



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

**Le caratteristiche del funzionamento affettivo di madri con
disturbi psicosomatici:
Una revisione sistematica della letteratura**

**Emotional functioning's characteristics of mothers with somatic symptom
disorder: a systematic review of the literature**

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Correlatrice

Dott.ssa Bianca Filippi

Laureanda: Carolina Burtini

Matricola: 2023851

Anno accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LA FUNZIONE GENITORIALE	
1.1. Definizione di funzione genitoriale	4
1.2. Definizione di intersoggettività.....	14
1.3. Funzione genitoriale a rischio.....	18
CAPITOLO 2: I DISTURBI PSICOSOMATICI	
2.1 Definizione e inquadramento: dai disturbi Somatoformi del DSM-IV al disturbo da Sintomi Somatici del DSM-5.....	25
2.2 Criteri diagnostici del disturbo da sintomi somatici secondo il DSM-5.....	29
2.3 Disturbi psicosomatici e funzionamento affettivo.....	35
2.4 I disturbi psicosomatici materni.....	40
CAPITOLO 3: METODO	
3.1 Obiettivi.....	46
3.2 Metodo.....	46
3.2.1 Strategie di ricerca.....	47
3.2.2 Criteri di eleggibilità.....	47
3.2.3 Processo di selezione.....	48
3.2.4 Processo di raccolta dati.....	50

CAPITOLO 4: RISULTATI

4.1 Caratteristiche degli studi selezionati.....	41
4.2 Caratteristiche degli studi esclusi.....	55

CAPITOLO 5: INTERAZIONI MAMMA-BAMBINO NEL CONTESTO DEI DISTURBI PSICOSOMATICI MATERNI

5.1 Introduzione.....	58
5.2 Metodo e strategie di ricerca.....	61
5.3 Risultati: come la presenza di un profilo psicosomatico materno influenza i comportamenti di cura osservati durante interazioni madre-bambino.....	63
5.4 Conclusione.....	68

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE

6.1 Il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici.....	70
6.2 Evidenze.....	71
6.3 Perché è importante studiare il funzionamento affettivo di madri con disturbi Psicosomatici.....	77

CONCLUSIONI.....	82
-------------------------	-----------

Limiti e prospettive future.....	83
---	-----------

BIBLIOGRAFIA	85
---------------------------	-----------

INTRODUZIONE

La funzione genitoriale è una funzione complessa, autonoma rispetto ad altri domini di funzionamento individuale e affettivo-relazionale (Cramer & Palacio Espasa, 1994), parzialmente indipendente dal legame biologico, processuale e intersoggettiva (Fava Vizziello, 2003). Secondo la prospettiva psicodinamica la funzione genitoriale può essere descritta come la risultante di molteplici funzioni dell'adulto, quali: funzione protettiva, funzione affettiva, funzione regolativa, funzione rappresentativa, funzione fantasmatica e funzione mentalizzante (Tambelli, 2017; Bastianoni & Taurino, 2007). Alcune forme di psicopatologia materna possono rappresentare una condizione in cui la funzione genitoriale è a rischio, ovvero in cui la funzione di cura presenta delle caratteristiche di difficoltà o inadeguatezza che possono avere ricadute negative sullo sviluppo del bambino (Belsky, 1984). Molte forme di psicopatologia materna sono state studiate, ad esempio la depressione (Lyons-Ruth et al., 1999) e il disturbo da uso di sostanze (Rutherford, 2011), ma pochi studi hanno avuto come oggetto i disturbi psicosomatici materni. Ricerche condotte con adulti con sintomi psicosomatici hanno evidenziato come il loro profilo affettivo sia caratterizzato da alessitimia (Martinez et al., 2015) e nevroticismo (De Gucht, 2003), scarsa mentalizzante e riflessività (Stonnington et al., 2013; Subic-Wrana et al., 2010) e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999). Considerando che le aree di funzionamento compromesse coinvolgono competenze fondamentali per la funzione di cura è stato ipotizzato che madri con disturbo psicosomatico presentino un profilo di funzionamento affettivo caratteristico che può interferire con l'espressione della funzione di cura e la relazione precoce madre-bambino. Questo lavoro di tesi si propone di indagare, attraverso una revisione sistematica della

letteratura, le caratteristiche del funzionamento affettivo di madri con Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati (SSD; American Psychological Association [APA], 2013). Nel primo capitolo viene definita e descritta la funzione genitoriale e viene introdotto il concetto di genitorialità a rischio. Nel secondo capitolo viene definito invece il SSD con riferimento alla quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (American Psychological Association [APA], 2013) e sottolineando i cambiamenti introdotti rispetto alle precedenti edizioni; viene poi introdotto il funzionamento affettivo associato a tale disturbo, a partire dal quale sono state formulate delle ipotesi circa il profilo affettivo di madri con disturbi psicosomatici. Il terzo capitolo è dedicato al metodo della revisione sistematica della letteratura, realizzata aderendo alle linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Nello specifico vengono illustrati: il metodo di raccolta dei dati, i criteri di inclusione e di esclusione, la strategia di ricerca, i criteri di eleggibilità e il processo di selezione degli studi e di raccolta dei dati. Nel quarto capitolo vengono esposti i risultati della revisione sistematica, per la quale solamente due articoli sono stati inclusi in linea ai criteri di inclusione. La revisione ha messo in luce la presenza di un profilo affettivo nelle madri con disturbi psicosomatici caratterizzato principalmente da sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva (Dennis et al., 2019; Stone et al., 2019). La revisione sistematica ha evidenziato la carenza di letteratura e di dati che definiscono il funzionamento affettivo di madri con sintomi somatici. Data l'importanza di questo aspetto del funzionamento individuale per la relazione mamma-bambino, e più nello specifico per la qualità dei comportamenti di cura, al lavoro di revisione sistematica della letteratura è stata integrata una *narrative review*, il cui intento è stato di approfondire l'effetto dei sintomi somatici materni su una specifica componente

della funzione genitoriale, cioè l'intersoggettività e le interazioni mamma-bambino. Nel quinto capitolo vengono descritti il metodo, le strategie di ricerca e i risultati della *narrative review* appena citata. I dati emersi da questo lavoro di tesi vengono infine discussi nel sesto capitolo in cui vengono portate argomentazioni a sostegno della necessità di implementare nuovi studi volti ad indagare specificatamente le caratteristiche del funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici.

CAPITOLO 1

LA FUNZIONE GENITORIALE

1.1 Definizione di funzione genitoriale

La funzione genitoriale è una funzione complessa che ha a che fare con la capacità di comprendere i bisogni dell'altro, di proteggerlo e di accudirlo riconoscendone la soggettività, in molteplici situazioni che richiedono l'attivazione di competenze di cura a livello fisico e affettivo-relazionale, nonché l'attivazione del proprio mondo rappresentazionale (Fava Vizziello, 2003). Secondo una prospettiva dinamico-evolutiva, le principali caratteristiche della funzione genitoriale sono l'autonomia, la processualità e l'intersoggettività.

Alcuni autori (Cramer & Palacio Espasa, 1994) ritengono che la genitorialità possa essere considerata autonoma rispetto ad altri domini di funzionamento individuale e affettivo-relazionale. Ciò significa che ad esempio, in presenza di psicopatologia genitoriale non necessariamente è compromessa la capacità di prendersi cura dell'altro e, viceversa, questa può essere carente in persone che mantengono una preservata capacità di adattamento nel contesto sociale. Inoltre la capacità di prendersi cura di un altro prescinde, almeno parzialmente, dal legame biologico. La generatività biologica è infatti soltanto una delle possibili espressioni della funzione genitoriale che è intrinsecamente legata alle caratteristiche degli individui e della relazione con essi (Fava Vizziello & Simonelli, 2004). La capacità di offrire protezione e sicurezza a un altro da sé è relata all'esperienza di essere stato figlio e quindi alle cure ricevute dai propri genitori sulla base delle quali ciascuno costruisce delle rappresentazioni di sé in relazione all'altro che

guidano i propri comportamenti di cura, la formulazione di aspettative circa i pensieri e sentimenti che costellano il vissuto interno dell'altro e la maniera con la quale si instaurano relazioni interpersonali (Bowlby, 1969). La modalità con cui vengono messi in atto i comportamenti di cura è influenzata da fattori storici, culturali e dalle specificità individuali; tali fattori influenzano la capacità di una persona di valutare una situazione come pericolosa per l'incolumità di un altro da sé, che può essere un bambino, un malato, un anziano o anche un adulto, e di intervenire offrendo protezione. In relazione a questo aspetto, la genitorialità viene definita anche come una funzione processuale: si tratta infatti di un'abilità che non è data ma emerge e si sviluppa in relazione alla storia, alla recettività e alla sensibilità di ognuno, al tipo di cura a cui si è stati esposti e per questo presenta differenze individuali (Manzano et al., 2001). È processuale anche in quanto le modalità di cura vengono espresse in maniera differente a seconda della specifica relazione che intercorre tra i due soggetti; questo significa ad esempio che uno stesso genitore può riservare cure differenti ai propri figli e queste saranno ancora diverse da quelle che dedicherà al proprio genitore anziano. Inoltre la caratteristica della processualità rimanda al fatto che la funzione genitoriale dovrebbe mutare adattandosi alle tappe evolutive di colui di cui ci si occupa, ad esempio un neonato o un adolescente (Fava Vizziello & Simonelli, 2004). La genitorialità viene anche concepita come una funzione intersoggettiva, che si struttura e funziona in connessione con i sistemi intersoggettivi degli individui in interazione. Le capacità di cura di un genitore sono strettamente associate alle possibilità che il bambino fornisce di costruire un modello interattivo con lui e viceversa; è quindi all'interno di un modello caratterizzato da reciprocità che si struttura la relazione tra i due (Beebe & Lachmann, 2003).

La funzione genitoriale può essere descritta come la risultante di molteplici funzioni dell'adulto che sono individuabili nella capacità dell'individuo di provvedere all'altro, di conoscerne l'aspetto e il funzionamento corporeo e mentale in cambiamento, di esplorarne via via le emozioni, di garantire protezione attraverso la costruzione di pattern interattivo-relazionali legati all'adeguatezza dell'accudimento e centrati sulla risposta al bisogno di protezione fisica e sicurezza, di entrare in risonanza affettiva con l'altro, di dare dei limiti, una struttura di riferimento, un'impalcatura, di prevedere il raggiungimento di tappe evolutive dell'altro e di garantire una funzione transgenerazionale (Bastianoni & Taurino, 2007).

La funzione genitoriale fa quindi riferimento alla funzione protettiva sulla quale si struttura il legame tra caregiver e bambino; l'offerta di protezione è infatti la premessa per la costruzione del legame di attaccamento. L'adulto è predisposto a livello psichico e neurobiologico a prendersi carico di un bambino che rappresenta uno stimolo percepito come gratificante dall'adulto a prescindere dal fatto che sia o meno suo figlio (Pechtel et al., 2013). Il bambino invece nasce dotato di caratteristiche strutturali e funzionali come una peculiare morfologia del viso e una serie di segnali comunicativi, quali vocalizzi, sorrisi e pianto, che hanno molteplici funzioni tra cui incentivare le cure, la prossimità fisica da parte dell'adulto garantendo la sopravvivenza e la tutela dello sviluppo (Caria et al., 2012) e l'attivazione di risposte sensibili e affettivamente sintonizzate negli adulti che se ne prendono cura (Bowlby, 1969).

Una seconda funzione che concerne la funzione genitoriale è quella affettiva, che riguarda la capacità del caregiver di sintonizzarsi e cogliere lo stato emotivo dell'altro. L'adulto non solo è chiamato a cogliere e attribuire un significato ai vissuti emotivi del bambino ma, nell'esercizio della funzione di cura, a condividere con esso emozioni che

se sono positive promuovono lo sviluppo di un senso di fiducia e di accoglienza (Stern, 1985).

Un'altra funzione implicata nella funzione genitoriale è quella regolativa, che si esprime nello spazio e nello scambio intersoggettivo. Lo scambio tra i membri della diade è scandito da ritmi e alternanza di turni conversazionali prima a livello non verbale e successivamente anche a livello verbale (Trevarthen, 2011). Un'adeguata alternanza di turni rende possibile fare esperienza di una buona sintonizzazione affettiva e permette all'adulto e al bambino di regolare reciprocamente le emozioni all'interno di un modello di autoregolazione e di regolazione interattiva (Tronick, 1989).

Infine la funzione genitoriale concerne la funzione normativa, che rimanda alla capacità di fornire limiti che possano fungere da contenimento sia a livello psichico che fisico, fornendo una struttura alla quale fare riferimento per semplificare il mondo e attribuire significati ai comportamenti e stati mentali propri e altrui. La funzione normativa è influenzata sia dalla struttura valoriale e culturale di appartenenza che dal livello di sviluppo del bambino e quindi dalla sua possibilità di comprensione delle proprie esperienze (Brazelton & Greenspan 2001).

Per descrivere la funzione genitoriale nella sua complessità occorre anche prendere in esame le dimensioni nelle quali si esprime; è quindi anche definita come una funzione predittiva, rappresentativa, fantasmatica, mentalizzante e triadica. La funzione predittiva è la capacità del genitore di comprendere in modo realistico le competenze del bambino nell'attuale stadio evolutivo e prevedere il raggiungimento della tappa evolutiva imminente. Alla luce di tali informazioni i caregiver adeguati forniscono al bambino degli stimoli che promuovono il raggiungimento di nuove acquisizioni. Una difficoltà a questo livello può comportare una serie di disturbi evolutivi sul piano somatico, cognitivo e

motivazionale. La funzione predittiva inoltre consiste nella capacità di cambiare modalità relazionale adattandola al crescere del bambino, all'arricchirsi del suo mondo interno e delle sue competenze socio-comunicative ed emotive (Fava Vizziello & Stern 1996).

La funzione rappresentativa rimanda al fatto che la funzione genitoriale si associa alla costruzione di una rappresentazione di sé come genitori e alla rappresentazione del bambino immaginato. La nascita, su un piano rappresentazionale, è un evento che attiva un importante spostamento di investimento dal bambino immaginario al bambino reale che implica, inevitabilmente, possibili proiezioni dei propri aspetti infantili sul figlio in virtù delle numerose identificazioni con i propri genitori. Con il susseguirsi delle interazioni quotidiane con i caregiver i bambini costruiscono a loro volta degli "schemi di stare con" che diventano la base per lo sviluppo del mondo psichico e rappresentazionale del bambino (Stern, 1995). La funzione rappresentativa è continuamente arricchita da nuove rappresentazioni che allargano il mondo interattivo del bambino e dei suoi genitori. Una caratteristica fondamentale della funzione rappresentativa è la capacità del caregiver di modificare le proprie rappresentazioni riconoscendo le acquisizioni del bambino e avanzare proposte coerenti con i nuovi segnali evolutivi (Ibidem).

La funzione genitoriale si esprime poi in una dimensione fantasmatica in quanto ciascun genitore è stato prima un bambino e quindi ha avuto esperienze interattive con i propri caregiver. L'attesa e la nascita di un figlio, imponendo una massiccia identificazione con il funzionamento dei propri genitori ed il conseguente lutto del proprio statuto di figlio, riattivano conflitti e lutti non elaborati durante l'infanzia e l'adolescenza (Fraiberg, 1999). Nel vissuto genitoriale soggettivo intervengono complessi meccanismi rappresentazionali che mettono ogni individuo "curante" nelle condizioni di dover fare i

conti con il personale modo di sentirsi e di rappresentarsi come figlio, di sentirsi e di rappresentarsi come genitore, di sentire e rappresentare le proprie figure genitoriali e le diverse e articolate rappresentazioni di figlio: il figlio di fantasia, il figlio di immaginazione e quello percepito (Lebovici, 1988; Hoffman, 2005).

La funzione genitoriale rimanda anche alla funzione di mentalizzazione, cioè alla capacità di pensare a se stessi e agli altri in termini di bisogni, desideri, valori, stati mentali e di attribuire un valore specifico alle esperienze. È collegata alla funzione riflessiva del sé, cioè alla riflessione sui propri stati mentali. Il genitore che coglie i bisogni del bambino e li soddisfa in modo adeguato e contingente favorisce nel bambino la costruzione di un buon senso di agency e di autoefficacia, promuovendo inoltre lo sviluppo della capacità del bambino di riconoscere autonomamente i propri stati interni, di attribuire loro significato e di mettere autonomamente in atto risposte efficaci (Fonagy & Target, 1997). La sensibilità del genitore, intesa come l'abilità di percepire e interpretare accuratamente i segnali e le comunicazioni implicite nel comportamento del figlio e di rispondervi prontamente e in modo appropriato (Ainsworth, 1969), è una caratteristica funzionale al rispecchiamento e alla sintonizzazione con gli stati mentali dei propri figli in un circuito funzionale all'adattamento individuale. La qualità e l'efficacia della mentalizzazione precoce da parte del genitore è quindi un importante mediatore della funzione genitoriale (Codisposti & Simonelli, 2006).

