



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
BABEȘ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITÄT
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY

TRADITIO ET EXCELLENTIA



Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației

Str. Sindicatelor nr. 7
Cluj-Napoca, RO-400029
Tel.: 0264-405337
Fax: 0264-590559
www.psiedu.ubbcluj.ro

ȘCOALA DOCTORALĂ PSIHLOGIE COGNITIVĂ APLICATĂ

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Sănătatea Mintală Maternă, Procesele Relaționale Timpurii și Dezvoltarea Socio-Emoțională a Copilului

Coordonator științific: Prof. univ. dr. Băban Adriana Smaranda

Candidat: Drd. Costin Mădălina Ruxandra

CLUJ NAPOCA
2026

CUPRINS

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC	4
1.1 Contextul Conceptual	4
1.1.1 Perioada Sensibilă de Dezvoltare: Primele 1000 de Zile de Viață	4
1.1.2 Inegalitățile socio-economice și dezvoltarea copilului în țările cu venituri mici și medii (LMIC)	4
1.1.3 Sănătatea mintală a mamei în dezvoltarea timpurie a copilului	5
1.2 Raționamentul și importanța cercetării	6
1.3 Stadiul actual al cunoștințelor	7
1.3.1 Modelul Socio-Ecologic.....	7
1.3.2 Simptomele depresive maternelor ca expunere longitudinală	8
1.3.3 Îngrijirea maternă în perioada de dezvoltare timpurie.....	8
1.3.4 Alăptarea exclusivă.....	9
1.3.5 Atașamentul prenatal	9
1.3.6 Reprezentările maternelor în relația timpurie mamă-copil.....	10
1.3.7 Mind-Mindedness în relația timpurie mamă-copil	10
1.3.8 Dezvoltarea socio-emoțională a copilului.....	11
1.3.9 Caracteristicile comunității.....	11
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ	12
2.1 Obiectivele cercetării	12
2.2 Metodologie generală.....	13
CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ȘTIINȚIFICE ORIGINALE	16
3.1 Studiul 1: Depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață: o meta-analiză	16
3.1.1 Introducere	16
3.1.2 Metodă	17
3.1.3 Analiza datelor	20
3.1.4 Rezultate	20
3.1.5 Discuții	26
3.1.6 Limite și cercetări viitoare	27
3.1.7 Concluzii	28
3.2. Studiul 2: Rolul simptomelor depresiei maternelor și al atașamentului prenatal în predicția alăptării exclusive.....	28
3.2.1 Introducere	28
3.2.2 Metodă	30
3.2.3 Analiza datelor	31

3.2.4 Rezultate	31
3.2.5 Discuții	36
3.2.6 Limite și cercetări viitoare	37
3.2.7 Concluzii	37
3.3. Studiul 3 Schimbările simptomelor depresive materne și calitatea relației mamă–copil la 24 de luni.....	38
3.3.1 Introducere	38
3.3.2 Metodă	40
3.3.3 Analiza datelor	41
3.3.4 Rezultate	42
3.3.5 Discuții	49
3.3.6 Limite și cercetări viitoare	51
3.3.7 Concluzii	51
3.4. Studiul 4: Schimbările simptomelor depresive materne și dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni.....	52
3.4.1 Introducere	52
3.4.2 Metodă	54
3.4.3 Analiza datelor	55
3.4.4 Rezultate	55
3.4.5 Discuții	59
3.4.6 Limite și cercetări viitoare	62
3.4.7 Concluzii	62
IV. CAPITOLUL IV. DISCUȚII GENERALE ȘI CONCLUZII.....	63
4.1 Rezumatul contribuțiilor dincolo de stadiul actual al cunoștințelor	63
4.2 Contribuții metodologice și implicații practice	67
4.2.1 Contribuții metodologice	67
4.2.2 Implicații practice	68
4.3 Limite și Cercetări Viitoare	69
4.3.1 Limite	69
4.3.2 Cercetări viitoare	70
4.4 Concluzii	72
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	74

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC

1.1 Contextul Conceptual

1.1.1 Perioada Sensibilă de Dezvoltare: Primele 1000 de Zile de Viață

Primele 1000 de zile din viață ale omului sunt esențiale atât pentru dezvoltarea fizică, cât și pentru dezvoltarea creierului, având efecte pe termen lung, pe tot parcursul vieții (Aguayo & Britto, 2024). Cercetările de neuroimagică arată că volumul total al creierului crește cu 101% în primul an și cu 15% în al doilea an, un proces determinat în principal de materia cenușie, care susține funcții esențiale precum sinaptogeneza și sinteza neurotransmițătorilor (Gilmore et al., 2018; Zhang et al., 2019). Maturizarea progresivă a cortexului prefrontal, în interacțiune cu structuri limbice precum amigdala, permite tranziția treptată de la reglarea emoțională externă la apariția autoreglării emoționale (Leisman et al., 2025).

Una dintre cele mai importante caracteristici ale dezvoltării creierului în această perioadă este plasticitatea sa sporită, care favorizează adaptarea rapidă la stimulii din mediu, dar conferă și o vulnerabilitate crescută la experiențele adverse (Indrio et al., 2023). Experiențele pozitive din primii ani de viață, inclusiv îngrijirea parentală sensibilă la nevoile copilului și afectuoasă, susțin creșterea sinaptică adaptativă și perfecționarea circuitelor neuronale esențiale pentru o dezvoltare emoțională sănătoasă (Kumsta, 2023). Este important de menționat că sănătatea mintală a părinților în perioada perinatală și postnatală este un factor contextual cheie care influențează dezvoltarea timpurie a copilului, influențând abilitățile materne de îngrijire și crescând riscul de dificultăți emoționale și comportamentale ale acestuia (McLean et al., 2024).

1.1.2 Inegalitățile socio-economice și dezvoltarea copilului în țările cu venituri mici și medii (LMIC)

Deși importanța primilor doi ani de viață este universal recunoscută, condițiile în care se dezvoltă copiii variază foarte mult. În contextul țărilor cu venituri mici și medii (LMIC),

copiii sunt adesea expuși simultan la factori de risc cumulativi, precum malnutriția și sărăcia, cu implicații directe asupra dezvoltării cognitive și socio-emoționale (Grantham-McGregor et al., 2007). Majoritatea copiilor din întreaga lume (peste 90%) se nasc în țări cu venituri mici și medii, unde expunerea la factori de risc multipli este norma, nu excepția (Kieling et al., 2011; Black et al., 2017). În psihologia dezvoltării apare o problemă metodologică și etică: multe dintre studiile și datele empirice provin din țări occidentale, educate, industrializate, bogate și democratice (WEIRD), care, de fapt, reprezintă o bulă, o minoritate (Henrich et al., 2010; Arnett, 2016). Nu putem extrapola rezultatele obținute din populațiile WEIRD la populația globală de copii, deoarece dezvoltarea copiilor se desfășoară în contexte ecologice diferite. Teza prezentă încearcă să abordeze această problemă prin integrarea datelor din opt țări din diferite colțuri ale lumii.

1.1.3 Sănătatea mintală a mamei în dezvoltarea timpurie a copilului

În primele 1000 de zile de viață ale copilului, mama joacă un rol central în medierea mediului înconjurător, modelând lumea socială și emoțională a copilului (Rocha et al., 2020). Depresia perinatală rămâne subdiagnosticată în practica clinică, estimările sugerând că aproape jumătate din toate cazurile nu sunt diagnosticate, în mare parte din cauza stigmatizării sociale și a ezitării mamelor de a raporta simptomele (Carlson et al., 2025). O meta-analiză recentă (Roddy Mitchell et al., 2023) indică o prevalență globală a depresiei perinatale de 24,7%, cea mai ridicată fiind în țările cu venituri mici și medii (25,5%). Depresia maternă poate afecta capacitatea mamei de a interacționa cu sensibilitate cu sugarul, îi poate reduce implicarea emoțională și poate crea dificultăți în a interpreta și răspunde adecvat la semnalele copilului (McAndrew, 2019; Firk, 2025).

În țările cu venituri mici și medii, stigmatizarea, constrângerile practice și accesul limitat la tratament contribuie la subdiagnosticare și la întârzierea accesului la servicii de îngrijire, crescând probabilitatea ca simptomele depresive să interfereze cu practicile materne

de îngrijire (Pokharel et al., 2023; Semrau et al., 2015). Dincolo de aceasta, depresia perinatală ar trebui înțeleasă și prin prisma condițiilor socio-economice și a dinamicii familiale din țările cu venituri mici și medii, unde violența în cuplu, insecuritatea economică și inegalitățile de gen creează contexte caracterizate de stres și lipsă de control, care afectează echilibrul emoțional al mamelor (Gelaye et al., 2016; Raghavan et al., 2022). Prin urmare, este esențial să se înțeleagă cum, când și în ce condiții depresia maternă se traduce în riscuri de dezvoltare.

1.2 Raționamentul și importanța cercetării

Teza prezentă este motivată de necesitatea de a aborda două limite importante din literatura de specialitate actuală. Prima preocupare este reprezentativitatea globală limitată a dovezilor existente: o proporție considerabilă a cercetărilor se bazează în continuare pe populații WEIRD, creând o lacună importantă în cercetare cu privire la măsura în care informațiile disponibile reflectă în mod adecvat realitățile din țările cu venituri mici și medii (Henrich et al., 2010; Kieling et al., 2011).

A doua limită constă în faptul că literatura de specialitate existentă încă nu explică suficient de în profunzime modurile prin care depresia maternă poate deveni relevantă în contexte marcate de probleme sociale și economice (Morales et al., 2023; Frost et al., 2025). Raționamentul tezei prezente nu se limitează, așadar, la a demonstra că sănătatea mintală maternă contează, ci mai degrabă la a clarifica cum, când și în ce condiții contează (Goodman et al., 2020). Acest lucru necesită să trecem mai departe de prevalență și de asocierile unice între expunere și rezultat și să ne orientăm către o examinare mai integrată a dimensiunilor relaționale, comportamentale și contextuale prin care simptomele depresive materne pot influența mediile de dezvoltare timpurie a copilului. În acest sens, teza prezentă integrează variabile care reflectă aspecte diferite, dar interconectate, ale ecologiei dezvoltării timpurii a copilului: comportamente de îngrijire, cum ar fi alăptarea exclusivă, procese relaționale, cum ar fi atașamentul prenatal, mind-mindedness (capacitatea mamei de a interpreta și descrie

copilul în termeni de stări mintale, tratându-l ca un agent psihologic cu experiențe proprii), și calitatea relației mamă-copil (Morales et al., 2023; Corapci et al., 2024).

Un alt raționament important al tezei este cadrul longitudinal folosit, care ne ajută să înțelegem depresia maternă nu ca o condiție fixă, ci ca un proces dinamic a cărui semnificație pentru dezvoltarea copilului poate varia de-a lungul primilor ani de viață. Dacă distresul matern devine evident prin comportamentele de îngrijire și dinamica relațională, aceste domenii în sine pot reprezenta ținte pentru sprijin, cu implicații directe pentru prevenție și intervenție timpurie, chiar și în contextele în care îngrijirea specializată de sănătate mintală este limitată (Frost et al., 2025; Humphreys et al., 2024).

1.3 Stadiul actual al cunoștințelor

1.3.1 Modelul Socio-Ecologic

Teza prezintă adoptă o perspectivă ecologică, utilizând Modelul Socio-Ecologic (SEM) (Bronfenbrenner, 1979; Kilanowski, 2017), subliniind faptul că dezvoltarea se desfășoară în cadrul unor sisteme ecologice și nu în mod izolat. O adaptare a SEM la domeniul sănătății publice (Collins et al., 2024) organizează influențele asupra sănătății mintale în șase niveluri: individual, relațional, organizațional, comunitar, politic și societal. În această teză, simptomele depresive materne sunt poziționate la nivel individual (mama), dezvoltarea socio-emoțională a copilului, de asemenea, la nivel individual (copil), iar dimensiunile care leagă aceste constructe sunt examinate în principal în cadrul domeniilor relaționale și comunitare. Domeniul relațional include comportamente materne de îngrijire (alăptarea exclusivă), atașamentul prenatal, calitatea relației mamă-copil care cuprinde reprezentări materne ale relației și mind-mindedness; domeniul comunitar este surprins prin coeziunea comunității, coeziunea intergenerațională, disfuncționalitățile la nivel de comunitate. Dimensiunea temporală a modelului se reflectă în designul longitudinal (sarcină-primii 2 ani de viață ai copiilor) (Chronosystem).

1.3.2 Simptomele depresive materne ca expunere longitudinală

În teza prezentă, depresia maternă este abordată prin simptome depresive măsurate continuu, în concordanță cu utilizarea scalelor de autoevaluare în comunitate și în țările cu venituri mici și medii, unde chiar și simptomele sub pragul clinic pot avea încă relevanță pentru dezvoltare (Gyimah et al., 2024; Cerniglia et al., 2020). Studiile longitudinale sugerează că simptomele depresive materne pot fi asociate în moduri diferite cu dezvoltarea copilului, în funcție de momentul în care încep să apară și de persistența lor în timp; aceste tipare evidențiază o limită cheie a studiilor cu un singur moment de măsurare: ele nu pot distinge dacă riscul reflectă un episod scurt sau o expunere mai îndelungată care modelează contextul îngrijirii materne în timp (Evans et al., 2012; Rogers et al., 2020). Dovezile meta-analitice indică faptul că depresia perinatală maternă este asociată cu dezvoltarea socio-emoțională a copilului până la adolescență, iar simptomele depresive materne pot influența dezvoltarea copilului prin multiple căi de îngrijire și relația cu acesta, inclusiv alăptarea exclusivă, atașamentul prenatal, reprezentările materne și mind-mindedness (Dias & Figueiredo, 2015; McMahon & Bernier, 2017; Davis et al., 2020).

1.3.3 Îngrijirea maternă în perioada de dezvoltare timpurie

Îngrijirea responsabilă și sensibilă (capacitatea îngrijitorului de a observa semnalele copilului, de a le interpreta corespunzător și de a răspunde prompt și adecvat) este descrisă pe scară largă ca o componentă centrală a îngrijirii materne în perioada timpurie (Nurturing Care for Early Childhood Development, 2018; Jeong et al., 2022). Dovezile meta-analitice arată că sensibilitatea îngrijitorului este asociată cu atașamentul securizant (Madigan et al., 2024), cu mai puține dificultăți socio-emoționale și comportamentale și cu o dezvoltare lingvistică timpurie mai bună, asocieri mai puternice fiind adesea constatate în studiile longitudinale și în contexte cu resurse socio-economice mai reduse (Madigan et al., 2019). Variațiile între culturi

sunt substanțiale, practicile materne de îngrijire fiind modelate de cerințele ecologice și normele culturale privind autonomia, relaționarea și socializarea (Daelmans et al., 2021).

1.3.4 Alăptarea exclusivă

Alăptarea exclusivă este unul dintre cele mai timpurii comportamente de îngrijire din viața unui copil, oferind nu doar partea de nutriție, ci și oportunități repetate de apropiere, liniștire și reglare diadică între mamă și copil (Kim et al., 2024). În acest sens, alăptarea exclusivă poate fi înțeleasă nu doar ca un comportament de hrănire, ci și ca un comportament de îngrijire timpurie prin care funcționarea emoțională maternă poate deveni vizibilă în mediul de dezvoltare al copilului (Modak et al., 2023). Dovezi recente susțin ideea conform căreia simptomele depresive materne pot fi asociate cu o probabilitate mai mică de alăptare exclusivă, inclusiv în contextele țărilor cu venituri mici și medii (Misgana et al., 2024; Neupane et al., 2025), o asociere determinată de auto-eficacitatea maternă redusă și de dificultățile în interpretarea semnalelor sugarului (Bates et al., 2020; Firk, 2025). În același timp, dovezile sugerează că asocierea nu este strict unidirecțională: alăptarea a fost asociată cu simptome depresive mai reduse în unele studii, în timp ce acest model se poate slăbi sau inversa atunci când alăptarea este percepută ca fiind stresantă sau dificilă (Xia et al., 2022; Kim et al., 2022).

1.3.5 Atașamentul prenatal

Atașamentul prenatal poate fi înțeles ca legătura relațională timpurie care se dezvoltă în timpul sarcinii, reflectând măsura în care mama începe să se gândească la făt ca la un individ separat, se implică emoțional și începe să se orienteze către viitoarea relație mamă-copil (McNamara et al., 2019; Cervellione et al., 2025). Literatura de specialitate sugerează că atașamentul prenatal este o componentă relațională fundamentală, mai degrabă decât un sentiment prenatal trecător: atașamentul mai puternic a fost asociat cu rezultate mai pozitive legate de relația afectivă, cu interacțiuni mai bune între părinte și sugar și influențând și funcționarea emoțională și comportamentală ulterioară a copilului (Foley & Hughes, 2018;

Arguz Cildir et al., 2020). O meta-analiză privind factorii predictivi sugerează că vârsta gestațională și sprijinul social se evidențiază ca fiind corelațiile cele mai consistente, în timp ce simptomele depresive și de anxietate tind să prezinte asocieri mai reduse (Yarcheski et al., 2009). În acest cadru, atașamentul prenatal devine relevant ca proces relațional prenatal care poate ajuta la explicarea modului în care sănătatea mintală a mamei poate fi legată de comportamentele de îngrijire postnatală, cum ar fi alăptarea.

1.3.6 Reprezentările materne în relația timpurie mamă-copil

Reprezentările materne - semnificațiile, așteptările și asumțiile relaționale prin care este perceput copilul, constituie o componentă importantă a relației timpurii mamă-copil (Bretherton & Munholland, 2008; Simkiss et al., 2013). Reprezentările mai puțin echilibrate sau cu o tonalitate mai negativă au fost asociate cu modele de comportament de îngrijire mai puțin sensibile și mai atipice (Sokolowski et al., 2007; Korja et al., 2010). Distresul matern, inclusiv simptomele depresive, a fost asociat mai frecvent cu reprezentări ale copilului și ale relației mamă-copil marcate de o tonalitate mai negativă sau de o tensiune relațională mai accentuată, e nevoie ca aceste asocieri să fie interpretate cu prudență, deoarece reprezentările sunt modelate nu numai de funcționarea emoțională maternă, ci și de caracteristicile copilului și de mediul relațional și contextual mai larg (Oates et al., 2018).

1.3.7 Mind-Mindedness în relația timpurie mamă-copil

Mind-mindedness (MM) se referă la tendința mamei de a percepe copilul ca pe un agent psihologic cu gânduri, emoții, dorințe și intenții care sunt semnificative pentru interacțiune (Meins et al., 2003). MM ocupă o poziție intermediară între dimensiunile reprezentationale și comportamentale ale relației mamă-copil, subliniind atât modul în care copilul este înțeles în mintea mamei, cât și modul în care această înțelegere este exprimată prin discuțiile spontane ale mamei despre copil (McMahon & Bernier, 2017). Rezultatele meta-analitice sugerează că MM este asociată într-o măsură modestă cu funcționarea dezvoltării copilului în mai multe

domenii, inclusiv teoria minții, cogniția socială și aspecte ale limbajului și ale funcționării executive (Aldrich et al., 2021). În ceea ce privește asocierea sa cu depresia maternă, o meta-analiză recentă arată că simptomele depresive ale părinților sunt modest asociate cu o mentalizare parentală mai scăzută în general, în timp ce nu s-au găsit asocieri semnificative pentru MM în mod specific (Georg et al., 2023), sugerând că rolul simptomelor depresive în MM nu este încă pe deplin înțeles și că sunt necesare mai multe studii (Corapci et al., 2024).

1.3.8 Dezvoltarea socio-emoțională a copilului

Dezvoltarea socio-emoțională la vârsta de doi ani este un domeniu vast și multidimensional, care include atât competențe pozitive, precum comportamentul prosocial, cât și variații problematice, precum problemele de internalizare (anxietate, retragere, tristețe, teamă) și problemele de externalizare (agresivitate, comportament opoziționist, impulsivitate) (Malik & Marwaha, 2022; Tandon et al., 2009; Tremblay et al., 2004). Această viziune multidimensională este relevantă în contextul depresiei materne, deoarece adaptarea socio-emoțională timpurie pare să fie sensibilă la dificultățile psihologice ale mamei. Rezultatele meta-analitice sugerează că depresia părinților este asociată atât cu probleme de internalizare, cât și cu probleme de externalizare la copii, deși aceste asocieri sunt, în general, mici (Ivanova et al., 2022). Impactul depresiei materne asupra dezvoltării poate varia în funcție de momentul apariției simptomelor: prenatal, postnatal sau în ambele perioade. Momentul pare să conteze, deoarece depresia prenatală poate afecta dezvoltarea prin mecanisme prenatale, în timp ce depresia postnatală poate deveni relevantă prin influența sa asupra mediului relațional timpuriu (Takacs et al., 2020; Morales et al., 2023).

1.3.9 Caracteristicile comunității

Dincolo de procesele individuale și diadice, depresia maternă ar trebui înțeleasă și în contextul relațional și comunitar în care au loc sarcina, nașterea și îngrijirea timpurie a copilului (Bedaso et al., 2021). O revizuire sistematică și o meta-analiză realizate de Bedaso et al. (2021)

au arătat că un nivel scăzut de sprijin social este un factor de risc semnificativ pentru depresia prenatală, în timp ce sprijinul din partea partenerilor, a familiei și a rețelelor sociale mai largi poate juca un rol protector important. Coeziunea socială, încrederea, reciprocitatea și oportunitățile de participare socială pot funcționa ca resurse comunitare protectoare (Zhou et al., 2018; Hatakeyama et al., 2024), în timp ce disfuncționalitățile la nivel de comunitate pot reflecta un context comunitar mai nefavorabil, relevant pentru vulnerabilitatea maternă în timpul sarcinii și al îngrijirii timpurii a copilului (Subiza-Perez et al., 2021). Caracteristicile comunității sunt relevante pentru teza prezentă nu numai pentru că pot influența depresia maternă, ci și pentru că fac parte din contextul relațional mai larg în care au loc îngrijirea timpurie și dezvoltarea copilului.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

2.1 Obiectivele cercetării

2.1.1 Obiectivul general

Obiectivul general al tezei prezente este de a studia, într-un cadru socio-ecologic, modul în care simptomele depresive materne, de la sarcină până în copilăria timpurie, sunt asociate cu comportamentele materne de îngrijire, calitatea relației mamă-copil și dezvoltarea socio-emoțională a copilului, precum și factorii individuali, relaționali și comunitari care pot influența aceste asocieri.

2.1.2 Obiective specifice

1. Să se sintetizeze, printr-o meta-analiză actualizată, asocierea dintre simptomele depresive materne și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață și explorarea variabilelor moderatoare ale acestei relații.
2. Să se studieze dacă atașamentul prenatal și simptomele depresive postnatale mediază asocierea dintre simptomele depresive prenatale și alăptarea exclusivă.

3. Să se studieze longitudinal asocierea dintre modificările simptomelor depresive maternelor de-a lungul perioadei perinatale și a copilăriei timpurii și calitatea relației mamă–copil la 24 de luni, evaluată prin apropierea afectivă și intruziunea percepute în relație și mind-mindedness, precum și rolul factorilor relaționali și comunitari care pot influența aceste asocieri.
4. Să se studieze longitudinal asocierea dintre modificările simptomelor depresive maternelor de-a lungul perioadei perinatale și a copilăriei timpurii și dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni, precum și rolul factorilor relaționali și comunitari care pot influența această asociere.

2.2 Metodologie generală

2.2.1 Design

Teza este compusă din patru studii și combină două abordări metodologice complementare. În primul rând, include un design meta-analitic, utilizat în Studiul 1 pentru a sintetiza dovezile existente și a examina potențialii moderatorii ai asocierii dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni. În al doilea rând, studiile 2, 3 și 4 adoptă un design longitudinal prospectiv, cu trei etape de măsurare: în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină (T1), când copiii aveau între 3 și 6 luni (T2) și când copiii aveau aproximativ 24 de luni (T3). Datele longitudinale au fost colectate în colaborare cu Studiul “Evidence for Better Lives” (EBLS), un proiect internațional care a colectat date în opt țări LMI în primele două etape și în șase țări în a treia etapă. Autoarea tezei a co-coordonat designul proiectului, colectarea datelor și procedurile de instruire în timpul etapelor 2 și 3 în țările participante.

