bernard-Bonnin, 2004) e oltre in preadolescenza e adolescenza (Vieno *et al.*, 2008; Plant *et al.*, 2015; Tirumalaraju *et al.*, 2020).

L'emoività positiva e negativa nel bambino vengono considerate espressioni del temperamento (Nasreen, 2013; Jover *et al.*, 2014) e le differenze individuali nella reattività infantile e nell'autoregolazione vengono indicate come variabili del temperamento infantile (Shiner, 2012; Rothbart *et al.*, 2006; Britton, 2011). Il temperamento di un bambino è definito come un insieme di differenze individuali nella reattività e nell'autoregolazione delle emozioni, dell'attività e dell'attenzione (Feldman *et al.*, 2016; Rothbart *et al.*, 2006). Secondo il modello di Rothbart (1989), tre fattori definiscono il temperamento di un bambino, vale a dire urgenza/estroversione, affetto negativo e controllo faticoso (Rothbart *et al.*, 1995). Nel modello di Rothbart l'emoività negativa e le capacità di regolazione delle emozioni implicano differenze individuali nella paura, frustrazione e sensibilità ai segnali ambientali negativi; l'emoività negativa è stata spesso associata a problemi interiorizzanti ed esternalizzanti (Lemery *et al.*, 2002; Lengua *et al.*, 2000).

I disturbi affettivi perinatali materni avrebbero un impatto sul temperamento del bambino (Rothbarth, 2006; Bruder-Costello, 2007; Haningtonm, 2010) così come il temperamento infantile viene ritenuto responsabile della variabilità delle conseguenze della depressione materna (Downey *et al.*, 1990); il temperamento infantile modererebbe l'effetto della depressione materna sulla crescita infantile (Wachs, 2008). I ricercatori hanno sottolineato i ruoli interdipendenti dello stato mentale materno con i tratti caratteriali del bambino: le madri di bambini imprevedibili avrebbero maggiori probabilità di essere depresse rispetto alle madri di bambini prevedibili (Santona *et al.*, 2015).

Altri studi presentano un'associazione tra depressione postnatale e temperamento infantile (Tambelli, 2015): vengono percepite maggiori difficoltà temperamentali nei figli di madri che hanno depressione postpartum e questi risultati sono in linea con studi precedenti che hanno evidenziato caratteristiche temperamentali più complicate nei figli di genitori depressi (Cutrona, Troutman, 1986; Beck, 1996; Bruder-Costello *et al.*, 2007). La depressione materna può influenzare la percezione del genitore rispetto al temperamento del proprio bambino (Murray, Cooper, 2003; Hanington *et al.*, 2010): i fattori temperamentali nei bambini (come percepiti dai genitori) possono interagire con i problemi emotivi dei genitori e contribuire all'insorgere di difficoltà psicologiche nei bambini e allo sviluppo di difficoltà nelle relazioni con entrambi i genitori (Klein *et al.*, 2009).

Sebbene la depressione materna diminuisca la qualità della care genitoriale (Black *et al.*, 2007), un temperamento facile potrebbe rendere la comunicazione del bambino più chiara e piacevole per la madre (Murray *et al.*, 1996; Nasreen *et al.*, 2013). L'emotività positiva di un bambino alimenta scambi interattivi più positivi con lei, riducendo la quantità e la durata delle interazioni stressanti (Putnam, 2008), di conseguenza, la care genitoriale con un bambino che manifesta minore emotività negativa potrà essere meno impegnativa, consentendo di modulare l'influenza della depressione materna.

Uno studio (Sacchi, 2018) che ha esplorato l'interconnessione del temperamento sullo sviluppo motorio del bambino ha evidenziato un effetto differenziale della depressione materna sullo sviluppo motorio del bambino nel tempo: la depressione materna può essere un fattore di rischio di compromissione dello sviluppo motorio nei bambini, con impatti diversi nei primi due anni di vita. I bambini con elevata negatività sarebbero più suscettibili agli stati emotivi materni; quando la depressione materna è elevata è probabile che i bambini risentano di un effetto dannoso sullo sviluppo motorio nel tempo, mentre una traiettoria di sviluppo positiva significativa è stata rilevata ad esempio con un'elevata emotività negativa e madri non

depressive. Nel complesso i risultati sembrano suggerire che, all'aumentare dell'emotività negativa, lo sviluppo motorio dei bambini sia più vulnerabile agli effetti della depressione materna e i risultati sono in linea con il presupposto che una disposizione temperamentale all'emotività negativa renda i bambini più suscettibili agli effetti della depressione materna (Dix *et al.*, 2014). Ciò suggerisce che questo tratto caratteriale costituisca una vulnerabilità individuale, quando l'ambiente del bambino è sfavorevole (Belsky *et al.*, 2009): una possibile spiegazione è che, quando la madre non è depressa, l'emotività negativa del bambino può venire da lei moderata, attraverso interazioni e stimoli più positivi, forniti durante gli scambi quotidiani (Trockick, Weinberg, 1997; Murray *et al.*, 1996); la madre potrà contenere un'elevata emotività negativa del bambino durante la sua esplorazione motoria e attraverso il supporto materno il bimbo potrà sentirsi più sicuro nei suoi tentativi di dirigersi verso oggetti e spazi, modulando le sue reazioni e/o emozioni negative durante esperienze frustranti nei tentativi di raggiungere gli oggetti o cercando di mantenere una posizione equilibrata spostandosi nello spazio.

La presenza di un temperamento difficile risulta dunque essere un fattore di rischio nello sviluppo motorio dei bambini (Nasreen *et al.*, 2013), in relazione con le difficoltà materne nell'affrontare questo aspetto durante i primi anni di vita del figlio: una grande variabilità nel ritardo e nel raggiungimento delle tappe motorie nei primi anni di vita si evidenzia tuttavia sia per l'influenza delle variabili genetiche/innate che contestuali (es. stato socioeconomico, interazioni genitore-figlio). La crescita motoria è implicata in diversi disturbi dello sviluppo neurologico, come i disturbi dello spettro autistico (McCleery *et al.*, 2013) e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Kaiser *et al.*, 2015; Vasserman *et al.*, 2014), pertanto è utile indagare l'effetto dello stato emotivo materno sullo sviluppo psicomotorio e il temperamento del bambino. Uno screening della vulnerabilità temperamentale, con osservazioni cliniche dirette, dovrebbe essere incluso nel monitoraggio della salute nella prima infanzia, per consentire la prevenzione di psicopatologie perinatali e attivare interventi precoci a sostegno della genitorialità.

17.2. La metodologia dell'osservazione del bambino nei primi mille giorni di vita, a supporto della genitorialità

L'osservazione è tra i metodi scientifici quello più utilizzato nell'ambito della ricerca e della clinica psicologica nella prima infanzia, per conoscere e valutare lo sviluppo del bambino nella relazione con i suoi

genitori, a partire dal periodo prenatale (Imbasciati, Cena, 2010). La metodologia dell'osservazione in Psicologia Clinica Perinatale è stata da noi trattata in diversi contributi specifici, a cui si rimanda (Imbasciati, Cena, 2015, cap. 11, vol. 2).

L'osservazione nei primi mille giorni di vita ha obiettivi prevalentemente descrittivi piuttosto che esplicativi: quanto più i bambini sono piccoli, meno possibilità hanno di descrivere i loro comportamenti e spesso gli stessi resoconti retrospettivi dei genitori sono incompleti ed è pertanto necessaria una osservazione attenta e sistematica, condotta secondo modalità scientifiche, per una adeguata conoscenza dell'oggetto di studio. Il bambino è un "oggetto di studio" completamente differente da quelli delle scienze della natura e questo rende il fenomeno nella sua complessità. La complessità implica che il feto/bambino venga osservato non solo come soggetto nel suo individuale sviluppo, ma come "essere relazionale" in interazione con i suoi genitori.

Lo studio dello sviluppo del feto/bambino nella vita prenatale ha avuto una notevole progressione a seguito dell'utilizzo delle tecniche ecografiche a ultrasuoni che in questi ultimi cinquant'anni (Löwy, 2014) hanno consentito l'osservazione in tempo reale dell'attività spontanea fetale e delle sue reazioni alle più diverse stimolazioni ambientali (Piontelli, 1992; Negri *et al.*, 1990). La ricerca in questo settore ha avuto un impulso notevole dopo la seconda metà del secolo scorso e ha permesso di rilevare le competenze fetali, percettive e mnestiche attraverso prospettive di studio differenti (Rascovsky, 1977; Laing, 1978; Bertini, 1978; Chamberlain, 1988; De Casper, Fifer, 1980; Ianniruberto, Tajani, 1981; Milani Comparetti, 1981; Hepper, 1988; Mancina, 1982; Pasini *et al.*, 1989; Righetti, 2001, 2003).