La funzione genitoriale infine è anche una funzione triadica che viene espletata all'interno di una famiglia, intesa come un sistema gerarchicamente strutturato in sottosistemi definiti in base a funzioni diverse quali: la coniugalità, cioè il rapporto tra i partner; la genitorialità, che corrisponde al rapporto di ciascun genitore con il figlio, e la cogenitorialità, ovvero il rapporto fra i partner in qualità di genitori (Simonelli, 2014). La

triade madre-padre-bambino è definita come un sistema coevolutivo non riducibile alla somma dei sistemi diadici e individuali che la compongono (Fivaz- Depeursinge, 1999) ed è considerata come un sistema primario dello sviluppo delle competenze interattive nel primo anno di vita. Il susseguirsi di esperienze triadiche ripetute permette al bambino di costruire degli schemi di appartenenza a una triade (Stern, 1985), è all'interno della triade che i membri partecipano attivamente alla funzione di co-costruzione degli scambi e di regolazione interattiva in cui sono necessarie le capacità regolatorie individuali, interdiadiche e triadiche.

Le diverse funzioni di cura appena descritte si traducono in comportamenti verbali e non verbali, gesti ed espressioni affettive che rappresentano le modalità di attuazione della cura e che, oltre a differenziarsi per caratteristiche individuali, presentano variazioni nelle singole relazioni di cura che una persona stabilisce con figli diversi e con uno stesso figlio in tempi differenti (Bastianoni, 2009). Le rappresentazioni interne delle esperienze di accudimento con le figure primarie sono fondamento delle manifestazioni delle relazioni di cura. Sulla base del contenuto e della qualità delle cure ricevute dai propri caregiver ciascuno costruisce il proprio “modello operativo interno” (MOI) per descrivere la rappresentazione interna della relazione d'attaccamento. I MOI sono legati alla percezione dell'accettazione del Sé agli occhi della figura di attaccamento e al sostegno e all'accessibilità che questa riesce a trasmettere al bambino nei suoi aspetti strutturali e dinamici (Bowlby, 1969). Si ipotizza che i modelli operativi del Sé e delle figure d'attaccamento, traendo origine dalle interazioni personali reali, emergono verso la fine del primo anno di vita (Bretherton, 1991), sviluppandosi in stretta complementarità e costituendo modelli rappresentazionali relativamente fissi che il bambino usa per predire il mondo e per mettersi in relazione con esso. La genitorialità va quindi intesa in senso

più ampio come una dimensione interna simbolica che origina all'esordio della vita relazionale a partire dalla propria esperienza di figli e che si riattiva ripetutamente nell'arco della vita ogni qualvolta l'individuo è coinvolto in specifiche e rilevanti interazioni di cura (Bastianoni, 2009).

I primi vissuti relativi alla genitorialità sono archiviati dal corpo a livello non verbale, e i primi modelli genitoriali sono costruiti come memorie procedurali che si configurano come fortemente radicati nel corpo. Il corpo, di conseguenza, è il primo sostrato simbolico su cui vengono impresse tracce mnestiche risultato di precoci esperienze emotive il cui vissuto di sé e dell'altro passa attraverso la qualità della relazione sperimentata (Bastianoni & Taurino, 2007). Il corpo attua una processazione inconscia dell'esperienza soggettiva legata all'esperienza di cura e dei vissuti emotivi correlati divenendo, nel corso dello sviluppo soggettivo, una dimensione mentalizzata che ripropone, secondo circuiti non facilmente individuabili a livello cosciente, contenuti affettivi. La memoria procedurale basata sul corpo rimane attiva nel corso dello sviluppo individuale parallelamente alla memoria autobiografica che utilizza invece codici razionali, controllabili e coscienti. Un esempio di ciò è fornito dalla condizione di un anziano affetto da demenza senile che viene curato da suo figlio: egli recupera affettivamente i propri schemi dell'essere con il caregiver, attraverso quelle stesse funzioni ed espressioni che si osservano attorno al primo anno di vita. In questo nuovo contesto interattivo gli atteggiamenti del caregiver riattivano nell'anziano lo schema rappresentazionale dell'essere con- e affidarsi all'altro che dà la cura e quindi del vissuto di figlio (Bastianoni, 2009).

Per comprendere la genesi della costruzione del livello rappresentazionale della genitorialità occorre approfondire alcuni concetti della teoria dell'attaccamento introdotti

in precedenza. Le rappresentazioni della genitorialità si costruiscono inizialmente come memorie procedurali relative agli schemi di attaccamento, sono quindi ancorate ai MOI (Bowlby, 1969). Nella vita quotidiana sono molteplici le situazioni che concorrono alla strutturazione dei MOI e determinano differenze individuali: se il bambino fa esperienze di relazioni primarie adeguate e sensibili ai segnali sarà facilitato nell'interiorizzazione di rappresentazioni unitarie del sé e dell'altro; diversamente, nel caso in cui le relazioni non sono soddisfacenti si verifica un processo di esclusione difensiva che comporta l'esclusione delle informazioni conflittuali conducendo alla costruzione di un modello scisso del sé in relazione alla figura di attaccamento (Bowlby, 1980). L'esito e la qualità dell'interazione tra il caregiver e il bambino dipendono, da una parte, dalla genesi della genitorialità nel bambino piccolo e dall'altra, dalla riattivazione nell'adulto del proprio mondo rappresentazionale. Quindi la costruzione del mondo rappresentazionale dell'individuo e la funzione genitoriale sono strettamente interdipendenti (Simonelli, 2006). Sulla base di come viene assolta, la funzione genitoriale è la struttura organizzativa attraverso la quale il bambino costruisce il proprio mondo rappresentazionale e una narrazione di sé e delle relazioni significative della propria infanzia e delle età successive, nel corso della vita (Ibidem). Infine, il modello teorico di Belsky (1984) è particolarmente significativo perché in grado di spiegare e sistematizzare i molteplici fattori che intervengono nel modulare la funzione genitoriale nella sua complessità. Nel modello processuale delle determinanti della genitorialità Belsky descrive come la possibilità di prendersi cura di qualcuno sia influenzata da diversi aspetti. Uno di questi ha a che fare con le caratteristiche relative al genitore, come la sensibilità e la capacità di sintonizzarsi sui segnali del figlio, e la personalità (Belsky et al., 1984); ci sono diversi studi poi che dimostrano come le madri con una maggiore età presentino scambi più funzionali,

affettuosi, sensibili e stimolanti con i propri figli (Ragozin et al., 1982). Un secondo aspetto rimanda alle caratteristiche individuali del bambino quali età, genere, condizioni fisiche, aspetto, abilità cognitive, temperamento e altre caratteristiche individuali che hanno un impatto specifico sui propri adulti di riferimento (Belsky, 1984). La caratteristica più studiata è il temperamento, diversi studi hanno mostrato come la presenza nel bambino di tratti difficili, come elevata irritabilità, risultano maggiormente associati a comportamenti di cura meno ottimali (Campbell, 1979 ; Milliones, 1978). Un altro aspetto determinante per la funzione genitoriale riguarda la relazione di coppia, intesa sia come coppia coniugale sia come coppia co-genitoriale; se la coppia beneficia del sostegno reciproco sperimenta minori livelli di affettività negativa e di conflittualità. Infine le caratteristiche relative al contesto sociale in cui è inserita la relazione genitore - bambino contribuiscono a influenzare la funzione genitoriale (Venuti et al., 2018). Belsky fa riferimento al contesto ecologico costituito dalla famiglia allargata, i sistemi di supporto formale e informale, l'ambiente di lavoro e le istituzioni più ampie (Simonelli, 2014). L'autore teorizza che le caratteristiche psicologiche dei genitori, modellate in parte dalla propria storia di sviluppo, influenzano la relazione coniugale, il funzionamento all'interno della società e le esperienze lavorative. Il modello di Belsky si basa sull'assunto che la funzione genitoriale sia multi-determinata, ma che le caratteristiche del genitore, del bambino e del contesto sociale esercitino una diversa influenza sulla qualità della funzione genitoriale perché la personalità modella la funzione di cura sia indirettamente, influenzando prima di tutto il contesto allargato in cui esiste la relazione genitore-bambino, sia direttamente (Belsky & Jaffee, 2015).

1.2 Definizione di intersoggettività

L'intersoggettività è assimilabile al processo di condivisione di stati interiori quali desideri, emozioni, intenzioni e convinzioni tra due individui durante uno scambio interpersonale. È il processo attraverso il quale, parzialmente inconsapevolmente, vengono formulate delle inferenze sull'esperienza soggettiva dell'Altro. Tali inferenze sono alla base della capacità di stabilire relazioni poiché consentono di conoscere ed essere partecipi del mondo interiore dell'altro (Spataro & Montirosso, 2018). L'intersoggettività è fortemente relata alla funzione riflessiva e alla funzione di mentalizzazione descritte nel paragrafo precedente in quanto, utilizzando i segnali espressi dal bambino, i caregiver cercano di comprendere cosa il bambino sperimenta e i contenuti della sua mente, riuscendo così a sintonizzarsi con lui (Lavelli, 2010).

All'interno della prospettiva teorica dell'Infant Research, alcuni autori (Sander, 1987; Tronick, 1989; Beebe & Lackmann, 2002) hanno evidenziato che la mente umana è intrinsecamente relazionale e che lo sviluppo dell'intersoggettività è legato ai processi di regolazione diadica. Il caregiver, attraverso i comportamenti di cura messi in atto durante le interazioni con il bambino, può fungere da regolatore esterno e sostenere le limitate capacità autoregolatorie del bambino (Tronick, 1989). Il presupposto è che ogni partner abbia a disposizione una serie di competenze auto-regolatorie che gli permettono di regolare autonomamente gli stati endogeni e gli stimoli esterni durante gli scambi interattivi con l'altro. Allo stesso tempo, nel corso delle interazioni, genitore e bambino compiono un continuo processo di regolazione interattiva, cioè regolano il proprio stato attraverso lo scambio con l'altro. I cambiamenti generati dall'autoregolazione di ciascun partner influenzano le dinamiche interattive. Allo stesso modo, la regolazione interattiva

riorganizza sia i processi interni che quelli relazionali, che determinano la regolazione del proprio stato interno e l'esito dello scambio interattivo (Beebe & Lachmann, 1994). L'interazione permette di raggiungere una regolazione ottimale del proprio stato interno e di organizzare in maniera funzionale la propria esperienza e i propri comportamenti, per intervenire in maniera efficace nel mondo (Ibidem). La prevedibilità degli scambi con i caregiver favorisce la costruzione, da parte del bambino, di una serie di aspettative relative alla modalità con cui i propri stati affettivi possono in futuro essere regolati sia a livello individuale che attraverso l'interazione (Beebe e Lachmann, 2002). Quando le aspettative vengono violate, l'interazione della diade passa da uno stato di coordinazione, in cui c'è condivisione di affetti positivi, a uno di rottura, in cui c'è condivisione di affetti negativi. Una buona funzione genitoriale viene svolta quando il genitore attua una riparazione e ripristina uno stato di coordinazione. La qualità della relazione è data proprio dalla capacità del genitore di intervenire in modo adeguato e riparare la rottura (Tronick, 1989).

Studi sulle interazioni dei neonati coi caregiver hanno rilevato l'esistenza fin dalla nascita di una tendenza a ricercare e mantenere relazioni e condividere stati emotivi e mentali (intersoggettività innata). Questa tendenza innata rappresenta un importante organizzatore dell'esperienza del bambino proprio perché, all'interno della relazione, il bambino può beneficiare del contributo etero-regolativo dell'adulto. Il sistema dell'intersoggettività consente di sperimentare il "contatto mentale" ed emotivo con l'altro (Trevarthen, 1979).

Stern (1985) ha rivolto particolare attenzione agli stati interni infantili, definiti dalla percezione del bambino del proprio focus attentivo e di quello del partner, che non necessariamente corrispondono, andando a stimolare il riconoscimento del sé e dell'altro.

Stern ha descritto le seguenti tre forme intersoggettive: compartecipazione dell'attenzione, compartecipazione dell'intenzione e compartecipazione degli stati affettivi, definita anche sintonizzazione affettiva. La forma più significativa di condivisione delle esperienze soggettive è rappresentata dalla sintonizzazione degli affetti. La sintonizzazione implica un rispecchiamento genitoriale che viene eseguito attraverso l'uso di canali comportamentali diversi, ad esempio la madre comprende l'eccitazione del figlio espressa da un movimento ritmico delle braccia e rispondendo con un movimento sincronizzato ne attribuisce l'affetto. Attraverso tale movimento la madre amplifica lo stato mentale del bambino e gli comunica di averlo compreso. L'autore considera il sistema motivazionale intersoggettivo separato ma complementare a quello dell'attaccamento. L'attaccamento si focalizza sull'esperienza di sentirsi sicuri e pone in primo piano il "sé" in connessione alla figura protettiva e di accudimento, mentre il sistema intersoggettivo regola l'esperienza della condivisione e dell'appartenenza e pone in primo piano il "noi". Soprattutto durante l'infanzia è difficile distinguere il sistema motivazionale dell'attaccamento da quello intersoggettivo, poiché entrambi, mantenendo una prossimità fisica alle figure di attaccamento e garantendo la comunicazione e la condivisione affettiva con i genitori, offrono una strategia di sopravvivenza (Ammaniti & Gallese, 2014). L'attaccamento e l'intersoggettività sono due costrutti strettamente relati poiché essere legati a qualcuno è la premessa per sviluppare una connessione intersoggettiva, e una connessione intersoggettiva con qualcuno può essere a sua volta fondamento per la formazione di un attaccamento a questa persona (Stern, 2005).

Entrando nel merito dello sviluppo dell'intersoggettività è fondamentale riportare che è stata riconosciuta al bambino una predisposizione a ricercare l'interazione con gli altri esseri umani e a entrare precocemente in contatto con le emozioni e gli intenti espressi

dai suoi interlocutori (Trevarthen, 1998). Primariamente, grazie alla capacità di imitare, il bambino sperimenta un primo senso di connessione tra sé e l'altro, che è collocabile alle radici dell'esperienza intersoggettiva (Meltzoff & Moore, 1997).

Sono stati identificati differenti livelli di sintonizzazione intersoggettiva nello sviluppo umano (Trevarthen, 1979). A partire dai 2 mesi di vita i bambini iniziano a esprimere una risposta valutativa immediata e implicita nei confronti dei sentimenti e delle intenzioni comunicative dell'adulto, denominata "intersoggettività primaria" (Trevarthen, 1977). Il bambino si dimostra capace di stimolare e sostenere uno scambio di espressioni con i caregiver; in questo modo, lo stato mentale del bambino e dei caregiver si sincronizza e si regola reciprocamente nell'ambito delle interazioni (Trevarthen, 2009).

Nel corso del primo anno di vita il bambino sviluppa l'interesse per gli oggetti e la realtà esterna, nell'interagire con il genitore il bambino inizia a co-regolare stati affettivi ed attenzione in relazione a oggetti, persone, o eventi che suscitano il suo interesse (Trevarthen et al., 1978). Intorno ai 9 mesi il bambino integra alla consapevolezza che già possiede di sé, degli oggetti, e della comunicazione con le persone quella tra persona – persona – oggetto ovvero una forma di intersoggettività cooperativa che è stata denominata "intersoggettività secondaria" (Ibidem). L'intersoggettività secondaria è un'acquisizione importante per il bambino, in quanto gli consente di inferire e cogliere le intenzioni degli altri, a partire dal modo in cui questi manipolano e utilizzano gli oggetti (Ammaniti & Gallese, 2014). Mentre nella forma precedente di intersoggettività il bambino rispondeva alle emozioni del caregiver in modo automatico e senza necessariamente comprendere il significato di tali emozioni, a nove mesi il bambino comincia a inferire l'intento comunicativo delle emozioni (Trevarthen & Hubley, 1978).

La comprensione intersoggettiva terziaria giunge a completamento di un percorso di comprensione di sé e dell'altro. Questo tipo di comprensione si basa su un senso di sé narrativo e conversazionale con l'utilizzo della narrazione immaginativa e della simulazione della mente del partner conversazionale (Guerini & Paloscia, 2015). Il passaggio al linguaggio permette al bambino di accedere alla condivisione delle conoscenze e la maggiore consapevolezza rende possibile lo sviluppo della capacità autoriflessiva (Cortina & Liotti, 2010). Tra i 12 e i 18 mesi i bambini oltre a comprendere l'intento comunicativo dei gesti e le emozioni, iniziano ad essere in grado di spiegare e predire il comportamento degli altri attribuendo loro stati mentali indipendenti come credenze e desideri, emerge infatti la teoria della mente (Gallagher & Frith, 2003)

1.3 Funzione genitoriale a rischio

Con funzione genitoriale a rischio si fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui la funzione di cura, per molteplici motivi, presenta delle caratteristiche di difficoltà o inadeguatezza che possono avere ricadute negative sullo sviluppo del bambino. Può avere differenti configurazioni e dipendere da numerosi fattori: possono infatti essere considerati a rischio in relazione a particolari caratteristiche dei figli (ad esempio la presenza di un disturbo del neurosviluppo) (Bonichini & Tremolada, 2014), dei genitori (ad esempio psicopatologia genitoriale) (Monti et al., 2014) o della loro relazione. Data la complessità della funzione genitoriale occorre anche considerare il ruolo rivestito dal contesto che è rappresentato da interazioni reali, fantasmatiche, triadiche e spesso multiple, legato alla transgenerazionalità e intergenerazionalità considerata sia nella sua componente genetica che nella sua proiezione futura (Fava Viziello, 2003). Nel caso in

cui l'elemento di rischio sia legato a caratteristiche direttamente riferibili al genitore oppure al contesto, si può individuare un elemento esterno (ad esempio il possedere il basso status socio-economico) o interno (ad esempio la psicopatologia diagnosticata) al genitore che si configura come una fonte di vulnerabilità per la compromissione della funzione genitoriale intesa nell'accezione descritta nel primo paragrafo di questo capitolo.