2.2.2 Procedură

Studiul a avut ca obiectiv obținerea unui eșantion care să includă medii sociale diverse în fiecare zonă de studiu. Datele au fost colectate în: Kingston (Jamaica), Koforidua (Ghana),

Worcester (Africa de Sud), Cluj-Napoca (România), Tarlai Kalan (Pakistan), Ragama (Sri Lanka), Hue (Vietnam) și Valenzuela (Filipine). Femeile însărcinate erau eligibile dacă se aflau în al treilea trimestru de sarcină (28-40 de săptămâni), aveau minim 18 ani, aveau reședința principală în zona de studiu și erau capabile să ofere consimțământul informat în scris. Chestionarele au fost administrate prin intermediul tabletelor CAPI și A-CASI. Ultima etapă a fost realizată prin interviuri telefonice din cauza pandemiei de COVID-19. Toate instrumentele au fost traduse și adaptate în limbile materne ale participanților utilizând un protocol standardizat intern (OMS, 2014), iar studiul a fost aprobat de comitetele de etică ale Universității din Cambridge și ale universităților/institutelor de cercetare din fiecare țară.

2.2.3 Participanți

Participanții au fost femeile care au îndeplinit criteriile de includere și care și-au dat consimțământul informat. Deoarece teza include mai multe studii empirice derivate din același set de date longitudinal mai amplu, eșantioanele de participanți au variat de la un studiu la altul, în funcție de disponibilitatea variabilelor relevante și de obiectivele specifice ale fiecărei analize. Informații detaliate privind participanții incluși în fiecare studiu, inclusiv mărimea eșantionului și caracteristicile sociodemografice relevante, sunt prezentate separat în capitolul corespunzător fiecărui studiu specific.

2.2.4 Măsurători

Instrumentele utilizate pe parcursul studiului longitudinal sunt descrise în acest capitol pentru a menține coerența metodologică. Simptomele depresive au fost evaluate în toate cele trei etape utilizând The Patient Health Questionnaire-PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), un instrument de autoevaluare cu 9 itemi bazată pe criteriile DSM-IV, cu o consistență internă acceptabilă între etape ($\alpha = 0,76, 0,74$ și, respectiv, $0,84$). Atașamentul prenatal a fost evaluat în T1 folosind Prenatal Attachment Inventory-Revised (PAI-R; Pallant et al., 2014), o scală de 18 itemi cu o consistență internă excelentă ($\alpha = 0,93$). Calitatea relației mamă-copil a fost

evaluată în T3 folosind Mothers' Object Relations Scales Short-form (MORS-SF; Oates et al., 2018), care acoperă dimensiunile de apropiere afectivă ($\alpha = 0,76$) și intruziune ($\alpha = 0,73$) percepute. Mind-mindedness a fost evaluat la T3 prin Three Minutes Speech Sample (TMSS; adaptat după FMSS), care presupune codarea comentariilor mentale și non-mentale din discursul spontan al mamelor despre copilul lor (Meins & Fernyhough, 2015). Mamele au fost invitate să vorbească liber despre copil timp de trei minute, iar relatările au fost ulterior codate în funcție de referirile la gândurile, emoțiile, dorințele, intențiile și alte stări interne ale copilului. În acord cu cercetările anterioare privind MM, codarea a vizat proporția referirilor adecvate la stări mentale din totalul comentariilor (Meins & Fernyhough, 2015). Caracteristicile comunității au fost evaluate la T1, pe trei dimensiuni: coeziunea comunității ($\alpha = 0,83$; Mujahid et al., 2007), coeziunea intergenerațională ($\alpha = 0,63$; Sampson et al., 1999) și disfuncționalitățile la nivelul comunității ($\alpha = 0,89$; Marco et al., 2015). Alăptarea exclusivă a fost evaluată la T2 printr-un singur item din Chestionarul UNICEF/OMS pentru mamele care alăptează (2009). Dezvoltarea socio-emoțională a copiilor a fost evaluată la T3 prin intermediul Social Behaviour Questionnaire (SBQ; Tremblay et al., 1991), care include următoarele subscale: comportamente asociate ADHD ($\alpha = .66$), comportament prosocial ($\alpha = .78$), probleme de internalizare ($\alpha = .58$) și agresivitate ($\alpha = .74$).

CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ȘTIINȚIFICE ORIGINALE

3.1 Studiul 1: Depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață: o meta-analiză¹

3.1.1 Introducere

Primii doi ani de viață reprezintă o perioadă sensibilă pentru dezvoltarea cognitivă, socială și emoțională, punând bazele adaptării psihologice pe termen lung (Ilyka et al., 2021; Likhar et al., 2022). Dezvoltarea socio-emoțională în această perioadă cuprinde trei domenii principale: reglarea emoțională, procesele socio-emoționale orientate către ceilalți și procesele socio-emoționale orientate către sine (Denham & Zinsser, 2014). Aceste procese socio-emoționale sunt interconectate și susțin capacitatea copilului de a-i înțelege pe ceilalți, de a-și regla emoțiile și de a forma relații funcționale cu îngrijitorii și cu ceilalți (Paley & Hajal, 2022; Thümmeler et al., 2022; Speidel et al., 2023; Malik & Marwaha, 2022). Competențele socio-emoționale timpurii prezic rezultate importante pe termen lung, inclusiv oportunități educaționale și economice, susțin relațiile pozitive și funcționarea adaptativă și acționează ca factori de protecție împotriva problemelor de internalizare și externalizare (Jones et al., 2015; Frosch et al., 2021; Anderson et al., 2023). În studiul prezent, dezvoltarea socio-emoțională este operaționalizată ca o dimensiune care acoperă atât competențele adaptative (reglarea emoțională, competența socială, comportamentul prosocial), cât și dificultățile emergente (simptome de internalizare și externalizare), în concordanță cu Halle și Darling-Churchill (2016).

Dintr-o perspectivă ecologică (Bronfenbrenner & Morris, 2007), dezvoltarea copilului este modelată de sisteme interconectate, care variază de la structuri socioculturale ample până la interacțiunile din cadrul familiei. O componentă importantă a microsistemului este relația

¹ Articol publicat: Costin, M. R., Tăut, D., Băban, A. S., & Pinteș, S. (2026). Maternal Depression and Children's Socio-Emotional Development in the First Two Years of Life: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 26(1), 39-68. DOI: 10.24193/jebp.2026.1.3

părinte-copil, care începe înainte de naștere și continuă să modeleze dezvoltarea socio-emoțională (Bianciardi et al., 2023). Un factor cheie care afectează această dinamică este depresia maternă în perioada perinatală (Goeglein & Yatchmink, 2020; Morales et al., 2023). În perioada prenatală, simptomele depresive pot perturba axa hipotalamo-hipofizo-suprarenală (HPA), crescând sensibilitatea fătului la stres și riscul de efecte adverse la naștere asociate cu deficite de dezvoltare pe termen lung (Beijers et al., 2014; Ghimire et al., 2021). Postnatal, mamele cu simptome depresive se pot retrage, pot deveni mai puțin sensibile la semnalele copilului și pot avea dificultăți în stabilirea unor rutine de îngrijire potrivite (Letourneau et al., 2010; McAndrew, 2019). Aceste perturbări cresc riscul ca și copilul să aibă o reglare emoțională deficitară și probleme de internalizare și externalizare (Goodman et al., 2011; Urizar & Muñoz, 2022; Morales et al., 2023).

Relația dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională timpurie este complexă, implicând factori culturali, socioeconomi, relaționali și biologici (Cui et al., 2018; Chorbadjian et al., 2020). Studiile individuale diferă substanțial în ceea ce privește designul, momentul evaluării și metodele de evaluare, ceea ce face dificilă formularea unor concluzii clare cu privire la impactul depresiei materne asupra dezvoltării socio-emoționale a copilului în primii doi ani de viață (Cuijpers et al., 2010; Morales et al., 2023). Prin urmare, este necesară o sinteză meta-analitică pentru a evalua efectele depresiei prenatale și postnatale și pentru a identifica potențiali moderatorii ai asocierii (Rogers et al., 2020; Takács et al., 2020).

Această meta-analiză a avut ca scop examinarea asocierii dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață prin: (1) cuantificarea efectului global al depresiei materne; (2) diferențierea efectelor prenatale și postnatale; și (3) explorarea moderatorilor metodologici și sociodemografici.

3.1.2 Metodă

3.1.2.1 Strategia de căutare

Am folosit ghidurile PRISMA (Page et al., 2021). Căutarea studiilor a avut loc până la 1 decembrie 2025, în PubMed, Web of Science și Scopus, utilizând combinații de termeni legați de depresia maternă (de exemplu, „postnatal depression”, „postpartum depression”, „prenatal depression”) combinați prin operatorul Boolean AND cu termeni referitori la dezvoltarea socio-emoțională a copilului. Eligibilitatea finală a studiilor a fost evaluată independent de doi autori, iar discrepanțe au fost soluționate de autorul senior.

3.1.2.2 Criterii de includere și excludere

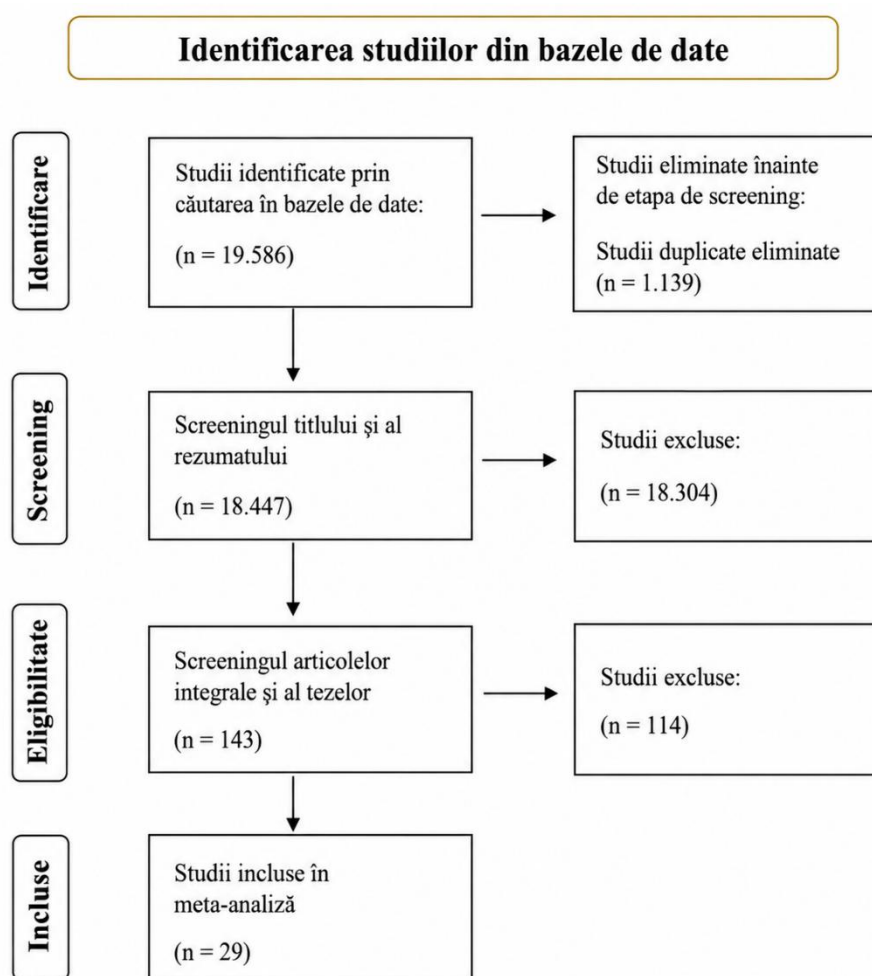
Studiile au fost incluse dacă: erau articole publicate în limba engleză; examinau relația dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului; utilizau instrumente validate; și furnizau date statistice suficiente pentru calcularea mărimii efectului. Criteriile de excludere au fost: recenzii și capitole de carte; copii cu vârsta de peste 24 de luni; studii axate pe rezultate cognitive/fizice, sănătatea mintală a altor îngrijitori sau copii adoptați; și studiile în care dezvoltarea socio-emoțională a fost discutată, dar nu a fost măsurată direct. Procesul de selecție este ilustrat în diagrama din Figura 1.

3.1.2.3 Procedura de codare și factorii moderatori

Din fiecare studiu am extras: designul studiului, mărimea eșantionului, mărimea efectelor și informațiile statistice aferente. Variabilele referitoare la depresie au fost codate în funcție de momentul evaluării (prenatal vs. postnatal), instrumentul de evaluare, tipul de măsurare (de exemplu, autoevaluare) și momentul evaluării, atunci când aceste informații erau disponibile. Variabilele privind dezvoltarea socio-emoțională a copiilor au fost codate în funcție de instrumentul de evaluare, tipul de măsurare (observațional vs. raportat de mamă) și momentul evaluării. Moderatorii selectați pentru analiză au inclus vârsta mamei, procentul de mame cu >12 ani de studii, procentul de mame care locuiesc cu un partener și procentul de mame primigravide (aflate la prima sarcină).

Figura 1.

Diagrama PRISMA care descrie procesul de selecție a studiilor.



3.1.2.4 Calitatea studiilor și direcția rezultatelor

Calitatea studiilor a fost evaluată folosind Scala Newcastle–Ottawa (NOS; Wells et al., 2013), adaptată pentru studiile de cohortă și cele transversale, și exprimată ca procent din punctajul maxim. Pentru a asigura coerența analitică, corelațiile au fost recodate astfel încât asocierile congruente cu literatura de specialitate (depresie maternă mai severă asociată cu rezultate socio-emoționale mai slabe la copil) să primească un semn pozitiv. Această decizie a fost luată pentru a evita situația în care corelațiile pozitive cu problemele copilului s-ar fi anulat reciproc cu corelațiile negative cu competențele copilului, dacă semnele originale ar fi fost

păstrate. Semnele originale au fost menținute doar atunci când tipul rezultatului, competențe versus probleme, a fost examinat ca moderator.

3.1.3 Analiza datelor

Analizele au fost efectuate utilizând software-ul Comprehensive Meta-Analysis, versiunea 2, cu un model cu efecte aleatorii, având în vedere eterogenitatea studiilor. Biasul de publicare a fost evaluat utilizând Classic Fail-safe N al lui Rosenthal (Rosenthal, 1979), testul de corelație a rangurilor al lui Begg și Mazumdar (Begg & Mazumdar, 1994) și visual funnel plot inspection. Pentru analizele moderatorilor, am utilizat teste de eterogenitate pentru variabilele categoriale (de exemplu, faza depresiei) și metaregresii pentru variabilele continue (de exemplu, vârsta mamelor) (Borenstein et al., 2021).

3.1.4 Rezultate

3.1.4.1 Caracteristicile studiilor

Meta-analiza a inclus 29 de studii independente, cu un eșantion total de 22.655 de diade mamă-copil (între 10 și 12.130 pe studiu). Majoritatea studiilor au avut un design longitudinal ($n = 24$); cinci au fost transversale. Studiile au fost diverse din punct de vedere geografic, dar cu predominanță occidentală: America de Nord ($n = 12$), Europa ($n = 9$), Asia ($n = 3$), Oceania ($n = 2$), America de Sud ($n = 1$), Africa ($n = 1$) și Turcia ($n = 1$). Depresia maternă a fost evaluată prenatal în 4 studii, postnatal în 17 și în ambele faze în 8 studii. Toate studiile au utilizat instrumente validate de autoevaluare; EPDS a fost cel mai frecvent utilizat atât pentru evaluările prenatale ($n = 7$), cât și pentru cele postnatale ($n = 13$). Dezvoltarea socio-emoțională a copilului a fost măsurată între 1 și 112 săptămâni după naștere (mediană = 57 săptămâni), predominant raportată de mamă ($n = 23$), instrumentele cele mai frecvente fiind BITSEA ($n = 7$), CBCL ($n = 5$) și Scalele Bayley ($n = 6$).

3.1.4.2 Analiza eterogenității

Analiza eterogenității efectuată pentru distribuția mărimilor efectului în meta-analiză a indicat o eterogenitate semnificativă, $Q(28) = 369,45$, $p < 0,001$, $I^2 = 92,42$. Luând în considerare și diversitatea studiilor, privind design-ul și participanții, am decis să efectuăm toată analiza datelor folosind un model cu efecte aleatorii.

Mărimea efectului global este prezentată în Figura 2. După cum se poate observa, corelația variază între -0,24 (Nix et al., 2021) și 0,914 (Kamal & Kalita, 2010). Mărimea efectului global este $r = 0,204$, IC 95% [0,147, 0,260] și este semnificativă din punct de vedere statistic ($Z = 6,86$, $p < 0,001$), indicând o mărime a efectului de la mică la moderată între depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață.

3.1.4.3 Analiza bias-ului de publicare

Bias-ul de publicare a fost analizat folosind trei metode. Indicatorul „Classic Fail-safe N (Rosenthal, 1979a indicat că ar fi necesare 2.902 studii cu rezultate nule pentru a anula efectul observat (100,1 pentru fiecare studiu inclus), ceea ce sugerează rezultate robuste. Testul de corelație de rang Begg și Mazumdar a indicat un coeficient Kendall's tau b nesemnificativ statistic, de 0,21, cu o valoare p bilaterală de 0,106, fără a evidenția o tendință sistematică a studiilor cu eșantioane mai mari de a produce efecte mai mari. Inspecția vizuală a funnel plotului (Figura 3) a arătat o distribuție în mare parte simetrică în jurul mărimii efectului cumulat, cu un dezechilibru modest în partea dreaptă, atribuit mai degrabă eterogenității naturale decât unei distorsiuni sistematice.

Figura 2.

Graficul forest plot al tuturor studiilor incluse în analiză și mărimea efectului global.

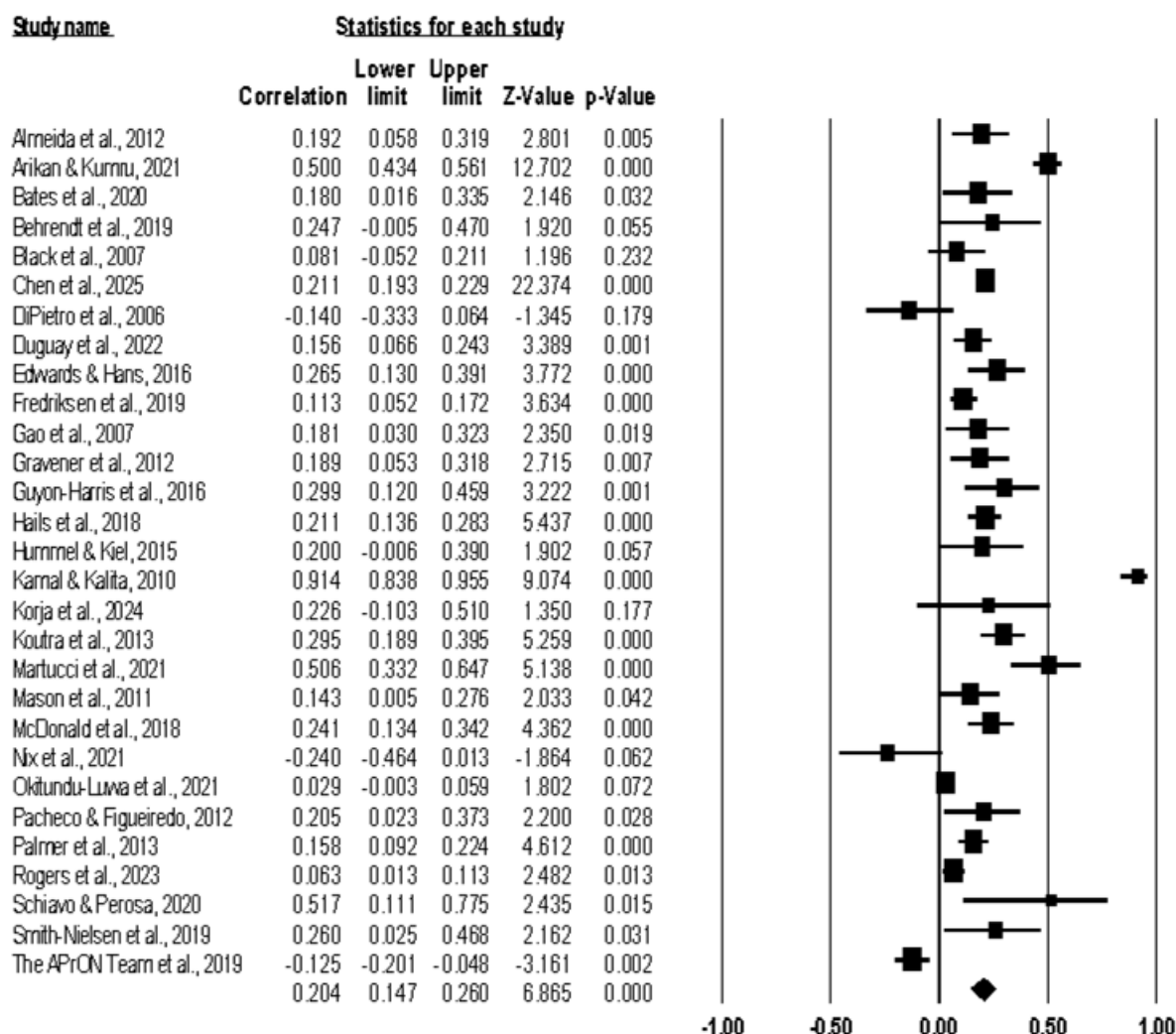
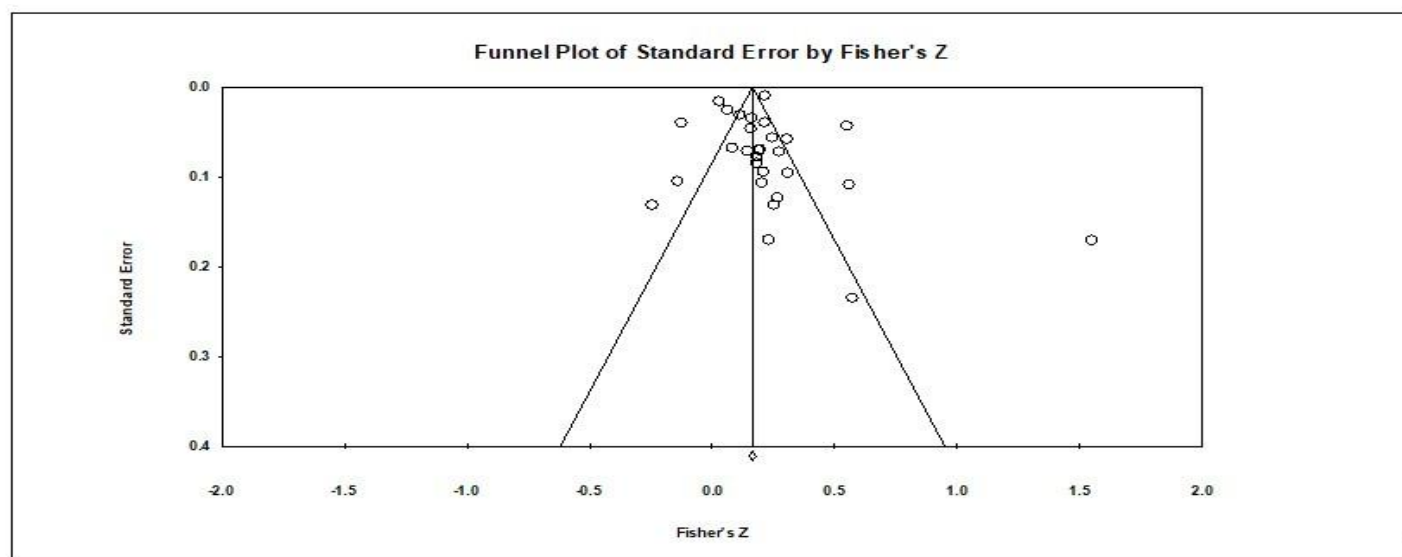


Figura 3.

Funnel plot pentru studiile incluse în metaanaliză.



3.1.4.4 Analiza moderatorilor

Momentul evaluării depresiei. Tabelul 1 prezintă comparația dintre mărimea efectului global obținută în faza prenatală și mărimea efectului global obținută în faza postnatală a depresiei materne. Mărimile efectului obținute în fazele prenatală și postnatală sunt ambele semnificative din punct de vedere statistic ($r = 0,14$, $p = 0,001$ pentru faza prenatală; $r = 0,22$, $p = 0,001$ pentru faza postnatală), fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic între ele $Q(1) = 3,027$, $p = 0,070$. În consecință, faza depresiei nu moderează mărimea efectului.

Tabelul 1.