In Psicologia dello sviluppo le prime osservazioni continuative e sistematiche del neonato e poi del bambino sono state prevalentemente individuali (Piaget, 1926): l'attenzione dell'osservatore si è rivolta principalmente al "singolo" soggetto. È stata la Psicoanalisi che ha iniziato a riconoscere l'importanza di focalizzare l'osservazione non solo sugli aspetti individuali, intrapsichici dello sviluppo del bambino, ma di allargare il focus dell'attenzione anche agli aspetti interpersonali, osservando in modo diretto le relazioni del bambino piccolo con i suoi genitori (Imbasciati, Cena, 2010). Ferenczi (1927, 1929, 1932) è stato uno dei primi psicoanalisti che ha evidenziato come il neonato sia dotato dalla nascita di una predisposizione alla relazione con la madre e ha indicato di studiare i processi mentali che guidano la relazione del genitore rispetto al bambino sottolineando l'importanza della relazionalità e delle particolari disposizioni mentali dei genitori, dando origine a prospettive di ricerca nuove sullo sviluppo relazionale del neonato, soprattutto rispetto alle trasmissioni intergenerazionali

dei modelli relazionali e di comunicazione delle emozioni dal genitore al figlio, processi che si sono dimostrati poi un'area di ricerca integrativa interessante tra i diversi orientamenti clinici. Spitz (1945) ha evidenziato l'importanza della osservazione del contesto relazionale in cui si sviluppano le strutture psichiche infantili; con la Klein, Balint, Fairbairn, Winnicott, Bion la psicoanalisi elabora i contributi più importanti all'evoluzione di un modello osservativo, contemporaneamente ai contributi della Anna Freud e successivamente della Mahler (Mahler *et al.*, 1975). Klein (1921-1958) accanto al modello clinico, utilizza l'osservazione diretta del bambino e delle sue relazioni, Ester Bick (1964) e la Harris (1980) applicano questi principi teorici alla rigorosa metodologia nell'Infant Observation, con una svolta decisiva nella metodologia della osservazione del bambino molto piccolo. L'Infant Observation è una osservazione del bambino nel suo ambiente e diventa una metodologia elettiva in psicoanalisi e in psicologia clinica perinatale in quanto consente una osservazione dello sviluppo affettivo e mentale del neonato e dell'infante nella relazione con la madre: l'osservatore può seguire l'evoluzione dell'unicità di questa relazione che si struttura all'interno della diade (cfr. cap. 21).

La modalità di osservazione della relazione del bambino con la sua mamma viene utilizzata sistematicamente nella pratica clinica dal pediatra e psicoanalista Winnicott (1941) che considera la diade madre-bambino come una "unità" e come tale va osservata per essere veramente compresa nella complessità delle sue manifestazioni: il focus della osservazione del clinico deve rivolgersi ai processi della interazione di questa "unità diadica".

Le osservazioni sperimentali condotte nell'ambito dell'Infant Research, prevalentemente in laboratorio, hanno introdotto strumentazioni sofisticate che consentono di registrare e codificare micro-unità di interazione, tra i neonati e i loro caregiver, per cui è possibile rivedere le videosservazioni delle interazioni bambino-caregivers in momenti diversi e da diversi osservatori (Meltzoff, Moore, 1977; Trevarthen, 1979; Tronick *et al.*, 1978; Cohn, Tronick, 1987; Fogel, 1982; Sander, 1962; Brazelton, Als, 1979; Beebe, Lachmann, 1988; Stern, 1971, 1974).

Con la Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969-1982, 1973, 1980) le allieve di Bowlby, Mary Ainsworth e Patricia Crittenden, hanno sviluppato nuovi strumenti per osservare e valutare le primissime interazioni bambino-caregiver, e forniscono evidenze sperimentali di come la psiche infantile si organizzi e si modelli nelle relazioni che il bambino instaura con le figure affettive di riferimento.

Secondo un più recente approccio integrato tra le teorie dell'Attaccamento, dell'Infant Research e della Psicoanalisi (Fonagy, 2001), la relazione bambino-genitore costituisce la base per lo sviluppo della psiche

infantile: l'investimento affettivo del genitore passa attraverso scambi comunicativi a formare il primo Sé del bimbo. I diversi approcci teorici convergono dunque nel ritenere che una psicopatologia infantile non sia da considerarsi generata solo nell'infante: i problemi di sviluppo psicofisico nel bambino vanno ricercati all'interno della relazione con le figure affettive di riferimento, i caregivers, che si prendono cura di lui. Diventa fondamentale l'osservazione di un "bambino relazionale", all'interno della rete interattiva che lo circonda (Imbasciati, Cena, 2010): l'elemento centrale nella valutazione è l'osservazione della qualità delle prime relazioni e dell'ambiente affettivo in cui ha luogo la crescita psicologica del bambino.

Diversi possono essere gli obiettivi e le modalità di una osservazione clinica perinatale. L'osservazione può avere finalità conoscitive di studio e cliniche con specificità di metodi e strumenti: osservare un neonato o ancor più precocemente un feto in utero è importante per comprenderne lo sviluppo; l'osservazione clinica è indispensabile nella consultazione e nell'intervento terapeutico. Questi due ambiti di studio, quello della ricerca e quello clinico, devono integrarsi per consentire all'osservatore di raggiungere una conoscenza sempre più adeguata del feto/neonato/bambino e delle relazioni con i suoi genitori.

L'osservazione non è di per sé "obiettiva" e non è una registrazione diretta e fedele della realtà, ma è esposta al rischio della soggettività dell'osservatore, della parzialità e agli errori o distorsioni che ne derivano. "Osservare non è interpretare la realtà, ma un momento intermedio tra la percezione del fenomeno e la sua interpretazione" (Imbasciati, Cena 2015, p. 195); analogamente alla percezione, l'osservazione è un processo che risente di fattori soggettivi. La ricerca di una obiettività è relativa alle procedure rigorose del metodo e per essere scientifica la metodologia della osservazione implica modalità diverse dal semplice "guardare", comporta un processo selettivo, va circoscritta a un campo delimitato di ricerca e deve essere orientata da idee, ipotesi, teorie e strumenti. È necessario l'utilizzo di procedure controllate, sistematiche, ripetibili e comunicabili. Durata, frequenza delle osservazioni e strumenti usati per registrare i dati osservati dipendono dall'approccio teorico di riferimento.

"L'osservazione clinica perinatale non può essere casuale ma deve essere programmata e inserita in un progetto con riferimento a un modello esplicativo teorico in cui siano controllati i procedimenti da seguire" (*ibidem*, p. 196). I dati vanno registrati in modo sistematico, attraverso strumenti affidabili e standardizzati. Le procedure dal punto di vista metodologico devono essere ripetibili da altri osservatori e i risultati comunicabili, secondo parametri obiettivi.

Contesto dell'osservazione, ruolo dell'osservatore e dell'osservato (il bambino e i suoi caregivers) possono variare a seconda del modello teorico di riferimento. Il contesto in cui si svolge l'osservazione ha una sua particolare importanza in quanto può essere naturale, semistrutturato o strutturato, a seconda se vengono inserite e controllate alcune variabili per avere parametri di confronto uniformi. L'osservazione in un contesto naturale è stata una delle prime metodologie utilizzate dalla psicologia dello sviluppo e dalla psicoanalisi: i bambini e i loro caregivers (Imbasciati, Cena, 2010) vengono osservati nel loro ambiente naturale, in contesti di vita quotidiana. Successivamente la Psicologia cognitivista, comportamentista, la Teoria dell'Attaccamento, l'Infant Research e l'approccio sistemico hanno sviluppato altre metodologie osservative in contesti di tipo sperimentale, in cui si può osservare il soggetto e la sua relazione diadica o triadica, in laboratorio, attraverso l'introduzione di alcune variabili che aiutano il clinico e il ricercatore a studiare fenomeni che altrimenti sarebbe più difficile rilevare solo attraverso l'osservazione naturalistica.