I principali fattori di rischio della funzione genitoriale che possono essere ricondotti a una problematicità riscontrata a livello del bambino sono la presenza di patologie mediche croniche e acute del bambino e di disturbi dello sviluppo.

La diagnosi di una patologia medica in età pediatrica può essere definita come una "malattia familiare" (Axia, 2004) che comporta cambiamenti nei ruoli pre-esistenti e nelle relazioni interne alla famiglia, espone alla dolorosa consapevolezza della condizione oggettiva di rischio, alla perdita della propria immagine di genitori capaci di tutelare la vita che hanno generato e ad affrontare una sofferenza mentale così profonda da essere vissuta come incomunicabile (Bonichini & Tremolada, 2014).

La presenza di un disturbo del neurosviluppo a carico del bambino costituisce una condizione che impatta sulla funzione genitoriale in quanto determina una complessiva alterazione della relazione tra il caregiver e il bambino. La relazione è base dello sviluppo mentale e cerebrale e le interazioni affettive attivano e regolano le relazioni. Alterazioni nelle predisposizioni del bambino possono comportare notevoli modifiche allo scambio interattivo. (Bonichini & Tremolada, 2014).

I principali fattori di rischio della funzione genitoriale che possono invece essere ricondotti alle caratteristiche del genitore riguardano la presenza di forme di psicopatologia genitoriale. Belsky (1984), nel modello processuale delle determinanti

della genitorialità, individua nella storia evolutiva e nella personalità dei genitori due tra i fattori che svolgono un ruolo centrale nell'influenzare le competenze genitoriali. Come illustrato in precedenza, le esperienze di accudimento ricevute nel corso del proprio sviluppo possono portare l'individuo a crearsi una serie di idee e aspettative su cosa corrisponda all'essere dei buoni genitori e influenzare le modalità di cura (Main, 1995). Un genitore sensibile e sintonizzato sui segnali del bambino, sul suo livello evolutivo e sui compiti richiesti in ciascuna fase dello sviluppo è in grado di promuovere acquisizioni come la sicurezza emotiva, maggiore dipendenza, migliori competenze sociali e intellettive (Tamis-LeMonda et al., 2004). Per quanto riguarda la personalità, Belsky (1984) ritiene che comportamenti genitoriali sensibili vengano messi in atto con maggiore probabilità da individui che sono in grado di assumere la prospettiva altrui, di empatizzare con l'altro e di adottare un atteggiamento attento e di supporto verso il bambino. In presenza di quadri patologici, tali competenze genitoriali possono essere messe in atto in modo non continuativo nel tempo oppure essere gravemente compromesse (Venuti et al., 2018). Ad esempio, studi empirici hanno evidenziato che le madri depresse sono maggiormente propense a mettere in atto comportamenti di cura meno ottimali, caratterizzati da maggiore espressione di affettività negativa e da maggiore difficoltà nel cogliere e rispondere adeguatamente ai segnali dei propri figli (Lyons-Ruth et al., 1999). Comunemente le caratteristiche specifiche della genitorialità problematica sono state identificate confrontando gruppi con e senza particolari condizioni di rischio sociale, familiare, psichiatrico e/o medico note per essere associate a esiti negativi per il bambino. Tre condizioni di rischio ampiamente studiate sono la depressione, l'ansia e la dipendenza da sostanze materne. La depressione è un disturbo caratterizzato da un'alterazione dell'umore in senso depressivo alla quale si associano manifestazioni sia

comportamentali, come il ritiro, sia somatiche, come affaticabilità e disturbi del sonno e dell'appetito (American Psychological Association [APA], 2013). La depressione perinatale insorge nel periodo che va dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino. La gravidanza può rappresentare un momento di vulnerabilità depressiva per la donna in misura anche maggiore rispetto al periodo successivo al parto (Root Fortini, 2008). Le osservazioni a carattere psicodinamico evidenziano come, durante la gravidanza, vi sia una riorganizzazione e una riarticolazione delle rappresentazioni di sé come futura madre che porta al recupero delle cure ricevute dai propri genitori, includendo eventuali traumi o lutti infantili non sufficientemente elaborati (Ibidem). Il disturbo depressivo dopo il parto riguarda un periodo in cui la coppia ha a che fare con cambiamenti di ruolo all'interno della relazione e nel funzionamento sociale, e durante il quale la madre deve affrontare modifiche psicofisiche ed emotive legate all'immagine corporea, portando avanti allo stesso tempo il compito di prendersi cura del proprio bambino. In questo delicato momento la donna può provare sentimenti di inadeguatezza e di tristezza, può auto-rimproverarsi, auto-svalutarsi come donna e come madre. In molte donne si può notare una tendenza all'isolamento e al ritiro dalle interazioni con il bambino, una percezione e una definizione di sé come "cattiva madre" o, al contrario, agitazione, irrequietezza, intrusività e impossibilità a rispettare i ritmi del bambino. La depressione materna costituisce inoltre un noto fattore di rischio per esiti di sviluppo sfavorevoli nel bambino: tra questi, avere un genitore con depressione o con sintomi depressivi è un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo depressivo infantile, poiché può comportare il trasferimento di modalità interattivo-relazionali che ostacolano lo sviluppo delle capacità organizzative e regolative degli affetti da parte del bambino stesso (Cramer & Palacio Espasa, 1994).

Il disturbo d'ansia è considerato un'alterazione di un segnale affettivo adattivo normalmente attivato per segnalare l'esistenza di minacce alla sopravvivenza (Monti et al.2014). Il disturbo d'ansia materno può ostacolare lo sviluppo del bambino associandosi all'emergere di problemi di regolazione e di irritabilità dal primo sviluppo neonatale e fino all'adolescenza: può esercitare un ruolo nella comparsa di difficili tratti temperamentali e di altri disturbi emozionali e comportamentali nell'infanzia; può influire negativamente sulla presenza di problemi di attenzione, di maggiori difficoltà del sonno e dell'alimentazione (Ibidem). Nei mesi della gravidanza la presenza di disturbi d'ansia risulta legata a rappresentazioni negative circa il ruolo di madre, ridotte capacità di coping e percezioni di minore efficacia rispetto al proprio ruolo genitoriale (Hart & McMahon, (2006). Nei mesi successivi alla nascita le madri con diagnosi di disturbo d'ansia mostrano differenze nella qualità del coinvolgimento attivo con il bambino e una minore sintonizzazione emotiva e affettiva, caratterizzata da comportamenti meno empatici rispetto agli stati positivi e negativi del bambino (Beebe et al., 2011).

Infine, un'altra condizione che può ostacolare la messa in atto di una funzione genitoriale adeguata è il disturbo da uso di sostanze. Con dipendenza si fa riferimento all'uso distorto di una sostanza-oggetto-comportamento caratterizzato da un senso di incoercibilità che porta al bisogno coatto della ripetizione dell'esperienza, nonostante le conseguenze avverse (Griffiths, 1996). A livello neurobiologico la dipendenza da uso di sostanze (DUS) materna inficia la qualità della cura perché la sostanza oggetto di dipendenza entra in competizione con i circuiti coinvolti nella genitorialità; la sostanza risulta essere maggiormente gratificante e saliente rispetto alla vicinanza del bambino, e a ciò consegue una minore disponibilità di questi circuiti per i comportamenti di cura (Rutherford, 2011). Inoltre, l'interazione con il proprio bambino, anziché essere vissuta

come gratificante può diventare stressante; l'interazione stessa diventa "stimolo" stressante che può portare al ricorso alla sostanza per alleviare lo stress (Ibidem). Gli elementi di disfunzionalità legati alla funzione di cura in madri con DUS comprendono la tendenza a ignorare il bambino, l'espressione di un'affettività prevalentemente negativa dominata da sentimenti di forte rabbia (Eiden, et al., 1999) e atteggiamenti ambivalenti e incoerenti (Fava Vizziello et al., 1997). Lo stile parentale assunto è spesso improntato alla rigidità e all'autoritarismo, e si caratterizza per una bassa tolleranza e il ricorso a metodi disciplinari minacciosi, fisici e punitivi; tale atteggiamento si presenta in un'incoerente alternanza tra stile lassista, permissivo e mancanza di contenimento e controllo (Eiden et al., 2011). La richiesta rivolta al bambino dall'adulto di farsi carico delle sue aspettative e dei suoi desideri e l'incapacità di svolgere adeguatamente la funzione genitoriale espone al rischio di inversione di ruolo e di trascuratezza (Strathearn & Mayes, 2010). I comportamenti di cura delle donne con DUS in molti casi sconfinano in trascuratezza, comportamenti maltrattanti e abusanti (Leventhal et al., 1997).

Sono numerose in letteratura le evidenze che riconoscono le condizioni appena illustrate come fattori di vulnerabilità per la funzione genitoriale. Nonostante ciò, come definito in precedenza, la funzione genitoriale è un ambito in parte autonomo rispetto ad altri domini di funzionamento individuale o affettivo relazionale, ne consegue che la presenza di psicopatologia materna e le patologie del bambino non sono necessariamente in relazione diretta con la condizione di genitorialità a rischio. Sono molteplici i fattori di vulnerabilità e di protezione che modulano la probabilità che i comportamenti di cura messi in atto dai genitori siano o meno adeguati. Le forme di psicopatologia materna riportate in questo paragrafo corrispondono alle situazioni di rischio maggiormente approfondite in letteratura. È importante evidenziare che ci sono altre circostanze in cui

uno o entrambi i caregiver manifestano un disturbo a livello sub-clinico e in cui la sintomatologia può associarsi alla compromissione dei comportamenti di cura. Tali condizioni sono in misura minore oggetto di attenzione da parte dei servizi per la salute mentale e per la tutela dei minori rispetto a quelle riconosciute, e per questo anche meno studiate. Tra questi si registrano i disturbi psicosomatici. I disturbi ad espressione psicosomatica sono definiti dall'approccio psicodinamico come un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche organiche in cui si presuppone tra le cause una base di natura psichica, in particolare la co-occorrenza di un sintomo fisico e di un'intensa sofferenza psichica viene ricondotta al meccanismo di somatizzazione (Tambelli, 2017). Le ricerche condotte sia nell'ambito delle neuroscienze cognitive, sia in quello della psicosomatica, hanno individuato un'associazione significativa tra il disturbo da sintomi somatici e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999), alessitimia (Martinez et al., 2015) e scarsa mentalizzazione (Stonnington et al., 2013) che possono esitare in modelli relazionali disfunzionali. Questi elementi caratterizzano il disturbo psicosomatico nella forma clinica ma possono anche riflettere un funzionamento individuale e interferire in modo variabile con la vita dell'individuo. In particolare, per quanto riguarda la psicopatologia materna, alti livelli di stress e disregolazione emotiva associati ai disturbi psicosomatici rappresentano un fattore di rischio per l'adattamento alla maternità, per la messa in atto di comportamenti di cura e correlano con deficit nell'intersoggettività (Tambelli, 2017).

CAPITOLO 2

I DISTURBI PSICOSOMATICI

2.1 Definizione e inquadramento: dai disturbi Somatoformi del DSM-IV al disturbo da Sintomi Somatici del DSM-5

Nella quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (American Psychological Association [APA], 2013) sono state introdotte numerose modifiche alla classificazione dei disturbi psicosomatici, seguendo le indicazioni di ricercatori e clinici in campo internazionale che hanno guidato la revisione del sistema diagnostico e i risultati di studi recenti (APA, 2013). Le modifiche apportate nella classificazione del disturbo forniscono un metodo clinico maggiormente utile per caratterizzare quegli individui che in passato avevano ricevuto una diagnosi di disturbo di somatizzazione (Porcelli, 2014). All'interno del DSM-5 i disturbi psicosomatici assumono la denominazione di Disturbi da Sintomi Somatici, e il capitolo di riferimento disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati che include le seguenti diagnosi: disturbo da sintomi somatici (*Somatic Symptom Disorder*, SSD), disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, fattori psicologici che influiscono su altre condizioni mediche, disturbo fittizio, disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione. La caratteristica che accomuna tutti questi disturbi è la presenza di sintomi somatici associati a disagio e compromissioni significative. Nella maggior parte dei casi in cui viene posta diagnosi di disturbo da sintomi somatici, viene dato rilievo ai sintomi positivi e segni correlati come lamentele somatiche ricondotte a dolore in diverse parti del corpo, affaticamento e

disturbi organici di vario tipo piuttosto che all'assenza di una spiegazione medica per tali sintomi. Non è la presenza di uno o più sintomi somatici a caratterizzare le persone con diagnosi ma il modo in cui essi li manifestano e li interpretano (APA, 2013).

Nel DSM-IV (APA, 2000) veniva impiegato il termine Disturbi somatoformi, la scelta del suffisso “-forme” aveva l'intento di indicare una condizione come simile a un'altra sindrome, venivano quindi inclusi tutti quei sintomi non spiegabili dal punto di vista medico (Porcelli, 2014). L'utilizzo di tale accezione ha comportato il raggruppamento sotto la stessa categoria di diverse configurazioni sintomatologiche per le quali il medico non era in grado di formulare un'ipotesi eziologica con la conseguente mancanza di chiarezza riguardo i limiti tra queste. I criteri così come formulati nella quarta edizione erano anche di difficile comprensione e utilizzo da parte dei medici, spesso i primi professionisti ai quali la maggior parte delle persone con sintomi somatici si rivolge. Nel DSM-IV veniva infatti enfatizzata la centralità dei sintomi medici non spiegabili presenti in diversi livelli di gravità. Gli autori della task-force del 2013, che hanno collaborato alla redazione della nuova versione del manuale, non hanno ritenuto appropriato che la diagnosi venisse formulata basandosi sul criterio dell'assenza di una causa medica dimostrata perché, oltre ad esserci scarsa affidabilità in tale valutazione, la presenza di una diagnosi medica non esclude la possibilità che un disturbo mentale sia in comorbidità (Porcelli, 2014). Occorre anche considerare l'ipotesi che, a causa della centralità dell'assenza della spiegazione medica, la diagnosi di un disturbo psicosomatico possa essere vissuta dalla persona come svalutante e peggiorativa in quanto sottende che il suo sintomo non sia reale. Oltre a tali problematiche, basare la diagnosi sul principio dell'assenza di diagnosi medica rinforza anche il dualismo mente-corpo (APA, 2013).

La versione precedente prevedeva infine che i sintomi somatici non dovessero essere secondari a un altro disturbo psicopatologico, ma ciò è stato contraddetto da numerose evidenze. Il DSM-5 indica esplicitamente che disturbi d'ansia e disturbi depressivi possono accompagnare il disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati, e la presenza di una doppia diagnosi si associa a una maggiore severità e compromissione del funzionamento della persona (APA, 2013).

I cambiamenti più importanti a livello dell'organizzazione strutturale nel DSM-5 rispetto al precedente DSM-IV sono: la differenziazione dell'ipocondria nelle diagnosi di disturbo da sintomi somatici e disturbo da ansia di malattia a seconda della presenza o assenza di sintomi non spiegabili dal punto di vista medico; il mantenimento del disturbo di conversione ma eliminando il criterio di associazione a stress psicologico; lo spostamento del disturbo da dismorfismo corporeo nella sezione dei disturbi ossessivo compulsivi; l'inclusione nella stessa sezione di due categorie considerate a parte nel DSM-IV, ossia il disturbo fittizio e i fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (Porcelli, 2014). La nuova classificazione definisce la diagnosi di disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati sulla base della presenza di sintomi positivi quali: sintomi somatici altamente stressanti e preoccupazione eccessiva associata; sentimenti e comportamenti in risposta a questi sintomi. Nonostante ciò, la presenza di sintomi somatici senza spiegazione medica rimane una caratteristica fondamentale per formulare alcune diagnosi specifiche in cui è possibile dimostrare con certezza che i sintomi in questi disturbi non sono attribuibili a patologie mediche. Il DSM-5 sottolinea come alcuni disturbi mentali, come il disturbo depressivo maggiore e il disturbo da attacchi di panico, possono inizialmente manifestarsi attraverso sintomi somatici. Viene evidenziato anche che i sintomi somatici potrebbero essere in relazione alla diagnosi dei disturbi appena

citati oppure potrebbero essere associati a un disturbo da sintomi somatici in comorbidità. Inoltre, all'interno del manuale viene chiarito che spesso i sintomi somatici sono associati a stress psicologico e altre forme psicopatologiche, ma che in alcuni casi il disturbo da sintomi somatici può emergere senza che venga esplicitamente riportata dalla persona una corrispettiva sofferenza psichica (APA, 2013).