Comparația mărimii efectelor pentru depresia maternă postnatală și prenatală

Momentul evaluării depresiei	Nr. de studii	r	Limitele intervalului de încredere (95%)		Z	p
			Inferior	Superior		
Postnatal	25	0.229	0.157	0.298	6.12	0.001
Prenatal	12	0.141	0.076	0.204	4.26	0.001

Măsurarea dezvoltării socio-emoționale (observațional vs. raportată de mamă).

Tabelul 2 prezintă analiza mărimilor efectului în funcție de metoda de măsurare a dezvoltării socio-emoționale a copilului. Atunci când măsurarea s-a realizat prin observare, mărimea efectului a fost mică și nesemnificativă ($r = 0,101$, $p = 0,079$). Atunci când dezvoltarea socio-emoțională a copilului a fost raportată de mame, mărimea efectului a fost moderată și statistic semnificativă ($r = 0,225$, $p < 0,001$). Testul de eterogenitate între categorii a relevat diferențe marginal semnificative din punct de vedere statistic, $Q(1) = 3,60$, $p = 0,058$. În consecință, modul în care au fost măsurate rezultatele tinde să modereze relația acestora cu depresia maternă.

Tabelul 2.

Comparația mărimii efectului în funcție de metoda de evaluare a dezvoltării socio-emoționale a copiilor (prin observare vs. raportată de mamă).

Evaluarea dezvoltării socio-emoționale a copilului	Nr. de studii	<i>r</i>	Limitele intervalului de încredere (95%)		<i>Z</i>	<i>p</i>
			Inferior	Superior		
Observațional	6	0.101	-0.012	0.212	1.75	0.079
Raportat de mamă	23	0.225	0.161	0.286	6.81	<.001

Momentul evaluării dezvoltării socio-emoționale a copilului (săptămâni de la naștere). Analiza de moderare pentru momentul măsurării dezvoltării socio-emoționale a copilului a fost realizată folosind o procedură de metaregresie în care momentul măsurării a fost tratat ca variabilă predictivă, iar mărimea efectului ca criteriu. Un total de 28 de studii au raportat momentul evaluării dezvoltării socio-emoționale a copilului, iar pentru standardizarea datelor, toate intervalele de timp raportate au fost convertite în săptămâni. Analiza a arătat că momentul evaluării este un predictor pozitiv semnificativ al mărimii efectului ($b = 0,004$, $Z = 2,95$, $p = 0,003$). Acest rezultat sugerează că, pe măsură ce crește momentul măsurării rezultatului, crește și intensitatea relației dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului. Prin urmare, momentul obținerii rezultatului joacă un rol moderator semnificativ în această relație.

Vârsta mamei. Deoarece majoritatea studiilor nu au raportat rezultatele în funcție de vârstă, am cuantificat vârsta medie a mamelor și am testat printr-o metaregresie dacă aceasta prezicea mărimea efectului din fiecare studiu. Analiza a arătat că vârsta a fost un predictor negativ semnificativ al mărimii efectului ($b = -0,015$, $Z = -6,37$, $p < 0,001$). Acest rezultat sugerează că, pe măsură ce vârsta mamei crește, intensitatea relației dintre depresia maternă și rezultatele socio-emoționale ale copilului scade. Astfel, vârsta mamei este o variabilă moderatoare importantă în înțelegerea acestei relații.

Procentul mamelor cu peste 12 ani de studii. Analiza de moderare a fost realizată prin intermediul unei proceduri de metaregresie, având nivelul de studii ca variabilă predictivă și mărimea efectului ca criteriu. Analiza a evidențiat faptul că procentul mamelor cu studii superioare a constituit un predictor negativ semnificativ al mărimii efectului ($b = -0,0009$, $Z = -3,99$, $p < 0,001$). Astfel, pe măsură ce procentul de mame cu peste 12 ani de studii crește, mărimea efectului scade. Prin urmare, nivelul de educație al mamei moderează relația dintre depresie și dezvoltarea socio-emoțională a copilului.

Procentul de mame care locuiesc cu un partener. A fost efectuată o metaregresie pentru a evalua procentul de mame care locuiesc cu un partener ca potențial moderator. Rezultatele au arătat că această variabilă a fost un predictor negativ semnificativ al mărimii efectului ($b = -0,002$, $Z = -8,80$, $p < 0,001$). Acest lucru sugerează că, pe măsură ce procentul de mame care locuiesc cu un partener crește, mărimea efectului scade. În consecință, statutul de coabitare al mamei cu un partener moderează relația dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului.

Procentul mamelor primigravide. Analiza de metaregresie privind procentul mamelor primigravide a arătat că această variabilă nu a constituit un predictor semnificativ al mărimii efectului ($b = 0,0002$, $Z = 0,61$, $p = 0,539$). Prin urmare, nu s-au găsit dovezi care să indice că statutul de primigravidă moderează relația dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului.

Competențe vs. probleme. Tabelul 3 prezintă mărimea efectului în funcție de măsura în care dimensiunea socio-emoțională analizată reflecta competențe sau probleme. Atunci când competențele au fost corelate cu depresia maternă, mărimea efectului a fost mică și semnificativă statistic ($r = -0,142$, $p = 0,048$). Atunci când problemele au fost asociate cu depresia, mărimea efectului a fost mică spre moderată și semnificativă statistic ($r = 0,206$, $p < 0,001$). Testul de eterogenitate între categorii a indicat diferențe semnificative statistic, $Q(1) =$

18,56, $p < 0,001$. În consecință, tipul dimensiunii socio-emoționale analizate, respectiv competențe versus probleme, moderează relația cu depresia.

Tabelul 3.

Comparația mărimii efectelor: competențe versus probleme

Competențe vs. probleme	Nr. de studii	r	Limitele intervalului de încredere (95%)		Z	p
			Inferio r	Superior		
Competențe	13	-0.142	-0.278	-0.001	-1.97	0.048
Probleme	17	0.206	0.134	0.276	5.54	<.001

Calitatea studiilor. Analiza de metaregresie indică faptul că calitatea studiilor a constituit un factor predictiv semnificativ din punct de vedere statistic pentru mărimea efectului, cu un coeficient de regresie pozitiv ($B = 0,001$, $Z = 4,49$, $p < 0,001$). Acest lucru sugerează că studiile de calitate superioară au avut tendința de a raporta mărimi ale efectului ușor mai mari.

3.1.5 Discuții

Meta-analiza a evidențiat o asociere semnificativă statistic, de mărime mică spre moderată, între depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață, fiind în concordanță cu concluziile meta-analizelor anterioare (Goodman et al., 2011; Letourneau et al., 2019). Deși asocierea dintre depresia postnatală și dezvoltarea socio-emoțională a copilului a fost numeric mai puternică decât asocierea observată pentru depresia prenatală, diferența dintre cele două nu a fost semnificativă statistic. Acest rezultat susține perspectiva conform căreia simptomele depresive manifestate de-a lungul perioadei perinatale reprezintă un risc relevant pentru dezvoltarea copilului. O posibilă explicație este continuitatea simptomelor depresive din perioada sarcinii în perioada postpartum, astfel încât simptomele timpurii pot reflecta o vulnerabilitate mai persistentă. În plus, depresia prenatală și cea postnatală pot acționa prin mecanisme parțial diferite, incluzând sensibilizarea biologică

prenatală și perturbările postnatale ale îngrijirii, care pot converge către rezultate socio-emoționale similare (Beijers et al., 2014; Bind et al., 2022).

Analizele de moderare au evidențiat mai mulți factori contextuali și metodologici importanți. Asocierile au fost mai puternice atunci când dezvoltarea socio-emoțională a copiilor a fost raportată de mame decât atunci când a fost evaluată observațional, posibil reflectând distorsiuni negative de raportare asociate simptomelor depresive (Li et al., 2023). Mărimile efectului au crescut, de asemenea, odată cu vârsta copiilor, sugerând că expunerea cumulativă la simptomele depresive maternelor și perturbările interacțiunilor de îngrijire pot amplifica riscul dezvoltării unor dificultăți în timp (Morales et al., 2023). Vârsta maternă mai înaintată, nivelul mai ridicat de educație maternă și locuirea împreună cu un partener au atenuat asocierea dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copiilor, reflectând posibil o maturitate psihologică mai mare, sprijin relațional și acces mai bun la resurse (Trillingsgaard & Sommer, 2018). Statutul de primigravidă nu a moderat această relație.

În final, asocierile au fost mai puternice pentru problemele copilului, cum sunt comportamentele de internalizare și externalizare, decât pentru competențe, sugerând că depresia maternă este asociată mai consecvent cu niveluri mai ridicate ale dificultăților socio-emoționale decât cu reduceri ale abilităților socio-emoționale pozitive în primii doi ani de viață.

3.1.6 Limite și cercetări viitoare

La nivel de limite menționăm următoarele: majoritatea studiilor incluse s-au bazat pe autoevaluarea maternă pentru a evalua dezvoltarea socio-emoțională a copilului, ceea ce poate introduce o tendință de subestimare în cazul mamelor depresive. Eterogenitatea design-urilor de studiu, a instrumentelor și a eșantioanelor limitează generalizabilitatea; deși analizele moderatorilor au abordat o parte din variabilitate, factorii contextuali nemăsurați (de exemplu, sprijinul social, normele culturale, implicarea tatălui) nu au fost examinați. Cercetările viitoare ar trebui să utilizeze design-uri longitudinale care să urmărească copiii încă din perioada

prenatală, să utilizeze evaluări bazate pe mai mulți informatori și evaluări observaționale și să abordeze sănătatea mintală a mamei în subgrupuri mai vulnerabile (mame mai tinere, cu un nivel de educație mai scăzut sau mame singure).

3.1.7 Concluzii

Această meta-analiză evidențiază impactul semnificativ al depresiei materne asupra dezvoltării socio-emoționale a copiilor în primii doi ani de viață. Rezultatele subliniază necesitatea identificării și intervenției timpurii în cazul mamelor care suferă de depresie, precum și a monitorizării copiilor mici ale căror mame au avut probleme de sănătate mintală în perioada perinatală. Prin abordarea cât mai timpurie a problemelor de sănătate mintală ale mamei, putem sprijini copiii să se dezvolte într-un mod cât mai echilibrat și sănătos încă de la începutul dezvoltării.

3.2. Studiul 2: Rolul simptomelor depresiei materne și al atașamentului prenatal în predicția alăptării exclusive

3.2.1 Introducere

Depresia perinatală reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, care afectează între 15 și 65% dintre femeile însărcinate din țările cu venituri mici și medii (Dadi et al., 2020). Sarcina este asociată cu schimbări emoționale, psihologice și hormonale importante, care pot crește vulnerabilitatea la stresul prenatal și la depresie (Eberhard-Gran et al., 2002; Chaudron, 2013). Simptomele depresive din timpul sarcinii sunt asociate cu rezultate adverse pentru făt, inclusiv creștere intrauterină restricționată și creștere în greutate postnatală afectată (Graignic-Philippe et al., 2014; Ghimire et al., 2021). Depresia perinatală poate afecta, de asemenea, dezvoltarea fetală prin expunerea prelungită la hormoni de stres și prin alterarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale materne (Duthie & Reynolds, 2013; Estes & McAllister,

2016). Cincizeci și patru la sută dintre femeile cu depresie prenatală continuă să prezinte simptome depresive postnatale (Gelaye et al., 2016), ceea ce, la rândul său, afectează negativ interacțiunea mamă-copil, atașamentul și îngrijirea maternă, inclusiv alăptarea (Brummelte & Galea, 2016; Parsons et al., 2012).

3.2.1.1 Simptome depresive materne și alăptarea exclusivă

Alăptarea exclusivă oferă beneficii bine documentate pentru sănătatea atât a sugarilor, cât și a mamelor, inclusiv protecție împotriva morbidității infantile și a riscurilor pe termen lung pentru sănătate (Section on Breastfeeding, 2005; Bar et al., 2016; Hay & Bærug, 2019; Victora et al., 2016). Cu toate acestea, dovezile privind legătura dintre simptomele depresive materne și alăptare exclusivă sunt mixte: unele studii constată că simptomele depresive prenatale prezic o durată mai scurtă a alăptării exclusive (Figueiredo et al., 2014; Hahn-Holbrook et al., 2013; Kehler et al., 2009), în timp ce altele nu găsesc nicio asociere semnificativă (Chung et al., 2004; Haga et al., 2018). Dificultățile socio-economice, normele culturale și lipsa de sprijin contribuie, de asemenea, la întreruperea timpurie a alăptării, în special în țările cu venituri mici și medii (LMIC) (Gelaye et al., 2016; Tariqujjaman et al., 2022; Tomori, 2022).

3.2.1.2 Atașamentul prenatal

Atașamentul prenatal se referă la relația afectivă care se dezvoltă în perioada sarcinii între mamă și făt (Muller & Mercer, 1993). Un nivel mai ridicat al atașamentului prenatal este asociat cu o legătură afectivă postpartum mamă–sugar mai bună (Trombetta et al., 2021), cu comportamente de sănătate mai favorabile în timpul sarcinii, cu o adaptare mai bună la rolul de mamă și cu o durată mai lungă a alăptării (Scharfe, 2012). Simptomele depresive prenatale sunt asociate negativ cu atașamentul prenatal (Rollè et al., 2020). În ciuda numărului tot mai mare de dovezi care indică legături între simptomele depresive materne, atașamentul prenatal și alăptarea exclusivă, relativ puține studii longitudinale au examinat aceste relații în țările cu

venituri mici și medii. Scopul principal al acestui studiu a fost de a testa rolul mediator al atașamentului prenatal și al simptomelor depresive postnatale în relația dintre simptomele depresive prenatale și alăptarea exclusivă la mamele din opt țări cu venituri mici și medii.

3.2.2 Metodă

3.2.2.1 Participanți și procedură

Au fost recrutate aproximativ 150 de femei însărcinate în fiecare dintre cele opt locații de studiu din țări cu venituri mici și medii: Jamaica, Ghana, Africa de Sud, România, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam și Filipine (N = 1185 la momentul inițial). Criteriile de includere au presupus ca participantele să se afle în al treilea trimestru de sarcină (săptămânile 28–40), să aibă vârsta de cel puțin 18 ani și să intenționeze să rămână în zona de studiu. Etapa 1 a fost realizată în al treilea trimestru de sarcină, iar Etapa 2 la 3–6 luni postpartum (n = 1054). Participantele au fost recrutate din centre locale de sănătate și au completat interviuri administrate pe tabletă (CAPI/A-CASI). Studiul a fost aprobat de comitetul de etică al Universității din Cambridge și de instituțiile locale din fiecare țară.

3.2.2.2 Măsurători

Simptomele depresive au fost evaluate cu ajutorul chestionarului PHQ-9 (Kroenke et al., 2001), un instrument de autoevaluare cu 9 itemi, scorul total variind între 0 și 27. Pragurile de 5, 10, 15 și 20 indică niveluri ușoare, moderate, moderat-severe și severe ale simptomelor depresive. Consistența internă a fost acceptabilă atât prenatal ($\alpha = 0,76$), cât și postnatal ($\alpha = 0,73$). Atașamentul prenatal a fost evaluat cu Prenatal Attachment Inventory-Revised (PAI-R; Pallant et al., 2014), un instrument cu 18 itemi și trei subscale: Anticipare, Interacțiune și Diferențiere, scorul total variind între 18 și 72. În studiul de față, instrumentul a prezentat o consistență internă excelentă ($\alpha = 0,93$). Alăptarea exclusivă a fost evaluată în Etapa 2 printr-o întrebare din Chestionarul pentru mamele care alăptează (UNICEF/OMS, 2009): „Cum vă hrăniți copilul?”. Covariatele incluse în analiză au fost vârsta mamei, nivelul de educație,

statutul socio-economic, precum și greutatea, lungimea și circumferința craniană a copilului la naștere.

3.2.3 Analiza datelor

Datele au fost analizate utilizând IBM SPSS v25 și IBM AMOS v20. Datele lipsă au fost imputate prin metoda regresiei. Analiza de cale, cu estimare prin metoda maximei verosimilități, a fost utilizată pentru evaluarea unui model de mediere paralelă, în care atașamentul prenatal și simptomele depresive postnatale au fost testate ca mediatori ai relației dintre simptomele depresive prenatale și alăptarea exclusivă. Potrivirea modelului a fost evaluată pe baza următorilor indici: $SRMR \leq 0,08$, $RMSEA \leq 0,06$ și $CFI/TLI \geq 0,95$ (Hu & Bentler, 1995). Efectele indirecte au fost estimate prin bootstrapping, utilizând 5000 de eșantioane. De asemenea, a fost testat un model de mediere multigrup fără constrângeri pentru cele opt locații de studiu.

3.2.4 Rezultate

3.2.4.1 Statistici descriptive

După excluderea a 23 de participante care nu îndeplineau criteriile de includere, eșantionul final la momentul inițial a fost de $N = 1185$ (vârsta medie = 28,32 ani, $SD = 5,77$), cu o reprezentare relativ echilibrată a locațiilor de studiu (~130–155 de participante pe țară). Cele mai multe mame aveau studii liceale sau echivalentul acestora (48%), iar statutul socio-economic era, în general, de nivel mediu. Scorurile prenatale la PHQ-9 au variat între 0 și 25 ($M = 6,80$, $SD = 4,70$): 36,1% dintre participante au raportat simptome minime, 38,6% simptome ușoare, 15,4% simptome moderate, iar 8,5% simptome moderat-severe sau severe. Simptomele depresive postnatale au avut o medie de 4,82 ($SD = 4,17$). Scorul mediu la PAI-R a fost de 52,72 ($SD = 11,41$; interval 18–72). La momentul urmăririi, 57,4% dintre mame alăptau exclusiv, iar 40,4% foloseau lapte praf sau alimentație mixtă.

3.2.4.2 Corelații

Corelațiile bivariate dintre variabilele principale și covariate sunt prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1

Corelații între variabilele studiului

Variabilă	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Simptome Depresive Prenatale	-									
2. Simptome Depresive Postnatale	.473**	-								
3. Atașament Prenatal	-.149**	-.041	-							
4. Nivelul de educație al Mamei	-.136**	-.097**	.310**	-						
5. Vârsta Mamei	-.059*	-.120**	-.029	-.007	-					
6. Statut Socio-economic	-.162**	-.123**	.165**	.393*	.123**	-				
7. Greutatea la naștere	-.046	-.119**	-.014	-.029	.134**	.109**	-			
8. Lungimea corpului la naștere	-.072*	-.109**	.164**	.344**	.063*	.313**	-.002	-		
9. Circumferința capului la naștere	.107**	.149**	.056	-.033	.009	-.014	.009	-.024	-	
10. Alăptarea Exclusivă	-.103**	-.126**	.026	.043	.011	.072*	-.031	.041	-.093*	-

Coeficienți semnificativi: * $p < 0.05$. ** $p < 0,01$.

3.2.4.3 Modelul de mediere

Modelul de mediere testat (Figura 1) a indicat o potrivire bună cu datele ($\chi^2(1) = 1,36$, $p = 0,234$, $TLI = 0,99$, $CFI = 1,00$, $RMSEA = 0,02$, $SRMR = 0,01$). Adăugarea nivelului de educație maternă, a vârstei mamei și a statutului socio-economic ca variabile covariate (Figura 2) a menținut o potrivire bună a modelului ($CFI = 1,00$, $RMSEA = 0,03$), iar un al treilea model, care a inclus variabilele legate de nașterea copilului (Figura 3), a prezentat, de asemenea, o potrivire bună ($CFI = 1,00$, $RMSEA = 0,03$). Controlul variabilelor suplimentare nu a modificat substanțial relațiile dintre variabilele principale ale studiului, iar modelul inițial a avut cea mai bună potrivire pe baza criteriului informațional Akaike (AIC).

Figura 1

Modelul de mediere testat între variabilele cheie.

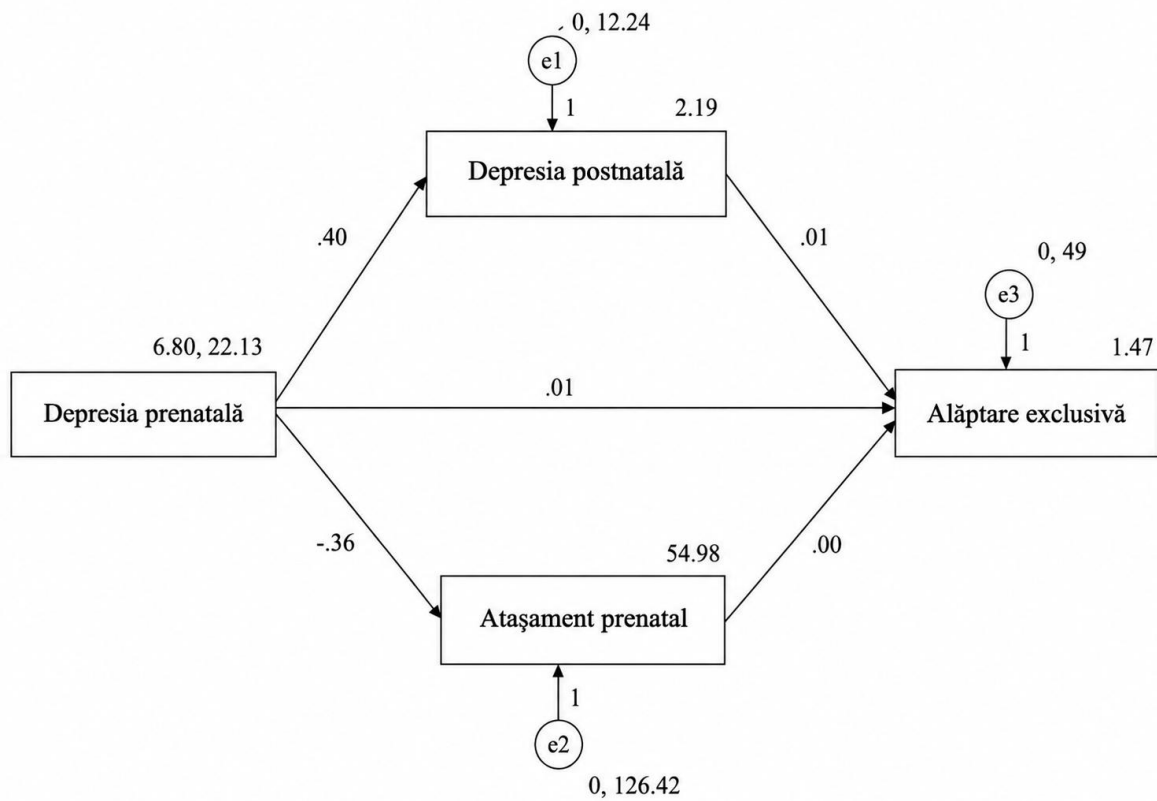


Figura 2

Model de mediere care include vârsta mamei, nivelul de educație și statutul socio-economic ca covariate.