Ciò che caratterizza l'osservazione è la relazione osservatore-osservato: si avrà una osservazione partecipante quando vi è coinvolgimento dell'osservatore nei confronti dei soggetti che vengono osservati, cioè quando l'osservatore è parte integrante del contesto osservativo; l'osservazione non partecipante comporta che l'osservatore utilizzi mezzi tecnici, come lo specchio unidirezionale.

L'osservazione può essere condotta con modalità dirette e indirette: nell'osservazione diretta i comportamenti vengono studiati durante il loro svolgersi e i dati raccolti costituiscono la base su cui si potranno fare riflessioni. Un problema da affrontare, relativamente alla relazione osservatore-osservato e all'effetto dell'osservatore sui soggetti da osservare, riguarda le possibili distorsioni provocate dall'osservatore nel contesto e la validità e rappresentatività dei dati raccolti. È importante tenere presente che la "mente" dell'osservatore è il suo principale strumento di osservazione e per questo motivo può essere costantemente esposta alla sua soggettività; la Psicoanalisi con l'Infant Observation ha introdotto modalità specifiche per controllare le variabili emotivo-affettive del contesto e dei soggetti coinvolti (cfr. cap. 21).

Nell'osservazione indiretta le informazioni vengono raccolte basandosi su dati e resoconti dei genitori-caregivers; tra l'oggetto di studio (il bambino) e i dati raccolti c'è il soggetto (genitori/caregivers) e il suo modo di rappresentarsi e percepire la realtà. L'osservazione indiretta può avvalersi dell'uso di strumenti quali questionari o interviste che consentono di raccogliere dati dagli adulti (genitori, educatori, caregiver) sul comportamento e le capacità dei loro bambini.

17.3. Strumenti per l'osservazione della relazione genitore-bambino e dello sviluppo neuromentale dell'infante: modalità applicative

Diversi sono gli strumenti utilizzati per registrare i dati delle osservazioni, a seconda del vertice teorico di riferimento (Imbasciati, Cena, 2010). Nelle nostre ricerche in Psicologia Clinica Perinatale osserviamo la relazione genitore-bambino e lo sviluppo del bambino utilizzando diversi strumenti per l'assessment, alcuni sono già stati presentati nei precedenti volumi.

L'Infant Observation consente di osservare l'evoluzione della relazione madre-bambino nel tempo: l'osservatore deve seguire una rigorosa procedura di formazione e poi mantenere un determinato setting e protocolli di osservazione nella registrazione delle osservazioni delle interazioni diadiche (cfr. cap. 21).

Tra gli strumenti della Teoria dell'Attaccamento, le attuali strumentazioni tecnologiche permettono di registrare l'osservazione della relazione neonato-caregiver nel momento in cui si verifica, attraverso una procedura di video-osservazione, che consente di rivedere i filmati da più osservatori e in momenti diversi. Il *Child Adult Relationship Experimental Index* (CARE-Index), costruito da Patricia Crittenden (1988, 1994) è uno strumento da noi utilizzato nella ricerca e nella clinica per valutare la qualità della interazione diadica osservata tra il bambino e i suoi caregivers, dalla nascita fino ai 36 mesi di vita del bimbo (cap. 3, Parte II, Bertaccini, Nucini in Imbasciati, Cena, 2015).

Il CARE-Index è uno strumento di valutazione delle “caratteristiche diadiche associate all'attaccamento” (Crittenden, 2004) e si inserisce nella cornice teorica del Modello Dinamico-Maturativo formulato dalla stessa Crittenden (DMM; Crittenden, 1994, 1997, 1999), consentendo di rilevare l'interazione adulto-bambino attraverso la videoregistrazione di una interazione diadica di gioco della durata di circa 3-5 minuti. La procedura può essere svolta in qualsiasi contesto: a casa, in clinica o in un laboratorio di ricerca. L'osservazione deve essere organizzata e predisposta dal ricercatore per favorire una condizione relazionale il più naturale possibile tra il genitore e il bambino. La procedura seguita nella video-osservazione con il CARE-Index si focalizza sulla relazione, non sui singoli individui, il bambino o il genitore, ma nello spazio in cui essi si trovano a interagire (Bertaccini, 2014), sulle configurazioni interattive del bambino con i suoi caregivers. Il costrutto principale del CARE-Index è la sensibilità (*sensitivity*) adulta ai segnali del neonato/bambino, attorno a cui si struttura il sistema di codifica dello strumento: anche se può sembrare una peculiarità individuale del caregiver, la sensibilità viene considerata come un “co-

strutto diadico” e valutata come caratteristica specifica di quella relazione. Nell’interazione caregiver-bambino viene individuato come “sensibile” ogni comportamento adulto che evidenzia uno stato di benessere e piacere nel bimbo, con una riduzione del suo stato di disagio. Un caregiver è considerato tanto più sensibile quanto più riesce a comprendere e a rispondere in modo adeguato alle “specifiche caratteristiche individuali di quel bambino” (Crittenden, 2004).

La sensibilità materna è un costrutto complesso che è stato valutato in diversi ambiti di ricerca, come caratterizzato da una dimensione intersoggettiva, regolatoria e trasformativa, legata alla capacità di mentalizzazione e ad alcuni fattori ambientali di facilitazione (Lambruschi, Lionetti, 2015). La capacità della madre di riconoscere nel suo bambino una mente in grado di pensare le consente di interpretare adeguatamente i segnali del bambino e di attribuirgli una intenzione: questi aspetti possono essere considerati un prerequisito della sensibilità materna (Meins, 2013), che promuove una responsività e favorisce fiducia, conforto e autoregolazione nel bambino (Riva Crugnola *et al.*, 2018).

Lo strumento offre una ricca fenomenologia di indici di comportamento che permettono una interessante analisi qualitativa (Muzi *et al.*, 2022). Gli indicatori del comportamento interattivo da osservare sono: l’espressione del volto, l’espressione/tono della voce, la posizione e il contatto corporeo, l’espressione di affetto, la successione dei turni all’interno delle fasi di gioco, il controllo del genitore, la scelta e l’appropriatezza dell’attività proposta dal genitore. La Crittenden specifica che, a seconda dell’età del bambino, è possibile osservare aspetti particolari della relazione con il genitore: nei primi 3 mesi di vita si osserva una sincronia fisiologica nella relazione genitore-bambino e la capacità del genitore di confortare il bambino; dai 3 ai 6 mesi, l’attenzione va posta sulla successione dei turni di attività e sul piacere condiviso da entrambi nella relazione; dai 6 ai 9 mesi si osservano le sequenze di gioco diadico che genitore e bambino creano insieme; dai 9 ai 12 mesi è interessante rilevare lo scambio comunicativo e l’attenzione condivisa nel gioco che in questo periodo dello sviluppo presenta sequenze più organizzate; dai 12 ai 15 mesi si deve prestare attenzione all’uso di parole e ai gesti nel gioco; dai 15 ai 24 mesi si osserva il gioco con gli oggetti e i negoziati non verbali sulle eventuali divergenze; a circa 30 mesi va considerata la mediazione linguistica del gioco e la negoziazione sia dei progetti sia delle divergenze nei desideri. Possono essere rilevati diversi profili qualitativi di funzionamento interattivo, definiti attraverso sette scale: tre per l’adulto (sensibilità, controllo e non responsività) e quattro per il bambino (cooperazione, difficoltà, compulsività e passività). La valutazione dello stile interattivo della diade avviene osservando i comportamenti nei

termini della funzione che essi rivestono nel contesto della diade che interagisce in un certo contesto e in un dato momento. Il comportamento del genitore non viene valutato isolatamente, ma nella sequenza temporale dei comportamenti con il bambino. Gli indicatori vanno considerati non in termini descrittivi, ma secondo la funzione che il comportamento del genitore viene ad avere per l'interazione della diade (Bertaccini, 2014).