I disturbi che sono raccolti nell'attuale edizione del DSM si focalizzano in maniera preminente sulla preoccupazione somatica e sul fatto che il malessere venga attenzionato prima al medico e poi a specialisti della salute mentale (APA, 2013). Il disturbo da ansia di malattia comporta un'intensa preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia non diagnosticata, sebbene una valutazione medica completa non riesca a identificare una grave condizione medica che giustifichi le preoccupazioni dell'individuo. Il disturbo da ansia di malattia include anche la situazione in cui se è presente una condizione medica diagnosticata, l'ansia e la preoccupazione dell'individuo sono chiaramente eccessive e sproporzionate rispetto alla gravità della condizione. Il disturbo di conversione è l'unico rimasto inalterato rispetto al DSM-IV (Porcelli, 2014), caratterizzandosi per la presenza di sintomi neurologici che, a seguito di approfondimenti specialistici, sono dichiarati incompatibili con una diagnosi di patologia neurologica. Nel DSM-5 viene però specificato che per ricevere diagnosi di disturbo di conversione non devono necessariamente essere presenti i segni clinici classici come sintomi dissociativi, *belle indifférence* e vantaggio secondario alla malattia (APA, 2013). La categoria diagnostica dei disturbi da sintomi somatici include anche i così detti "fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche" e che si caratterizzano per la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che hanno un impatto avverso sulla condizione medica preesistente comportando un peggioramento della

sofferenza, del rischio di morte o della disabilità. I fattori psicologici o comportamentali comprendono disagio psicologico, pattern di interazione interpersonale, stili di coping e comportamenti disadattivi per la salute, come la negazione dei sintomi o la scarsa aderenza alle prescrizioni mediche (APA, 2013). Infine, il disturbo fittizio è caratterizzato dalla simulazione, in se stessi o in altri, di segni e sintomi medici o psicologici che sono associati a un inganno accertato; come gli altri disturbi da sintomi somatici comporta persistenti problemi relativi alla percezione della malattia e all'identità. All'interno dei disturbi da sintomi somatici il DSM-5 dedica un paragrafo al disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati con altra specificazione e disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati senza specificazione comprendendo così condizioni per le quali sono rispettati alcuni, ma non tutti, i criteri per disturbo da sintomi somatici (Ibidem).

2.2 Criteri diagnostici del disturbo da sintomi somatici secondo il DSM-5

Per poter soddisfare i criteri e giungere a una diagnosi di disturbo da sintomi somatici (SSD) il criterio "A" del DSM-5 prevede che siano presenti uno o più sintomi somatici che causano distress e/o compromissione della vita quotidiana; può essere effettuata diagnosi anche se il soggetto lamenta un solo sintomo grave, più comunemente il dolore. Il DSM-5 esplicita che i sintomi possono essere specifici, ad esempio dolore a un distretto corporeo, oppure relativamente non specifici, come nel caso della spossatezza. I sintomi si possono presentare come normali sensazioni corporee o nella forma di malessere che generalmente non viene ricondotto a una precisa condizione medica. Come anticipato, la nuova versione del manuale non ritiene sufficiente che siano presenti sintomi somatici senza spiegazione medica per giungere alla diagnosi e chiarifica che, indipendentemente

dal fatto che sia spiegata dal punto di vista medico, è l'autenticità di tale sofferenza a renderla rilevante a livello diagnostico. I sintomi possono o meno essere associati a un'altra condizione medica; la presenza di quest'ultima in concomitanza del disturbo in oggetto non è una condizione per escludere nessuna delle due diagnosi (APA, 2013).

Perché venga fatta diagnosi di SSD è necessario che siano presenti anche le caratteristiche di tipo cognitivo descritte nel criterio "B", ovvero: uno o più pensieri eccessivi, sentimenti e/o comportamenti correlati ai sintomi somatici o preoccupazioni legate alla salute. Tra questi possono essere individuati pensieri persistenti e sproporzionati riguardo la gravità dei sintomi somatici, un livello persistentemente elevato di ansia riguardo la salute o i sintomi, e una quantità eccessiva di tempo ed energia spesa per i sintomi o per la salute. Nel caso in cui oltre ai sintomi somatici sia presente un'altra condizione medica o un alto rischio di svilupparla, come nel caso della familiarità genetica per una malattia ereditaria, i pensieri, i sentimenti e i comportamenti associati a questa condizione devono essere chiaramente eccessivi. Il manuale specifica che le persone con un disturbo da sintomi somatici tendono a valutare i loro sintomi come ingiustificatamente minacciosi, si considerano senza risorse per farne fronte e spesso pensano il peggio riguardo la propria salute. Alcuni pazienti continuano ad avere paura della gravità della loro condizione medica e dei loro sintomi anche quando ci sono evidenze contrarie (APA, 2013). Il manuale diagnostico redatto dall'APA indica come criterio temporale che, sebbene possano non essere presenti continuamente tutti i sintomi somatici, perché venga eseguita la diagnosi lo stato sintomatico deve persistente per almeno sei mesi. Il DSM oltre alla valutazione di criteri di inclusione e di esclusione, prevede anche la definizione di specificatori che permettano di definire con maggior precisione il quadro clinico. È possibile indicare se il disturbo riguarda in maniera

preponderante il dolore; se il disturbo è persistente, cioè caratterizzato da sintomi particolarmente gravi che durano da più di sei mesi; infine permette di specificare la gravità dei sintomi, definendo lieve quando è soddisfatto solo uno dei sintomi comportamentali, moderata quando sono soddisfatti due o più di questi sintomi e grave quando oltre ad essere soddisfatti almeno 2 sintomi sono presenti sintomi somatici multipli o uno ma particolarmente grave. Nelle condizioni gravi le preoccupazioni per la salute assumono una rilevanza centrale nella vita del paziente divenendo una caratteristica della sua identità e dominando le relazioni interpersonali (Ibidem).

Nella sezione del manuale dedicata alle caratteristiche diagnostiche, la persona con SSD viene descritta come avviluppata in una sofferenza marcata che non sempre è in grado di contestualizzare con altri aspetti della propria vita ma che individua come isolata. È anche descritta come una persona che possiede una compromissione nella qualità di vita, sia dal punto di vista fisico che mentale. La persona con disturbo da sintomi somatici ricerca spesso cure mediche che però raramente alleviano il suo disagio; questo innesca un circolo vizioso in cui la persona continua a interrogare specialisti diversi per risolvere gli stessi sintomi e giudicano le valutazioni ottenute e le cure prescritte come inadeguate. Queste persone spesso sembrano poco responsive alle cure e le nuove terapie a volte possono addirittura esacerbare i sintomi già presenti (APA, 2013).

Le componenti cognitive del disturbo da sintomi somatici includono la tendenza del soggetto con diagnosi a focalizzare eccessivamente la sua attenzione sui sintomi, a giudicare normali sensazioni corporee come indicatori di malattia, a provare intensa preoccupazione per la salute e paura che qualsiasi attività fisica possa arrecare danno al corpo. Le componenti comportamentali possono invece includere la messa in atto di condotte ripetute di controllo del corpo allo scopo di accertarsi dell'assenza di anomalie,

come ad esempio richiedere spesso aiuto in ambito medico e ricercare rassicurazioni, e l'evitamento dell'attività fisica. Tutto ciò può condurre a un comportamento di ricerca di consultazioni mediche e rassicurazioni che riducono la capacità del soggetto di assumere una visione più ampia, capace di contemplare altre cause del proprio malessere oltre a quelle mediche. La persona viene consolata per un breve tempo dal fatto che il medico escluda la presenza di una certa patologia, ma spesso questo si associa alla credenza che il medico non stia prendendo i suoi sintomi con adeguata serietà. Come anticipato, la persona che lamenta sintomi somatici tende ad attenzionare il suo disagio prima di tutto a un medico e quando viene inviato a uno specialista della salute mentale può essere sorpreso ma anche rifiutare la possibilità che la sua sofferenza abbia una base psicologica (APA, 2013).

Il processo diagnostico si avvale anche della diagnosi differenziale; il DSM-5, perché si giunga a diagnosi di SSD, prevede che i sintomi somatici siano valutati escludendo la possibilità che questi siano attribuibili a un'altra condizione psicopatologica, tra cui: disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzata, disturbi depressivi, disturbo da ansia di malattia, disturbo di conversione, disturbo delirante, disturbo da distorsione corporea e disturbo ossessivo compulsivo. I dati indicano che il SSD è associato ad alti livelli di comorbidità con disturbi medici, ad esempio disturbi gastrointestinali (Whitehead et al., 2007), disturbi d'ansia (Mallorquí-Bagué et al., 2016) e disturbi depressivi (Tylee & Gandhi, 2005). Nel primo caso il grado di compromissione fisica è maggiore rispetto alla condizione in cui sia unicamente presente la patologia medica. Quando il SSD è associato a un disturbo depressivo, c'è un accresciuto rischio suicidario (Hagnell & Rorsman, 1978; APA, 2013). Il DSM-5 riporta inoltre una maggior

probabilità che sia presente un disturbo depressivo in comorbidità al SSD in persone che presentano numerosi sintomi somatici (APA, 2013).

Attualmente non si possiedono dati epidemiologici affidabili per il SSD, tuttavia si può ragionevolmente assumere che il numero di pazienti con diagnosi sia più alto nella popolazione generale e tra coloro che si sono rivolti all'attenzione di uno specialista rispetto ai valori per il disturbo da somatizzazione, ma più basso rispetto al disturbo non specifico (Henningsen, 2022). Il DSM-5 stima che la prevalenza del disturbo da sintomi somatici nella popolazione adulta sia tra il 5% e il 7%; le donne tendono a riportare maggiormente rispetto agli uomini sintomatologia somatica, conseguentemente è attesa una maggiore prevalenza nelle donne (APA, 2013).

Per quanto riguarda lo sviluppo e il decorso del SSD, il DSM-5 riporta che negli individui più anziani i sintomi somatici e la presenza di malattie sono comuni, perciò durante il processo diagnostico occorre porre particolare attenzione alla componente cognitiva e a quella comportamentale per distinguere la natura del malessere. Il disturbo può essere sotto-diagnosticato negli adulti perché sintomi come la fatica e il dolore sono considerati associati all'invecchiamento ma anche perché la paura della malattia è considerata comprensibile alla luce della maggiore predisposizione a richiedere cure mediche rispetto la popolazione più giovane. Per quando riguarda i bambini, il manuale indica come i sintomi più comuni riguardano dolore addominale, cefalee, affaticamento e nausea; a differenza degli adulti, nei bambini è più comune che sia presente un solo sintomo somatico. Il DSM-5 evidenzia che solo a partire dall'adolescenza emerge la preoccupazione riguardo la salute, nonostante già in epoche precoci il bambino sia in grado di identificare e segnalare il malessere fisico. È necessario coinvolgere i genitori nel processo diagnostico non solo in qualità di massimi esperti dei propri figli ma anche

perché le risposte rivolte alle lamentele somatiche dei figli determinano il livello di stress associato ai sintomi. Inoltre i genitori contribuiscono a interpretare i sintomi dei figli e a prendere decisioni in merito alla necessità di richiedere un aiuto medico e di assentarsi da scuola. Per quanto riguarda il decorso, il persistere di sintomi somatici è stato associato a specifiche caratteristiche demografiche come essere di genere femminile, essere anziani ed essere disoccupati; ad eventi di vita stressanti come l'aver subito un abuso sessuale o altre condizioni di vita avverse durante l'infanzia e avere una seconda diagnosi di un disturbo medico o di un disturbo psichiatrico (APA, 2013). I fattori cognitivi invece che influiscono sul decorso del disturbo sono la sensibilizzazione al dolore, un'elevata attenzione rivolta alle sensazioni corporee e l'attribuzione ai sintomi corporei di uno statuto di malattia invece che riconoscerli come fenomeni normali oppure relati allo stress (Ibidem).

Negli anni sono stati proposti diversi modelli eziologici, tra i primi Dunbar e Alexander hanno attribuito alla mente l'attivazione psicofisiologica periferica, ritenevano infatti che il sintomo psicosomatico fosse l'effetto di stati di attivazione fisiologica cronica ed abnorme generata da emozioni inappropriate alla situazione e agli stimoli o inadeguatamente espresse (Dunbar, 1934; Alexander, 1950). I modelli proposti negli ultimi decenni, al contrario, hanno proposto meccanismi in cui lo stimolo periferico sensoriale e nocicettivo viene amplificato da fattori psicosociali o legati al sistema nervoso centrale (Van den Bergh et al., 2017). Più recentemente si è affermato un modello che rimanda la sintomatologia somatica a un disturbo della percezione (Wiech, 2016). In questo caso la percezione è considerata determinata sia dalle aspettative sia dai sintomi corporei periferici. Questo modello si basa sulla visione del cervello come un calcolatore, e il disturbo percettivo può quindi emergere da fallimenti nelle predizioni. Viene anche

riconosciuto il ruolo di fattori culturali nel contribuire alla predisposizione alla sintomatologia somatica, infatti è stato osservato che alcune culture mostrano una maggiore tendenza alla somatizzazione indipendentemente dal livello di salute del singolo o del sistema di salute pubblica (Shorter, 1994; Kirmayer & Young, 1998). I meccanismi epigenetici stanno acquisendo molta rilevanza a livello eziologico e con essi il riconoscimento del ruolo di esperienze prenatali ed esperienze di vita avverse durante l'infanzia (Kleinstäuber et al., 2016). Un altro collegamento tra queste ultime e la somatizzazione è individuato negli stili di attaccamento. Alcune evidenze indicano l'associazione tra attaccamento insicuro-evitante e condizioni di dolore, come cefalee frequenti o gravi e tra attaccamento insicuro-preoccupato e una serie di condizioni mediche che riguardano in particolare il sistema cardiocircolatorio, come infarti e pressione alta (McWilliams & Bailey, 2010). Il nevroticismo è stato identificato come un possibile fattore di rischio per un numero elevato di sintomi somatici; l'affettività negativa infatti si presenta spesso in comorbidità con ansia e depressione e può esacerbare i sintomi (APA, 2013). È stato anche riscontrato che il SSD è più frequente nelle persone con un basso livello di scolarizzazione, un basso status socio-economico e in coloro che hanno dovuto affrontare recentemente esperienze di vita stressanti (Ibidem).

2.3 Disturbi psicosomatici e funzionamento affettivo

Nel primo capitolo i disturbi ad espressione psicosomatica sono stati definiti, assumendo un approccio psicodinamico, come un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche organiche in cui si presuppone tra le cause una base di natura psichica; in particolare la co-occorrenza di un sintomo fisico e di un'intensa sofferenza psichica viene ricondotta al

meccanismo di somatizzazione (Tambelli et al., 2017). La somatizzazione è un meccanismo primitivo (Stern, 1985) in cui i processi di mentalizzazione della sofferenza psichica non si attivano e ne consegue che il corpo non solo esprime la mente, ma si ammala manifestando una patologia fisica diagnosticabile. Durante l'arco della vita, l'individuo a funzionamento psicosomatico può avere un funzionamento affettivo caratterizzato da: alessitimia (Martinez et al., 2015) e nevroticismo (De Gucht, 2003), scarsa mentalizzante e riflessività (Stonnington et al., 2013; Subic-Wrana et al., 2010) e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999).

Sifneos (1973) è stato il primo a introdurre il concetto di alessitimia associato alle malattie psicosomatiche. L'alessitimia può essere sinteticamente definita come la “mancanza di parole per le emozioni” (Nemiah, 1970). È caratterizzata dalla difficoltà a identificare i sentimenti; difficoltà a differenziare un sentimento da un altro e i sentimenti da sensazioni somatiche non emozionali; difficoltà a comunicare ad altri i propri sentimenti; da uno stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno, con mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno proprio e altrui; infine da processi immaginativi coartati (Taylor et al., 1999). Taylor (1994), in particolare, propone un'interpretazione di tali caratteristiche in relazione a un deficit nell'elaborazione cognitiva delle emozioni: il soggetto con tratti alessitimici sembrerebbe carente nella dimensione cognitivo-esperienziale e interpersonale degli affetti. I livelli fisiologico e motorio-comportamentale degli affetti rimarrebbero così privi di regolazione da parte di una componente più cosciente e verbale e della possibilità di beneficiare del contributo dei rapporti interpersonali alla regolazione affettiva. Una dissociazione tra il livello fisiologico dell'emozione e quello cognitivo-esperienziale potrebbe inficiare la capacità di regolazione fisiologica (Ibidem). L'alessitimia è concepita come un costrutto

dimensionale che è distribuito normalmente nella popolazione generale. Sono numerose le ricerche che hanno evidenziato il rapporto tra alti livelli di alessitimia e alti livelli di lamentele somatiche (Tambelli et al., 2017). L'incapacità di identificare adeguatamente le sensazioni corporee come manifestazioni somatiche delle emozioni può rendere i soggetti con tratti alessitimici suscettibili a interpretare erroneamente la loro attivazione emotiva come un sintomo di malattia, conducendoli a ricercare assistenza medica per sintomi che non necessariamente hanno una chiara spiegazione (Lumley et al., 1996). Il dolore cronico è, ad esempio, una condizione in cui si verifica quanto appena descritto. Il dolore cronico può essere definito come un dolore persistente o degenerativo che spesso resiste ai trattamenti medici. È stato riconosciuto come un'esperienza multidimensionale che comprende componenti sensoriali, affettive e cognitive, ed è interpretato come un fenomeno biopsicologico in cui fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono dinamicamente tra loro determinando l'espressione clinica del dolore (Sullivan, 2001). È stata riscontrata un'alta prevalenza di funzionamento alessitimico, specialmente difficoltà nell'identificazione delle emozioni, in differenti condizioni di dolore cronico, tra queste: dolore cronico generale (Makino et al., 2013), emicrania cronica (Vieira et al., 2013) e sindrome da intestino irritabile (Porcelli et al., 2014).