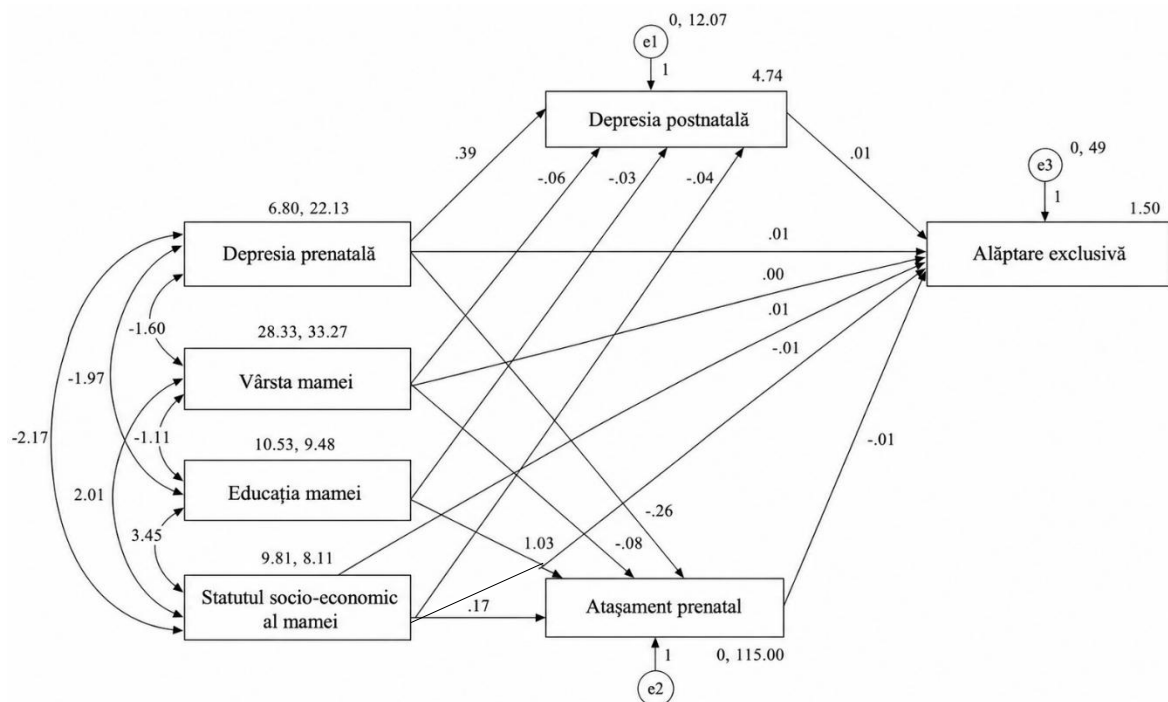
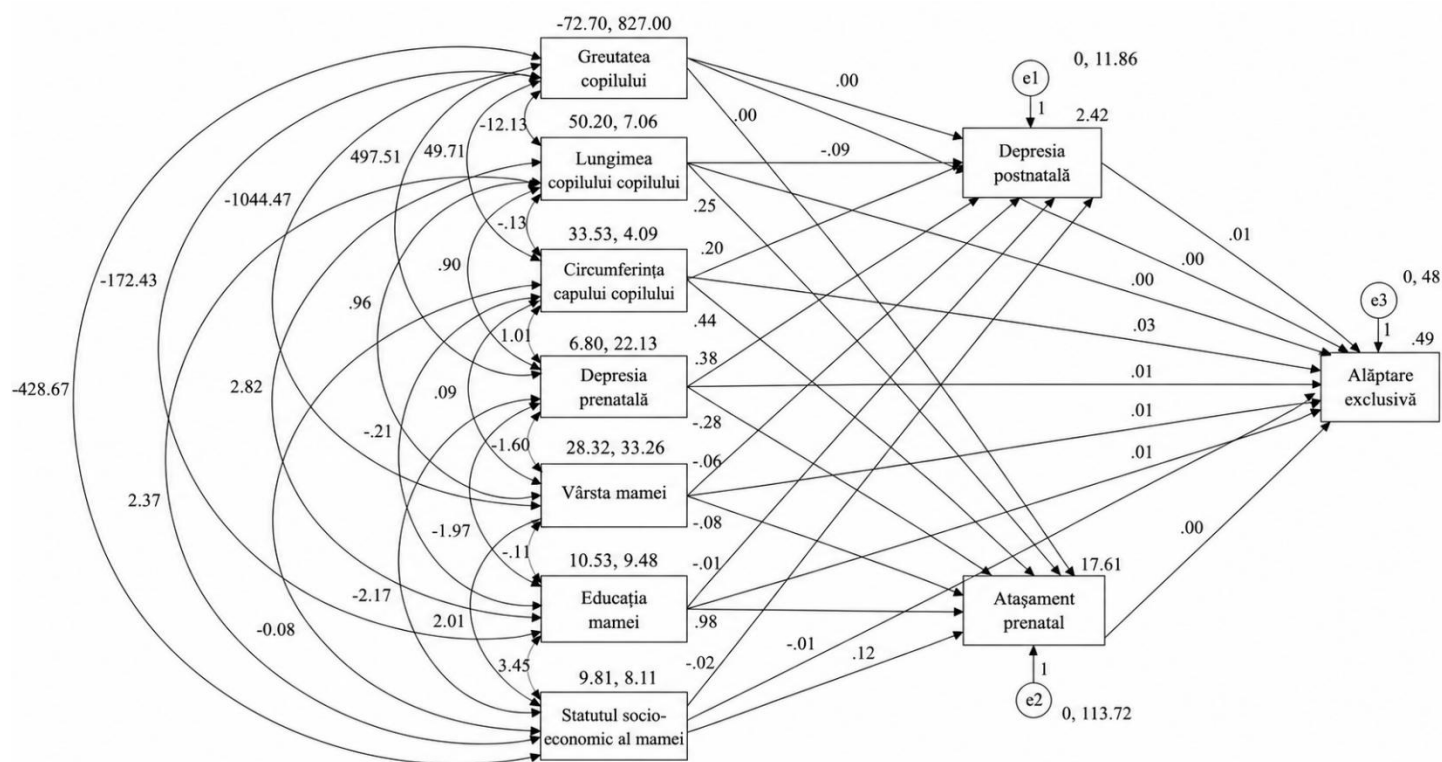


Figura 3

Model de mediere care include vârsta mamei, nivelul de educație, statutul socio-economic, precum și greutatea, lungimea corpului și circumferința capului copilului la naștere ca covariate



Simptomele depresive prenatale au prezis semnificativ simptomele depresive postnatale ($\beta = 0,399$, $p < 0,001$) și au prezis negativ atașamentul prenatal ($\beta = -0,361$, $p < 0,001$), însă nu au prezis direct alăptarea exclusivă ($\beta = -0,054$, $p = 0,100$). Simptomele depresive postnatale au prezis semnificativ o probabilitate mai scăzută de alăptare exclusivă ($\beta = -0,013$, $p = 0,002$), în timp ce atașamentul prenatal nu a prezis semnificativ alăptarea exclusivă ($\beta = 0,001$, $p = 0,641$). Efectul indirect standardizat al simptomelor depresive prenatale asupra alăptării exclusive prin intermediul simptomelor depresive postnatale a fost semnificativ ($\beta = -0,049$, $p = 0,005$, IC 95% $[-0,081, -0,017]$), indicând o mediere completă.

În modelul multigrup (Tabelul 2), datele au indicat o potrivire bună cu modelul ($\chi^2(8) = 10,35$, $p = 0,241$, $TLI = 0,95$, $CFI = 0,99$, $RMSEA = 0,02$). Simptomele depresive prenatale au prezis simptomele depresive postnatale în toate cele opt locații de studiu și, suplimentar, au prezis un nivel mai scăzut al atașamentului prenatal în Filipine, Africa de Sud și Sri Lanka. Nu a fost identificat niciun efect direct al simptomelor depresive prenatale asupra alăptării exclusive în niciuna dintre locații. Simptomele depresive postnatale au prezis alăptarea exclusivă în Pakistan ($\beta = -0,249$, $p = 0,014$), în timp ce atașamentul prenatal a prezis alăptarea exclusivă doar în România ($\beta = -0,281$, $p = 0,001$). Un efect indirect semnificativ prin intermediul simptomelor depresive postnatale a fost identificat în Pakistan ($\beta = -0,145$, $p = 0,009$) și Sri Lanka ($\beta = -0,077$, $p = 0,035$).

Tabelul 3

Model de mediere multigrup fără constrângeri, cu parametri estimați liber între țări

Țară	a1	a2	b1	b2	Efect direct		Efect indirect	
	β	β	β	β	β	95% CI	β	95% CI
Ghana	0.522**	-0.157	-0.087	-0.009	-.114	-.303; .075	-.044	-.151; .070
Jamaica	0.448**	-0.109	-0.012	0.011	.011	-.167; .189	-.006	-.088; .080
Pakistan	0.555**	0.081	-0.249*	-0.096	.060	-.135; .247	-.145*	-.269; - .039
Filipine	0.392**	-0.261**	0.067	-0.006	-.085	-.262; .098	.028	-.051; .125
România	0.438**	-0.075	-0.079	-0.281**	.024	-.165; .215	-.013	-.103; .094
Africa de Sud	0.402**	-0.245*	-0.056	0.044	.000	-.174; .173	-.032	-.131; .051
Sri Lanka	0.386**	-0.258*	-0.141	0.088	.108	-.067; .277	-.077*	-.192; - .005
Vietnam	0.237*	-0.074	-0.06	0.092	-.054	-.234; .108	-.021	-.081; .019

Notă. Calea a1 reprezintă efectul simptomelor depresive prenatale asupra simptomelor depresive postnatale.

Calea a2 reprezintă efectul simptomelor depresive prenatale asupra atașamentului prenatal postnatal.

Calea b1 reprezintă efectul simptomelor depresive postnatale asupra alăptării exclusive.

Calea b2 reprezintă efectul atașamentului prenatal asupra alăptării exclusive. Coeficienți semnificativi: * $p < 0,05$.

** $p < 0,01$. IC, interval de încredere

3.2.5 Discuții

Studiul a arătat că simptomele depresive prenatale au avut un efect indirect semnificativ asupra alăptării exclusive, efect mediat în totalitate de simptomele depresive postnatale. Simptomele depresive prenatale au prezis simptomele depresive postnatale, care, la rândul lor, au fost asociate negativ cu alăptarea exclusivă. Acest rezultat este în concordanță cu studiile anterioare care au asociat simptomele depresive postnatale cu rate mai scăzute ale alăptării exclusive (Kim et al., 2022; Sha et al., 2019). Mecanismele posibile includ impactul simptomelor depresive asupra autoeficacității mamelor în ceea ce privește alăptarea, asupra sensibilității la semnalele sugarului și asupra calității interacțiunii mamă–copil (Mercan & Selcuk, 2021; Dennis & McQueen, 2007).

Atașamentul prenatal nu a mediat relația dintre simptomele depresive prenatale și alăptarea exclusive la nivelul întregului eșantion. Cu toate acestea, simptomele depresive prenatale au prezis un nivel mai scăzut al atașamentului prenatal în Filipine, Africa de Sud și Sri Lanka, iar atașamentul prenatal a prezis o probabilitate mai scăzută de alăptare exclusivă în România. Aceste rezultate sunt în concordanță cu ipoteza conform căreia sănătatea mintală prenatală influențează relația prenatală cu copilul (Rollè et al., 2020). Variația între țări subliniază importanța contextului sociocultural: sprijinul din partea familiei și a comunității, normele culturale privind alăptarea și serviciile locale de sănătate mintală modelează modul în care depresia se poate reflecta în comportamentele de hrănire a copilului (Gelaye et al., 2016; Tăut, 2017).

Rezultatele susțin necesitatea evaluării timpurii și repetate a simptomelor depresive în țările cu venituri mici și medii, unde prevalența este ridicată, iar resursele sunt limitate. Simptomele depresive prenatale pot semnala, de asemenea, dificultăți persistente după naștere, care pot afecta negativ practicile de îngrijire a copilului și interacțiunea mamă–copil. Sprijinul pentru alăptare ar trebui integrat în serviciile de sănătate mintală perinatală, ținând cont de

faptul că mamele care se confruntă cu depresia pot avea nevoie de sprijin suplimentar pentru a-și atinge obiectivele legate de alăptare. O direcție importantă pentru cercetările viitoare este examinarea relației bidirecționale dintre alăptare și depresia postnatală, precum și abordarea limitelor de măsurare asociate utilizării PHQ-9 în timpul sarcinii.

3.2.6 Limite și cercetări viitoare

Studiul prezintă câteva limite. Utilizarea eșantionării de conveniență limitează generalizabilitatea rezultatelor la populații mai eterogene. În plus, problemele de sănătate ale mamei sau alți factori care ar putea influența producția de lapte nu au fost evaluați și ar fi putut influența practicile de alăptare. PHQ-9 nu este un instrument specific perioadei prenatale, iar unii itemi se pot suprapune cu simptomele somatice ale sarcinii. De asemenea, simptomele depresive postnatale și alăptarea exclusivă au fost măsurate simultan, ceea ce nu permite formularea unor concluzii privind direcția temporală a relației. Studiile viitoare ar beneficia de utilizarea interviurilor diagnostice administrate de clinicieni și de designuri longitudinale care să clarifice mai bine relația dintre simptomele depresive postnatale și alăptarea exclusivă.

3.2.7 Concluzii

Studiul sugerează că simptomele depresive prenatale contribuie la apariția simptomelor depresive postnatale, care, la rândul lor, reduc probabilitatea alăptării exclusive. Deși atașamentul prenatal nu a mediat această relație la nivelul întregului eșantion, variațiile observate între țările participante evidențiază importanța contextului sociocultural în modelarea sănătății mintale materne și a practicilor de alăptare. Aceste rezultate subliniază importanța identificării timpurii a simptomelor depresive și a sprijinului acordat în perioada perinatală, în special în țările cu venituri mici și medii, unde ratele de prevalență sunt ridicate, iar resursele sunt limitate.

3.3. Studiul 3 Schimbările simptomelor depresive materne și calitatea relației mamă–copil la 24 de luni

3.3.1 Introducere

3.3.1.1 Relația mamă-copil ca fundament al dezvoltării

Relația dintre mame și copiii lor în primii ani de viață constituie un element fundamental pentru dezvoltarea și bunăstarea pe termen lung a copiilor (Frosch et al., 2019). Relația mamă-copil începe să se formeze încă din perioada prenatală, prin atașamentul prenatal, și reprezintă un context important pentru dezvoltarea socio-emoțională (Foley & Hughes, 2018; Trombetta et al., 2021). Cercetările anterioare arată că sensibilitatea și căldura maternă sunt dimensiuni esențiale ale unei relații mamă-copil de calitate și sunt asociate cu atașamentul securizant și cu dezvoltarea socio-emoțională (Madigan et al., 2024). Studiul de față își propune să extindă perspectiva dincolo de interacțiunile observabile și de clasificările atașamentului, prin examinarea unei alte dimensiuni centrale a relației timpurii mamă-copil: reprezentarea internă a mamei despre copilul său. În acest sens, ne concentrăm asupra a două dimensiuni ale calității relației timpurii, care surprind atât reprezentările mamelor asupra relației, cât și modul în care acestea înțeleg emoțiile și intențiile copilului..

3.3.1.2 Dimensiunea reprezentățională a relației mamă-copil

Modelul intern de lucru al mamei reprezintă o componentă esențială a relației de atașament (Bretherton & Munholland, 2008; Simkiss et al., 2013). Mamele își formează reprezentări despre copil și despre relația cu acesta pe baza interacțiunilor, a modului în care percep intențiile și nevoile copilului, precum și a propriei stări psihologice (Dollberg et al., 2010; Ishii & Tomoko, 2022). Perceperea copilului într-o lumină pozitivă este asociată cu o apropiere relațională mai mare (Goffin et al., 2018), în timp ce perceperea copilului ca fiind intruziv sau solicitant poate contribui la tensiuni relaționale și la o îngrijire mai puțin adaptată nevoilor copilului (Kochanska & An, 2024). Mamele care se confruntă cu un nivel mai ridicat

de stres psihologic pot fi mai predispuse să perceapă copilul ca fiind mai intruziv, cu posibile implicații pentru calitatea interacțiunilor timpurii și pentru dezvoltarea acestuia (Bhopal et al., 2022).

3.3.1.3 Dimensiunea de mind-mindedness a relației mamă-copil

Mind-mindedness (MM) se referă la tendința părinților de a vedea copilul ca pe un agent psihologic, care are propriile gânduri, emoții, dorințe și intenții (Meins, 2013). MM face legătura între îngrijirea comportamentală și reprezentările părinților despre copil (McMahon & Bernier, 2017) și poate fi evaluată prin sarcini interacționale și reprezentationale. Comentariile adecvate referitoare la stările mentale ale copilului prezic atașamentul securizant (McMahon & Bernier, 2017; Zeegers et al., 2017), teoria minții (Laranjo et al., 2010) și mai puține probleme comportamentale (Hughes et al., 2017, 2018). MM este relativ stabilă de la vârsta de sugar până în perioada copilăriei timpurii (Illingworth et al., 2016). Bunăstarea psihologică și stresul pot influența capacitatea părinților de a rămâne orientați către stările interne ale copilului (Demers et al., 2010; Georg et al., 2023), deși dovezile privind asocierea dintre depresia maternă și MM rămân mixte (Georg et al., 2023; Firk, 2025).

3.3.1.4 Depresia maternă

Depresia maternă este una dintre cele mai frecvente dificultăți psihologice din perioada perinatală și poate debuta în timpul sarcinii, poate persista după naștere sau poate apărea ulterior, pe parcursul copilăriei timpurii (Al-Abri et al., 2023; Yu et al., 2020; Mora et al., 2009). Simptomele depresive pot influența resursele emoționale și cognitive ale mamelor disponibile pentru îngrijirea copilului, afectând astfel calitatea relației la nivel reprezentational și MM. Dovezile meta-analitice asociază depresia maternă cu rezultate mai puțin favorabile ale copilului (Goodman et al., 2011) și cu un nivel mai scăzut al mentalizării parentale (Georg et al., 2023). Dintr-o perspectivă socio-ecologică (Bronfenbrenner, 1979), sănătatea mintală

maternă este influențată de mai multe niveluri contextuale, de la procese psihologice individuale până la condiții relaționale, comunitare și socio-economice mai largi.

3.3.1.5 Studiul de față

Studiul de față se concentrează asupra reprezentărilor interne ale mamelor despre relația cu copilul și despre copil, utilizând date longitudinale din șase țări cu venituri mici și medii. Am analizat modul în care depresia maternă din perioadele perinatală și postnatală este asociată cu două constructe care reflectă evaluările reprezentăționale ale mamelor privind calitatea relației mamă–copil la doi ani postpartum: (a) dimensiunile apropiere afectivă și intruziune ale Mother's Object Relations Scale–Short Form (MORS-SF), care indică măsura în care copilul este perceput ca fiind mai apropiat afectiv sau mai intruziv, și (b) mind-mindedness reprezentățional (MM), care reflectă tendința mamei de a vedea copilul ca pe un agent cu intenții proprii. Depresia maternă a fost abordată ca un proces care se desfășoară în timp, mai degrabă decât ca un episod izolat. Depresia prenatală a fost considerată punctul de plecare, urmată de modificările simptomelor depresive de la sarcină la 6 luni postpartum și de la 6 luni la 2 ani postpartum. În ceea ce privește MM, dovezile indică faptul că asocierile cu simptomele depresive materne sunt mixte, unele studii raportând asocieri nule, iar altele identificând asocieri negative mici până la moderate (McMahon & Bernier, 2017; Corapci et al., 2024). Cercetările recente sugerează că MM observațional poate fi mai sensibil în detectarea diferențelor asociate simptomelor depresive decât MM bazat pe interviu, de tip reprezentățional (Georg et al., 2023). Deoarece datele privind MM au fost disponibile doar pentru o parte dintre țări, din cauza constrângerilor de colectare a datelor în Etapa 3 în timpul pandemiei de COVID-19, analizele care au inclus MM au fost considerate exploratorii.

3.3.2 Metodă

3.3.2.1 Participanți

Eșantionul pentru Studiul 3 a inclus diade mamă–copil din șase țări care au participat la toate cele trei etape de colectare a datelor: Ghana, Jamaica, Filipine, România, Sri Lanka și Vietnam. Au fost păstrate în analiză doar participantele pentru care erau disponibile date privind dimensiunile reprezentationale, predictorii și covariatele relevante pentru analizele prezentului studiu. Analizele principale au fost realizate la nivelul întregului eșantion, în timp ce analizele specifice fiecărei țări și analizele privind MM s-au bazat pe subeșantioane mai mici. Prin urmare, mărimea eșantionului a variat între modele, în funcție de disponibilitatea datelor.

3.3.2.2 Procedură și măsurători

Datele au fost colectate în cadrul designului longitudinal în trei etape, descris în secțiunea 2.2.3 a tezei. Simptomele depresive maternelor au fost evaluate în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină (T1), la 3–6 luni postpartum (T2) și la 24 de luni postpartum (T3), utilizând Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Rezultatele reprezentationale au fost evaluate la T3 utilizând Mother's Object Relations Scale–Short Form (MORS-SF), precum și procedura de codare Three-Minute Speech Sample (TMSS) pentru mind-mindedness reprezentational, într-o parte dintre țări. Modelele ajustate au inclus, în plus, vârsta mamei, nivelul de educație al mamei, statutul socio-economic subiectiv, sexul copilului și caracteristicile comunității, respectiv coeziunea comunității, coeziunea intergenerațională și disfuncționalitățile la nivelul comunității, ca variabile covariate.

3.3.3 Analiza datelor

Toate analizele au fost realizate cu IBM SPSS Statistics, versiunea 25, iar analizele factoriale confirmatorii (CFA) au fost estimate folosind pachetul lavaan din R. Planul analitic a cuprins trei etape: (a) analize privind structura de măsurare și descrierea longitudinală a datelor, (b) modele de regresie ierarhică pentru predicția dimensiunilor apropiere afectivă și intruziune ale MORS și (c) analize exploratorii privind MM.

Structura de măsurare a PHQ-9 a fost evaluată prin CFA cu un singur factor, la nivelul etapelor de evaluare și al țărilor. Deoarece potrivirea modelului a variat între etape și locații, analizele principale au utilizat scorurile totale observate ale PHQ-9. Modificarea longitudinală a simptomelor depresive a fost evaluată prin scoruri de diferență observate: $\Delta 12$ ($T2 - T1$), $\Delta 23$ ($T3 - T2$) și $\Delta 13$ ($T3 - T1$). În plus, a fost estimat un model SEM autoregresiv multigrup pentru a examina stabilitatea longitudinală a simptomelor depresive între țări.

Analizele de regresie ierarhică pentru predicția dimensiunilor apropiere afectivă și intruziune ale MORS au fost estimate în trei pași: simptomele depresive prenatale la momentul inițial în Pasul 1, scorurile de modificare a simptomelor depresive ($\Delta 12$ și $\Delta 23$) în Pasul 2 și covariatele sociodemografice și comunitare în Pasul 3. Modelele au fost estimate mai întâi la nivelul întregului eșantion și apoi separat pentru fiecare țară, analizele la nivel de țară fiind considerate exploratorii din cauza dimensiunilor mai reduse ale eșantioanelor. Aceeași structură ierarhică a fost aplicată analizelor privind MM, care au fost, de asemenea, tratate ca exploratorii, deoarece datele MM erau disponibile doar în patru țări.

Datele lipsă au fost tratate prin excluderea cazurilor incomplete (listwise deletion). În consecință, mărimea eșantionului a variat de la un model la altul, în funcție de disponibilitatea rezultatelor, predictorilor și covariatelor.

3.3.4 Rezultate

3.3.4.1 Statistici descriptive

Vârsta medie a participantelor a fost de 28,65 ani ($SD = 5,80$, interval = 18–48). La nivelul întregului eșantion, scorurile medii PHQ-9 au scăzut de la T1 ($M = 6,58$, $SD = 4,55$) la T2 ($M = 4,70$, $SD = 4,15$), urmate de o creștere la T3 ($M = 5,71$, $SD = 4,85$). Media pentru dimensiunea MORS „Apropiere afectivă” la T3 a fost de 18,31 ($SD = 2,72$), în timp ce media pentru dimensiunea MORS „Intruziune” a fost de 7,89 ($SD = 4,03$). Tabelul 1 prezintă statisticile

descriptive ale PHQ-9 pe țări și etape de evaluare, iar Figura 1 ilustrează modificările simptomelor depresive de-a lungul celor trei etape.