Il CARE-Index consente una valutazione della relazione primaria per individuare situazioni relazionali a rischio, non adeguate o addirittura dannose per lo sviluppo del bambino, nell'intento di attivare interventi precoci per la diade in difficoltà (Imbasciati, Cena, 2010). Le video-osservazioni possono essere utilizzate nell'assessment per la valutazione della qualità della relazione genitore-bambino; negli interventi precoci, attraverso la procedura di video-feedback il genitore potrà rivedere il filmato con lo psicoterapeuta che lo supporterà nella comprensione del suo comportamento nella relazione con il figlio. Lo psicoterapeuta ha la possibilità di sostenere la genitorialità utilizzando il video-feedback nel colloquio clinico e aiutare il genitore ad affinare le proprie capacità osservative interpersonali per migliorare la qualità della relazione con il suo bambino. Il clinico dovrà innanzitutto mettere in evidenza gli aspetti positivi della comunicazione e del comportamento del genitore con il figlio e cercare il senso più profondo, quello affettivo, degli eventuali segni di sofferenza mostrati dal bambino e dal genitore, per cogliere la qualità specifica dello "stare in relazione" che quel bambino e quei genitori riescono a esprimere. Il processo valutativo attraverso l'osservazione diretta della relazione bambino-genitori comporta la comprensione del possibile itinerario dello sviluppo del bambino e la qualità del legame con le sue figure d'attaccamento (Bertaccini, 2014).

Il CARE-Index è stato applicato in diversi contesti culturali ed è stata dimostrata la sua validità al di là delle differenze esistenti tra le varie culture (Crittenden, Claussen, 2002a,b): può essere impiegato come strumento di screening in ambito di ricerca per individuare relazioni a rischio, anche nelle popolazioni più vulnerabili, come madri adolescenti (Pasquette *et al.*, 2001), madri che fanno uso di stupefacenti (Ciotti *et al.*, 1998), madri con disordini mentali (Hughes, 1993; Leadbeater *et al.*, 1996; Mullick *et al.*, 2001), bambini con handicap (Crittenden, Bonvillian, 1984; Rauh, Calvet-Kruppa, 2001), famiglie maltrattanti (Crittenden, 1988; Crittenden, DiLalla, 1988; Crittenden, 1992; Ward *et al.*, 1993; Leadbeater, Bishop, 1994; Jacobsen, Miller, 1998).

L'utilizzo del CARE-Index da parte di figure multiprofessionali (psicologi, pediatri, psicoterapeuti) e la codifica dei dati osservativi necessita di un rigoroso training di formazione che deve essere effettuato da formatori esperti, collaboratori della Crittenden; le videoregistrazioni delle intera-

zioni diadiche devono essere analizzate seguendo una procedura precisa e dettagliata, che può essere condotta solo da codificatori formati attraverso specifici corsi di addestramento, controllato dalla supervisione di un gruppo scientifico internazionale.

Un altro strumento di osservazione per la valutazione dello sviluppo del bambino e delle competenze neonatali è la *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), sviluppata dal pediatra e psichiatra infantile statunitense Brazelton (1973). Questo strumento standardizzato, che nel corso degli anni ha avuto diverse edizioni (Brazelton, Nugent, 1995), svolge una funzione molto utile per il clinico anche nel supporto al ruolo genitoriale. Il neonato viene considerato predisposto a interagire attivamente e in modo propositivo con l'ambiente, con la madre/caregiver e con le altre persone che si prendono cura di lui; è considerato in grado di evocare il tipo di accudimento necessario alla propria sopravvivenza, evitare o rispondere agli stimoli e controllare i livelli di stimolazione attraverso il cambiamento degli stati comportamentali; viene riconosciuto al neonato/bambino un ruolo attivo nel determinare le caratteristiche delle relazioni con i genitori.

Lo studio delle competenze neonatali e l'osservazione condotta secondo la metodologia di Brazelton ha l'obiettivo di aiutare i genitori a una migliore comprensione del proprio bambino nonché di prevenire possibili distorsioni osservazionali e relazionali genitore-bambino: il neonato viene osservato dal clinico con la partecipazione del genitore mediante l'utilizzo della NBAS, che può essere somministrata a partire dalle 37 settimane di età gestazionale fino ai 2 mesi di vita e può essere utilizzata anche con neonati nati prematuramente (<37 settimane di età gestazionale). La scala valuta le capacità del bambino in diverse aree di sviluppo e consente di descrivere un profilo del comportamento del neonato: stabilità del sistema nervoso autonomo, organizzazione motoria, organizzazione degli stati comportamentali, qualità dell'attenzione e dell'interazione. La valutazione è interattiva: l'ordine degli item non è fissato rigidamente, ma è l'esaminatore che, in base alle risposte del bambino, può decidere come procedere. Il professionista deve offrire al bambino le condizioni ottimali in cui egli possa esprimere il massimo delle proprie competenze ("best performance"). La valutazione con la NBAS consente di descrivere un'ampia gamma di comportamenti del neonato, i suoi punti di forza, le risposte adattative, le sue risorse e competenze, le sue possibili vulnerabilità, difficoltà e deviazioni dalla norma; nella valutazione vengono osservate e individuate anche le facilitazioni utili per far emergere le competenze del bambino. Brazelton sostiene l'importanza del coinvolgimento dei genitori nel corso della osservazione e questo aspetto è rilevante nella metodologia: il clinico descrive ai caregivers gli obiettivi della valutazione e ciò che la scala

NBAS permetterà di osservare; i genitori sono invitati ad assumere un ruolo attivo nella somministrazione e possono anche eseguire personalmente alcuni item. Il profilo della valutazione viene condiviso con i genitori per facilitare la comprensione del comportamento del loro bambino e per sviluppare strategie di assistenza adeguate.

Un altro strumento proposto da Brazelton è il modello dei touchpoints (Brazelton, 1992, 2001) in cui sono stati estesi i principi e i concetti della NBAS per la valutazione del bambino più grande, fino ai 6 anni di età. Per “touchpoints” si intendono quei periodi possibili di regressione e disorganizzazione che precedono avanzamenti nello sviluppo del bambino: in questi momenti evolutivi cruciali il comportamento del bambino si disorganizza e, di conseguenza, anche i genitori possono sentirsi disorientati nei loro compiti educativi e di accudimento. Questi periodi di disorganizzazione infatti sono spesso accompagnati da frustrazione e dubbi da parte dei genitori e possono mettere in crisi le relazioni familiari, ma possono anche costituire una opportunità per gli operatori per entrare in contatto e collaborare con i genitori per una comprensione del bambino. Brazelton propone i touchpoints come opportunità per la crescita del sistema bambino-genitore e come occasione per il clinico per promuovere salute e prevenire possibili distorsioni relazionali. Anche per la applicazione di questo metodo e l’uso dello strumento è necessario un training di formazione effettuato nei centri Brazelton autorizzati.

17.4. QUIT strumento del clinico che osserva con il genitore lo sviluppo neuromentale del neonato/bambino

Uno strumento che può essere utilizzato nella clinica e nella ricerca per osservare lo sviluppo del bambino sono i Questionari Italiani del Temperamento (QUIT, Axia, 2002) che abbiamo applicato nello studio “Screening e intervento precoce nelle sindromi di ansia e depressione perinatale. Promozione della salute mentale della madre-bambino-padre” (vedi cap. 18, Imbasciati, Cena, 2020). Il suddetto studio è stato da noi sviluppato in accordo di collaborazione scientifica con l’Istituto Superiore di Sanità, abbiamo riportato alcuni dei risultati nei precedenti capitoli (vedi capitoli dal 10 al 14).

Il questionario QUIT, self report, è costituito da item che guidano alla osservazione del bambino: le schede di registrazione dei dati sono suddivise per età del bambino. È previsto un questionario di osservazione diverso per ognuna delle seguenti fasce di età: 1-12 mesi; 13-26 mesi; 3-6 anni; 7-11 anni ed è pertanto possibile seguire l’evoluzione dello sviluppo del bambino longitudinalmente, dall’infanzia fino agli 11 anni.

Nella applicazione del QUIT segnaliamo che abbiamo ritenuto interessante mutuare alcune modalità che Brazelton utilizza per la somministrazione del suo NBAS: il clinico coinvolge il genitore e lo aiuta nell'osservazione più attenta e responsabile del suo bambino, rilevando dati e caratteristiche che si manifestano nella quotidianità del suo comportamento. È indispensabile che l'osservazione sia organizzata, pensata e predisposta in una condizione relazionale il più naturale possibile tra un clinico e i genitori. Successivamente alle rilevazioni di ricerca e cliniche il genitore potrà venire sollecitato a riflessioni condivise con il clinico su quanto ha osservato, per una maggiore conoscenza del suo bambino, nella prospettiva della promozione di una genitorialità positiva.