Oltre alla presenza di tratti di personalità alessitimici, alti livelli di nevroticismo sembrano essere predittivi di un funzionamento somatizzante. Il nevroticismo può essere definito come una tendenza a sperimentare emozioni negative, dolorose e a possedere comportamenti e cognizioni associati, tra cui paura, irritabilità, bassa autostima, ansia sociale, scarsa inibizione degli impulsi e impotenza (Costa & McCrae, 1987). Uno studio longitudinale (De Gucht, 2003) ha confermato numerose ricerche precedenti (Costa,

1987; Vassend, 1994; Russo et al., 1997) indicando nevroticismo e alessitimia come due tratti sostanzialmente stabili in individui che manifestano sintomi somatici.

Il DSM-5 riporta che sintomi somatici, ansia e depressione sono spesso in comorbidità. Il manuale indica che il nevroticismo è alla base degli antecedenti temperamentali e genetici e ai fattori di rischio ambientali condivisi dai disturbi d'ansia (APA, 2013); tale tratto è anche un importante fattore di rischio associato all'esordio del disturbo depressivo maggiore e aumenta la vulnerabilità a sviluppare un episodio depressivo a seguito di eventi di vita stressanti (ibidem). Il nevroticismo è poi, negli individui con disturbo depressivo persistente, correlato alla maggiore severità dei sintomi, alla presenza in comorbidità di un disturbo d'ansia e alla compromissione del funzionamento. Tra le caratteristiche che supportano la diagnosi di disturbo depressivo maggiormente riportate dal DSM-5 vi sono l'eccessiva preoccupazione riguardo la salute fisica e lamentele associate a dolori, ad esempio: mal di testa, dolore addominale e articolare. Tra i sintomi principali del disturbo depressivo persistente sono inclusi i sintomi somatici, anche se, presenti isolatamente, non sono sufficienti per fare diagnosi (APA, 2013). Una, tra le ipotesi che si sono proposte di spiegare la relazione tra sintomi somatici e depressione, suggerisce che quest'ultima sia associata a una ridotta soglia del dolore e a un'amplificata vigilanza somatica e quindi a maggiori sintomi somatici (Geisser et al., 2003). Inoltre è stato suggerito che i sintomi somatici siano il risultato di una strategia emotiva adottata per esprimere stress di origine psicosociale che verrebbe alleviato reprimendo i sintomi affettivi della depressione (Wearden et al., 2005). Alcuni studi hanno dimostrato che la presenza, in comorbidità, di disturbi psicosomatici incrementa i livelli di ansia sia nel disturbo depressivo maggiore sia di ansia generalizzata

e che i livelli di ansia e depressione sono simili tra diversi tipi di disturbi psicosomatici (Huang et al., 2016; Grover et al., 2015).

Individui con tratti Alessitimici, oltre ad avere alta probabilità di avere in concomitanza tratti di nevroticismo, sembrano anche presentare un deficit nella mentalizzazione (Hill et al., 2004). La mentalizzazione è definita come l'abilità di spiegare o predire il comportamento inferendo gli stati mentali come sentimenti, pensieri e intenzioni propri e altrui (Fonagy et al., 2002). La prospettiva psicodinamica descrive come la mentalizzazione sia associata allo sviluppo della regolazione affettiva, della simbolizzazione e di un coerente senso di sé, nello specifico Fonagy (2002) presuppone che la capacità di rappresentare mentalmente le emozioni, che si acquisisce nella relazione bambino-caregiver, sia alla base della capacità di regolare l'eccitazione emotiva aiutando a comprendere gli stati mentali propri e altrui. Alcune ricerche hanno evidenziato come pazienti con diagnosi di disturbo da sintomi somatici (SSD) mostrino difficoltà nella mentalizzazione, cioè a trasformare i segni impliciti dell'attivazione emotiva in un'esplicita modalità di processazione emotiva, e quindi interpretino erroneamente tali segni come sintomi di un malfunzionamento del corpo. Ad esempio, potrebbero non essere in grado di associare l'aumento del battito cardiaco alla narrazione interna "sono turbato"; in termini psicodinamici, la persona pensa con una modalità di equivalenza psichica (Subic-Wrana, 2011). Le osservazioni cliniche di pazienti con SSD hanno evidenziato fallimenti nell'associare l'attivazione corporea a sentimenti consapevoli e difficoltà a dare senso a interazioni sociali inferendo sentimenti, pensieri e intenzioni propri e altrui (Ibidem). Altri dati mostrano che un'ampia gamma di pazienti con diagnosi di disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati presentano una scarsa capacità di mentalizzazione, suggerendo che il deficit nella rappresentazione mentale delle emozioni

possa costituire un meccanismo alla base della somatizzazione (Stonnington et al., 2013; Subic-Wrana et al., 2010).

2.4 I disturbi psicosomatici materni

Quando è una madre ad avere un funzionamento somatizzante le possibili implicazioni sull'esercizio della funzione genitoriale sono molteplici. Come descritto nel paragrafo precedente, il funzionamento affettivo di un individuo con sintomi somatici può essere caratterizzato da alti livelli di alessitimia (Martinez et al., 2015) e nevroticismo (De Gucht, 2003), scarsa mentalizzazione e riflessività (Stonnington et al., 2013; Subic-Wrana et al., 2010) e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999). Inoltre i sintomi somatici si presentano spesso associati a sintomi depressivi e sintomi ansiosi (APA, 2013). Tali caratteristiche di funzionamento possono essere considerate come dei fattori di rischio per la funzione genitoriale in quanto coinvolgono competenze fondamentali per la funzione di cura stessa.

Nella madre la presenza di tratti alessitimici, che comportano una difficoltà a identificare e descrivere prima di tutto i propri stati mentali, è stata associata a compromissioni nella funzione affettiva (Scarzello, 2021). Alcuni studi evidenziano che l'alessitimia può avere un effetto negativo sulla funzione genitoriale poiché si associa a mancate risposte empatiche, a livelli inferiori di sensibilità e responsività durante le interazioni madre-bambino, ad una minore capacità di mentalizzare e di fungere da socializzatore emotivo efficace (Ahrnberg et al., 2020; Cuzzocrea et al., 2015; Yürümez et al., 2014). Ciò potrebbe portare anche a un deficit di rispecchiamento e di sintonizzazione, ovvero la madre potrebbe non essere in grado di sintonizzarsi in modo

dinamico, affettivo ed empaticamente responsivo sugli affetti e i segnali comunicativi mostrati dal bambino (Winnicott, 1992). L'impatto dell'alessitimia sulla funzione di cura è comprensibile anche alla luce del fatto che il bambino è inserito fin dalla nascita in un mondo di relazioni affettive significative all'interno delle quali si sviluppa la sua personalità, si strutturano le sue difese e si implementano le sue capacità di regolare le emozioni (Tronick, 2008). Con il consolidarsi delle relazioni di attaccamento il bambino apprende specifici stili di regolazione emozionale, facendo riferimento alla disponibilità emotiva del genitore (Cassidy, 1994). Se il caregiver non è in grado di identificare efficacemente le emozioni del bambino e di attribuirne il giusto significato, il bambino potrebbe essere privato di esperienze interattive adeguate e della possibilità di sperimentare la regolazione e il controllo degli stati emozionali negativi e di amplificare quelli positivi (Tronick, 2008; Cuzzocrea et al., 2015).

Tale rischio può essere maggiormente rilevante se si considera che un altro tratto di personalità associato alla somatizzazione è il nevroticismo, caratterizzato da una tendenza ad esprimere affettività negativa (Costa & McCrae, 1987). Esistono ricerche condotte con madri, senza diagnosi psicopatologica, che hanno evidenziato come alti livelli di nevroticismo materno sono relati a minori livelli di sensibilità e calore affettivo e ad alti livelli di affettività negativa, intrusività e autoritarismo (Bornstein & Haynes, 2011). Inoltre madri con alti livelli di nevroticismo si descrivono come meno competenti e meno soddisfatte dei propri stili di cura (Bornstein & Haynes, 2011). Il processo di sintonizzazione affettiva tra madre e bambino si costruisce sulla base delle interazioni all'interno delle quali si alternano flessibilmente stati affettivi positivi di congiunzione e coordinazione e stati affettivi negativi non coordinati e di disgiunzione, seguiti da un recupero della coordinazione e della sincronia. Entrambi i partner sono coinvolti nel

processo di regolazione reciproca all'interno del quale avvengono tali movimenti di rottura e riparazione (Tronick, 1989). Una buona interazione è data dall'abilità della diade di riparare le rotture e quindi gli stati di non coordinazione. In presenza di tratti Alessitimici e nevrotici materni associati alla presenza di un disturbo da sintomi somatici può essere quindi compromesso il processo di sintonizzazione affettiva in quanto la madre potrebbe non avere a disposizione un'adeguata capacità autoregolativa e questo potrebbe avere ripercussioni sull'efficacia dei suoi interventi eteroregolativi (Senehi & Vallotton, 2018). Inoltre i tratti nevrotici della madre potrebbero veicolare una quota persistentemente elevata di affettività negativa all'interno dell'interazione diadica esponendo a una maggiore probabilità di sperimentare stati di non coordinazione a fronte di scarse capacità riparatorie (Bornstein & Haynes, 2011).

Ai deficit di sintonizzazione si può associare una scarsa mentalizzazione. Ci sono prove che testimoniano l'associazione tra una modalità di cura materna caratterizzata da abilità di mentalizzazione e buone capacità auto-regolatorie nei figli; inoltre la funzione mentalizzante materna facilita lo sviluppo della capacità del bambino di accedere al linguaggio emotivo per comprendere i propri stati interni e quelli degli altri (Senehi & Vallotton, 2018). A sua volta lo sviluppo di un sistema rappresentativo promuove la capacità di identificare, esprimere e modulare autonomamente i propri stati interiori (Ibidem). La madre, attraverso la funzione di *Reverie* (Bion, 1962), dovrebbe promuovere lo sviluppo nella mente del bambino della capacità di riflettere i propri e altrui stati mentali, dando senso ai suoi bisogni, ai suoi gesti all'inizio casuali in un progetto co-costruito che gli permette di cogliere e interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali, come bisogni, desideri, emozioni, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni (Tambelli, 2017b); in associazione la madre favorisce l'emergere della

capacità di regolazione affettiva (Fonagy & Target, 1997). Tutto ciò potrebbe essere compromesso in presenza di un disturbo psicosomatico materno se il funzionamento della madre rimane su un piano concreto e di equivalenza psichica.

È opportuno tenere in considerazione la comorbidità tra sintomi somatici, sintomi depressivi e sintomi ansiosi soprattutto alla luce del fatto che le donne hanno un rischio doppio rispetto agli uomini di sviluppare un disturbo d'ansia generalizzata e hanno alti tassi di prevalenza per il disturbo depressivo maggiore (APA, 2013). Alcuni dati indicano che i sintomi depressivi e somatici nelle donne possono essere associati a problemi nella funzione genitoriale e nella cogenitorialità (Wilson & Fales, 2015). Altri che sintomi depressivi cognitivi e affettivi predicono minori competenze materne e inefficaci pratiche disciplinari (Childs et al., 2014); inoltre tali sintomi sono stati associati a una cogenitorialità non supportiva, conflittuale e debole (Lamela et al., 2016). Alcune ricerche hanno poi suggerito che sia sintomi somatici specifici e non specifici possono essere associati a problemi nella funzione genitoriale (Evans et al., 2006). Ad esempio, uno studio condotto con madri con dolore cronico ha dimostrato che la severità del dolore era associata a una risposta disciplinare eccessiva; un secondo esperimento condotto con madri e padri ha rilevato che la minor tolleranza al dolore era associata a un rischio maggiore di mettere in atto comportamenti di maltrattamento verso il proprio figlio (Hiraoka et al., 2014).

Alcuni autori hanno descritto come il contesto di attaccamento sicuro abbia una maggiore probabilità di promuovere lo sviluppo delle abilità di regolazione emotiva (Taylor & Bagby 2004). Poiché questa capacità è spesso individuata tra i principali deficit correlati ai tratti Alessitimici in persone con sintomi somatici, è ragionevole ipotizzare che madri somatizzanti abbiano uno stile di attaccamento insicuro. In particolare, alcuni studi

effettuati sugli adulti hanno rilevato che l'alessitimia è associata a stili di attaccamento adulto (Main et al., 1985) sia di tipo insicuro-distanziante che insicuro-preoccupato (Bekendam, 1997; Scheidt et al., 1999; Troisi et al., 2021). Due dimensioni dell'attaccamento insicuro sono l'evitamento e l'ansia (Bartholomew & Horowitz 1991). Una persona con uno stile di attaccamento associato ad alti livelli di ansia è tipicamente attenta ai segnali di minaccia, non crede di essere in grado di gestire adeguatamente le situazioni di pericolo, risponde con intense espressioni di stress e di ricerca di aiuto. Invece, una persona con alto evitamento tende a inibire le espressioni di stress, si auto-consola ed evita situazioni emotivamente salienti (ibidem). All'interno del contesto dei disturbi da sintomi somatici, l'attaccamento insicuro si manifesta nell'ipervigilanza verso segnali interni di pericolo, una valutazione catastrofica di tali segnali, un'amplificazione del comportamento di ricerca di aiuto e difficoltà nell'essere rassicurato (Ciechanowski et al., 2002). È probabile che tali comportamenti caratterizzino il comportamento di cura di una madre con sintomi somatici nei confronti prima di tutto di se stessa e poi del proprio figlio. Le rappresentazioni dell'attaccamento modulano l'attivazione del sistema di caregiving e predicono il pattern comportamentale di attaccamento del bambino a un anno di vita (Van Ijzendoorn, 1995). La sensibilità materna (Ainsworth et al., 1974) è stata proposta come uno dei mediatori della trasmissione intergenerazionale del legame di attaccamento. È stato osservato che le risposte ai segnali di attaccamento di madri con attaccamento adulto distanziante si caratterizzano per la presenza di: minor sensibilità rispetto alle madri con attaccamento autonomo e una scarsa connessione emotiva con il proprio figlio, difficoltà nell'interazione e reciprocità diadica, difficoltà nel riconoscere gli stati emotivi del bambino e minori livelli di affettività positiva (Ainsworth 1979; Van den Boom, 1994; Bigelow et al., 2010). Le risposte ai segnali di attaccamento di madri

con attaccamento adulto preoccupato si caratterizzano invece per la presenza di: disponibilità emotiva scarsa e discontinua, difficoltà nella sintonizzazione e prevalenza di affettività negativa, rabbia e intrusività (Ibidem). Alla luce del fenomeno della trasmissione intergenerazionale del legame di attaccamento (Van Ijzendoorn, 1995), e alla luce del riconoscimento da parte dell'Infant Research del ruolo chiave della disregolazione emotiva nel sistema diadico genitore-bambino (Tambelli et al., 2017), è possibile ipotizzare che madri con disturbi psicosomatici predispongano il figlio alla strutturazione di un legame di attaccamento insicuro, considerato come un fattore di rischio per numerosi disturbi psicopatologici (Tironi et al., 2021). Le evidenze riportate in questo paragrafo sulla relazione tra funzione genitoriale e specifiche modalità di funzionamento affettivo danno ragione all'importanza di condurre ricerche che indagano il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici, e l'impatto sulla relazione precoce madre-bambino.

CAPITOLO 3

METODO

3.1 Obiettivo

L'obiettivo generale dello studio è di svolgere una revisione sistematica della letteratura riguardante le caratteristiche del funzionamento affettivo, che comprende un'ampia gamma di processi legati alle capacità di inferire gli stati affettivi, comprendere le cause e le conseguenze delle emozioni, modulare ed esprimere le emozioni, utilizzare gli affetti per guidare il comportamento, sperimentare emozioni differenti e comunicarle (Denham, 1998; Halberstadt et al., 2001; Lindquist & Barrett, 2008; Saarni, 1999; Salovey & Mayer, 1990), di madri con Disturbo da Sintomi Somatici (SSD).

3.2 Metodo

La revisione è stata condotta aderendo alle linee guida del metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Dopo aver definito la domanda di ricerca, è stata sviluppata la strategia di ricerca e il metodo di raccolta dei dati; sono stati poi definiti i criteri di inclusione e di esclusione in relazione all'obiettivo dello studio. Di seguito sono descritti dettagliatamente la strategia di ricerca, i criteri di eleggibilità, il processo di selezione degli studi e di raccolta dei dati, e la sintesi dei risultati.

Questa revisione fa parte di un progetto di revisione sistematica della letteratura più ampia registrata su PROSPERO con ID: CRD42022327140, dal titolo: *The influence*

of maternal somatic symptom disorders on parenting and dyadic intersubjectivity: a systematic review.

3.2.1 Strategie di ricerca

Per raccogliere i dati sul funzionamento affettivo di madri con SSD in data 04/05/2022 sono stati consultati sistematicamente due database bibliografici (PsycINFO e PubMed). La ricerca è stata condotta da due ricercatori indipendenti (CB e BF) che hanno considerato solamente gli studi pubblicati in lingua inglese dopo il 2000. I termini di ricerca sono stati formulati basandosi su un'interpretazione della popolazione e del problema di interesse.