Tabelul 1

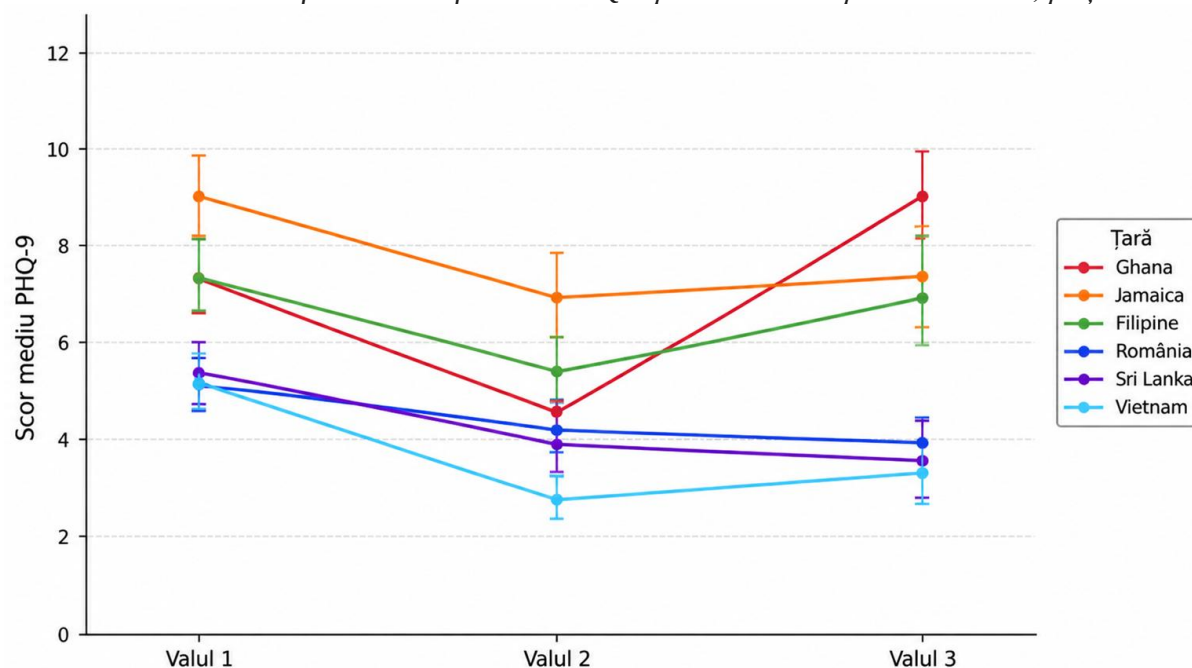
Statistici descriptive privind simptomele depresive materne (PHQ-9) pe parcursul celor trei etape

Țară	N T1	T1 M(SD)	N T2	T2 M(SD)	N T3	T3 M(SD)
Ghana	145	7.38 (4.69)	111	4.67 (4.19)	116	9.08 (4.51)
Jamaica	152	9.04 (5.10)	143	6.97 (5.06)	115	7.40 (5.68)
Filipine	154	7.40 (4.58)	141	5.44 (4.04)	73	7.07 (5.02)
România	150	5.11 (3.49)	112	4.29 (2.91)	129	4.00 (2.86)
Sri Lanka	152	5.37 (4.15)	138	3.95 (4.25)	85	3.64 (3.67)
Vietnam	150	5.19 (3.68)	148	2.87 (2.62)	123	3.39 (3.87)

Notă. Valorile se bazează pe scorurile totale PHQ-9 observate la fiecare etapă. Etapa 1 = perioada prenatală; Etapa 2 = 3–6 luni postpartum; Etapa 3 = 18–24 luni postpartum. Eșantioanele variază de la o etapă la alta din cauza abandonului.

Figura 1.

Scorurile medii ale simptomelor depresive PHQ-9 pe cele trei etape de evaluare, pe țări.



Barele de erori reprezintă intervale de încredere de 95%.

3.3.4.2 Evoluția intraindividuală a simptomelor depressive

În eșantionul combinat, evoluția inițială ($\Delta 12$) a fost semnificativ negativă (diferența medie = $-1,87$, $SD = 4,58$, $t(792) = -11,46$, $p < 0,001$, $dz = -0,41$), indicând o scădere generală a simptomelor depressive de la sarcină până în perioada postpartum timpurie. Evoluția târzie ($\Delta 23$) a fost semnificativ pozitivă (diferența medie = $1,18$, $SD = 4,84$, $t(640) = 6,17$, $p < 0,001$, $dz = 0,24$), indicând o revenire parțială la 24 de luni. La nivel de țară, toate locațiile au prezentat o scădere semnificativă de la Etapa 1 la Etapa 2. Cu toate acestea, Ghana a înregistrat cea mai clară creștere de la Etapa 2 la Etapa 3 (diferența medie = $+4,76$, $dz = 0,87$), în timp ce Vietnam, Sri Lanka și România au înregistrat o îmbunătățire susținută sau o stabilitate. Clasificarea direcțională a $\Delta 13$ a arătat că 37,7% dintre participanți au înregistrat o scădere, 26,1% o creștere, iar 6,6% au rămas stabili pe întreaga perioadă.

3.3.4.3 Analize factoriale confirmatorii și stabilitatea longitudinală

Analizele factoriale confirmatorii (CFAs) cu un singur factor ale chestionarului PHQ-9 au evidențiat un grad variabil de potrivire între țări și etape de studiu. Deoarece potrivirea modelului a fost inconsecventă, analizele ulterioare s-au bazat pe scorurile totale observate ale PHQ-9, mai degrabă decât pe variabilele latente ale depresiei. Analizele longitudinale au indicat o stabilitate moderată a simptomelor depressive de-a lungul etapelor de studiu.

3.3.4.4 Corelații între variabilele cheie

Corelațiile bivariate dintre toate variabilele studiului, împreună cu mediile și deviațiile standard, sunt prezentate în Tabelul 2.

Tabelul 2

Medii, deviații standard și intercorelații între variabilele din Studiul 3

Variabilă	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. PHQ-9 (T1)	6.58	4.55	—											
2. $\Delta 12$ (T1→T2)	-1.87	4.58	-	—										
			.58**											
			*											

3. Δ23 (T2→T3)	1.18	4.84	-.04	-	—									
				.34**	*									
4. MORS Apropiere afectivă	18.31	2.72	-.07	.03	-	—								
					.12**									
5. MORS Intruziune	7.89	4.03	.18**	-.01	.18**	-.02	—							
			*		*									
6. Vârsta Mamei	28.65	5.80	-.05	-.07*	-.02	.04	-	—						
							.22**	*						
7. Nivel de educație al Mamei	10.96	2.86	-	.05	-	.02	-.06	-.06	—					
			.14**		.17**									
			*		*									
8. Statut Socioeconomic	5.43	2.00	-	.04	-	.09*	-.05	.06	.32**	—				
			.20**		.12**				*					
			*											
9. Coeziunea Comunității	2.06	0.72	.29**	-	.01	-.08*	.15**	-	-.02	-	—			
			*	.09**			*	.21**		.12**				
								*		*				
10. Coeziunea Intergenerațională	1.82	0.58	.12**	-.09*	.02	-.02	.01	-.04	.03	-.06	.49**	—		
			*								*			
11. Disfuncționalitate la nivel de comunitate	1.92	0.83	.20**	-.05	.13**	.02	.23**	-	-.03	-	.24**	.08*	—	
			*				*	.12**		.09**	*			
								*						
12. Sexul Copilului	1.50	0.50	.05	-.01	-.05	-	.10*	-.04	.04	.06	.02	-.04	.02	—
						.11**								

Notă. Statisticile descriptive se bazează pe toate observațiile disponibile pentru fiecare variabilă. Pentru calcularea corelațiilor s-au utilizat observații complete pe perechi. PHQ-9 (E1) = severitatea simptomelor depresive prenatale; Δ12 = Etapa 2 - Etapa 1; Δ23 = Etapa 3 - Etapa 2. Sexul copilului codificat 1 = feminin, 2 = masculin. *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001.

3.3.4.4 Analize de regresie ierarhică

Modele la nivelul întregului eșantion

Tabelul 3 prezintă indicii de potrivire ai modelelor de regresie ierarhică la nivelul întregului eșantion pentru MORS „Apropiere afectivă” și MORS „Intruziune”, pe parcursul celor trei pași. Analizele MORS ajustate la nivelul întregului eșantion au fost realizate pe eșantioane cuprinse aproximativ între $N = 587$ și $N = 589$, în funcție de variabila analizată. Pentru „Apropiere afectivă”, depresia la momentul inițial a fost semnificativă la Pasul 1 ($R^2 = 0,010$, R^2 ajustat = 0,009, $F(1, 587) = 6,21$, $p = 0,013$). Adăugarea scorurilor de modificare a simptomelor depresive la Pasul 2 a îmbunătățit semnificativ potrivirea modelului ($\Delta R^2 = 0,025$,

$\Delta F(2, 585) = 7,48, p = 0,001$), iar includerea covariatelor la Pasul 3 a îmbunătățit suplimentar modelul ($\Delta R^2 = 0,032, \Delta F(7, 536) = 2,59, p = 0,012$), rezultând un R^2 final = 0,065 (R^2 ajustat = 0,048). În modelul final pentru „Apropiere afectivă”, un nivel mai ridicat al depresiei la momentul inițial ($b = -0,098, \beta = -0,165, p = 0,006$), creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T1 la T2 ($\Delta 12; b = -0,086, \beta = -0,144, p = 0,018$) și creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T2 la T3 ($\Delta 23; b = -0,087, \beta = -0,159, p = 0,001$) au prezis niveluri mai scăzute ale apropierii afective.

Pentru „Intruziune”, depresia la momentul inițial a fost semnificativă la Pasul 1 ($R^2 = 0,034, R^2$ ajustat = 0,033, $F(1, 587) = 20,79, p < 0,001$). Adăugarea scorurilor de modificare a simptomelor depresive la Pasul 2 a îmbunătățit substanțial potrivirea modelului ($\Delta R^2 = 0,098, \Delta F(2, 585) = 33,15, p < 0,001$), iar covariatele introduse la Pasul 3 au explicat varianță suplimentară ($\Delta R^2 = 0,047, \Delta F(7, 536) = 4,37, p < 0,001$), rezultând un R^2 final = 0,172 (R^2 ajustat = 0,156). În modelul final pentru „Intruziune”, un nivel mai ridicat al depresiei la momentul inițial ($b = 0,290, \beta = 0,324, p < 0,001$), creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T1 la T2 ($\Delta 12; b = 0,249, \beta = 0,276, p < 0,001$) și creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T2 la T3 ($\Delta 23; b = 0,222, \beta = 0,268, p < 0,001$) au prezis niveluri mai ridicate ale intruziunii.

Dintre covariate, sexul copilului ($b = -0,611, \beta = -0,115, p = 0,006$) și disfuncționalitățile la nivelul comunității ($b = 0,342, \beta = 0,104, p = 0,020$) au fost predictori semnificativi ai apropierii afective. Pentru „Intruziune”, vârsta mamei ($b = -0,106, \beta = -0,146, p < 0,001$) și disfuncționalitățile la nivelul comunității ($b = 0,457, \beta = 0,092, p = 0,028$) au fost predictori semnificativi.

Tabelul 3

Indicii de potrivire ai modelelor de regresie ierarhică pentru MORS Apropiere afectivă și MORS Intruziune la nivelul întregului eșantion

Rezultat	Model	Pas	N	R ²	Adj. R ²	F	p	ΔR ²	ΔF	Δp
MORS Apropiere afectivă	Simplu	1	589	.010	.009	6.21	.013	.010	6.21	.013
MORS Apropiere afectivă	Simplu	2	589	.035	.030	7.10	< .001	.025	7.48	.001
MORS Apropiere afectivă	Ajustat	1	547	.010	.009	5.78	.017	.010	5.78	.017
MORS Apropiere afectivă	Ajustat	2	547	.033	.028	6.25	< .001	.023	6.42	.002
MORS Apropiere afectivă	Ajustat	3	547	.065	.048	3.72	< .001	.032	2.59	.012
MORS Apropiere afectivă	Simplu	1	589	.034	.033	20.79	< .001	.034	20.79	< .001
MORS Apropiere afectivă	Simplu	2	589	.133	.128	29.79	< .001	.098	33.15	< .001
MORS Intruziune	Ajustat	1	547	.036	.034	20.20	< .001	.036	20.20	< .001
MORS Intruziune	Ajustat	2	547	.125	.120	25.78	< .001	.089	27.58	< .001
MORS Intruziune	Ajustat	3	547	.172	.156	11.13	< .001	.047	4.37	< .001

Notă. Pasul 1 = gravitatea depresiei inițiale în Etapa 1; Pasul 2 = Pasul 1 + scorurile de variație (Δ12, Δ23); Pasul 3 = Pasul 2 + covariate. Valorile se bazează pe metoda eliminării pe liste.

Modele specifice fiecărei țări

Modelele ajustate specifice fiecărei țări au evidențiat variații în intensitatea și semnificația asocierilor între țările participante. Analizele specifice fiecărei țări au fost realizate pe subeșantioane mai mici, variind, în general, între aproximativ $n = 73$ și $n = 123$ la T3, în funcție de disponibilitatea datelor. Pentru dimensiunea „Apropiere afectivă”, modele finale ajustate semnificative au fost observate în Ghana ($R^2 = 0,278$, R^2 ajustat = 0,184, $F(10, 77) = 2,96$, $p = 0,003$), România ($R^2 = 0,210$, R^2 ajustat = 0,125, $F(10, 93) = 2,47$, $p = 0,012$) și Vietnam ($R^2 = 0,226$, R^2 ajustat = 0,137, $F(10, 87) = 2,54$, $p = 0,010$). În Ghana, un nivel mai ridicat al educației materne a prezis un nivel mai ridicat de „Apropiere afectivă” ($b = 0,806$, $\beta = 0,357$, $p = 0,002$). În România, sexul copilului a fost singurul

predictor semnificativ, scorurile pentru „Apropiere afectivă” fiind mai scăzute în cazul băieților ($b = -1,724$, $\beta = -0,373$, $p < 0,001$). În Vietnam, un nivel mai ridicat al depresiei la momentul inițial ($b = -0,285$, $\beta = -0,364$, $p = 0,029$) și creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T2 la T3 ($b = -0,282$, $\beta = -0,400$, $p = 0,001$) au prezis niveluri mai scăzute ale „Apropierii afective”.

Pentru dimensiunea „Intruziune”, modele finale ajustate semnificative au fost observate în Ghana ($R^2 = 0,247$, R^2 ajustat = 0,133, $F(10, 66) = 2,17$, $p = 0,031$), Filipine ($R^2 = 0,395$, R^2 ajustat = 0,298, $F(10, 62) = 4,06$, $p < 0,001$), România ($R^2 = 0,217$, R^2 ajustat = 0,133, $F(10, 94) = 2,59$, $p = 0,009$) și Vietnam ($R^2 = 0,314$, R^2 ajustat = 0,235, $F(10, 87) = 3,99$, $p < 0,001$). Adăugarea covariatelor la Pasul 3 a îmbunătățit semnificativ potrivirea modelului doar în Filipine ($\Delta R^2 = 0,323$, $\Delta F(7, 62) = 4,80$, $p < 0,001$), sugerând că factorii sociodemografici și comunitari au avut o contribuție suplimentară importantă în explicarea intruziunii percepute în această țară.

3.3.4.5 Mind-mindedness (analize exploratorii)

Analizele privind mind-mindedness au fost tratate ca exploratorii, deoarece datele privind MM au fost disponibile doar în patru țări: Filipine, România, Sri Lanka și Vietnam. Analizele MM la nivelul întregului eșantion au fost realizate pe eșantioane mai mici, cuprinse aproximativ între $N = 384$ și $N = 390$, în timp ce analizele MM specifice fiecărei țări au inclus eșantioane cuprinse aproximativ între $n = 73$ și $n = 123$. Scorurile medii MM au variat între țări, cea mai mică medie fiind observată în Filipine ($M = 0,257$, $SD = 0,149$), iar cea mai mare în Sri Lanka ($M = 0,515$, $SD = 0,184$).

În modelul ajustat la nivelul întregului eșantion, severitatea depresiei la momentul inițial nu a fost semnificativă la Pasul 1 ($R^2 = 0,005$, R^2 ajustat = 0,002, $F(1, 349) = 1,80$, $p = 0,180$). Adăugarea $\Delta 12$ și $\Delta 23$ la Pasul 2 a îmbunătățit semnificativ potrivirea modelului ($\Delta R^2 = 0,037$, $\Delta F(2, 347) = 6,74$, $p = 0,001$), iar includerea covariatelor sociodemografice și comunitare la Pasul 3 a îmbunătățit suplimentar modelul ($\Delta R^2 = 0,051$, $\Delta F(7, 340) = 2,76$, $p =$

0,009). Modelul ajustat final a fost semnificativ în ansamblu ($R^2 = 0,094$, R^2 ajustat = 0,067, $F(10, 340) = 3,52$, $p < 0,001$).

În modelul final, o severitate mai mare a depresiei la momentul inițial ($b = -0,009$, $\beta = -0,180$, $p = 0,017$) și creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T1 la T2 ($\Delta 12$; $b = -0,010$, $\beta = -0,222$, $p = 0,007$) au fost asociate cu un nivel mai scăzut al MM, în timp ce $\Delta 23$ a fost marginal semnificativ ($p = 0,053$). Dintre covariate, coeziunea comunității a prezis un nivel mai scăzut al MM ($b = -0,064$, $\beta = -0,193$, $p = 0,006$), în timp ce coeziunea intergenerațională a prezis un nivel mai ridicat al MM ($b = 0,086$, $\beta = 0,253$, $p < 0,001$).

Modelele MM ajustate, specifice fiecărei țări, au fost semnificative în Filipine ($R^2 = 0,288$, R^2 ajustat = 0,174, $F(10, 62) = 2,51$, $p = 0,013$), Sri Lanka ($R^2 = 0,280$, R^2 ajustat = 0,173, $F(10, 67) = 2,61$, $p = 0,010$) și Vietnam ($R^2 = 0,192$, R^2 ajustat = 0,098, $F(10, 86) = 2,04$, $p = 0,038$), în timp ce modelul pentru România nu a fost semnificativ. În toate cele trei modele semnificative, adăugarea covariatelor la Pasul 3 a îmbunătățit semnificativ potrivirea modelului.

3.3.5 Discuții

Studiul de față a analizat dacă simptomele depresive materne, atât în perioada prenatală, cât și modificarea acestora în perioada postnatală, au fost asociate cu reprezentările mamelor despre copil și despre relația mamă-copil la 24 de luni postpartum. În ansamblu, rezultatele susțin o perspectivă de dezvoltare asupra depresiei materne, sugerând că relevanța acesteia nu constă doar în severitatea inițială a simptomelor, ci și în modul în care simptomele evoluează pe parcursul primelor etape ale maternității. La nivelul întregului eșantion, simptomele au scăzut din perioada sarcinii până în perioada postpartum timpurie, după care au înregistrat o revenire parțială până la vârsta de 2 ani a copilului, indicând faptul că distresul matern fluctuează de-a lungul etapelor de dezvoltare, mai degrabă decât să urmeze un curs liniar simplu.

În ceea ce privește dimensiunile reprezentationale ale relației, simptomele depresive prenatale mai intense și creșterile mai mari ale simptomelor depresive pe parcursul ambelor intervale au fost asociate cu un nivel mai scăzut de „Apropiere afectivă” și un nivel mai ridicat de „Intruziune”, acest tipar fiind mai pronunțat și mai consistent în cazul „Intruziunii”. Acest lucru ar putea sugera că simptomele depresive se reflectă mai clar în reprezentări materne ale copilului și ale relației marcate de mai multă tensiune sau dificultate. Este important de menționat că scorurile de modificare au adăugat valoare explicativă dincolo de simptomele depresive prenatale, susținând ideea conform căreia nu contează doar vulnerabilitatea timpurie, ci și modul în care simptomele se schimbă pe parcursul maternității timpurii.

Modelele ajustate la nivelul întregului eșantion au arătat, de asemenea, că aceste asocieri au rămas semnificative după luarea în considerare a factorilor sociodemografici și comunitari. În același timp, disfuncționalitățile la nivelul comunității au fost asociate atât cu „Apropiere afectivă”, cât și cu „Intruziune”, deși în direcții diferite, sugerând că influențele comunitare asupra reprezentărilor materne pot fi mai complexe decât un simplu model de risc. Analizele la nivel de țară au arătat, de asemenea, atât regularități transnaționale, cât și variații contextuale semnificative. Asocierile cu „Intruziune” au fost mai consistente între țări decât cele observate pentru „Apropiere afectivă”, sugerând că reprezentările materne mai tensionate pot fi legate mai robust de simptomele depresive în diferite contexte socioculturale.

Rezultatele pentru MM trebuie interpretate cu prudență, deoarece analizele au fost exploratorii și s-au bazat pe un subeșantion redus de patru țări. În analizele la nivelul întregului eșantion, o severitate depresivă inițială mai mare și creșteri mai mari ale simptomelor din perioada sarcinii până în perioada postpartum timpurie au fost asociate cu un nivel mai scăzut al MM, deși rezultatele au fost mai puțin consistente decât cele observate pentru dimensiunile MORS. Acest lucru poate sugera că MM reflectă un aspect oarecum diferit al reprezentării

materne, unul care este mai puțin direct legat doar de simptomele depresive și mai dependent de condiții individuale și contextuale mai largi.

3.3.6 Limite și cercetări viitoare

Analizele factoriale confirmatorii au indicat o potrivire a modelului PHQ-9 sub nivelul optim în mai multe locații, motiv pentru care comparațiile directe între țări ale scorurilor simptomelor depresive trebuie interpretate cu prudență. În același timp, PHQ-9 a demonstrat o consistență internă acceptabilă și rămâne unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare a simptomelor depresive în cercetarea interculturală.

Deși scăderea numărului de participanți este de așteptat în cercetările longitudinale desfășurate pe perioade extinse de urmărire, dimensiunile reduse ale eșantioanelor pot limita puterea statistică, în special în analizele la nivel de țară.

În plus, studiul este observațional și nu permite formularea unor inferențe cauzale. Deși simptomele depresive materne au fost examinate longitudinal, procesele bidirecționale și factorii contextuali nemăsurați pot contribui, de asemenea, la asocierile observate.

Rezultatele legate de MM trebuie interpretate, de asemenea, cu prudență, deoarece datele privind MM au fost disponibile doar în patru țări și a fost evaluat doar MM reprezentational. În cele din urmă, deși designul multi-țară reprezintă un punct forte major al studiului, constructele examinate pot să nu aibă semnificații identice în diferite contexte culturale. Cercetările viitoare ar trebui să continue investigarea comparabilității interculturale a acestor constructe și să examineze în continuare factorii contextuali care pot modela simptomele depresive și reprezentările materne.

3.3.7 Concluzii

În ansamblu, datele studiului de față sugerează că simptomele depresive materne sunt relevante pentru reprezentările mamelor despre copil și despre relația mamă–copil la 24 de luni, atât prin nivelul simptomelor din perioada prenatală, cât și prin modificările acestora pe

parcursul primelor etape ale maternității. Creșterile simptomelor depresive în perioada postnatală au fost asociate cu niveluri mai scăzute ale apropierii afective și cu niveluri mai ridicate ale intruziunii, susținând importanța unei perspective longitudinale asupra depresiei materne. Tiparul asocierilor a fost mai consistent pentru intruziune decât pentru apropiere afectivă, sugerând că reprezentările materne mai tensionate pot fi mai strâns legate de simptomele depresive în contexte socioculturale diferite. Analizele privind MM au fost mai puțin consistente și trebuie interpretate cu prudență, având în vedere caracterul exploratoriu al acestora și disponibilitatea datelor doar în patru țări. În ansamblu, studiul susține o înțelegere socio-ecologică a sănătății mintale materne, în care simptomele depresive, reprezentările materne și contextul relațional și comunitar se intersectează în modelarea relației timpurii mamă-copil.

3.4. Studiul 4: Schimbările simptomelor depresive materne și dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni

3.4.1 Introducere

3.4.1.1 Dezvoltarea socio-emoțională timpurie în primii doi ani de viață

Primii doi ani de viață reprezintă o perioadă sensibilă pentru dezvoltarea copilului în toate domeniile. Acest studiu se concentrează asupra dezvoltării socio-emoționale, conceptualizată ca un construct multidimensional care include atât competențe pozitive, precum responsivitatea emoțională, autoreglarea și implicarea socială, cât și vulnerabilități, precum distresul emoțional, dificultățile de reglare și problemele comportamentale (Halle & Darling-Churchill, 2016; Rothbart & Bates, 2006). Dezvoltarea socio-emoțională timpurie se formează prin interacțiunile cu îngrijitorii și cu contextul mai larg (Posner & Rothbart, 2000; Spinrad et al., 2006; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Studiile indică faptul că funcționarea

socio-emoțională timpurie are implicații de durată pentru relațiile ulterioare, parcursul academic și sănătate (Romano et al., 2010; Moffitt et al., 2011; McClelland & Cameron, 2019).

3.4.1.2 Depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului

Dovezile indică faptul că depresia maternă este asociată cu dificultăți în dezvoltarea socio-emoțională a copiilor, atât în analize transversale, cât și longitudinale. Simptomele depresive materne au fost asociate cu competențe socio-emoționale mai reduse, precum și cu niveluri mai ridicate ale dificultăților emoționale și comportamentale (Burger et al., 2020; Honda et al., 2023; Phua et al., 2023). Rezultatele longitudinale sugerează, de asemenea, că simptomele depresive materne persistente sunt asociate cu niveluri mai ridicate ale problemelor de internalizare și externalizare la copii, în timp ce diminuarea simptomelor este asociată cu niveluri mai scăzute ale acestor dificultăți (Morales et al., 2023). În concordanță cu aceste dovezi, Studiul 1 al tezei a arătat că depresia maternă a fost asociată atât cu competențele socio-emoționale, cât și cu problemele socio-emoționale ale copilului, însă asocierile au fost mai puternice pentru rezultatele centrate pe probleme.