Il QUIT è stato da noi utilizzato nella suddetta ricerca per la fascia di età 1-12 mesi, con i seguenti obiettivi: a) esplorare la eventuale associazione tra i disturbi affettivi perinatali materni (ansia e depressione) e la salute, il sonno, l'alimentazione e il temperamento del bambino nel primo anno di vita; b) valutare la percezione materna del temperamento del bambino.

Il QUIT è stato applicato dal clinico, che ha osservato il bimbo insieme alla madre: seguendo la progressione degli item, lo psicoterapeuta ha registrato i dati dello sviluppo neuromentale e del comportamento del bambino che la madre ha confermato presenti nella quotidianità dell'accudimento del proprio figlio. Lo strumento è stato compilato dall'osservatore/clinico con il genitore che ha potuto focalizzare la sua attenzione su aspetti specifici del comportamento del figlio. Questo strumento ha consentito di rilevare i dati della osservazione dello sviluppo del bambino prima e successivamente all'intervento psicoterapeutico previsto se e quando la madre manifestava disturbi affettivi perinatali (Milgrom, 2003); ulteriori somministrazioni dello strumento nei follow-up sono state effettuate come da protocollo dello studio a 6 mesi e a 12 mesi dalla conclusione dell'intervento.

Per la applicazione del QUIT e degli altri strumenti nella suddetta ricerca (vedi capitolo 10) è stato da noi organizzato un corso di formazione, propedeutico alla somministrazione.

Il questionario QUIT per l'assessment perinatale (1-12 mesi) è composto da 55 item valutati su una scala Likert a 6 punti (da 1 = quasi mai a 6 = quasi sempre) che descrivono aspetti dello sviluppo neuromentale del bambino rilevabili attraverso specificità del suo comportamento in 3 diversi contesti: (1) interazione del bambino con gli altri, (2) bambino durante il gioco e (3) bambino di fronte alla novità o mentre sta svolgendo un'attività o un compito.

Gli item complessivamente consentono di valutare sei dimensioni temperamentali:

1. Orientamento Sociale: è intesa come risposte emotive del bambino di fronte a persone sconosciute e la sua attenzione e interesse verso sti-

moli sociali (alcuni esempi: “porta lo sguardo sul volto di chi lo/la tiene in braccio”; “deve essere chiamato almeno 3/4 volte prima che giri lo sguardo verso la persona”; “quando vede una persona conosciuta rimane indifferente” ecc.).

2. Inibizione alla Novità: reattività emotiva infantile verso stimoli ambientali (ad esempio: “quando è nella culla/nel seggiolone guarda le persone che lo circondano”; “porta immediatamente lo sguardo alla fonte di un suono”; “per esplorare un giocattolo nuovo ha bisogno di incoraggiamento” ecc.).
3. Attività di controllo motorio: può essere intesa come il vigore del movimento e la modulazione dell’attività di controllo motorio del bambino (esempi: “quando è in difficoltà cerca subito la presenza della madre, la chiama, dirige lo sguardo piangendo”; “quando la madre si allontana assume un’espressione di dispiacere o piange”; “quando gioca con un adulto richiede continuamente la sua attenzione” ecc.).
4. Attenzione: riguarda la capacità del bambino di orientarsi e mantenere l’attenzione focalizzata su un determinato stimolo (alcuni esempi: “guarda attentamente ogni oggetto nuovo”; “quando vede una persona sconosciuta mostra segni di preoccupazione (si immobilizza, guarda con sospetto, si ritrae, nasconde il volto” ecc.).
5. Emotività Positiva: espressione infantile di emozioni positive (esempi: “appena viene contrariato/a piange subito”; “sorride solo dopo ripetuti incoraggiamenti da parte della madre”; “quando gli/le vengono presentati gli oggetti non li guarda” ecc.).
6. Emotività negativa: espressione infantile di emozioni negative (ad esempio: “quando la madre si allontana urla molto forte”; “si stanca facilmente dell’esplorazione degli oggetti (smette dopo meno di 5 minuti)” ecc.).

Le due dimensioni (Emotività Positiva ed Emotività Negativa) consentono di valutare la componente emotiva del temperamento per rilevare quattro profili temperamentali:

1. Temperamento emotivo: tipico di bambini con elevata reattività emotiva, che piangono e ridono facilmente; corrispondono alla definizione di bambino “vivace”, simpatico ed emotivo. Tale profilo prevede che il punteggio ottenuto dal soggetto sia superiore al valore medio del campione normativo nella scala sia dell’emotività positiva (E+) che dell’emotività negativa (E-).
2. Temperamento calmo: descrive bambini che mostrano una bassa reattività emotiva; sorridono invece di ridere e si arrabbiano, piangono o si spaventano raramente. Questi bambini ottengono un punteggio inferiore al valore medio del campione normativo nella scala sia dell’emotività positiva (E+) che dell’emotività negativa (E-).

3. Temperamento normale: riguarda bimbi che mostrano una prevalenza di emozioni positive fin dai primi mesi di vita. Questi bambini, avendo un'elevata reattività positiva e una bassa reattività negativa, ottengono un punteggio superiore al valore medio del campione normativo nella scala dell'emotività positiva (E+) e un punteggio inferiore nella scala dell'emotività negativa (E-).
4. Temperamento difficile: descrive soggetti in cui le emozioni negative prevalgono su quelle positive; sono bambini le cui interazioni con l'ambiente sono spesso difficili e l'adattamento all'ambiente del bambino è estremamente problematico. Ottengono un punteggio nella scala dell'emotività negativa (E-) superiore al valore medio del campione normativo, mentre un punteggio inferiore nella scala dell'emotività positiva (E+).

Attraverso queste dimensioni è possibile definire un profilo che descrive le linee evolutive dello sviluppo del bambino. Oltre alla compilazione dei singoli item del questionario il protocollo prevede la registrazione della impressione generale che il genitore manifesta del suo bambino, a completamento del profilo rilevato.

I questionari QUIT hanno buone proprietà psicometriche in termini di affidabilità e validità di costrutto. La facilità e la rapidità della compilazione li rendono particolarmente adatti a essere utilizzati nei contesti di assessment di ricerca e clinica.

Nel periodo perinatale le osservazioni dello sviluppo del bambino effettuate dal clinico con il genitore attraverso il QUIT vanno integrate da una valutazione della qualità della interazione genitore-bambino con il CARE-Index, che fornisce informazioni riguardo la diade e le loro relazioni.

Nel capitolo successivo verranno illustrate alcune possibili applicazioni del QUIT, in specifico come è stato utilizzato nel contesto specifico del nostro progetto di ricerca, il cui protocollo è riportato nel capitolo 10 del presente volume.

Bibliografia

- Ali N.S., Mahmud S., Khan A. (2013), "Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study", *BMC Psychiatry*, 13, 274-296.
- Ammaniti M., Lucarelli L., Cimino S., D'Olimpio F., Chatoor I. (2012), "Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood", *International Journal of Eating Disorders*, 45, 272-280.
- Apter-Levy Y., Feldman M., Vakart A., Ebstein R.P., Feldman R. (2013), "Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental

- health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin”, *American Journal of Psychiatry*, 170, 1161-1168.
- Axia G. (2002), *QUIT. Questionari Italiani del Temperamento*, Erickson, Trento.
- Baldoni F., Giannotti M. (2017), “I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento”, in Imbasciati A., Cena L., *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Barker E.D., Jaffee S.R., Uher R. (2011), “The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment”, *Depression and Anxiety*, 28, 696-702.
- Beck C.T. (1996), “A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament”, *Nursing Research*, 45, 225-230.
- Beebe B., Lachmann F. (1988), “Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment”, *Psychoanalytic Psychology*, 15, 1-37.
- Beebe B., Lachman F., Jaffe J., Markese S., Buck B.A., Chen H. (2012), “Maternal Postpartum depressive symptoms and 4-month mother-infant interaction”, *Psychoanalytic Psychology*, 29, 383-407.
- Belsky J., Pluess M. (2009), “Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences”, *Psychological Bulletin Journal*, 135(6), 885-908.
- Bernard-Bonnin A.C. (2004), “Maternal depression and child development”, *Paediatric Child Health*, 9, 575-598.
- Bertaccini R. (2014), “L’osservazione della relazione genitore-bambino in psicoterapia dell’età evolutiva: un esempio di utilizzo clinico del CARE-Index”, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 41-55.
- Bertini M., Antonioli M., Gambi D. (1978), “Intrauterin mechanism of synchronization: in search of the first dialogue”, *Totus Homo*, 10(8), 73-91.
- Bick E. (1964), Nota sull’osservazione del lattante nell’addestramento psicoanalitico. Tr. it. Bonaminio V., Iaccarino B. (a cura di), *L’osservazione diretta del bambino*, Boringhieri, Torino, 1984.
- Black M.M., Baqui A.H., Zaman K., McNary S.W., Le K., Arifeen S.E., Hamadani J.D., Parveen M., Yunus M., Black R.E. (2007), “Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: implications for infant development”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 764-72.
- Bowlby J. (1969-1982), *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L’attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby J. (1973), *Attachment and Loss. Vol. 2: Attachment*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Basic Books, New York. Tr. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*, Boringhieri, Torino, 1983.
- Braungart-Rieker J.M., Garwood M.M., Powers B.P., Wang X. (2001), “Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: predictors of later attachment”, *Child Development*, 72, 252-270.