Le ricerche, effettuate mediante i due database, sono state condotte usando le seguenti parole-chiave: *(somatic symptom disorder* OR somatoform disorder* OR somatoform OR psychosomatic OR psychosomatic symptom* OR psychosomatic disorder* OR somatization) AND (emotion* OR affect* OR emotion regulation OR emotional functioning OR emotional distress OR affect dysregulation OR dysregulation) AND (parent* OR mother* OR maternal).*

3.2.2 Criteri di eleggibilità

Sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: (a) studi pubblicati in riviste *peer-reviewed*; (b) studi che includono madri nel campione (o in cui i dati relativi alle madri sono riportati separatamente rispetto ai dati relativi ai padri e/o ad altri partecipanti) con

disturbo psicosomatico o in cui è valutata la somatizzazione; (c) i figli dei soggetti devono avere un'età compresa tra 0 e 10 anni.

I criteri di esclusione sono invece i seguenti: (a) madri con diagnosi psicopatologica diversa dal SSD, o primaria rispetto al disturbo psicosomatico, all'interno del campione; (b) bambini nati pretermine, con disabilità, gravi anomalie congenite o altre condizioni mediche all'interno del campione; (c) studi in cui la presenza di un disturbo psicosomatico è diagnosticata o indagata solamente nel bambino.

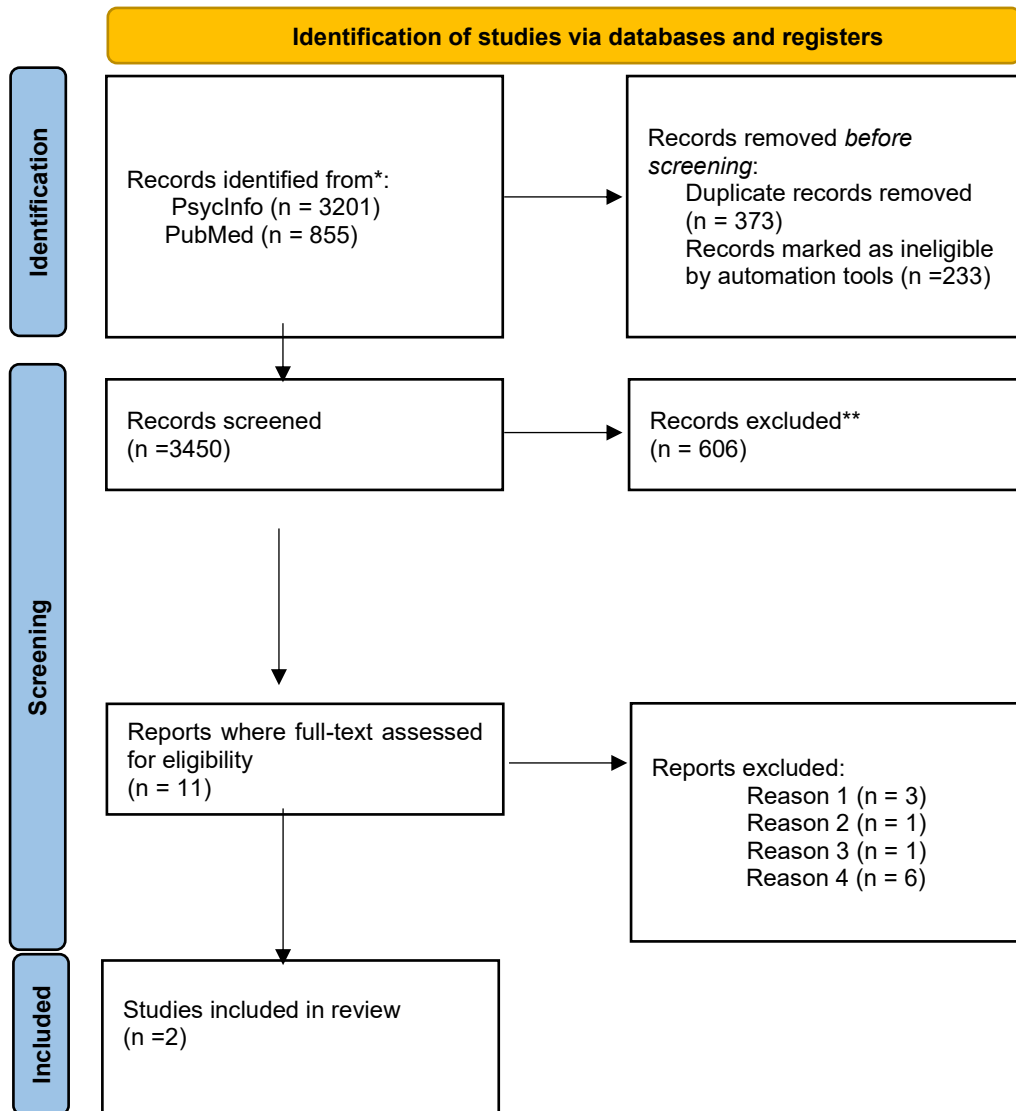
3.2.3 Processo di selezione

La prima selezione degli studi, condotta in accordo ai criteri di inclusione, è stata basata su *abstract* e titolo. Gli articoli visionati sono quelli di cui si è accertata l'assenza di duplicati usando Zotero 6.0.4. Successivamente, basandosi sulla versione integrale, o *full-text*, degli studi selezionati sono stati rifiutati gli articoli che incontravano i criteri di esclusione. In particolare, numerosi studi esclusi riportavano dati riferiti ai sintomi psicosomatici esclusivamente dei figli, altri studi coinvolgevano adolescenti e molti riguardavano un campione che aveva diagnosi di malattia non psicosomatica (ad esempio genetica o neurodegenerativa) oppure erano studi in cui il campione presentava sintomi somatici secondari a un disturbo da stress post traumatico o depressivo. Il processo di selezione degli studi è stato riassunto usando il diagramma di flusso PRISMA (Figura 1).

Figura 1

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only

Da: Page et al., (2021)



3.2.4 Processo di raccolta dati

È stata realizzata una tabella comprensiva di tutti gli studi che soddisfano i criteri di eleggibilità. Il primo revisore indipendente (CB) ha raccolto i dati dagli articoli selezionati e il secondo revisore (BF) ha verificato i dati estratti. Le discrepanze tra i due revisori indipendenti (CB e BF) sono state discusse e risolte; nei casi in cui i due revisori non raggiungevano un accordo è stato interpellato un terzo revisore per giungere a una decisione (PR).

Nello specifico i dati raccolti includono: (a) le caratteristiche degli studi (nomi degli autori, l'anno di pubblicazione, il titolo, il luogo di pubblicazione e il disegno di ricerca; (b) le caratteristiche del campione (il tipo di campione, la numerosità campionaria e l'età dei soggetti); (c) le misure e i metodi usati per indagare il funzionamento affettivo materno; (d) i costrutti relati alla funzione genitoriale.

CAPITOLO 4

RISULTATI

Nello stadio iniziale, la ricerca condotta mediante i due database (psycINFO e PubMed) ha generato 4056 documenti, dai quali sono stati rimossi, prima del processo di valutazione, 373 duplicati e 233 articoli diversi da *peer-review*. Dai 3450 documenti potenziali che sono stati identificati nella prima valutazione ne sono stati esclusi 3439 durante l'esame dei titoli e degli *abstract*. Quindi 11 studi in versione *full-text* sono stati valutati sulla base dei criteri di eleggibilità e 2 di questi hanno incontrato i criteri di inclusione. Le informazioni appena descritte sono state riportate nel diagramma di flusso PRISMA presentato in figura (Figura 1).

4.1 Caratteristiche degli studi selezionati

I 2 studi inclusi presentano delle comunanze relativamente alle caratteristiche del disegno di ricerca, alle caratteristiche del campione e agli strumenti impiegati. Nello specifico, entrambi gli studi sono comportamentali e sviluppati secondo un disegno sperimentale *cross-sectional*.

Per quanto riguarda le caratteristiche del campione, entrambi sono costituiti da diadi madre-bambino (bambini in età scolare, con età compresa tra 8 e 12 anni). Il sintomo somatico materno è rappresentato dal dolore cronico.

Dal punto di vista degli strumenti: l'allocazione del dolore attuale è stata indagata con una mappa del corpo realizzata con il software di REDCap (Research Electronic Data Capture) mentre il dolore generalizzato è stato esaminato con i criteri comunemente

utilizzati per diagnosticare la fibromialgia (Wolfe et al., 2016). Le madri hanno riportato l'età di insorgenza del dolore, questo dato è stato impiegato nello studio di Dennis (Dennis et al., 2019) per discriminare le madri in cui l'insorgenza del dolore cronico è avvenuta durante l'infanzia (cioè prima dei 18 anni), mentre nello studio di Stone (Stone et al., 2019) è stato impiegato per calcolare la durata del dolore cronico. In aggiunta nell'articolo di Dennis (Ibidem), per descrivere le caratteristiche del dolore materno, è stato somministrato alle madri un questionario sulla storia di dolore cronico e sul problema attuale. Infine entrambi gli studi hanno impiegato il Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS-29 v2.0; Hays et al., 2018) che indaga sette domini della salute: funzionamento fisico, fatica, interferenza del dolore, sintomi depressivi, sintomi di ansia, abilità di assumere un ruolo e di partecipare alle attività sociali e disturbi del sonno.

Ai fini di questa revisione sistematica è importante considerare i dati emersi dagli studi appena citati. Il primo studio selezionato (Dennis et al., 2019) tra gli obiettivi si proponeva di stimare la prevalenza di Esperienze Avverse durante l'Infanzia (Adverse Childhood Experiences; ACEs) e il dolore cronico in madri che hanno un figlio in età scolare. Inoltre voleva esaminare l'impatto del dolore cronico materno sul funzionamento fisico e affettivo del figlio. Nella maggior parte dei casi il campione ha riportato che il dolore cronico è emerso in età adulta e quasi la metà delle madri ha soddisfatto i criteri per il dolore generalizzato. Dai risultati emerge che madri con dolore cronico riportano di aver fatto esperienza di un numero maggiore di ACEs rispetto le donne nella popolazione generale. Dal primo studio emerge anche che alti livelli di ACEs materne corrispondono a bassi punteggi di funzionamento fisico e sociale, maggiori sintomi di ansia e sintomi di depressione, elevata affaticabilità e disturbi del sonno e maggiori livelli

di intensità e interferenza del dolore. Le evidenze mostrano che sia il dolore cronico materno che le ACEs possono avere un impatto intergenerazionale sulla salute dei figli contribuendo potenzialmente al mantenimento di alti livelli di sofferenza a carico delle famiglie.

Nel secondo studio selezionato (Stone et al., 2019) i sette domini indagati con PROMIS-29 e i punteggi sull'intensità del dolore sono stati impiegati per svolgere un'analisi dei profili latenti (*latent profile analysis*; LPA) che ha permesso di identificare i profili delle madri con dolore cronico sulla base della configurazione di: dolore, funzionamento fisico e funzionamento affettivo. Le madri sono quindi state distinte in 4 gruppi corrispondenti a 4 profili latenti che comportano un differente grado di rischio per il funzionamento fisico e affettivo dei figli. Nello specifico, il primo gruppo di madri è costituito da madri con: bassi livelli di dolore, di sintomi di ansia e depressione, di affaticabilità e disturbi del sonno e più alti livelli di funzionamento fisico e sociale. Il secondo e il terzo gruppo hanno moderati livelli di: intensità del dolore, interferenza da parte del dolore, affaticabilità e disturbi del sonno. Tuttavia, il secondo gruppo riporta più bassi livelli di funzionamento sociale e fisico del terzo gruppo, mentre il terzo gruppo riporta più alti livelli di sintomi di ansia e di depressione rispetto al secondo gruppo. Il quarto gruppo presenta alti livelli di dolore, di sintomi di ansia e depressione, di disturbi del sonno e affaticabilità e più bassi livelli di funzionamento sociale e fisico.

In accordo agli obiettivi della revisione sistematica, le caratteristiche degli studi selezionati sono state sintetizzate e riportate in tabella (Tabella 1).

Tabella 1*Caratteristiche degli studi selezionati*

Autore	Titolo	Paese	Tipo di studio	Disegno di ricerca	Campione	Stadio di sviluppo	Gruppo o specifico disturbo psico-somatico	Rilevazione dei disturbi psico-somatici	Indice di funzionamento affettivo/emotivo	Rilevazione del funzionamento affettivo/emotivo
Dennis et al. (2019)	<i>Adverse childhood experiences in mothers with chronic pain and intergenerational impact on children</i>	Stati Uniti	Studio comportamentale	Studio <i>cross-sectional</i>	Madri (N=326)	Bambini in età scolare (8-12 anni)	Dolore cronico	(1) Questionario <i>ad hoc</i> (2) PROMIS-29 Profile v.2.0 (3) Mappatura con REDCap	Sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i> (PROMIS-29 Profile v.2.0)
Stone et al. (2019)	<i>Use of the PROMIS-29® to identify subgroups of mothers with chronic pain</i>	Stati Uniti	Studio Comportamentale	Studio <i>cross-sectional</i>	Madri (N=334)	Bambini in età scolare (8-12 anni)	Dolore cronico (fibromialgia, emicrania e dolore alla schiena)	(1) PROMIS-29 Profile v.2.0 (2) mappatura con REDCap	Sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i> (PROMIS-29 Profile v.2.0)

4.2 Caratteristiche degli studi esclusi

I due revisori indipendenti (CB e BF) hanno esaminato la versione integrale di 11 articoli, e 9 di questi hanno incontrato i criteri di esclusione illustrati nel paragrafo del metodo di questa revisione sistematica. Le principali ragioni alla base dell'esclusione degli articoli possono essere riassunte in: (1) madri con diagnosi psicopatologica diversa dal SSD, o primaria rispetto al disturbo psicosomatico, (2) assenza di distinzione tra i dati relativi alle madri e quelli dei padri, (3) assenza di un indice di funzionamento affettivo materno e (4) assenza di un indice che indaga la presenza di sintomi somatici nella madre.

Nello specifico, lo studio di Small e colleghi (Small et al., 2013) è stato escluso perché il campione è costituito da madri che presentano sintomi somatici secondari a sintomi depressivi indagati attraverso l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987), la SF-36 Health Survey (Ware et al., 1992) e attraverso un'intervista sul vissuto della donna rispetto la propria depressione. Inoltre, lo studio non ha utilizzato uno strumento specifico per la valutazione dei sintomi somatici materni ma, attraverso una domanda dell'intervista sopracitata e i punteggi delle sotto-scale (salute fisica, ruolo della salute e dolore al corpo) della SF-36, ha indagato lo stato di salute fisica in generale. Lo studio di Grace e colleghi (Grace et al., 2001), come il precedente, è stato escluso perché i sintomi somatici materni, indagati con il Bradford Somatisation Inventory (BSI; Mumford et al., 1991), sono secondari ai sintomi depressivi, indagati con la Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987). Lo studio di Quota e colleghi (Quota et al., 2021) è stato invece escluso perché il campione è costituito da madri che lamentano sintomi somatici, valutati usando la sotto-scala a 12-item della somatizzazione della Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis et al., 1974), che sono secondari al

disturbo da stress post traumatico (rilevato con la scala a 16-*item* dei sintomi del disturbo da stress post traumatico ottenuta dal Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1992) e la National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS-PTSD).

Lo studio di Steck e colleghi (Steck et al., 2001) è stato escluso perché non distingue i dati relativi alle madri da quelli relativi ai padri. Non definisce e non indaga in modo specifico la somatizzazione, limitandosi invece a valutare lo stato di malattia e la gravità della malattia attraverso la Karnofsky Performance Status Scale (KPS; Karnofsky, 1949) somministrata dal medico. Inoltre non prevede un indice di funzionamento affettivo materno, infatti il focus dello studio non è sulla somatizzazione ma sulle strategie di coping utilizzate dalle famiglie al cui interno vi è un genitore con una malattia fisica.