3.4.1.3 Studiul de față

În ciuda importanței abordărilor longitudinale, studiile care examinează simptomele depresive materne de-a lungul mai multor etape de dezvoltare și asocierea acestora cu dezvoltarea socio-emoțională a copilului rămân limitate, în special în țările cu venituri mici și medii. Studiul de față investighează modul în care modificările simptomelor depresive materne în trei momente de evaluare (prenatal, la 3–6 luni postpartum și la 24 de luni postpartum) sunt asociate cu dezvoltarea socio-emoțională a copiilor la 24 de luni, în șase țări cu venituri mici și medii: Ghana, Jamaica, Filipine, România, Sri Lanka și Vietnam.

Dezvoltarea socio-emoțională a copilului este conceptualizată ca un construct multidimensional, care include comportamentul prosocial, problemele de internalizare, agresivitatea, comportamentele asociate ADHD și un scor compozit total al problemelor socio-

emoționale. Ghidat de modelul socio-ecologic (Sallis & Owen, 2015), studiul examinează, de asemenea, dacă factorii sociodemografici și comunitari contribuie la variabilitatea relației dintre simptomele depresive materne și dezvoltarea socio-emoțională a copilului.

3.4.2 Metodă

3.4.2.1 Participanți și procedură

Studiul 4 a utilizat date din cohorta longitudinală în trei etape descrisă în Secțiunea 2.2.3 a tezei, incluzând diade mamă-copil din Ghana, Jamaica, Filipine, România, Sri Lanka și Vietnam. Pakistan și Africa de Sud nu au participat la T3 și au fost excluse din analizele prezente.

Simptomele depresive materne au fost evaluate în timpul sarcinii (T1), la 3–6 luni postpartum (T2) și la 18–24 de luni postpartum (T3). Dezvoltarea socio-emoțională a copilului a fost evaluată la T3. Modelele ajustate au inclus suplimentar covariate sociodemografice și comunitare, incluzând vârsta maternă, educația maternă, statutul socioeconomic, sexul copilului, coeziunea comunitară, coeziunea intergenerațională și disfuncționalitățile comunitare. Dimensiunile eșantioanelor au variat între analize, în funcție de disponibilitatea datelor.

3.4.2.2 Măsurători

Simptomele depresive materne au fost evaluate utilizând PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) în toate cele trei etape. Au fost calculate două scoruri ale modificărilor intra-individuale: modificarea timpurie ($\Delta_{12} = T2 - T1$) și modificarea ulterioară ($\Delta_{23} = T3 - T2$). Dezvoltarea socio-emoțională a copiilor la 24 de luni a fost evaluată utilizând Social Behavior Questionnaire (SBQ), un instrument de auto-raportare maternă care evaluează comportamentul prosocial, problemele de internalizare, agresivitatea și comportamentele asociate ADHD. A fost calculat și un scor compozit al problemelor socio-emoționale, reprezentând suma celor trei subscale asociate dificultăților. Modelele ajustate au inclus ca covariate vârsta maternă,

educația maternă, statutul socioeconomic (SES), sexul copilului, coeziunea comunitară, coeziunea intergenerațională și disfuncționalitățile comunitare.

3.4.3 Analiza datelor

Au fost efectuate analize de regresie ierarhică pentru a examina dacă simptomele depresive maternelor de-a lungul timpului au fost asociate cu rezultatele socio-emoționale ale copiilor la T3. Severitatea inițială a simptomelor depresive evaluată prin PHQ-9 la T1 și două scoruri ale modificărilor depresiei ($\Delta 12$ și $\Delta 23$) au fost incluse ca predictorii.

Rezultatele examinate au fost comportamentul prosocial, problemele de internalizare, agresivitatea, comportamentele asociate ADHD și un scor compozit al problemelor socio-emoționale, toate evaluate prin SBQ. Modelele simple au inclus simptomele depresive inițiale la Pasul 1 și cele două scoruri de modificare la Pasul 2, în timp ce modelele ajustate au inclus suplimentar covariate sociodemografice și comunitare la Pasul 3. Toate modelele au fost estimate atât la nivelul întregului eșantion, cât și separat pentru fiecare țară participantă. Potrivirea modelelor a fost evaluată utilizând indicatorii R^2 , R^2 ajustat, F și statisticile asociate modificărilor modelului.

3.4.4 Rezultate

3.4.4.1 Statistici descriptive

Au fost observate diferențe importante între țările participante pentru toate rezultatele socio-emoționale. Scorurile pentru comportamentul prosocial au fost cele mai ridicate în Jamaica ($M = 7,37$, $SD = 2,46$) și cele mai scăzute în Vietnam ($M = 5,00$, $SD = 2,41$). Scorurile pentru problemele de internalizare au fost cele mai ridicate în Filipine ($M = 3,45$, $SD = 2,06$) și cele mai scăzute în România ($M = 1,78$, $SD = 1,42$). Scorurile pentru agresivitate au fost cele mai ridicate în Jamaica ($M = 5,18$, $SD = 2,43$), în timp ce scorurile pentru comportamentele asociate ADHD au fost cele mai ridicate în Filipine ($M = 6,58$, $SD = 3,21$). Scorul compozit al

problemelor socio-emoționale a fost cel mai ridicat în Filipine ($M = 14,81$, $SD = 6,05$) și cel mai scăzut în România ($M = 8,16$, $SD = 4,46$).

3.4.4.2 Corelații

Corelațiile bivariate au arătat că simptomele depresive materne la T1 au fost asociate pozitiv cu problemele de internalizare ($r = .132$, $p < .001$), agresivitatea ($r = .247$, $p < .001$), comportamentele asociate ADHD ($r = .112$, $p = .002$) și scorul compozit al problemelor socio-emoționale ($r = .201$, $p < .001$), în timp ce asocierile cu comportamentul prosocial nu au fost semnificative. Creșteri mai mari ale simptomelor depresive de la T2 la T3 ($\Delta 23$) au fost, de asemenea, asociate pozitiv cu problemele de internalizare ($r = .327$, $p < .001$), agresivitatea ($r = .209$, $p < .001$), comportamentele asociate ADHD ($r = .159$, $p < .001$) și problemele socio-emoționale ($r = .276$, $p < .001$). În ansamblu, simptomele depresive au prezentat asocieri mai consistente cu dificultățile socio-emoționale decât cu comportamentul prosocial.

3.4.4.3 Analize de regresie ierarhică

Modele la nivelul întregului eșantion

Mai jos sunt rezumate doar modelele ajustate estimate la nivelul întregului eșantion. Analizele ajustate au fost efectuate pe eșantioane cuprinse aproximativ între $N = 545$ și $N = 547$, în funcție de rezultatul analizat.

Simptomele depresive au fost asociate mai constant cu dificultățile socio-emoționale decât cu **comportamentul prosocial**. Pentru **comportamentul prosocial**, modelul ajustat a fost semnificativ în general ($R^2 = .049$, R^2 ajustat = $.031$, $F(10, 534) = 2.74$, $p = .003$), dar niciuna dintre variabilele depresive nu a rămas semnificativă după includerea covariatelor. În schimb, un nivel socio-economic mai mare ($b = .124$, $\beta = .097$, $p = .036$) și o coeziune mai mare a comunității ($b = .574$, $\beta = .165$, $p = .002$) au fost asociate cu scoruri mai ridicate ale comportamentului prosocial.

Pentru **problemele de internalizare**, modelul ajustat a fost semnificativ ($R^2 = .170$, R^2 ajustat = .155, $F(10, 536) = 10.99$, $p < .001$). Severitatea inițială a simptomelor depresive ($b = .120$, $\beta = .277$, $p < .001$), $\Delta 12$ ($b = .109$, $\beta = .250$, $p < .001$) și $\Delta 23$ ($b = .155$, $\beta = .388$, $p < .001$) au fost predictorii pozitivi semnificativi, în timp ce niciuna dintre covariate nu a fost semnificativă.

Pentru **agresivitatea**, modelul ajustat a fost semnificativ ($R^2 = .216$, R^2 ajustat = .201, $F(10, 536) = 14.75$, $p < .001$). Severitatea inițială a simptomelor depresive ($b = .168$, $\beta = .325$, $p < .001$), $\Delta 12$ ($b = .073$, $\beta = .140$, $p = .012$) și $\Delta 23$ ($b = .127$, $\beta = .264$, $p < .001$) au rămas predictorii pozitivi semnificativi. Vârsta maternă mai înaintată ($b = -.054$, $\beta = -.129$, $p = .001$) și o coeziune intergenerațională mai mare ($b = -.649$, $\beta = -.159$, $p < .001$) au fost asociate cu niveluri mai scăzute ale agresivității, în timp ce o coeziune mai mare a comunității ($b = .366$, $\beta = .114$, $p = .020$) și o disfuncționalitate mai mare a comunității ($b = .352$, $\beta = .122$, $p = .003$) au fost asociate cu niveluri mai ridicate ale agresivității.

Pentru **comportamentele asociate ADHD**, modelul ajustat a fost semnificativ ($R^2 = .124$, R^2 ajustat = .108, $F(10, 536) = 7.59$, $p < .001$). Severitatea inițială a simptomelor depresive ($b = .178$, $\beta = .277$, $p < .001$), $\Delta 12$ ($b = .153$, $\beta = .236$, $p < .001$) și $\Delta 23$ ($b = .143$, $\beta = .239$, $p < .001$) au fost predictorii pozitivi semnificativi. Sexul masculin al copilului ($b = .574$, $\beta = .100$, $p = .015$) și un nivel socio-economic mai scăzut ($b = -.142$, $\beta = -.097$, $p = .029$) au fost, de asemenea, asociate cu scoruri ADHD mai mari.

Pentru **scorul compozit al problemelor socio-emoționale**, modelul ajustat a fost semnificativ ($R^2 = .228$, R^2 ajustat = .214, $F(10, 536) = 15.83$, $p < .001$). Severitatea inițială a simptomelor depresive ($b = .466$, $\beta = .368$, $p < .001$), $\Delta 12$ ($b = .335$, $\beta = .262$, $p < .001$) și $\Delta 23$ ($b = .425$, $\beta = .361$, $p < .001$) au rămas predictorii pozitivi semnificativi. Vârsta maternă mai înaintată ($b = -.095$, $\beta = -.092$, $p = .021$) și o coeziune intergenerațională mai mare ($b = -1.006$, $\beta = -.101$, $p = .024$) au fost asociate cu mai puține probleme socio-emoționale, în timp ce un

nivel mai ridicat al disfuncționalității comunității ($b = .666$, $\beta = .095$, $p = .019$) a fost asociat cu mai multe probleme.

Modele specifice fiecărei țări

Modelele ajustate specifice fiecărei țări au arătat un tipar mai variabil în funcție de rezultate și de țările participante. Analizele ajustate specifice fiecărei țări au fost estimate pe sub-eșantioane mai mici, variind aproximativ între $n = 77$ și $n = 115$, în funcție de țara și rezultatul analizat. Pentru **comportamentul prosocial**, doar România a prezentat un model final ajustat semnificativ ($R^2 = .206$, R^2 ajustat = $.120$, $F(10, 92) = 2.39$, $p = .014$). În acest model, vârsta maternă mai înaintată și sexul masculin al copilului au fost asociate cu scoruri mai scăzute ale comportamentului prosocial, sugerând că acesta ar fi putut fi mai strâns legat de factorii demografici și contextuali decât de simptomele depresive materne.

În ceea ce privește **problemele de internalizare**, modele ajustate semnificative au fost observate în Ghana ($R^2 = .354$, R^2 ajustat = $.256$, $p = .001$), Jamaica ($R^2 = .227$, R^2 ajustat = $.153$, $p = .002$), Filipine ($R^2 = .318$, R^2 ajustat = $.207$, $p = .005$) și Vietnam ($R^2 = .290$, R^2 ajustat = $.208$, $p = .001$), în timp ce România și Sri Lanka au prezentat modele nesemnificative. Este important de menționat că blocul de covariate nu a îmbunătățit semnificativ potrivirea modelului în nicio țară, sugerând că asocierea dintre simptomele depresive materne și problemele de internalizare a rămas relativ robustă după ajustare.

Pentru **agresivitate**, modele ajustate semnificative au fost identificate în Ghana ($R^2 = .294$, R^2 ajustat = $.187$, $p = .007$), Filipine ($R^2 = .355$, R^2 ajustat = $.250$, $p = .001$) și Vietnam ($R^2 = .344$, R^2 ajustat = $.269$, $p < .001$). În Ghana, o coeziune a comunității mai scăzută și un nivel mai ridicat de disfuncționalitate la nivel de comunitate au fost asociate cu scoruri mai ridicate ale agresivității, sugerând că factorii comunitari ar fi putut fi deosebit de relevanți pentru comportamentele agresive în acest context. În Filipine și Vietnam, simptomele

depressive materne au rămas principalii predictorii semnificativi, în timp ce covariatele nu au fost semnificative.

Pentru **comportamentele asociate ADHD**, modele ajustate semnificative au fost observate în Ghana ($R^2 = .318$, R^2 ajustat = .215, $p = .003$), Filipine ($R^2 = .300$, R^2 ajustat = .187, $p = .009$), România ($R^2 = .217$, R^2 ajustat = .134, $p = .008$) și Vietnam ($R^2 = .193$, R^2 ajustat = .101, $p = .034$). În aceste țări, simptomele depressive materne au rămas, în general, predictorii semnificativi după ajustare, în timp ce covariatele au fost în mare parte ne semnificative.

Cel mai consistent tipar între țări a fost observat pentru **scorul compozit al problemelor socio-emoționale**. Modele ajustate semnificative au fost identificate în Ghana ($R^2 = .404$, R^2 ajustat = .314, $p < .001$), Jamaica ($R^2 = .174$, R^2 ajustat = .095, $p = .023$), Filipine ($R^2 = .406$, R^2 ajustat = .310, $p < .001$), România ($R^2 = .218$, R^2 ajustat = .135, $p = .007$) și Vietnam ($R^2 = .336$, R^2 ajustat = .260, $p < .001$), în timp ce Sri Lanka a prezentat un model ne semnificativ. Unele covariate specifice fiecărei țări au fost, de asemenea, relevante. În Ghana, o coeziune a comunității mai scăzută și un nivel mai ridicat de disfuncționalitate la nivel de comunitate au fost asociate cu mai multe probleme socio-emoționale. În Filipine, un nivel mai scăzut al educației materne a fost asociat cu mai multe probleme socio-emoționale totale, în timp ce în Vietnam, un nivel mai ridicat al statutului socio-economic a fost asociat cu mai puține probleme socio-emoționale.

3.4.5 Discuții

Studiul de față a examinat dacă modificările simptomelor depressive materne de-a lungul celor trei etape au fost asociate cu dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni în șase țări cu venituri mici și medii. În general, simptomele depressive materne au fost asociate mai constant cu dificultățile socio-emoționale și comportamentale ale copilului decât cu competențele socio-emoționale pozitive. În analizele la nivelul întregului eșantion, o severitate

mai ridicată a simptomelor depresive în perioada prenatală și creșteri ale simptomelor depresive în ambele intervale postnatale au fost asociate cu niveluri mai ridicate ale problemelor de internalizare, agresivității, comportamentelor asociate ADHD și problemelor socio-emoționale totale, în timp ce rezultatele pentru comportamentul prosocial au fost mai slabe și mai puțin consistente. Aceste rezultate sunt, în general, în concordanță cu Studiul 1 al acestei teze, sugerând că asimetria dintre rezultatele axate pe dificultăți și cele axate pe competențe poate fi observată și longitudinal, în contexte socioculturale diverse.

Un rezultat important a fost faptul că scorurile modificărilor au explicat varianță suplimentară dincolo de severitatea simptomelor depresive prenatale, în special pentru problemele de internalizare și scorul compozit al problemelor socio-emoționale. Acest lucru sugerează că dezvoltarea copiilor poate fi influențată nu doar de expunerea prenatală, ci și de persistența sau creșterea simptomelor depresive materne pe parcursul primilor ani de viață ai copilului. Rezultatele susțin ideea că simptomele depresive materne nu ar trebui conceptualizate doar ca un factor de risc prenatal sau postpartum timpuriu, ci mai degrabă ca un proces dinamic care se desfășoară pe parcursul primilor ani de viață ai copilului. Dintr-o perspectivă clinică, aceste rezultate susțin importanța monitorizării sănătății mintale materne dincolo de perioada imediat postpartum.

Rezultatele privind comportamentul prosocial au diferit de tiparele observate pentru dificultățile socio-emoționale. În modelul ajustat la nivelul întregului eșantion, simptomele depresive nu au mai fost semnificative după includerea variabilelor contextuale, în timp ce un nivel socio-economic mai ridicat și o coeziune mai mare a comunității au fost asociate cu scoruri mai ridicate ale comportamentului prosocial. Acest tipar poate sugera că competențele socio-emoționale pozitive sunt modelate mai puternic de resursele contextuale și de mediu decât doar de simptomele depresive materne.

Analizele specifice fiecărei țări au evidențiat, de asemenea, importanța contextului. Deși au fost observate asocieri semnificative între simptomele depresive maternel și dificultățile socio-emoționale în mai multe țări, magnitudinea și consistența acestor efecte au variat între țările participante. Cele mai puternice și mai consistente modele au fost observate, în general, pentru problemele socio-emoționale totale, în special în Ghana, Filipine și Vietnam. În unele țări, variabilele la nivel de comunitate au părut, de asemenea, relevante. De exemplu, o coeziune mai scăzută a comunității și un nivel mai ridicat al disfuncționalității la nivel de comunitate au fost asociate cu niveluri mai ridicate ale agresivității și cu mai multe probleme socio-emoționale în Ghana.

În ansamblu, rezultatele sugerează un tipar de consistență transnațională parțială, alături de variații contextuale semnificative. Unele asocieri dintre simptomele depresive maternel și dificultățile socio-emoționale ale copiilor au părut relativ stabile între țări, în special pentru problemele de internalizare și problemele socio-emoționale totale, în timp ce alte rezultate au părut mai sensibile la context. Aceste diferențe pot sugera că legăturile dintre simptomele depresive maternel și rezultatele socio-emoționale ale copiilor pot fi influențate, cel puțin parțial, de contextul sociocultural mai larg în care se dezvoltă copilul. Țările pot diferi în ceea ce privește modul în care rețelele familiale și comunitare sunt implicate în îngrijirea copilului, precum și în ceea ce privește normele privind autonomia, interdependența și comportamentul copiilor. Astfel de diferențe pot influența și modul în care dificultățile socio-emoționale ale copiilor sunt interpretate și raportate de către mame. Prin urmare, studiul extinde cercetările anterioare, arătând că modificările în timp ale simptomelor depresive maternel pot reprezenta un proces longitudinal important de risc în contexte diverse din țările cu venituri mici și medii, subliniind totodată rolul condițiilor socio-ecologice mai largi în modelarea acestor asocieri.

3.4.6 Limite și cercetări viitoare

Studiul de față prezintă câteva limite care trebuie luate în considerare. Unele limite metodologice legate de pierderea participanților, măsurare și comparabilitatea interculturală au fost discutate în studiile anterioare și rămân relevante și în cazul studiului de față. În plus, unele analize specifice fiecărei țări s-au bazat pe sub-eșantioane mai mici și, prin urmare, trebuie interpretate cu prudență.

De asemenea, studiul s-a bazat în principal pe măsuri auto-raportate de către mame, ceea ce ar fi putut crește varianța asociată metodei comune între simptomele depresive materne și rezultatele socio-emoționale ale copiilor. În cele din urmă, designul observațional nu permite formularea unor concluzii cauzale, fiind posibile și asocieri bidirecționale între simptomele depresive materne și dificultățile socio-emoționale ale copilului. Cercetările viitoare ar beneficia de includerea unor metode observaționale și multi-informator, precum și de examinarea unor factori contextuali și familiali suplimentari în contexte socioculturale diverse.

3.4.7 Concluzii

Studiul de față oferă dovezi longitudinale care sugerează că simptomele depresive materne au fost asociate cu dezvoltarea socio-emoțională a copilului la 24 de luni în șase contexte diverse din țări cu venituri mici și medii. Aceste asocieri au fost observate atât pentru severitatea simptomelor depresive în perioada prenatală, cât și pentru modificările simptomelor depresive pe parcursul începutului maternității, efectele apărând mai constant pentru dificultățile socio-emoționale și comportamentale decât pentru comportamentul prosocial. Contribuția suplimentară a scorurilor modificărilor sugerează, de asemenea, importanța luării în considerare nu doar a simptomelor depresive timpurii, ci și a modului în care distresul matern evoluează pe parcursul tranziției către maternitate și al primilor ani de viață ai copilului.

Deși multe asocieri au rămas semnificative după includerea factorilor socio-demografici și comunitari, au fost observate și variații semnificative între rezultate și țările

participante. Acest tipar sugerează o consistență transnațională parțială, alături de variații contextuale, subliniind importanța luării în considerare a contextului sociocultural mai larg în care se dezvoltă copiii. În ansamblu, rezultatele susțin importanța abordărilor longitudinale și socio-ecologice în examinarea sănătății mintale materne și a dezvoltării socio-emoționale a copilului în contexte diverse din țări cu venituri mici și medii. Rezultatele subliniază, de asemenea, importanța monitorizării și sprijinirii sănătății mintale materne dincolo de perioada imediat postpartum.

IV. CAPITOLUL IV. DISCUȚII GENERALE ȘI CONCLUZII

4.1 Rezumatul contribuțiilor dincolo de stadiul actual al cunoștințelor

Teza de față contribuie la literatura existentă prin oferirea unei înțelegeri mai diferențiate și fundamentate empiric a modului în care simptomele depresive materne devin relevante pentru dezvoltarea timpurie. O caracteristică centrală a acestei contribuții se referă la extinderea bazei socioculturale a cercetărilor privind depresia perinatală. O mare parte din literatura existentă provine din populații WEIRD, existând încă dovezi longitudinale limitate din țările cu venituri mici și medii (Henrich et al., 2010; Morgan et al., 2021). Prin adoptarea unui design longitudinal realizat în mai multe țări cu venituri mici și medii, teza extinde cunoștințele existente către contexte mai diverse și oferă o perspectivă asupra modului în care aceste procese se desfășoară în medii socioculturale diferite.

O primă contribuție a tezei se referă la dimensiunea temporală a simptomelor depresive materne în maternitatea timpurie. Prin surprinderea simptomelor depresive ca modificări intra-individuale pe parcursul a trei etape, teza contribuie la înțelegerea faptului că modul în care evoluează simptomele are o relevanță independentă pentru rezultatele legate de îngrijirea maternă, relația mamă-copil și dezvoltarea copilului, dincolo de ceea ce poate explica singură severitatea prenatală. Analizele longitudinale (Studiul 3) sugerează, în plus, că simptomele

depressive sunt caracterizate atât prin continuitate, cât și prin schimbare pe parcursul primelor etape ale maternității, indicând faptul că atât severitatea inițială, cât și modificările ulterioare oferă informații distincte despre modul în care evoluează distresul matern. Acest tipar, observat în diferite domenii ale rezultatelor în cadrul acestui design realizat în mai multe țări, susține o înțelegere dinamică a depresiei perinatale, care pune accent pe direcția și magnitudinea schimbării, mai degrabă decât pe nivelul simptomelor la un singur moment temporal (Guyon-Harris et al., 2016; Morales et al., 2023).

Componenta meta-analitică a tezei (Studiul 1) oferă o sinteză actualizată a asocierii dintre depresia maternă și dezvoltarea socio-emoțională a copilului în primii doi ani de viață, o literatură care nu a fost recent revizuită cu accent pe această perioadă specifică de dezvoltare. Rezultatele arată că această asociere, deși semnificativă, este modestă și eterogenă și că magnitudinea sa depinde de modul în care sunt evaluate rezultatele și de momentul evaluării acestora, precum și de contextul familial și socio-demografic în care are loc dezvoltarea timpurie. Rezultatele susțin, de asemenea, ideea conform căreia depresia maternă nu ar trebui înțeleasă doar ca un factor de risc postnatal, ci ca un proces care se desfășoară pe parcursul tranziției către maternitate, având în vedere că atât simptomele depressive prenatale, cât și cele postnatale au prezentat asocieri comparabile cu rezultatele timpurii ale copilului (Guyon-Harris et al., 2016; Morales et al., 2023).