- Brazelton T.B. (1973) *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, William Heinemann Medical Books Ltd, London.
- Brazelton T.B., Als H. (1979), "Four early stages in the development of mother-infant interaction", *Psychoanalytic Study Child*, 34, 349-369.
- Brazelton T.B., Nugent K. (1995), *La scala di valutazione del comportamento del neonato*. Tr. it. Rapisardi G., Masson, Milano, 1997.
- Brazelton T.B. (1992), *Touchpoints: Your child's emotional and behavioural development*, Perseus Publishing, Cambridge.
- Brazelton T.B., Greenspan S.I. (2001), *I bisogni irrinunciabili dei bambini. Ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*, Raffello Cortina, Milano.
- Brittain K., Myer L., Koen N., Koopowitz S., Donald K.A., Barnett W., Zar H.J., Stein D.J. (2015), "Risk Factors for Antenatal Depression and Associations with Infant Birth Outcomes: Results From a South African Birth Cohort Study", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(6), 505-14.
- Britton J.R. (2011), "Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period", *Women Health*, 51, 55-71.
- Bruder-Costello B., Warner V., Talati A., Nomura Y., Bruder G., Weissman M. (2007), "Temperament among offspring at high and low risk for depression", *Psychiatry Research*, 153, 145-151.
- Cena L., Mirabella F., Palumbo G., Gigantesco A., Trainini A., Stefana A. (2020a), "Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy", *European Psychiatry*, 63(1), E84.
- Cena L., Mirabella F., Palumbo G., Gigantesco A., Trainini A., Stefana A. (2021a), "Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy", *Journal of Affective Disorders*, 279, 217-221.
- Cerniglia L., Cimino S., Ballarotto G. (2014a), "Mother-child and Father-child interaction with their 24-month-old children during feeding, considering paternal involvement and the child's temperament in a community sample", *Infant Mental Health Journal*, 35, 473-481.
- Cerniglia L., Cimino S., Ballarotto G., Monniello G. (2014b), "Parental loss during childhood and outcomes on adolescents' psychological profiles: a longitudinal study", *Current Psychology*, 33, 545-556.
- Chamberlain D.B. (1988), "The significance of birth memories", *Pre and perinatal Psychology Journal*, 2.
- Cimino S., Cerniglia L., Paciello M. (2014), "Mothers with depression, anxiety or eating disorders and longitudinal outcomes on their children: a study on paternal psychopathological risk", *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 228-236.
- Ciotti F., Lambruschi F., Pittino B., Crittenden P. (1998), "La valutazione della relazione precoce madre-bambino in una popolazione di madri con una storia di tossicodipendenza attraverso l'uso del CARE-Index", *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 4, 53-59.
- Cohn J.F., Campbell S.B., Ross S. (1991), "Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months", *Development and Psychopathology*, 3, 367-376.

- Cohn J.F., Tronick E.Z. (1987), "Mother-infant face to face interaction: the sequence of dyadic states at 3, 6, 9 months", *Developmental Psychology*, 23, 68-77.
- Cornish A.M., McMahon C.A., Ungerer J.A., Barnett B., Kowalenko N., Tennant C. (2005), "Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: the impact of depression chronicity and infant gender", *Infant Behavior and Development*, 28, 407-417.
- Crittenden P.M. (1988), "Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representational models", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 183-199.
- Crittenden P.M. (1992), "Children's strategies for coping with adverse home environments", *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 16, 329-343.
- Crittenden P.M. (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Guerini Studio, Milano.
- Crittenden P.M. (1997), *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Masson, Milano.
- Crittenden P.M. (1999), *Attaccamento in età adulta*, Raffaello Cortina, Milano.
- Crittenden P.M. (2004), "CARE-INDEX", in Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Crittenden P.M., Bonvillian J.D. (1984), "The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues", *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262.
- Crittenden P.M., Claussen A.H. (2002a), "Adaptation to varied environments", in Crittenden P.M., Claussen A.H. (a cura di), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*, Cambridge University Press, New York, pp. 234-250.
- Crittenden P.M., Claussen A.H. (2002b), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context*, Cambridge University Press, New York.
- Crittenden P.M., DiLalla D.L. (1988), "Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.
- Cutrona C.E., Troutman B.R. (1986), "Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression", *Child Development*, 57, 1507-1518.
- De Casper A.J., Fifer W.P. (1980), "Of human bonding: newborns prefer their mother's voices", *Science*, 208, 1174-1176.
- Dennis C.L., Falah-Hassani K., Shiri R. (2017), "Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis", *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323.
- Dietz L.J., Jennings K.D., Kelley S.A., Marshal M. (2009), "Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 48-61.
- Dix T., Yan N. (2014), "Mothers' depressive symptoms and infant negative emotionality in the prediction of child adjustment at age 3: testing the maternal reactivity and child vulnerability hypotheses", *Development and Psychopathology*, 26, 111-124.

- Downey G., Coyne J.C. (1990), "Children of depressed parents: an integrative review", *Psychological Bulletin*, 108, 50.
- DunkelSchetter C., Tanner L. (2012), "Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice", *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 141-148.
- Fallon V., Groves R., Halford J.C. (2016), "Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes", *Journal of Human Lactation*, 32, 740-758.
- Feldman R. (2016), "Mutual Influences Between Child Emotion Regulation and Parent-Child Reciprocity Support Development Across the First 10 Years of Life: Implications for Developmental Psychopathology", *Development and Psychopathology*, 27(4pt1), 1007-1023.
- Ferenczi S. (1927), "L'adattamento della famiglia al bambino", in *Fondamenti di psicoanalisi*, 2, Guaraldi, Rimini, 1974; in *Opere*, 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1929), "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte", in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974; "Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte", in *Opere*, 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Ferenczi S. (1932), "Confusione delle lingue tra adulti e bambini", in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974; "Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino", in *Opere*, 4, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Field T. (1995), "Infants of depressed mothers", *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field T. (2010), "Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: a review", *Infant Behaviour and Development*, 33(1), 1.
- Field T. (2018), "Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review", *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32.
- Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2006), "Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review", *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-55.
- Fogel A. (1982), "Affect dynamics in early infancy: affective tolerance", in Field T., Fogel A. (a cura di), *Emotions and early Interactions*, Erlbaum, Hillsdale, N.J.
- Fonagy P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Glasheen C., Richardson G.A., Kim K.H. (2013), "Exposure to maternal pre- and postnatal depression and anxiety symptoms: risk for major depression, anxiety disorders, and conduct disorder in adolescent offspring", *Development and Psychopathology*, 25, 1045-1063.
- Glover V. (2015), "Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms", *Advances in Neurobiology*, 10, 269-283.
- Goodman S.H., Gotlib I.H. (1999), "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission", *Psychological Review*, 106(3), 458-90.
- Goodman J.H., Prager J., Goldstein R., Freeman M. (2015), "Perinatal dyadic psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial", *Archives of Women Mental Health*, 18, 493-506.