Altri tre studi esclusi poiché incontravano i criteri di esclusione definiti per la presente revisione sistematica sono quello di Lamela (Lamela et al., 2013), Craig (Craig et al., 2004) e Senturk (Senturk et al., 2012). Il primo (Lamela et al., 2013) è incentrato sul ruolo di mediazione dei sintomi somatici di genitori vittimizzati durante l'infanzia e il rischio che essi mettano in atto condotte violente sui propri figli; in particolare questo lavoro è stato escluso perché non indaga il funzionamento affettivo materno. In aggiunta i sintomi somatici materni, indagati tramite la somministrazione della *somatization scale* del Brief Symptom Inventory (SomBSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) non sono definiti con chiarezza e sono secondari all'esperienza di vittimizzazione durante l'infanzia. Il secondo studio (Craig et al., 2004) indaga invece la trasmissione intergenerazionale della somatizzazione attraverso un compito di gioco strutturato, non prevede l'utilizzo di uno strumento validato per indagare il funzionamento affettivo materno e nemmeno per individuare i sintomi somatici materni, infatti si limita a ricavare informazioni sullo stato

di salute fisica esclusivamente da documenti medici. Il terzo studio (Senturk et al., 2012) è stato escluso perché si focalizza sui sintomi propri dei disturbi mentali comuni (misurati con il SRQ-20; Beusenberg & Orley, 1994), in particolare si propone di descrivere la prevalenza e la forma dei sintomi somatici studiati con il Patient Health Questionnaire (PHQ; Kroenke et al., 2002) presenti durante la gravidanza e il periodo post-natale e di chiarire la relazione tra sintomi somatici, sintomi propri dei disturbi mentali comuni nel periodo perinatale e la compromissione del funzionamento individuale della madre in questo stesso periodo (rilevata con la World Health Organisation Disability Assessment Schedule II; WHODAS-II; World Health Organization, 2000)

L'ultima caratteristica che accomuna i lavori di Gilleland (Gilleland et al., 2009) e di Lorén-Guerrero (Lorén-Guerrero et al., 2018) con tutti quelli precedenti è l'assenza di un indice di funzionamento affettivo materno. In particolare, lo studio di Gilleland (Ibidem) si focalizza sulla concettualizzazione della somatizzazione e del funzionamento affettivo nel bambino, ed esamina la presenza di una relazione tra la somatizzazione nei figli e quella dei genitori, indagata con la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994). L'articolo di Lorén-Guerrero si propone di indagare i sintomi di ansia, di depressione, di somatizzazione e la compromissione a livello sociale durante la gravidanza e nel post-partum (attraverso la General Health Questionnaire: GHQ-28; Lobo et al., 1986), senza però prevedere nessuna valutazione del funzionamento affettivo materno.

CAPITOLO 5

INTERAZIONI MAMMA-BAMBINO NEL CONTESTO DEI DISTURBI PSICOSOMATICI MATERNI

I risultati descritti nel capitolo precedente testimoniano la carenza di letteratura e di evidenze che definiscono il funzionamento affettivo di madri con sintomi somatici. Data l'importanza di questo aspetto del funzionamento individuale per la relazione mamma-bambino e più nello specifico per la qualità dei comportamenti di cura, è stato deciso di indagare le caratteristiche della funzione genitoriale di madri con sintomi somatici. In particolare, è stato scelto di approfondire, attraverso una *narrative review*, l'effetto dei sintomi somatici materni su una specifica componente della funzione genitoriale, cioè l'intersoggettività e le interazioni mamma-bambino.

5.1 Introduzione

Nel primo capitolo di questo lavoro di tesi l'intersoggettività è stata definita come un processo di condivisione di stati interiori tra due individui durante uno scambio interpersonale (Spataro & Montiroso, 2018) ed è stato evidenziato come lo sviluppo dell'intersoggettività sia legato ai processi di regolazione diadica (Tronick, 1989). Nella prospettiva della *Developmental Psychopathology* (Sroufe & Rutter, 1984) il genitore è coinvolto nel *setting* clinico, al fianco del bambino, non in qualità di paziente nella sua individualità ma prettamente in relazione con il figlio. La considerazione centrale è che se un disturbo nasce dalla relazione, è la relazione che deve essere oggetto di cura (Tambelli, 2017). La relazione genitore-bambino rappresenta quindi il paziente

prototipico (Stern, 1995) e l'interazione è un punto di accesso privilegiato per lo studio della funzione genitoriale perché l'essere in relazione con il bambino è la condizione necessaria per il genitore per esercitare la funzione protettiva, affettiva, regolativa, rappresentativa, fantasmatica e mentalizzante (Ibidem). Nella prospettiva della *Developmental Psychopathology*, la relazione genitore-bambino è un elemento necessario alla promozione e conseguimento di importanti compiti evolutivi, tra i quali la regolazione degli affetti (Sroufe & Rutter, 1984). Da una parte le abilità di regolazione emotiva si fondano inizialmente sulle funzioni regolative della diade; la regolazione infatti è prima mediata in maniera significativa dal caregiver che, attraverso le sue risposte, permette al bambino di fare esperienza di mutua regolazione. D'altra parte, fin dalla nascita, il bambino possiede delle strategie e delle competenze di autoregolazione (ad esempio la suzione del pollice), evitare stimoli stressanti (come la distorsione dello sguardo) e ricercare conforto (come il pianto per richiamare il caregiver) (Tambelli, 2017). Queste strategie di autoregolazione emozionale del bambino diventano progressivamente più complesse tramite l'acquisizione di competenze cognitive e linguistiche (Murray, 2014). Tali acquisizioni, che emergono primariamente nel contesto relazionale madre-bambino, influiscono sia sulla capacità di intrecciare relazioni positive nel corso della vita sia, più in generale, sull'adattamento nei diversi contesti e situazioni di vita (Cole et al., 1994). Con il susseguirsi delle specifiche esperienze interattive con il proprio caregiver il bambino sviluppa le competenze regolatorie e le rappresentazioni di sé, dell'altro e di sé in relazione con l'altro, che Bowlby definisce modelli operativi interni (MOI; Bowlby, 1996), e che costituiscono la base per lo sviluppo della personalità (Waters et al., 2010). Alterazioni nella qualità delle relazioni primarie o interazioni disregolate possono portare a modalità disfunzionali di regolare il proprio stato interno e

costituire così un fattore di rischio significativo per diverse forme di psicopatologia ma anche per la salute fisica (Ibidem).

Nel corso dello sviluppo del bambino l'espressione somatica e la regolazione fisiologica sono alla base della matrice relazionale primaria tra il genitore e il bambino. Il processo di sintonizzazione affettiva tra madre e bambini si costruisce sulla base delle interazioni all'interno delle quali si susseguono in maniera flessibile stati affettivi positivi di congiunzione e coordinazione e stati affettivi negativi non coordinati di disgiunzione, seguiti dal recupero della coordinazione e della sincronia. Se il rispecchiamento affettivo e la comprensione empatica materna non sono adeguati i processi di sintonizzazione affettiva diadica risultano disfunzionali e il bambino può manifestare disturbi psicosomatici (Caratelli et al., 1995). I modelli teorici che si sono occupati di concettualizzare la somatizzazione hanno sottolineato l'esistenza di fallimenti nell'autoregolazione fisiologica e affettiva che tendono ad essere persistentemente inadeguati durante la vita e che sono fortemente associati a precoci problemi di attaccamento sorti all'interno di relazioni madre-bambino carenti (Schore, 2003; Taylor, 2000). Ci sono prove del fatto che i disturbi psicosomatici abbiano origine nell'infanzia e che l'ambiente, in particolar modo la famiglia, rivesta un ruolo cruciale nel processo di trasmissione intergenerazionale dei disturbi psicosomatici stessi. Ad esempio, alcuni studi hanno riportato la continuità in età adulta di sintomi somatici emersi durante l'infanzia (Walker et al., 1998). Altri hanno messo in luce come l'esposizione precoce a gravi malattie mediche o croniche di un membro stretto della famiglia sembri aumentare il rischio di sviluppare sintomi somatici in età adulta (Hotopf et al., 2000), altri ancora che esista un'associazione tra somatizzazione ed esperienze avverse di cura come l'abuso fisico e sessuale (Craig et al., 1993). Inoltre il funzionamento somatizzante materno,

caratterizzato da alti livelli di alessitimia (Martinez et al., 2015) e nevroticismo (De Gucht, 2003), scarsa mentalizzazione e riflessività (Stonnington et al., 2013; Subic-Wrana et al., 2010) e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999) può rinforzare i comportamenti di malattia e innalzare l'attenzione genitoriale sui temi riguardanti la salute (Garralda, 1996), ad esempio incoraggiando e ricompensando i comportamenti di malattia (Walker et al., 1993), e scoraggiando invece lo sviluppo delle strategie di coping adattive (Dunn-Geier et al., 1986).

A partire da questo, l'osservazione diretta delle interazioni madre-bambino può essere uno dei principali strumenti da impiegare per individuare gli effetti del funzionamento affettivo caratteristico di madri con sintomi somatici sulle modalità interattive materne.

5.2 Metodo e strategie di ricerca

L'obiettivo della *narrative review* è stato quello di indagare come la presenza di un profilo psicosomatico materno, e il funzionamento affettivo associato, influenzano la funzione genitoriale, intesa come i comportamenti di cura osservati durante interazioni reali madre-bambino.

Per svolgere la revisione sono stati consultati due database bibliografici: PsycINFO e PubMed.

Le ricerche sono state condotte usando le seguenti parole chiave: (*somatic symptom disorder* OR somatoform disorder* OR somatoform OR psychosomatic OR psychosomatic symptom* OR psychosomatic disorder* OR somatization*) AND (*parent* OR mother* OR maternal*) AND (*child OR infant*) AND (*intersubjectivity OR dyadic*

interaction OR interactive behavior OR interaction OR synchrony OR attunement OR attuned).

Sono stati definiti i seguenti criteri di inclusione: (a) studi pubblicati in riviste *peer-reviewed*, in lingua inglese e dopo il 2000; (b) studi che includono madri nel campione (o in cui i dati relativi alle madri sono riportati separatamente rispetto ai dati relativi ai padri e/o ad altri partecipanti) con disturbo psicosomatico o in cui è valutata la somatizzazione; (c) i figli dei soggetti devono avere un'età compresa tra 0 e 10 anni; (d) studi che includono una misura della funzione genitoriale operazionalizzata come osservazione e valutazione delle interazioni madre-bambino tramite strumenti standardizzati.

I criteri di esclusione sono invece i seguenti: (a) madri con diagnosi psicopatologica diversa dal SSD, o primaria rispetto al disturbo psicosomatico, all'interno del campione; (b) bambini nati pretermine, con disabilità, gravi anomalie congenite o altre condizioni mediche all'interno del campione; (c) studi in cui la presenza di un disturbo psicosomatico è diagnosticata o indagata solamente nel bambino.

Gli articoli che hanno soddisfatto i criteri di inclusione e che sono stati consultati integralmente sono: (1) "Needs expressed" and "offers of care": an observational study of mothers with somatisation disorder and their children (Bialas et al., 2007); (2) The association of parent behaviors, chronic pain, and psychological problems with venipuncture distress in infants: The Generation R study (Wolff et al. 2009); (3) Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2 Observations of joint attention and bids for attention (Craig et al., 2009); (4) The family model stress and maternal psychological symptoms: Mediated pathways from economic hardship to Parenting (Newland et al., 2013).

5.3 Risultati: come la presenza di un profilo psicosomatico materno influenza i comportamenti di cura osservati durante interazioni madre-bambino

Gli studi inclusi nella *narrative review*, attraverso l'osservazione diretta dei comportamenti di cura, hanno permesso di individuare dei pattern interattivi caratteristici di madri con sintomi somatici e i loro figli.

Gli studi di Bialas e colleghi (2007) e di Craig e colleghi (2009) hanno utilizzato lo stesso disegno sperimentale, comparando tre gruppi di madri (con sintomi somatici, con malattie organiche e madri prive di sintomatologia fisica e/o psicologica) e i loro figli di età compresa tra 4 e 8 anni. Le madri sono state assegnate ai tre gruppi dopo essere state valutate con i Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing et al., 1998), un questionario clinical-report volto a valutare la presenza di disturbi psichiatrici attuali o nella storia delle madri. Gli studi si articolano in tre sessioni sperimentali: la prima focalizzata a valutare l'infanzia e la storia di malattia della madre (passata e attuale); la seconda verte sugli aspetti sommersi dello sviluppo del bambino, della salute fisica ed emotiva; e la terza riguarda la registrazione per una successiva valutazione di interazioni semi-strutturate della diade madre-bambino durante due compiti di gioco libero e un pasto. Per lo svolgimento dei momenti di interazione è stata seguita una procedura sperimentale adattamento di una già esistente e utilizzata in altri studi (Dowdney et al., 1984; Puckering et al., 1996). I due momenti di gioco prevedono l'introduzione nella stanza, rispettivamente, di una scatola contenente un set da tè giocattolo e un'altra contenente un set medico; il terzo momento di interazione prevede lo svolgimento di un semplice pasto che costituisce una potenziale opportunità di conflitto

e distress ma anche di piacere. Nello studio di Bialas e colleghi (2007) le interazioni sono state analizzate dai ricercatori sulla base della presenza di bisogni espressi di cura o di attenzione, e offerte di cura, con l'intento di indagare se il comportamento legato alla preoccupazione per la malattia che caratterizza i disturbi psicosomatici può essere appreso dalle risposte acquisite attraverso l'esposizione durante l'infanzia alla malattia e all'ansia di malattia genitoriali. Nello studio di Craig e colleghi (2009) invece i ricercatori si sono focalizzati sull'attenzione congiunta e le offerte di attenzione di entrambi i partner interattivi, con l'obiettivo di verificare se le madri con disturbo psicosomatico esprimono meno coinvolgimento durante il gioco, ma maggiore responsività quando questo gioco riguarda un tema medico.

Il primo studio (Bialas et al., 2007) ha permesso di evidenziare diverse configurazioni di espressione dei bisogni e risposte corrispondenti tra i *setting* e tra i gruppi. Durante il *setting* di gioco i figli di madri con sintomi somatici hanno espresso bisogni in misura maggiore rispetto agli altri due gruppi e questi bisogni corrispondevano a bisogni legati a tematiche di salute e di sicurezza (ad esempio i bambini lamentavano di stare male). Le madri con sintomi somatici sono risultate essere meno responsive rispetto a quelle appartenenti agli altri due gruppi, ma non è emerso un effetto di mediazione dato dal contenuto del bisogno espresso dal bambino sulla responsività materna; infatti, nessun tipo di bisogno è stato "ignorato" in misura maggiore, e le madri non hanno risposto in misura maggiore ai bisogni concernenti il tema della salute. Durante il *setting* del pasto i figli di madri con sintomi somatici hanno espresso meno bisogni di tutti i bambini. Gli autori hanno osservato che il minor numero di bisogni legati al cibo dei figli delle madri somatizzanti sembra essere legato al minor coinvolgimento materno piuttosto che a una differenza nel desiderio di nutrimento da parte dei bambini. In

entrambi i *setting* è stato inoltre evidenziato un collegamento tra le espressioni di bisogno dei figli di madri somatizzanti e la presenza in comorbidità di sintomatologia depressiva materna, che potrebbe quindi giocare un ruolo importante. Per quanto riguarda le offerte di cura, lo studio di Bialas e colleghi (2007) non ha mostrato differenze significative tra i gruppi di madri; tuttavia, i figli di madri somatizzanti tendevano maggiormente a ignorare le offerte di cura da parte delle proprie madri.

Lo studio di Craig e colleghi (2009), a differenza del precedente (Bialas et al., 2007), ha osservato anche alcuni aspetti globali dello stile interattivo materno valutando, in particolare, l'espressività emotiva, il coinvolgimento nel compito e la presenza di criticismo e incoraggiamento. Da queste osservazioni è emerso che, nei compiti di gioco, le madri con sintomi somatici hanno maggiori livelli di affettività appiattita e sono meno coinvolte; inoltre, nell'interazione di gioco in cui è stato chiesto alle diadi di utilizzare i set da tè le madri sono risultate meno incoraggianti nei confronti dei figli. Uno dei principali comportamenti oggetto di osservazione nelle interazioni madre-bambino nello studio è stato l'attenzione congiunta: in generale le diadi madre-bambino condividono l'attenzione per un tempo inferiore nella condizione di gioco con il set medico rispetto alla condizione di gioco con il set da tè, ma le madri con sintomi somatici presentano i punteggi più bassi, ovvero condividono l'attenzione per un tempo più limitato non soltanto rispetto all'altra condizione di gioco, ma anche rispetto alle madri negli altri gruppi sperimentali. Le madri che nell'intervista iniziale SCAN (Wing et al., 1998) avevano riportato sintomi di depressione e di ansia riportano anche livelli di attenzione congiunta più bassi di chi non ha riportato tale sintomatologia; analisi statistiche successive hanno infatti dimostrato che sono i sintomi di ansia e depressione a spiegare in larga parte la riduzione dell'attenzione congiunta osservata nelle madri con sintomi

somatici. Un altro comportamento oggetto di osservazione nelle interazioni madre-bambino è l'offerta di attenzione: i dati mostrano che l'interazione di gioco utilizzando il set medico è quella che produce significativamente più offerte di attenzione in tutte le madri e in tutti i figli, indipendentemente dal gruppo di appartenenza. Sono però presenti differenze tra i gruppi nelle risposte alle offerte di attenzione nella condizione di gioco con il set medico: gli autori hanno infatti evidenziato come in questa condizione i figli di madri con sintomi somatici ignorano quattro volte più degli altri le offerte di attenzione della propria madre, mentre le madri con sintomi somatici sono più responsive alle offerte di attenzione dei loro figli.