Bazându-se pe dovezile meta-analitice, studiile longitudinale indică un tipar în care simptomele depressive materne sunt asociate mai constant cu aspectele negative ale funcționării timpurii decât cu cele pozitive în primii doi ani de viață (Honda et al., 2023; Phua et al., 2023). Această asimetrie este vizibilă atât în domeniul dezvoltării socio-emoționale (Studiile 1 și 4), cât și în domeniul relațional (Studiul 3) și se menține longitudinal în contexte în care astfel de tipare au fost examinate mai rar. Prin documentarea acestui tipar în ambele domenii, în timp și în contexte subreprezentate, teza contribuie la o înțelegere mai diferențiată a modului în care

depresia perinatală influențează dezvoltarea timpurie, sugerând că efectele sale pot fi înțelese mai degrabă ca o intensificare a proceselor asociate dificultăților decât ca o reducere uniformă a funcționării pozitive. În același timp, aspectele pozitive ale funcționării timpurii par să urmeze o logică de dezvoltare diferită, comportamentul prosocial fiind mai strâns legat de resursele socio-economice și condițiile comunitare (Studiul 4), iar apropierea afectivă percepută fiind mai sensibilă la caracteristicile copilului și la contextul comunitar (Studiul 3) decât doar la simptomele depresive materne.

Examinarea domeniului relațional (Studiul 3) extinde cadrul teoretic al relației mamă–copil prin accentuarea dimensiunii sale reprezentationale într-un context longitudinal și intercultural. Rezultatele contribuie la înțelegerea faptului că reprezentările materne despre copil și relație constituie o cale relevantă prin care simptomele depresive materne devin asociate cu funcționarea relațională timpurie, în special în raport cu reprezentările materne marcate de mai multă tensiune sau dificultate. În același timp, asocierile cu mind-mindedness au părut mai puțin consistente și mai dependente de factorii individuali și contextuali (McMahon & Bernier, 2017; Georg et al., 2023), contribuind la explicarea motivului pentru care studiile anterioare privind această legătură au produs rezultate mixte. Aceste tipare sugerează că domeniul relațional poate să nu funcționeze ca un construct unitar și că diferitele procese relaționale pot varia atât în ceea ce privește modul în care sunt asociate direct cu simptomele depresive materne, cât și în ceea ce privește dependența lor de contextul îngrijirii.

În ceea ce privește îngrijirea maternă timpurie (Studiul 2), teza contribuie la o literatură caracterizată până în prezent prin rezultate mixte privind asocierea dintre simptomele depresive prenatale și alăptare (Dias & Figueiredo, 2015; Butler et al., 2021). Prin testarea unui model explicativ mai integrativ, care include atât atașamentul prenatal, cât și simptomele depresive postnatale ca posibile căi explicative (Brandon et al., 2009; Trombetta et al., 2021), teza oferă o înțelegere mai nuanțată a modului în care simptomele depresive prenatale pot deveni

relevante pentru comportamentul de alăptare. Rezultatele arată că persistența postnatală a simptomelor depresive reprezintă mecanismul mai consistent, în timp ce rolul atașamentului prenatal pare să fie mai dependent de context.

O ultimă contribuție teoretică se referă la rolul contextului sociocultural. Problemele de internalizare și dificultățile socio-emoționale totale au fost asociate cu distresul matern în majoritatea țărilor după ajustare, sugerând că aceste rezultate reprezintă expresii relativ stabile ale vulnerabilității. Un tipar similar a fost observat și în domeniul relațional, unde reprezentările materne marcate de mai multă tensiune sau dificultate au fost asociate cu distresul matern în mai multe locații de studiu, inclusiv Ghana, Jamaica, România și Vietnam. În schimb, alte rezultate au arătat variații contextuale mai pronunțate: agresivitatea a părut mai strâns legată de condițiile comunitare decât de simptomele depresive materne în Ghana, iar comportamentul prosocial în România a fost asociat cu vârsta mamei și sexul copilului, mai degrabă decât cu distresul matern. Relevanța atașamentului prenatal a diferit, de asemenea, între locații, apărând ca o cale semnificativă în Filipine, Africa de Sud și Sri Lanka, dar nu în toate țările. Variația contextuală a fost vizibilă în special în ceea ce privește mind-mindedness, unde asocierile cu simptomele depresive materne au apărut doar după luarea în considerare a factorilor individuali și contextuali și numai în Filipine, Sri Lanka și Vietnam. Nivelurile medii ale mind-mindedness au diferit, de asemenea, între contexte, sugerând că așteptările locale privind îngrijirea și normele culturale pot influența momentul în care această dimensiune devine vizibil asociată cu distresul matern. Luate împreună, aceste rezultate arată că depresia perinatală nu ar trebui înțeleasă nici ca un risc complet universal, nici ca unul exclusiv specific contextului, ci mai degrabă prin prisma unui echilibru între regularitățile observate între contexte și variațiile contextuale semnificative.

4.2 Contribuții metodologice și implicații practice

4.2.1 Contribuții metodologice

La nivel metodologic, un punct foarte important al tezei de față a fost integrarea a două abordări complementare: o meta-analiză și studii empirice longitudinale. Acest aspect a fost important din punct de vedere metodologic deoarece a permis abordarea întrebărilor de cercetare atât printr-o sinteză a literaturii existente, cât și prin analize prospective bazate pe date longitudinale colectate în mai multe țări. Designul longitudinal a făcut posibilă examinarea simptomelor depresive materne în timpul sarcinii, la 6 luni postpartum și la 24 de luni postpartum, permițând diferențierea între severitatea simptomelor prenatale și modificările ulterioare ale simptomelor depresive materne pe parcursul maternității timpurii.

Teza are relevanță metodologică și prin includerea mai multor țări cu venituri mici și medii. Prin utilizarea datelor provenite din aceste contexte, aceasta extinde o literatură care s-a bazat mai frecvent pe eșantioane din țări cu venituri mari. Acest lucru este important nu doar pentru că extinde diversitatea bazei de cunoștințe existente, ci și pentru că permite examinarea asocierilor investigate într-o gamă mai largă de contexte socioculturale. În acest sens, teza contribuie la un domeniu în care dovezile longitudinale provenite din mai multe țări cu venituri mici și medii rămân relativ limitate.

Strategia analitică a combinat analize la nivelul întregului eșantion cu analize la nivel de țară, făcând posibilă examinarea atât a tiparelor mai generale observate la nivelul întregului eșantion, cât și a modului în care asocierile au apărut în contextele specifice fiecărei țări. Utilizarea modelelor ajustate, incluzând covariate socio-demografice și comunitare, a permis, de asemenea, examinarea asocierilor în raport cu contextul mai larg al dezvoltării timpurii.

O altă contribuție metodologică se referă la atenția acordată măsurării în cercetarea longitudinală interculturală: evaluarea PHQ-9 în diferite etape și locații a arătat că instrumentele pot să nu funcționeze identic în contexte diferite, subliniind importanța

examinării modului în care constructele sunt evaluate în fiecare context, mai degrabă decât presupunerea echivalenței acestora (Murray et al., 2022).

4.2.2 Implicații practice

La nivel practic, teza de față sugerează că simptomele depresive materne ar putea necesita atenție pe parcursul unei perioade mai extinse a maternității timpurii, de la sarcină până în primii ani de viață ai copilului, mai degrabă decât doar la un singur moment. Rezultatele au indicat că simptomele depresive materne au fost relevante nu doar pentru dezvoltarea socio-emoțională a copilului, ci și pentru procesele de îngrijire maternă și relaționale, susținând importanța identificării timpurii și a monitorizării continue a sănătății mintale materne pe parcursul acestei perioade. În termeni practici, acest lucru susține abordări în care simptomele depresive materne nu sunt evaluate o singură dată, ci sunt urmărite în momente-cheie ale dezvoltării, în cadrul serviciilor de rutină care intră deja în contact cu mamele în timpul sarcinii și al creșterii timpurii a copilului. Aceste rezultate nu sugerează că responsabilitatea pentru dezvoltarea timpurie a copilului ar trebui plasată în principal asupra mamelor, ci mai degrabă susțin forme de screening și monitorizare orientate spre identificarea nevoilor și facilitarea accesului la sprijin, fără a crește presiunea sau învinovățirea mamelor.

O a doua implicație practică este că programele de prevenție și sprijin timpuriu în maternitatea timpurie pot beneficia de extinderea focusului lor dincolo de simpla reducere a simptomelor materne. La nivelul tezei, simptomele depresive materne au fost asociate nu doar cu dezvoltarea socio-emoțională a copilului, ci și cu exclusivitatea alăptării, reprezentările mamelor despre copil și despre relația mamă–copil și mind-mindedness. Acest lucru sugerează că programele care abordează distresul matern pot deveni mai eficiente dacă iau în considerare și domeniile de îngrijire și relaționale în care au fost observate aceste asocieri.

Variabilitatea contextuală a rezultatelor subliniază, în continuare, faptul că sprijinul pentru mame și copii poate să nu fie la fel de eficient atunci când se bazează pe un model

universal. Condițiile locale, relaționale, demografice și comunitare prin care distresul matern devine relevant în fiecare context merită o atenție explicită. În același timp, contextele culturale și comunitare pot fi relevante nu doar ca surse de risc, ci și ca posibile surse de sprijin, protecție și practici adaptive de îngrijire, care merită o atenție sporită în dezvoltarea intervențiilor și răspunsurilor practice (Maselko et al., 2020; Zou et al., 2024).

4.3 Limite și Cercetări Viitoare

4.3.1 Limite

Teza de față prezintă, de asemenea, câteva limite care trebuie luate în considerare în interpretarea rezultatelor. Deoarece Studiile 2–4 s-au bazat pe același eșantion longitudinal, mai multe limite sunt relevante la nivelul acestor studii empirice, deși acestea au devenit vizibile în mod diferit în funcție de rezultatele examinate.

O primă limită se referă la natura observațională a studiilor empirice. Simptomele depresive prenatale au fost evaluate anterior tuturor rezultatelor examinate în cadrul tezei, ceea ce oferă o bază temporală pentru interpretarea asocierilor observate. În același timp, scorurile modificărilor ulterioare (T2 și T3) au fost evaluate concomitent cu rezultatele relaționale și de dezvoltare la T3, iar influențele bidirecționale nu pot fi excluse. Prin urmare, rezultatele trebuie interpretate ca asocieri, mai degrabă decât ca relații cauzale.

O a doua limită se referă la măsurarea în contexte socioculturale diverse. Includerea mai multor țări cu venituri mici și medii reprezintă un punct forte important al tezei, dar aduce și provocări în evaluarea simptomelor depresive materne și a proceselor de dezvoltare timpurie în contexte culturale diferite. PHQ-9 nu a demonstrat performanțe psihometrice la fel de puternice în toate locațiile, ceea ce ar fi putut influența asocierile observate. În același timp, acest aspect este informativ și dintr-o perspectivă interculturală, deoarece subliniază importanța examinării modului în care instrumentele funcționează în contexte diferite.

O a treia limită se referă la varianța asociată metodei comune în cadrul studiilor empirice. În Studiile 2–4, atât simptomele depresive materne, cât și principalele rezultate s-au bazat pe relatările mamelor, fie că s-au referit la exclusivitatea alăptării, reprezentările materne, mind-mindedness sau dezvoltarea socio-emoțională a copilului. Acest lucru înseamnă că nivelurile mai ridicate ale distresului matern ar fi putut influența și modul în care aceste rezultate au fost percepute sau raportate. Cercetările viitoare ar beneficia de includerea mai multor metode observaționale și a unor informatori suplimentari. O altă limită se referă la nivelul de detaliu cu care au fost evaluate rezultatele socio-emoționale: Social Behavior Questionnaire (SBQ) include mai multe subscale care evaluează dificultățile și o singură subscală care reflectă competențele pozitive, ceea ce ar fi putut contribui la o sensibilitate mai mare în detectarea asocierilor cu rezultatele legate de dificultăți decât cu comportamentul prosocial.

O altă limită se referă la pierderea participanților între etape. Reducerea eșantionului la T3 s-a datorat parțial numărului mai mic de țări participante la etapa finală și condițiilor în care a avut loc colectarea datelor în timpul pandemiei de COVID-19, ceea ce ar fi putut reduce puterea statistică a analizelor specifice fiecărei țări și ar fi putut influența datele colectate în această etapă prin stresul asociat pandemiei și perturbările rutinelor zilnice și ale accesului la servicii.

4.3.2 Cercetări viitoare

O direcție importantă pentru cercetările viitoare este examinarea mecanismelor prin care simptomele depresive materne devin asociate cu dezvoltarea timpurie. În teza de față, simptomele depresive materne au fost examinate în raport cu exclusivitatea alăptării, atașamentul prenatal, reprezentările mamelor despre copil și relația mamă–copil, mind-mindedness și dezvoltarea socio-emoțională a copilului. Cu toate acestea, aceste procese nu au fost examinate împreună în cadrul aceluiași model explicativ, ceea ce înseamnă că rămâne

neclar dacă unele dintre ele contribuie la explicarea legăturilor dintre simptomele depresive maternelle și rezultatele ulterioare ale copilului. Prin urmare, studiile viitoare ar putea investiga mai direct dacă aceste procese de îngrijire maternă și relaționale mediază aceste asocieri și dacă rolul lor diferă în funcție de perioadele de dezvoltare.

O a doua direcție importantă se referă la examinarea evoluției simptomelor depresive maternelle prin evaluări repetate mai frecvente pe parcursul primilor ani de viață ai copilului.. Teza de față a făcut distincția între severitatea simptomelor prenatale și modificările ulterioare din maternitatea timpurie, însă studiile viitoare ar putea utiliza evaluări repetate mai frecvente și ar putea examina dacă diferite tipare de continuitate, creștere sau ameliorare a distresului matern sunt asociate în moduri diferite cu îngrijirea maternă, reprezentările maternelle și dezvoltarea socio-emoțională a copilului, clarificând astfel dacă anumite perioade din maternitatea timpurie sunt mai sensibile decât altele. O altă direcție se referă la consolidarea evaluării principalelor constructe, de exemplu prin combinarea instrumentelor auto-raportate cu abordări clinice sau bazate pe interviu, includerea metodelor observaționale și a rapoartelor provenite de la informatori suplimentari și examinarea în continuare a modului în care măsurătorile funcționează în contexte socioculturale diferite.

Cercetările viitoare ar beneficia, de asemenea, de examinarea unei game mai largi de influențe evidențiate de Modelul Socio-Ecologic în cadrul unor modele longitudinale mai integrate în țări cu venituri mici și medii. La nivel individual, studiile viitoare ar putea examina coping-ul matern, reglarea emoțională și alte aspecte ale funcționării psihologice maternelle dincolo de simptomele depresive. La nivel familial, sănătatea mintală paternă, calitatea relației dintre parteneri și practicile parentale specifice pot contribui la clarificarea modului în care distresul matern devine asociat cu îngrijirea maternă, procesele relaționale și dezvoltarea copilului. La nivel comunitar, accesul la servicii, rețelele de sprijin informal și disponibilitatea sprijinului practic pentru mamele cu copii mici merită atenție, în special în contexte în care

resursele pot fi mai limitate sau distribuite inegal. La nivel sociocultural, normele și credințele legate de alăptare, îngrijire, maternitate și comportamentul copilului pot fi importante pentru înțelegerea motivului pentru care aceste asocieri apar diferit în contexte diferite. Bazându-se pe designul realizat în mai multe țări al tezei de față, cercetările viitoare ar trebui să continue să acorde prioritate contextelor din țări cu venituri mici și medii pentru a îmbunătăți reprezentativitatea globală a bazei de cunoștințe existente și pentru a examina influențele culturale care pot funcționa nu doar ca surse de risc, ci și ca surse de sprijin și practici adaptive de îngrijire.

4.4 Concluzii

Teza de față a examinat modul în care simptomele depresive maternelle sunt asociate cu dezvoltarea timpurie în primii ani de viață ai copilului. Acest obiectiv a fost abordat atât printr-o sinteză meta-analitică, cât și prin studii empirice longitudinale, extinzând analiza și către contexte socioculturale care rămân mai puțin reprezentate în literatura de specialitate. La nivelul celor patru studii, rezultatele sugerează că simptomele depresive maternelle sunt relevante nu doar pentru un singur rezultat sau un singur moment în timp, ci pentru mai multe domenii importante ale dezvoltării timpurii a copilului. În același timp, teza arată că această relevanță este influențată nu doar de severitatea inițială a simptomelor, ci și de modul în care acestea evoluează pe parcursul primilor ani de viață ai copilului.

Rezultatele indică faptul că aceste asocieri nu sunt uniforme. La nivel relațional, simptomele depresive maternelle au fost asociate mai constant cu reprezentări ale copilului și ale relației marcate de mai multă tensiune sau dificultate decât cu niveluri mai scăzute ale apropierei afective. În domeniul dezvoltării socio-emoționale, tiparul asocierilor a fost mai clar pentru dificultățile socio-emoționale și comportamentale decât pentru competențele pozitive, care au părut mai strâns legate de resursele contextuale. Rezultatele privind îngrijirea maternă sugerează, de asemenea, că simptomele depresive maternelle pot deveni relevante prin procese

care nu sunt identice în contexte diferite. Luate împreună, aceste diferențe susțin o înțelegere mai nuanțată a momentului și modului în care simptomele depresive materne devin relevante pentru dezvoltarea timpurie, precum și a domeniilor în care sprijinul poate avea cea mai mare importanță.

În cele din urmă, diferențele observate între țările cu venituri mici și medii incluse în teză subliniază importanța înțelegerii sănătății mintale materne în contexte socioculturale diferite. Deși direcția generală a asocierilor a fost adesea similară, procesele prin care simptomele depresive materne au devenit relevante nu au fost identice în toate contextele. Acest lucru sugerează că sănătatea mintală maternă în primii ani ai maternității nu ar trebui înțeleasă ca un risc uniform pentru dezvoltare, deoarece modul în care aceasta devine relevantă diferă între contexte. Deși sunt necesare cercetări suplimentare pentru clarificarea mecanismelor implicate, teza de față sugerează că depresia maternă perinatală poate deveni relevantă pentru dezvoltarea timpurie în moduri diferite în funcție de domeniu și context, oferind în același timp o bază utilă pentru cercetări viitoare și pentru dezvoltarea unor forme mai bine informate de sprijin pentru mame și copii încă din primii ani de viață.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Aguayo, V. M., & Britto, P. R. (2024). The first and next 1000 days: A continuum for child development in early life. *The Lancet*, 404(10467), 2028–2030. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02439-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02439-5)
- Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(11), 1581–1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Aldrich, N. J., Chen, J., & Alfieri, L. (2021). Evaluating associations between parental mind-mindedness and children's developmental capacities through meta-analysis. *Developmental Review*, 60, 100946. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100946>
- Anderson, V., Darling, S., Hearps, S., Darby, D., Dooley, J., McDonald, S., Turkstra, L., Brown, A., Greenham, M., Crossley, L., Charalambous, G., & Beauchamp, M. H. (2023). Deep phenotyping of socio-emotional skills in children with typical development, neurodevelopmental disorders, and mental health conditions: Evidence from the PEERS. *PloS One*, 18(10), e0291929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291929>
- Arguz Cildir, D., Ozbek, A., Topuzoglu, A., Orcin, E., & Janbakhishov, C. E. (2020). Association of prenatal attachment and early childhood emotional, behavioral, and developmental characteristics: A longitudinal study. *Infant mental health journal*, 41(4), 517–529. <https://doi.org/10.1002/imhj.21822>
- Arnett, J. J. (2016). The neglected 95%: Why American psychology needs to become less American. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (4th ed., pp. 115–132). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-008>
- Bar, S., Milanaik, R., & Adesman, A. (2016). Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding. *Current opinion in pediatrics*, 28(4), 559–566. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000389>
- Bates, R. A., Salsberry, P. J., Justice, L. M., Dynia, J. M., Logan, J. A. R., Gugiu, M. R., & Purtell, K. M. (2020). Relations of Maternal Depression and Parenting Self-Efficacy to the Self-Regulation of Infants in Low-Income Homes. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2330–2341. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01763-9>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Begg, C. B., & Mazumdar, M. (1994). Operating Characteristics of a Rank Correlation Test for Publication Bias. *Biometrics*, 50(4), 1088–1101. <https://doi.org/10.2307/2533446>
- Beijers, R., Buitelaar, J. K., & de Weerth, C. (2014). Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: Beyond the HPA axis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 943–956. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0566-3>
- Bhopal, S. S., Roy, R., Verma, D., Kumar, D., Khan, B., Soremekun, S., Oates, J., Divan, G., & Kirkwood, B. R. (2022). Using the Mothers Object Relations Scale for early childhood development research in rural India: Findings from the Early Life Stress Sub-study of the SPRING Cluster Randomised Controlled Trial (SPRING-ELS). *Wellcome Open Research*, 6, 54. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16591.2>
- Bianciardi, E., Ongaretto, F., De Stefano, A., Siracusano, A., & Niolu, C. (2023). The Mother-Baby Bond: Role of Past and Current Relationships. *Children*, 10(3), 421. <https://doi.org/10.3390/children10030421>
- Bind, R. H., Sawyer, K., & Pariante, C. (2022). Depression in Pregnancy: Biological, Clinical, and Psychosocial Effects. In M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariante

- (Eds.), *Key Topics in Perinatal Mental Health* (pp. 3–21). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3_1
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2021). *Introduction to Meta-Analysis*. John Wiley & Sons.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A HISTORY OF THE THEORY OF PRENATAL ATTACHMENT. *Journal of prenatal & perinatal psychology & health*, 23(4), 201–222.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 102–127). The Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (1st ed.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Burger, M., Hoosain, M., Einspieler, C., Unger, M., & Niehaus, D. (2020). Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment—Evidence from low and middle-income countries. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 268, 158–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.023>
- Butler, M. S., Young, S. L., & Tuthill, E. L. (2021). Perinatal depressive symptoms and breastfeeding behaviors: A systematic literature review and biosocial research agenda. *Journal of Affective Disorders*, 283, 441–471. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.080>
- Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2025). *Perinatal Depression*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
- Cerniglia, L., Dentale, F., Tambelli, R., Murray, L., Cooper, P., & Cimino, S. (2020). The stable component of maternal depressive symptoms predicts offspring emotional and behavioral symptoms: A 9-years longitudinal study. *BMC Psychology*, 8(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00496-0>
- Cervellione, B., Lombardo, E. M. C., Geraci, S., & Iacolino, C. (2025). Prenatal bonding and early emotion regulation in infancy and toddlerhood (0–36 months): A systematic review of developmental associations, psychological mediators, and contextual moderators. *Frontiers in Psychology*, 16, 1700636. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1700636>
- Chaudron L. H. (2013). Complex challenges in treating depression during pregnancy. *The American journal of psychiatry*, 170(1), 12–20. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040440>
- Chorbadjian, T. N., Deavenport-Saman, A., Higgins, C., Chao, S. M., Yang, J. H., Koolwijk, I., & Vanderbilt, D. L. (2020). Maternal Depressive Symptoms and Developmental Delay at Age 2: A Diverse Population-Based Longitudinal Study. *Maternal and Child Health Journal*, 24(10), 1267–1277. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02990-8>

- Chung, E. K., McCollum, K. F., Elo, I. T., Lee, H. J., & Culhane, J. F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, 113(6), e523–e529. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e523>
- Collins, P. Y., Sinha, M., Concepcion, T., Patton, G., Way, T., McCay, L., Mensa-Kwao, A., Herrman, H., De Leeuw, E., Anand, N., Atwoli, L., Bardikoff, N., Booyesen, C., Bustamante, I., Chen, Y., Davis, K., Dua, T., Foote, N., Hughsam, M., ... Zeitz, L. (2024). Making cities mental health friendly for adolescents and young adults. *Nature*, 627(8002), 137–148. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-07005-4>
- Corapci, F., Yıldız-Akay, D., Değirmencioğlu, K., & Susa-Erdogan, G. (2024). The role of prenatal depression and infant negative emotionality on maternal mind-mindedness. *Applied Developmental Science*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/10888691.2024.2421190>
- Costin, M. R., Tăut, D., Băban, A. S., & Pinte, S. (2026). Maternal Depression and Children's Socio-Emotional Development in the First Two Years of Life: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 26(1), 39–68. <https://doi.org/10.24193/jebp.2026.1.3>
- Costin, M. R., Taut, D., Baban, A., Ionescu, T., Murray, A., Lindsay, C., Secara, E., Abbasi, F., Sarfo Acheampong, I., Katus, L., Luong Thanh Bao, Y., Hernandez, S. C. L. S., Randeny, S., Du Toit, S., Valdebenito, S., & Eisner, M. P. (2024). The Role of Maternal Depression Symptoms and Maternal Attachment in Predicting Exclusive Breastfeeding: A Multisite Prospective Study. *Journal of Women's Health*, 33(2), 187–197. <https://doi.org/10.1089/jwh.2023.0076>
- Cui, J., Mistur, E. J., Wei, C., Lansford, J. E., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2018). Multilevel factors affecting early socioemotional development in humans. *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 72(10), 172. <https://doi.org/10.1007/s00265-018-2580-9>
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 768–778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.001>
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC public health*, 20(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
- Daelmans, B., Manji, S. A., & Raina, N. (2021). Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance. *Indian Pediatrics*, 58(Suppl 1), S11–S15.
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154–159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625–1639. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2010). Maternal and child characteristics as antecedents of maternal mind-mindedness. *Infant mental health journal*, 31(1), 94–112. <https://doi.org/10.1002/imhj.20244>
- Denham, S. A., & Zinsler, K. M. (2014). Social and Emotional Learning During Early Childhood. In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion* (pp. 926–935). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5999-6_144
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96(4), 590–594. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x>

- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- Dollberg, D., Feldman, R., & Keren, M. (2010). Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(1), 25–36. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0036-5>
- Duthie, L., & Reynolds, R. M. (2013). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: Influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology*, 98(2), 106–115. <https://doi.org/10.1159/000354702>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426–433. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>
- Estes, M. L., & McAllister, A. K. (2016). Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. *Science*, 353(6301), 772–777. <https://doi.org/10.1126/science.aag3194>
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L., & Stein, A. (2012). The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 632–640. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02513.x>
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927–936. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001530>
- Firk, C. (2025). Maternal Depression, Parental Reflective Functioning, and Emotional Responses to Infant Crying: A Cross-Sectional Study. *Mental Health Science*, 3(2), e70017. <https://doi.org/10.1002/mhs2.70017>
- Foley, S., & Hughes, C. (2018). Great expectations? Do mothers' and fathers' prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review*, 48, 40–54. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.007>
- Frosch, C. A., Fagan, M. A., Lopez, M. A., Middlemiss, W., Chang, M., Hane, A. A., & Welch, M. G. (2019). Validation study showed that ratings on the Welch Emotional Connection Screen at infant age six months are associated with child behavioural problems at age three years. *Acta Paediatrica*, 108(5), 889–895. <https://doi.org/10.1111/apa.14731>
- Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J., & O'Banion, D. D. (2021). Parenting and Child Development: A Relational Health Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(1), 45–59. <https://doi.org/10.1177/1559827619849028>
- Frost, A., Scherer, E., Chung, E. O., Gallis, J. A., Sanborn, K., Zhou, Y., Hagaman, A., LeMasters, K., Sikander, S., Turner, E., & Maselko, J. (2025). Longitudinal pathways between maternal depression, parenting behaviors, and early childhood development: A mediation analysis. *International Journal of Behavioral Development*, 49(3), 263–276. <https://doi.org/10.1177/01650254251327372>
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Georg, A. K., Meyerhöfer, S., Taubner, S., & Volkert, J. (2023). Is parental depression related to parental mentalizing? A systematic review and three-level meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 104, 102322. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102322>
- Ghimire, U., Papabathini, S. S., Kawuki, J., Obore, N., & Musa, T. H. (2021). Depression during pregnancy and the risk of low birth weight, preterm birth and intrauterine growth

- restriction- an updated meta-analysis. *Early Human Development*, 152, 105243. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105243>
- Gilmore, J. H., Knickmeyer, R. C., & Gao, W. (2018). Imaging structural and functional brain development in early childhood. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(3), 123–137. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.1>
- Goeglein, S. K., & Yatchmink, Y. E. (2020). Maternal Depression Is a Public Health Crisis: The Time to Act Is Now. *Pediatrics*, 146(3), e2020010413. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010413>
- Goffin, K. C., Boldt, L. J., & Kochanska, G. (2018). A secure base from which to cooperate: Security, child and parent willing stance, and adaptive and maladaptive outcomes in two longitudinal studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(5), 1061–1075. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0352-z>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Goodman, S. H., Simon, H. F. M., Shamblaw, A. L., & Kim, C. Y. (2020). Parenting as a Mediator of Associations between Depression in Mothers and Children’s Functioning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 427–460. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00322-4>
- Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 137–162. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.022>
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Guyon-Harris, K., Huth-Bocks, A., Lauterbach, D., & Janisse, H. (2016). Trajectories of maternal depressive symptoms across the birth of a child: Associations with toddler emotional development. *Archives of Women’s Mental Health*, 19(1), 153–165. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0546-8>
- Gyimah, L., Agyepong, I. A., Owiredu, D., Awini, E., Yevo, L. L., Ashinyo, M. E., Aye, S. G. E. V., Abbas, S., Cronin De Chavez, A., Mirzoev, T., & Danso-Appiah, A. (2024). Tools for screening maternal mental health conditions in primary care settings in sub-Saharan Africa: Systematic review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1321689. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1321689>
- Haga, S. M., Lisøy, C., Drozd, F., Valla, L., & Slinning, K. (2018). A population-based study of the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2), 235–242. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0792-z>
- Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 411–422. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0348-9>
- Halle, T. G., & Darling-Churchill, K. E. (2016). Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 45, 8–18. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.003>
- Hatakeyama, T., Matsumura, K., Tsuchida, A., & Inadera, H. (2024). Inverse Association Between Mothers’ Cognitive Social Capital During Pregnancy and Postpartum Depression: The Japan Environment and Children’s Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 20, 1279–1292. <https://doi.org/10.2147/NDT.S456295>

- Hay, G., & Bærug, A. B. (2019). The benefits of exclusive breastfeeding up to six months. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0105>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2–3), 61–83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- Honda, T., Tran, T., Popplestone, S., Draper, C. E., Yousafzai, A. K., Romero, L., & Fisher, J. (2023). Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analyses. *SSM - Mental Health*, 3, 100197. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100197>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications* (pp. 76–99). Sage Publications, Inc.
- Hughes, C., Aldercotte, A., & Foley, S. (2017). Maternal Mind-Mindedness Provides a Buffer for Pre-Adolescents at Risk for Disruptive Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 225–235. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0165-5>
- Hughes, C., Devine, R. T., & Wang, Z. (2018). Does Parental Mind-Mindedness Account for Cross-Cultural Differences in Preschoolers' Theory of Mind? *Child Development*, 89(4), 1296–1310. <https://doi.org/10.1111/cdev.12746>
- Humphreys, K. L., Garon-Bissonnette, J., Hill, K. E., Bailes, L. G., Barnett, W., & Hare, M. M. (2024). Caregiving relationships are a cornerstone of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 36(5), 2218–2231. <https://doi.org/10.1017/S0954579424000300>
- Illingworth, G., MacLean, M., & Wiggs, L. (2016). Maternal mind-mindedness: stability over time and consistency across relationships. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(4), 488–503. <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1115342>
- Ilyka, D., Johnson, M. H., & Lloyd-Fox, S. (2021). Infant social interactions and brain development: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130, 448–469. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.001>
- Indrio, F., Pietrobelli, A., Dargenio, V. N., Marchese, F., Grillo, A., Vural, M., Giardino, I., & Pettoello-Mantovani, M. (2023). The key 1000 life-changing days. *Global Pediatrics*, 4, 100049. <https://doi.org/10.1016/j.gped.2023.100049>
- Ishii, R., & Obara, T. (2022). Relationship between Emotional Intelligence, Maternal Accuracy in the Perception of Infant Emotions, and Parenting Difficulties. *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 8(1). <https://doi.org/10.22492/ijpbs.8.1.02>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., & Turner, L. V. (2022). Associations of Parental Depression with Children's Internalizing and Externalizing Problems: Meta-Analyses of Cross-Sectional and Longitudinal Effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 827–849. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2127104>
- Jeong, J., Bliznashka, L., Sullivan, E., Hentschel, E., Jeon, Y., Strong, K. L., & Daelmans, B. (2022). Measurement tools and indicators for assessing nurturing care for early childhood development: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 2(4), e0000373. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000373>
- Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2283–2290. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302630>
- Kamal, D., & Kalita, K. (2010). Developmental Profile of Infants Born to Mothers with Postpartum Depression and Anxiety: A Comparative Study. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 6(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/0973134220100102>

- Kehler, H. L., Chaput, K. H., & Tough, S. C. (2009). Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 100(5), 376–380. <https://doi.org/10.1007/BF03405274>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kilanowski, J. F. (2017). Breadth of the socio-ecological model. *Journal of Agromedicine*, 1059924X.2017.1358971. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2017.1358971>
- Kim, C. Y., Smith, N. P., & Teti, D. M. (2024). Associations Between Breastfeeding, Maternal Emotional Availability, and Infant–Mother Attachment: The Role of Coparenting. *Journal of Human Lactation*, 40(3), 455–463. <https://doi.org/10.1177/08903344241247207>
- Kim, S., Park, M., & Ahn, S. (2022). The impact of antepartum depression and postpartum depression on exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 866–880. <https://doi.org/10.1177/10547738211053507>
- Kochanska, G., & An, D. (2024). The parent's and the child's internal working models of each other moderate cascades from child difficulty to socialization outcomes: Preliminary evidence for dual moderation?. *Development and psychopathology*, 36(2), 504–517. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001365>
- Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 330–336. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.010>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kumsta, R. (2023). The role of stress in the biological embedding of experience. *Psychoneuroendocrinology*, 156, 106364. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106364>
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2010). Early Manifestations of Children's Theory of Mind: The Roles of Maternal Mind-Mindedness and Infant Security of Attachment. *Infancy*, 15(3), 300–323. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7078.2009.00014.x>
- Leisman, G., Alfasi, R., & D'Angiulli, A. (2025). Emotional Brain Development: Neurobiological Indicators from Fetus Through Toddlerhood. *Brain Sciences*, 15(8), 846. <https://doi.org/10.3390/brainsci15080846>
- Letourneau, N., Leung, B., Ntanda, H., Dewey, D., Deane, A. J., Giesbrecht, G. F. & The APrON Team (2019). Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatrics*, 19, 435. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1775-1>
- Letourneau, N., Salmani, M., & Duffett-Leger, L. (2010). Maternal Depressive Symptoms and Parenting of Children From Birth to 12 Years. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 662–685. <https://doi.org/10.1177/0193945909359409>
- Li, J., Ma, H., Yang, H., Yu, H., & Zhang, N. (2023). Cognitive bias modification for adult's depression: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.968638>
- Likhar, A., Baghel, P., & Patil, M. (2022). Early Childhood Development and Social Determinants. *Cureus*, 14(9), e29500. <https://doi.org/10.7759/cureus.29500>

- Lowthian, E., Bedston, S., Kristensen, S. M., Akbari, A., Fry, R., Huxley, K., Johnson, R., Kim, H. S., Owen, R. K., Taylor, C., & Griffiths, L. (2023). Maternal Mental Health and Children's Problem Behaviours: A Bi-directional Relationship? *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(11), 1611–1626. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01086-5>
- Madigan, S., Deneault, A.-A., Duschinsky, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., Ly, A., Fearon, R. M. P., Eirich, R., & Verhage, M. L. (2024). Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 150(7), 839–872. <https://doi.org/10.1037/bul0000433>
- Madigan, S., Prime, H., Graham, S. A., Rodrigues, M., Anderson, N., Khoury, J., & Jenkins, J. M. (2019). Parenting Behavior and Child Language: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 144(4), e20183556. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3556>
- Malik, F., & Marwaha, R. (2022). Developmental Stages of Social Emotional Development in Children. In StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534819/>
- Marco, M., Gracia, E., Tomás, J. M., & López-Quílez, A. (2015). Assessing neighborhood disorder: Validation of a three-factor observational scale. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7(2), 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2015.05.001>
- Maselko, J., Sikander, S., Turner, E. L., Bates, L. M., Ahmad, I., Atif, N., Baranov, V., Bhalotra, S., Bibi, A., Bibi, T., Bilal, S., Biroli, P., Chung, E., Gallis, J. A., Hagaman, A., Jamil, A., LeMasters, K., O'Donnell, K., Scherer, E., ... Rahman, A. (2020). Effectiveness of a peer-delivered, psychosocial intervention on maternal depression and child development at 3 years postnatal: A cluster randomised trial in Pakistan. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 775–787. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30258-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30258-3)
- McAndrew, A. J. (2019). Maternal perinatal depression: Emotional development in offspring from infancy to adolescence. *Early Child Development and Care*, 189(1), 168–177. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1292398>
- McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2019). Developing together: The role of executive function and motor skills in children's early academic lives. *Early Childhood Research Quarterly*, 46, 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.03.014>
- McLean, M. A., Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2024). Infant Development: The First 3 Years of Life. In A. Tasman, M. B. Riba, R. D. Alarcón, C. A. Alfonso, S. Kanba, D. Lecic-Tosevski, D. M. Ndeti, C. H. Ng, & T. G. Schulze (Eds.), *Tasman's Psychiatry* (pp. 215–247). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51366-5_97
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, 46, 54–80. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.07.001>
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS ONE* 14(7): e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment & Human Development*, 15(5–6), 524–544. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.830388>
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2015). *Mind-mindedness coding manual, Version 2.2*. Durham University.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). *Pathways to Understanding Mind: Construct Validity and*

- Predictive Validity of Maternal Mind-Mindedness. *Child Development*.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00601>
- Mercan, Y., & Selcuk, K. T. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One*, 16(4), e0249538.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249538>
- Misgana, T., Gebremichael, B., Tesfaye, D., Tamiru, D., Alemu, D., Weldesenbet, A. B., Tariku, M., & Dheresa, M. (2024). The Impact of Maternal Common Mental Disorders on Exclusive Breastfeeding in Eastern Ethiopia: A Prospective Cohort Study. *Nutrition and Dietary Supplements*, Volume 16, 15–26. <https://doi.org/10.2147/nds.s449436>
- Modak, A., Ronghe, V., & Gomase, K. P. (2023). The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus*.
<https://doi.org/10.7759/cureus.46730>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 2693–2698.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Mora, P. A., Bennett, I. M., Elo, I. T., Mathew, L., Coyne, J. C., & Culhane, J. F. (2009). Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: evidence from growth mixture modeling. *American Journal of Epidemiology*, 169(1), 24–32.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwn283>
- Morales, M. F., Girard, L.-C., Raouna, A., & MacBeth, A. (2023). The association of different presentations of maternal depression with children’s socio-emotional development: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(2), e0001649.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001649>
- Morgan, J. E., Channon, S., Penny, H., & Waters, C. S. (2021). Longitudinal studies examining the impact of prenatal and subsequent episodes of maternal depression on offspring antisocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 5–40.
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01447-w>
- Mujahid, M. S., Diez Roux, A. V., Morenoff, J. D., & Raghunathan, T. (2007). Assessing the Measurement Properties of Neighborhood Scales: From Psychometrics to Econometrics. *American Journal of Epidemiology*, 165(8), 858–867.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwm040>
- Muller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215.
<https://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Murray, A. L., Hemady, C. L., Do, H., Dunne, M., Foley, S., Osafo, J., Sikander, S., Madrid, B., Baban, A., Taut, D., Ward, C. L., Fernando, A., Thang, V. V., Eisner, M., Hughes, C., Fearon, P., Valdebenito, S., Tomlinson, M., Pathmeswaran, A., & Walker, S. (2022). Measuring antenatal depressive symptoms across the world: A validation and cross-country invariance analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in eight diverse low-resource settings. *Psychological Assessment*, 34(11), 993–1007.
<https://doi.org/10.1037/pas0001154>
- Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: Implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 239–247.
- Neupane, S., Vuong, A. M., Haboush-Deloye, A., Mancha, K., & Buccini, G. (2025). Association between postpartum anxiety and depression and exclusive and continued breastfeeding practices: A cross-sectional study in Nevada, USA. *International Breastfeeding Journal*, 20(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13006-025-00734-4>

- Nix, L., Nixon, E., Quigley, J., & O’Keane, V. (2021). Perinatal depression and children’s developmental outcomes at 2 years postpartum. *Early Human Development*, 156, 105346. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105346>
- Nurturing Care for Early Childhood Development. (2018). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, and World Bank Group. <https://iris.who.int/handle/10665/272603>
- Oates, J., Gervai, J., Danis, I., Lakatos, K., & Davies, J. (2018). Validation of the Mothers’ Object Relations Scales Short-form (MORS-SF). *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 33(1), Article 1.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
- Paley, B., & Hajal, N. J. (2022). Conceptualizing Emotion Regulation and Coregulation as Family-Level Phenomena. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(1), 19–43. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00378-4>
- Pallant, J. F., Haines, H. M., Hildingsson, I., Cross, M., & Rubertsson, C. (2014). Psychometric evaluation and refinement of the Prenatal Attachment Inventory. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 112–125. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.871627>
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, 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. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>
- Phua, D. Y., Chew, C. S. M., Tan, Y. L., Ng, B. J. K., Lee, F. K. L., & Tham, M. M. Y. (2023). Differential effects of prenatal psychological distress and positive mental health on offspring socioemotional development from infancy to adolescence: A meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1221232. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1221232>
- Pokharel, A., Philip, S., Khound, M., El Hayek, S., De Filippis, R., Ransing, R., Heidari Mokarar, M., Orooji, M., & Shalbafan, M. (2023). Mental illness stigma among perinatal women in low- and middle-income countries: Early career psychiatrists’ perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1283715. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1283715>
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12(3), 427–441. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003096>
- Raghavan, A., Satyanarayana, V. A., Fisher, J., Ganjekar, S., Shrivastav, M., Anand, S., Sethi, V., & Chandra, P. S. (2022). Gender Transformative Interventions for Perinatal Mental Health in Low and Middle Income Countries—A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12357. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912357>
- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 365–385. <https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Roddy Mitchell, A., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S. E., Middleton, A., Cluver, C. A., Tong, S., & Hastie, R. (2023). Prevalence of Perinatal Depression in

- Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Psychiatry*, 80(5), 425–431. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>
- Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F. & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Romano, E., Babchishin, L., Pagani, L. S., & Kohen, D. (2010). School readiness and later achievement: Replication and extension using a nationwide Canadian survey. *Developmental Psychology*, 46(5), 995–1007. <https://doi.org/10.1037/a0018880>
- Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86(3), 638–641. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.638>
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 99–166). John Wiley & Sons, Inc..
- Sallis, J. F., & Owen, N. (2015). Ecological models of health behavior. In *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5th ed (pp. 43–64). Jossey-Bass/Wiley.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., & Earls, F. (1999). Beyond Social Capital: Spatial Dynamics of Collective Efficacy for Children. *American Sociological Review*, 64(5), 633. <https://doi.org/10.2307/2657367>
- Scharfe, E. (2012). Maternal Attachment Representations and Initiation and Duration of Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 218–225. <https://doi.org/10.1177/0890334411429111>
- Section on Breastfeeding. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496–506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>
- Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., & Thornicroft, G. (2015). Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 382–394. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000359>
- Sha, T., Gao, X., Chen, C., Li, L., Cheng, G., Wu, X., Tian, Q., Yang, F., He, Q., & Yan, Y. (2019). A prospective study of maternal postnatal depressive symptoms with infant-feeding practices in a Chinese birth cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2559-1>
- Simkiss, D., Maccallum, F., Fan, E. E. Y., Oates, J. M., & Kimani, P., K. & Stewart-Brown, S. (2013). Validation of the Mothers Object Relations scales in 2-4 year old children and comparison with the Child-Parent Relationship Scale. *Health and quality of life outcomes*. 11. 49. [10.1186/1477-7525-11-49](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-49).
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Sokolowski, M. S., Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Cox, S. M. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 344–365. <https://doi.org/10.1002/imhj.20140>
- Speidel, R., Wong, T. K. Y., Al-Janaideh, R., Colasante, T., & Malti, T. (2023). Nurturing child social-emotional development: Evaluation of a pre-post and 2-month follow-up uncontrolled pilot training for caregivers and educators. *Pilot and Feasibility Studies*, 9(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01357-4>

- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Cumberland, A., Fabes, R. A., Valiente, C., Shepard, S. A., Reiser, M., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2006). Relation of emotion-related regulation to children's social competence: A longitudinal study. *Emotion*, 6(3), 498–510. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.498>
- Suarez, A., Shraibman, L., & Yakupova, V. (2023). Long-Term Effects of Maternal Depression during Postpartum and Early Parenthood Period on Child Socioemotional Development. *Children*, 10(10), Article 10. <https://doi.org/10.3390/children10101718>
- Subiza-Pérez, M., García-Baquero, G., Babarro, I., Anabitarte, A., Delclòs-Alió, X., Vich, G., Roig-Costa, O., Miralles-Guasch, C., Lertxundi, N., & Ibarluzea, J. (2021). Does the perceived neighborhood environment promote mental health during pregnancy? Confirmation of a pathway through social cohesion in two Spanish samples. *Environmental Research*, 197, 111192. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111192>
- Takács, L., Kandrnal, V., Kaňková, Š., Bartoš, F., & Mudrák, J. (2020). The effects of pre- and post-partum depression on child behavior and psychological development from birth to pre-school age: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1267-2>
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Infant and Early Childhood Mental Health, 18(3), 593–610. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.004>
- Tariqujjaman, M., Hasan, M. M., Mahfuz, M., Ahmed, T., & Hossain, M. (2022). Between and Within-Country Variations in Infant and Young Child Feeding Practices in South Asia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4350. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074350>
- Tăut, D. (2017). Breastfeeding (un)covered: Narratives of public breastfeeding on Romanian discussion forums. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 815–826. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9687-7>
- Thümmel, R., Engel, E.-M., & Bartz, J. (2022). Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood—As a Key Task in Early Childhood Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3978. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073978>
- Tomori, C. (2022). Overcoming barriers to breastfeeding. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 83, 60–71. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.01.010>
- Tremblay, R. E., Loeber, R., Gagnon, C., Charlebois, P., Larivée, S., & LeBlanc, M. (1991). Social Behavior Questionnaire (SBQ). [Database record]. APA PsychTests.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-50. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.e43>
- Trillingsgaard, T., & Sommer, D. (2018). Associations between older maternal age, use of sanctions, and children's socio-emotional development through 7, 11, and 15 years. *European Journal of Developmental Psychology*, 15(2), 141–155. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1266248>
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., Della Vedova, A. M., & Rollè, L. (2021). Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12, 620942. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.620942>
- Unicef/WHO. (2009). Questionnaire for Breastfeeding Mother. BFHI Section 4: Hospital Self-Appraisal and Monitoring, 64–66. Available from: <https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/HealthCareSystem/Mother%26ChildHealth/Baby%20Friendly%20Hospital%20Initiative/WHO-Hospitalself-appraisal-tool-eng.pdf> [Last accessed: February 11, 2023].

- Urizar, G. G., & Muñoz, R. F. (2022). Role of Maternal Depression on Child Development: A Prospective Analysis from Pregnancy to Early Childhood. *Child Psychiatry and Human Development*, 53(3), 502–514. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01138-1>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., Rollins, N. C., & Lancet Breastfeeding Series Group (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wells, G. A., Shea, B., O’Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2013). The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Retrieved from: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- World Health Organization. (2014). Process of translation and adaptation of instruments. World Health Organization.
- Xia, M., Luo, J., Wang, J., & Liang, Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 512–519. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.091>
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708–715. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>
- Yu, M., Li, H., Xu, D. R., Wu, Y., Liu, H., & Gong, W. (2020). Trajectories of perinatal depressive symptoms from early pregnancy to six weeks postpartum and their risk factors-a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.005>
- Zeegers, M. A. J., Colonesi, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272. <https://doi.org/10.1037/bul0000114>
- Zhang, Y., Shi, J., Wei, H., Han, V., Zhu, W.-Z., & Liu, C. (2019). Neonate and Infant brain development from birth to 2 years assessed using MRI-based quantitative susceptibility mapping. *NeuroImage*, 185, 349–360. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.10.031>
- Zhou, C., Zheng, W., Yuan, Q., Zhang, B., Chen, H., Wang, W., Huang, L., Xu, L., & Yang, L. (2018). Associations between social capital and maternal depression: Results from a follow-up study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1673-9>
- Zou, S., Zou, X., Zhang, R., Xue, K., Xiao, A. Y., Zhou, M., Fu, Z., & Zhou, H. (2024). Maternal depression and early childhood development among children aged 24–59 months: The mediating effect of responsive caregiving. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00515-z>