- Goodman S.H., Rouse M.H., Connell A.M., Broth M.R., Hall C.M., Heyward D. (2011), "Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27.
- Grace S.L., Evindar A., Stewart D.E. (2003) "The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature", *Archives of Women Mental Health*, 6, 263-274.
- Hahn-Holbrook J., Cornwell-Hinrichs T., Anaya I. (2018), "Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries", *Frontiers in Psychiatry*, 8, 248.
- Haningtonm L., Ramchandani P., Stein A. (2010), "Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study", *Infant Behaviour and development*, 33, 88-95.
- Harris M. (1980), *L'osservazione dei bambini*. Tr. it. Speciale Bagliacca R. (a cura di), *Formazione e percezione psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- Hepper P.G. (1988), "Letter. Fetal "soap" addiction", *Lancet*, 11, 1347-1348.
- Hughes S. (1993), The relationship between maternal psychiatric disorder and mother-child responsivity. Dissertation presented to the Faculty of McGill University, Montreal, Canada.
- Ianniruberto A., Tajani E. (1981), "Ultrasonographic study of fetal movements", *Seminars in Perinatology*, 5(2), 175-81.
- Ierardi E., Ferro V., Trovato A., Tambelli R., Riva Crugnola C. (2018), "Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months", *Archives Womens Mental Health*, 22(4), 527-533.
- Imbasciati A., Cena L. (2015), *Psicologia Clinica Perinatale per gli operatori sanitari e psicosociali. Vol. Genitorialità e sviluppo della mente del bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2010), *I bambini e i loro caregivers*, Borla, Roma.
- Imbasciati A., Cena L. (2018), *Il futuro dei primi mille giorni di vita*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2020), *Psicologia Clinica Perinatale babycentered*, FrancoAngeli, Milano.
- Jacobsen T., Miller L.J. (1998), "Compulsive compliance in a young maltreated child", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 462-463.
- Jian N., Teti D.M. (2016), "Emotional availability at bedtime, infant temperament, and infant sleep development from one to six months", *Sleep Medicine*, 23, 49-58.
- Jover M., Colomer J., Carot J.M. (2014), "Maternal anxiety following delivery, early infant temperament and mother's confidence in caregiving", *The Spanish Journal of Psychology*, 17, e95.
- Kaiser M.L., Schoemaker M.M., Albaret J.M., Geuze R.H. (2015), "What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature", *Research in Developmental Disabilities*, 36(c), 338-357.
- Klein M. (1921-1958), *Scritti*, Boringhieri, Torino, 1978.

- Klein D.N., Durbin C.E., Shankman S.A. (2009), "Personality and mood disorders", in Gotlib I.H., Hammen C.L., *Handbook of Depression*, Guilford, New York, pp. 93-112.
- Korja R., Savonlahti E., Ahlqvist-Bjorkroth S., Stolt S., Haataja L., Lapinleimu H. (2008), "Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants", *Acta Paediatrica*, 97, 724-730.
- Laing R.D. (1978), *I fatti della vita. Sogni, fantasie, riflessioni sulla nascita*, Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino.
- Lambruschi F., Lionetti F. (2015), *La genitorialità. Strumenti di valutazione e interventi di sostegno*, Carocci, Roma.
- Leadbeater B.J., Bishop S.J. (1994), "Predictors of behaviour problems in preschool children of inner city Afro-American and Puerto Rican mothers", *Child Development*, 65, 638-648.
- Leadbeater B.J., Bishop S.J., Raver C.C. (1996), "Quality of mother-toddler interaction, maternal depressive symptoms, and behaviour problems of adolescent mothers", *Developmental Psychology*, 32, 280-288.
- Leis J., Heron J., Stuart E., Mendelson T. (2014), "Associations between maternal mental health and child emotional and behavioural problems: does prenatal mental health matter?", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(1), 161-171.
- Lemery K.S., Essex M.J., Smider N.A. (2002), "Revealing the relation between temperament and behavior problem symptoms by eliminating measurement confounding: expert ratings and factor analyses", *Child Development*, 73, 867-882.
- Lengua L.J., Wolchik S.A., Sandler I.N., West S.G. (2000), "The Additive and Interactive Effects of Parenting and Temperament in Predicting Adjustment Problems of Children of Divorce", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29(2), 232-44.
- Loomans E., der Stelt O., van Eijdsden M., Gemke R., Vrijkotte T., den Bergh B. (2011), "Prenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five", *Early Human Development*, 87(8), 565-570.
- Lovejoy M.C., Graczyk P.A., O'Hare E., Neuman G. (2000), "Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review", *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Löwy I. (2014), "Prenatal diagnosis: the irresistible rise of the 'visible fetus'", *Studies in History and Philosophy of Science*, 47(b), 290-9.
- Madigan S., Moran G., Schuengel C., Pederson D.R., Otten R. (2007), "Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1042-1050.
- Mahler M., Pine F., Bergman A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Mancia M. (1982), "Sull'inizio di una vita mentale del feto", *Neuropsichiatria Infantile*, 246-247, 13-22.
- Manzari N., Matvienko-Sikar K., Baldoni F., O'Keeffe G.W., Khashan A.S. (2019), "Prenatal maternal stress and risk of neurodevelopmental disorders in the offspring: a systematic review and meta-analysis", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1299-1309.

- McCleery J.P., Elliott N.A., Sampanis D.S., Stefanidou C.A. (2013), "Motor development and motor resonance difficulties in autism: relevance to early intervention for language and communication skills", *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 30.
- Meins E. (2013), "Sensitive attunement to infants' internal states: operationalizing the construct of mind-mindedness", *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 524-544.
- Meltzoff A.N., Moore M.K. (1977), "Imitation of facial and manual gestures by human neonates", *Science*, 198, 75-78.
- Milani Comparetti A. (1981), "Interpretazione funzionale dei movimenti fetali", *Età evolutiva*, 10, 88-92.
- Milgrom J. (2003), *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*, Erickson, Trento.
- Molgora S., Fenaroli V., Prino L.E., Rollè L., Sechi C., Trovato A., Vismara L., Volpi B., Brustia P., Lucarelli L., Tambelli R., Saita E. (2018), "Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment", *Women Birth*, 31(2), 117-123.
- Mullick M., Miller L.J., Jacobsen T. (2001), "Insight into Mental Illness and Child Maltreatment Risk in Mothers with Major Psychiatric Disorders", *Psychiatric Services*, 52, 488-492.
- Murray L. (2009), "The development of children of postnatally depressed mothers: evidence from the Cambridge longitudinal study", *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(3), 185-199.
- Murray L., Arteche A., Fearon P., Halligan S., Croudace T., Cooper P. (2010), "The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1150-1159.
- Murray L., Cooper P. (2003), "Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the preschool years", in Goodyer I.M., *Unipolar depression: a lifespan perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Murray L., Fiori-Cowley A., Hooper R., Cooper P. (1996), "The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome", *Child Development*, 67(5), 2512-26.
- Muzi M., Fermani A., Canestrari C., Ballerini A., del Moral Arroyo G. (2022), "La sensibilità materna nelle madri adolescenti. Documentazione di una esperienza con madri brasiliane vissute in contesti multiproblematici", *Psicologia della Salute*, 2, 109-128.
- Muzik M., Borovska S. (2010), "Perinatal depression: implications for child mental health", *Mental health in family medicine*, 7(4), 239-247.
- Nasreen H., Nahar Z., Forsell Y., Edhborg M. (2013), "Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh", *Journal of Affective Disorders*, 146, 254-261.
- Negri R., Guareschi-Cazzullo A., Vergani P., Mariani S., Roncaglia N. (1990), "Correlazione tra vita prenatale e formazione della personalità.

- Studio preliminare attraverso l'osservazione di due gemelli", *Quaderni di psicoterapia Infantile*, 22, 148-165.
- O'Connor T., Monk C., Fitelson E. (2014), "Practitioner review: maternal mood in pregnancy and child development-implications for child psychology and psychiatry", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(2), 99-111.
- O'Donnell K.J., Glover V., Barker E.D., O'Connor T.G. (2014), "The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology", *Development and Psychopathology*, 26(2), 393-403.
- Okagbue H.I., Adamu P.I., Bishop S.A., Oguntunde P.E., Opanuga A.A., Akhmetshin E.M. (2019), "Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy", *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(9), 1555-1560.
- Parsons C.E., Young K.S., Rochat T.J., Kringelback M.L., Stein A. (2012), "Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle income countries", *British Medical Bulletin*, 101, 57-79.
- Pasini W., Beguin F., Bydlowski M., Papiernik E. (1989), *Le fœtus et son entourage*, Editions Médecine et Hygiène, Genève.
- Pasquette D., Bigras M., Zoccolillo M., Tremblay R., Labelle M.-E., Azar R. (2001), "Comparison de la sensibilité parentale entre des mères adolescentes et des mères adultes peu scolarisées", *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 30, 283-290.
- Paul I.M., Downs D.S., Schaefer E.W. (2013), "Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes", *Pediatrics*, 131, 1218-1224.
- Paulson J.F., Bazemore S.D. (2010), "Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression", *Journal of the American Medical Association*, 303, 1961-1969.
- Piaget J. (1926), *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Piallini G., Brunoro S., Fenocchio C., Marini C., Simonelli A., Biancotto M., Zoia S. (2016), "How Do Maternal Subclinical Symptoms Influence Infant Motor Development during the First Year of Life?", 7, 1-10.
- Pickles A., Sharp H., Hellier J., Hill J. (2016), "Prenatal anxiety, maternal stroking in infancy, and symptoms of emotional and behavioural disorders at 3.5 years", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 325-334.
- Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., Rush A.J., Hughes C.W., Garber J., Malloy E., King C.A., Cerda G., Sood A.B., Alpert J.E., Wisniewski S.R., Trivedi M.H., Talati A., Carlson M.M., Liu H.H., Fava M., Weissman M.M. (2006), "Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study", *Journal Clinical Psychiatry*, 67, 126-136.
- Pinquart M., Teubert D. (2012), "Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis", *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 376-389.
- Piontelli A. (1992), *From fetus to child*, The New Library of Psychoanalysis, London.

- Plant D.T., Pariante C.M., Sharp D., Pawlby S. (2015), "Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment", *British Journal of Psychiatry*, 207(3), 213-20.
- Prenoveau J., Craske M., West V., Giannakakis A., Zioga M., Lehtonen A. (2017), "Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behaviour problems at two years", *Developmental Psychology Journal*, 53(1), 50-62.
- Putnam S.P., Stifter C.A. (2008), "Reactivity and regulation: the impact of Mary Rothbart on the study of temperament", *Infant and Child Development*, 17, 311-320.
- Rascovsky (1977), *La vita psichica del feto*, Il Formichiere, Milano, 1980.
- Rauh H., Calvet-Kruppa C. (2001), "Bindungssicherheit und Verhaltensentwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom", *Psychologie in Erziehung und Unterricht*.
- Rees S., Channon S., Water C. (2019), "The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 257-280.
- Righetti P.L. (2001), "La psicologia prenatale: dal feto al lattante", *Medico e Bambino*, 20, 7.
- Righetti P.L. (2003), *Elementi di psicologia prenatale*, Magi, Roma.
- Riva Crugnola C., Ierardi E., Canevini M.P. (2018), "Reflective functioning, maternal attachment, mind-mindedness, and emotional availability in adolescent and adult mothers at infant 3 months", *Attachment & Human Development*, 20(1), 84-106.
- Rothbart M.K., Bates J.E. (2006), "Temperament", in Damon W., Lerner R., Eisenberg N. (a cura di), *Handbook of Child Psychology. Social, Emotional, and Personality Development*, pp. 99-166.
- Rothbart M.K., Posner M., Hershey K.L. (1995), "Temperament, attention, and developmental psychopathology", in Cicchetti D., Cohen D.J., *Developmental psychopathology. Volume II*, Wiley, New York, pp. 315-340.
- Sacchi C., De Carli P., Vieno A., Pialiini G., Zoia S., Simonelli A. (2018), "Does infant negative emotionality moderate the effect of maternal depression on motor development?", *Early human development*, 119, 56-61.
- Sander L. (1962), *La negoziazione nella prima interazione madre-figlio*. Tr. it. *Sistemi viventi*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- Santona A., Tagini A., Sarracino D., De Carli P., Pace C.S., Parolin L., Terrone G. (2015), "Maternal depression and attachment: the evaluation of mother-child interactions during feeding practice", *Frontiers in Psychology*, 6, 1235.
- Shiner R.L., Buss K.A., McClowry S.G., Putnam S.P., Saudino K.J., Zentner M. (2012), "What is temperament now? Assessing progress in temperament research on the twenty-fifth anniversary of Goldsmith", *Child Development Perspectives*, 6(4), 436-444.
- Sorondo B.M., Reeb-Sutherland B.C. (2015), "Associations between infant temperament, maternal stress, and infants' sleep across the first year of life", *Infant Behavior and Development*, 39, 131-5.
- Spitz R. (1945), Hospitalism, *The Psychoanalytic Study of Child*, 1, 53-74.

- Stein A., Craske M.G., Lehtonen A. (2012), "Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder", *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 795-809.
- Stein A., Pearsons R.M., Goodman S.H., Rapa E., Rahman A., McCallum M., Howard L.M., Pariante C.M (2014), "Effect of perinatal mental disorders on the foetus and child", *Lancet*, 384, 1800-1819.
- Stern D.N. (1971), "Una microanalisi dell'interazione madre-bambino", in Stern D.N. (a cura di), *Le interazioni madre-bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Stern D.N. (1974), "Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviour", in Lewis M., Roseblum L. (a cura di), *The Effects of the Infant on its caregiver*, Wiley, New York.
- Stern D.N. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre/bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Sutter-Dallay A.L., Murray L., Dequae-Merchadou L., Glatigny-Dallay E., Bourgeois M.L., Verdoux H. (2011), "A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development", *European Psychiatry*, 26, 484-489.
- Tambelli R., Cerniglia L., Cimino S., Ballarotto G. (2015), "Parent-infant interactions in families with women diagnosed with postnatal depression: a longitudinal study on the effects of a psychodynamic treatment", *Frontiers in Psychology*, 6, 1210.
- Tambelli R., Trentini C., Trovato A., Volpi B. (2019), "Role of psychosocial risk factors in predicting maternal and paternal depressive symptomatology during pregnancy", *Infant Ment Health Journal*, 40(4), 541-556.
- Tirumalaraju V., Suchting R., Evans J., Goetzl L., Refuerzo J., Neumann A., Anand D., Ravikumar R., Green C.E., Cowen P.J., Selvaraj S. (2020), "Risk of Depression in the Adolescent and Adult Offspring of Mothers With Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-analysis", *Journal of the American Medical Association Network Open*, 3(6), e208783.
- Trevarthen C. (1979), "Communication and cooperative in early infancy: A description of primary intersubjectivity", in Bullona M. (a cura di), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, Cambridge University Press, London, pp. 321-347.
- Tronick E.Z., Als H., Adamson L., Wise S., Brazelton T.B. (1978), "The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interactions", *American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick E.Z., Ricks M., Cohn J.F. (1982), "Maternal and infant affective exchange: patterns of adaptation", in Field T., Fogel A., *A Emotion and interaction: Normal and High-risk infants*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 83-100.
- Tronick E., Reck C. (2009), "Infants of depressed mothers", *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 147-156.
- Tronick E.Z., Weinberg M.K. (1997), "Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness", in Murray L., Cooper P.J. (a cura di), *Postpartum depression and child development*, Guilford Press, New York, pp. 54-81.

- Underwood L., Waldie K.E., D'Souza S., Peterson E.R., Morton S.M. (2017), "A longitudinal study of pre-pregnancy and pregnancy risk factors associated with antenatal and postnatal symptoms of depression: Evidence from growing up in New Zealand", *Maternal and Child Health Journal*, 21(4), 915-931.
- Vasserman M., Bender H.A., MacAllister W.S. (2014), "Motor skills development in children with inattentive versus combined subtypes of ADHD", *Applied Neuropsychology: Child*, 3, 145-151.
- Vieno A., Kiesner J., Pastore M., Santinello M. (2008), "Antisocial behavior and depressive symptoms: longitudinal and concurrent relations", *Adolescence*, 43, 649.
- Vismara L., Sechi C., Neri M., Paoletti A., Lucarelli L. (2020) "Maternal perinatal depression, anxiety, fear of birth, and perception of infants' negative affectivity at three months", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11, 1-12.
- Vliegen N., Casalin S., Luyten P. (2014), "The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies", *Harvard Review of Psychiatry*, 22, 1-22.
- Wachs T.D. (2008), "Multiple influences on children's nutritional deficiencies: a systems perspective", *Physiology and Behavior*, 94, 48-60.
- Ward M.J., Kessler D.B., Altman S.C. (1993), "Infant-mother attachment in children with failure to thrive", *Infant Mental Health Journal*, 14, 208-220.
- Waters C.S., Hay D., Simmonds J., van Goozen S. (2014), "Prenatal depression and children's developmental outcomes: potential mechanisms and treatment options", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 957-971.
- Winnicott D.W. (1941), "The observation of infant in a set situation", *The International Journal of Psychoanalysis*, 22, 229-249.