Altri due studi inclusi nella *narrative review* sono lo studio di Wolff e colleghi (2009) e lo studio di Newland e colleghi (2013), dove viene approfondita la relazione tra sintomatologia somatica materna e funzione genitoriale. Lo studio di Wolff e colleghi (2009) ha l'obiettivo di esaminare l'associazione tra il comportamento assunto dai genitoriali e lo stress infantile durante una procedura medica potenzialmente dolorosa, e di investigare l'associazione tra dolore cronico e problemi psicologici nel genitore con il comportamento del genitore stesso e del bambino. Il campione sperimentale è costituito da madri e dai loro figli di 14 mesi. Il principale dato che emerge dallo studio è che, in una situazione potenzialmente stressante per il figlio, le madri con dolore cronico (valutato tramite un questionario elaborato dagli autori) prediligono adottare strategie di distrazione piuttosto che, ad esempio, di rassicurazione (Wolff et al., 2009). Inoltre le madri con dolore cronico non hanno espresso commenti empatici o rassicurazioni in misura maggiore delle madri senza dolore cronico; tuttavia ciò non esclude che queste madri possano ugualmente rappresentare un modello o un rinforzo per le espressioni di dolore e stress dei figli nelle situazioni quotidiane di vita. Precedenti ricerche, infatti,

hanno evidenziato l'esistenza di una relazione tra l'esistenza di dolore cronico nel figlio e nel genitore (Levy et al., 2000; Schanberg et al., 2001). Infine, lo studio di Newland e colleghi (2013) ha avuto l'obiettivo di determinare se la precoce esposizione a condizioni di difficoltà e pressioni economiche predice l'insorgere di particolari sintomi psicologici nel bambino (o nella madre) e se questi si associano a specifiche dimensioni del comportamento del genitore. Il campione è costituito da madri che vivono in zone povere e rurali e dai loro figli (a partire da sei mesi di vita). Le diadi hanno preso parte a un programma di *home visiting* suddiviso in tre visite (a 6, 15 e 24 mesi del figlio) durante il quale venivano svolte interviste, proposti questionari, effettuate valutazioni del bambino, e venivano osservate le interazioni madre-bambino in un setting di gioco libero. I risultati dello studio hanno evidenziato come alti livelli di sintomatologia depressiva e di sintomatologia psicosomatica, valutati con la Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis, 2000), siano significativamente associati a bassi livelli di sensibilità materna e bassi livelli di supporto nei confronti del figlio durante interazioni di gioco videoregistrate e valutate da due codificatori esperti. Inoltre i risultati indicano come la relazione tra le difficoltà economiche e la sensibilità materna siano significativamente mediate dalla depressione e dall'ansia, invece la somatizzazione non medi in modo significativo la relazione tra difficoltà economica e sensibilità genitoriale. Quindi lo studio di Newland e colleghi (2013) dimostra che la sintomatologia depressiva materna e la sintomatologia psicosomatica sono i principali predittori della sensibilità materna.

5.4 Conclusion

Complessivamente risultati di questa *narrative review* hanno contribuito a far emergere come la presenza di un profilo psicosomatico materno, e il funzionamento affettivo associato, influenzino la funzione genitoriale, valutata attraverso i comportamenti di cura osservati durante interazioni reali madre-bambino. Negli studi selezionati il profilo psicosomatico materno è rappresentato sia dalla presenza di sintomi somatici, come l'eccessiva preoccupazione per la malattia (Newland et al., 2013), sia dalla presenza di un disturbo psicosomatico vero e proprio, ad esempio nel caso del dolore cronico materno (Wolff et al., 2009). La revisione ha messo in luce l'esistenza di un'associazione tra il funzionamento somatizzante materno e la presenza di sintomatologia ansiosa e depressiva (Bialas et al., 2007; Craig et al., 2009). Questa evidenza è in linea con le ricerche, descritte nel capitolo 2 di questo lavoro di tesi, che dimostrato come la presenza, in comorbidità, di disturbi psicosomatici incrementa i livelli di ansia sia nel disturbo depressivo maggiore sia di ansia generalizzata e che i livelli di ansia e depressione sono simili tra diversi tipi di disturbi psicosomatici (Huang et al., 2016; Grover et al., 2015). A sua volta il pattern di funzionamento psicosomatico e affettivo si è rivelato correlato a delle caratteristiche modalità interattive della diade madre bambino. Ad esempio, nello studio di Craig e colleghi (2009) le madri con disturbo psicosomatico si sono rivelate meno espressive, meno coinvolte e meno incoraggianti durante il compito di gioco. Questa mancanza di coinvolgimento è anche stata evidenziata dal minor tempo in cui le madri condividono l'attenzione con i propri figli ed è stata ricondotta ad un effetto della sintomatologia ansiosa e depressiva materna (Craig et al., 2009). Un esempio utile invece per illustrare l'effetto che il funzionamento caratteristico delle madri ha sulle modalità del figlio di

interagire è riportato dallo studio di Bialas e colleghi (2007). Durante il contesto del pasto, diversamente da come succede nel contesto di gioco, i figli di madri con disturbo psicosomatico esprimono meno bisogni rispetto i figli delle madri con malattia organica o prive di sintomi. Gli autori hanno proposto due spiegazioni. La prima tiene in considerazione il fatto che il contesto e il momento del pasto seguono sempre quello di gioco. Siccome in quest'ultimo contesto le madri sono apparse poco responsive, gli autori hanno suggerito che la minore espressione dei bisogni dei figli in questo specifico *setting* sia dovuta al riconoscimento della difficoltà della propria madre nel mantenere l'attenzione durante il gioco. Una spiegazione alternativa è che il comportamento del figlio rappresenti una maggiore indipendenza acquisita data dall'aver fatto esperienza di una madre con disturbo psicosomatico che fallisce spesso nel soddisfare i suoi bisogni (Bialas et al., 2007).

In aggiunta, complessivamente, gli studi inclusi nella *narrative review* hanno suggerito che le madri con disturbo psicosomatico e i loro figli interagiscono diversamente da altre diadi madre-bambino e i risultati supportano l'ipotesi che l'ambiente, quindi la famiglia, influenzi in qualche modo lo sviluppo di questo disturbo (Schore, 2003; Taylor, 2000).

CAPITOLO 6

DISCUSSIONE

6.1 Il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici

Questo lavoro di tesi si è proposto di indagare, attraverso una revisione sistematica della letteratura condotta aderendo alle linee guida del metodo PRISMA (Moher et al., 2009), le caratteristiche del funzionamento affettivo di madri con Disturbo da Sintomi Somatici (SSD).

I disturbi ad espressione psicosomatica sono stati precedentemente definiti come un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche organiche in cui si presuppone tra le cause una base di natura psichica; in particolare, la co-occorrenza di un sintomo fisico e di un'intensa sofferenza psichica viene ricondotta al meccanismo di somatizzazione (Tambelli, 2017). La quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5; APA, 2013) riporta come sintomi somatici, ansia e depressione siano spesso in comorbidità, e alcune ricerche hanno messo in luce un'associazione significativa tra il disturbo da sintomi somatici e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999), Alessitimia (Martinez et al., 2015) e scarsa mentalizzazione (Stonnington et al., 2013) che possono esitare in modelli relazionali disfunzionali.

L'ipotesi alla base di questo lavoro di revisione sistematica della letteratura è che madri con disturbo psicosomatico presentino un profilo di funzionamento affettivo caratteristico che può interferire con l'espressione della funzione di cura, così come è stata descritta nel primo capitolo di questo lavoro di tesi.

6.2 Evidenze

In tutti gli studi inclusi nella revisione sistematica (Dennis et al., 2019; Stone et al., 2019) il sintomo somatico materno corrisponde al dolore cronico, la cui concettualizzazione è stata oggetto di modifiche nel passaggio dal DSM-IV (APA, 2000) al DSM-5 (APA, 2013). Nel DSM-IV (APA, 2000) il dolore cronico, definito “disturbo algico”, era definito all’interno dei Disturbi Somatoformi come una categoria diagnostica distinta dal Disturbo di somatizzazione. Secondo questa classificazione, nei casi di Disturbo algico il paziente lamenta dolore, in almeno una regione corporea, di un’entità tale da suscitare l’attenzione clinica; tale dolore è inoltre fonte di stress e causa una compromissione significativa del funzionamento del soggetto. Secondo i criteri diagnostici i fattori psicologici svolgono un ruolo importante sulla comparsa, la severità, l’esacerbazione o il mantenimento del dolore, e i sintomi o i deficit arrecati non sono intenzionalmente prodotti o simulati. All’interno del DSM-5 (APA, 2013) il Disturbo algico è stato invece raggruppato assieme al Disturbo di somatizzazione e al disturbo Somatoforme indifferenziato all’interno del “Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati (SSD)”. Per la diagnosi di tale disturbo è previsto un criterio di cronicità (i sintomi devono persistere per almeno 6 mesi) e due criteri principali: deve essere presente almeno un sintomo somatico che provoca disagio o difficoltà significativa nella vita quotidiana e deve esserci eccessiva preoccupazione individuata in pensieri, emozioni o comportamenti sproporzionati in relazione a tali sintomi somatici. Nella quinta edizione del DSM (APA, 2013) quando il dolore costituisce la sintomatologia principale bisogna integrare alla diagnosi la specificazione “con dolore preminente”, che sostituisce il Disturbo algico del DSM-IV (Porcelli, 2014). Dai risultati della revisione sistematica emerge la profonda carenza di letteratura sul

funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici, nei due lavori inclusi nel lavoro di revisione il campione è costituito da madri con dolore cronico. Sulla base delle premesse teoriche illustrate in questo paragrafo, le evidenze sul funzionamento affettivo di madri con dolore cronico sono state valutate estensibili a evidenze sul funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici, ma sono necessari ulteriori lavori per dimostrarlo.

I risultati degli studi inclusi hanno messo in luce la presenza di un'elevata prevalenza di sintomatologia ansiosa e depressiva in madri con Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati (SSD) (Dennis et al., 2019). Questo dato è in linea con quanto riportato da studi precedenti che hanno provato la comorbidità tra i disturbi psicosomatici e queste sintomatologie nella popolazione generale (Huang et al., 2016; Grover et al., 2015). È stato anche suggerito (Dennis et al., 2019) che, in madri con elevata prevalenza di Esperienze Avverse in Infanzia (Adverse Childhood Experiences; ACEs), sia la presenza di sintomatologia depressiva in comorbidità con il SSD a mediare il rischio che il figlio manifesti sintomatologia depressiva, suggerendo da una parte la rilevanza della presenza del disturbo stesso per lo sviluppo del bambino, dall'altra l'importanza delle caratteristiche di regolazione affettiva (ad esempio la presenza di sintomatologia depressiva) nel mediare questa relazione. Stone e colleghi (2019) hanno identificato quattro profili di funzionamento delle madri con sintomi somatici nei quali è stata descritta una correlazione tra i livelli di sintomatologia ansiosa, depressiva e somatica; in particolare, bassi livelli di sintomi somatici, intesi come di minore intensità, corrispondono a bassi livelli di sintomatologia depressiva e ansiosa, mentre al contrario più alti livelli di sintomi somatici sono associati a più alti livelli di sintomatologia ansiosa e depressiva. Inoltre, i diversi profili di funzionamento individuati all'interno del

campione si differenziano sulla base di alcune caratteristiche demografiche: le madri nel gruppo con più alti livelli di sintomi somatici avevano un minor tasso di occupazione e provenivano da una condizione a basso reddito rispetto le madri nel gruppo con bassi livelli di SSD (Stone et al., 2019).

La presenza di una diagnosi di SSD a carico di una madre può rappresentare una condizione in cui la funzione genitoriale è a rischio, ovvero in cui la funzione di cura presenta delle caratteristiche di difficoltà o inadeguatezza che possono avere ricadute negative sullo sviluppo del bambino (Belsky, 1984). Occorre però considerare che la funzione genitoriale è un ambito in parte autonomo rispetto ad altri domini di funzionamento individuale o affettivo-relazionale. La presenza di tale diagnosi non è perciò necessariamente in relazione diretta con la condizione di genitorialità a rischio: esistono infatti molteplici fattori di vulnerabilità e di protezione che modulano la probabilità che i comportamenti di cura messi in atto dalla madre siano o meno adeguati (Cramer & Palacio Espasa, 1994). In questo senso, l'elevata prevalenza di sintomatologia ansiosa e depressiva può costituire un fattore di rischio per la qualità della funzione di cura di madri con SSD. Lo studio di Stone e colleghi (2019) ha permesso di identificare dei pattern di funzionamento nel campione di madri con SSD che suggeriscono come il livello di rischio per i loro figli non sia spiegato interamente dalla presenza di SSD. Infatti madri con SSD presentano diversi profili di funzionamento che rappresentano diversi livelli di rischio per i loro figli: il gruppo di madri con i livelli più alti di SSD e di sintomatologia ansiosa e depressiva è anche quello in cui i figli riportano maggiori compromissioni nel funzionamento affettivo e somatico, mentre le madri del primo gruppo, ovvero con i più bassi livelli di SSD e di sintomatologia ansiosa e depressiva è quello in cui i figli riportano meno disfunzioni. Inoltre gli autori (Stone et al., 2019) hanno

individuato la presenza di un basso reddito come un fattore che incrementa la vulnerabilità della madre a manifestare più alti livelli di SSD e che incrementa la vulnerabilità del figlio a compromissioni più gravi nel funzionamento psicologico. Secondo gli autori (Stone et al., 2019) queste evidenze suggeriscono rispettivamente che il SSD non impatta necessariamente in modo negativo sul funzionamento di tutte le madri, e che ci sono dei fattori di rischio che intervengono a modulare l'impatto di tale funzionamento sul benessere dei figli. Nello studio di Dennis e colleghi (Dennis et al., 2019) è stato provato come un numero maggiore di ACEs materni corrisponde a una più grave sintomatologia ansiosa, depressiva e psicosomatica nella madre e a un impatto più avverso sul funzionamento psicologico dei figli. Gli autori ritengono fondamentale considerare l'effetto cumulativo che ACEs, sintomatologia depressiva e SSD possono avere sulla funzione genitoriale, questo anche alla luce di altre ricerche che hanno rivelato come madri con SSD provino dolore, colpa e ansia rispetto all'impatto che il proprio disturbo può avere sulla relazione con il proprio figlio (Ziadni et al., 2018).

Dal lavoro di revisione sistematica della letteratura è emerso un profondo divario tra la quantità di studi che si sono occupati di approfondire, nella popolazione generale, il funzionamento affettivo associato alla presenza di un disturbo psicosomatico e l'esigua letteratura riguardante la condizione specifica in cui il disturbo psicosomatico è a carico delle madri. Data l'importanza di questo aspetto del funzionamento individuale per la relazione mamma-bambino è stata condotta una *narrative review* per approfondire l'effetto dei sintomi somatici materni su una specifica componente della funzione genitoriale, cioè le interazioni mamma-bambino. In primo luogo, i risultati della *narrative review* confermano l'esistenza di un'associazione tra il funzionamento somatizzante materno e la presenza di sintomatologia ansiosa e depressiva (Bialas et al.,

2007; Craig et al., 2009). La presenza di sintomi psicosomatici materni, si è rivelata relata a delle caratteristiche modalità interattive della diade madre-bambino: le madri infatti si sono rivelate meno espressive, meno coinvolte e meno incoraggianti durante interazioni di gioco con i figli e questo pattern di funzionamento si associa a una minore condivisione dell'attenzione tra i membri della diade (Bialas et al., 2007; Craig et al., 2009). È stato dimostrato come la minore condivisione di attenzione osservata nelle madri con sintomi somatici sia spiegata dai sintomi di ansia e depressione. È emerso inoltre come la presenza di sintomatologia somatica in associazione ad alti livelli di sintomatologia depressiva si associ significativamente a bassi livelli di sensibilità materna e bassi livelli di supporto nei confronti del figlio durante interazioni di gioco. In particolare, la sintomatologia depressiva materna e la sintomatologia psicosomatica si sono rivelate i principali predittori della sensibilità materna (Newland et al., 2013). Infine è emerso come la sintomatologia depressiva e ansiosa della madre medino la relazione tra difficoltà economiche della famiglia e sensibilità materna. Queste informazioni sono interessanti soprattutto se si considera che spesso SSD e sintomatologia depressiva e ansiosa sono in comorbidity, e che è stata provata l'esistenza di un effetto di mediazione di questa sintomatologia sulla sensibilità materna (Newland et al., 2013). L'associazione tra sintomi psicosomatici e sensibilità materna conferma l'ipotesi che la presenza di un disturbo psicosomatico possa essere un fattore di rischio per le interazioni della diade madre-bambino. Inoltre la sintomatologia psicosomatica non media la relazione tra difficoltà economiche e sensibilità materna, questo può essere letto come prova di una relazione diretta tra sintomatologia psicosomatica e sensibilità materna. Quest'ultimo dato è in contrasto con i risultati della revisione sistematica che hanno identificato dei pattern di funzionamento, nel campione di madri con SSD, che suggeriscono come il

livello di rischio per i loro figli non sia spiegato interamente dalla presenza di SSD, ma ci sia un'associazione tra alti livelli di sintomatologia psicosomatica, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e il grado di compromissioni nel funzionamento affettivo e somatico nei loro figli (Stone et al., 2019). Inoltre è stato provato come un numero maggiore di ACEs materni corrisponde a una più grave sintomatologia ansiosa, depressiva e psicosomatica nella madre e a un impatto più avverso sul funzionamento psicologico dei figli (Dennis et al., 2019). La contrapposizione tra le evidenze della revisione sistematica e della *narrative review* offrono un'ulteriore prova della necessità di studi futuri volti ad indagare in maniera più sistematica l'effetto dei sintomi psicosomatici sulla qualità della funzione genitoriale indipendentemente dalla sintomatologia ansiosa e depressiva perché, queste ultime, sono due condizioni che di per sé in letteratura sono già ampiamente riconosciute come fattore di rischio per la funzione di cura.

Nel complesso i risultati mettono in luce come, paradossalmente, la letteratura che approfondisce il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici è estremamente limitata rispetto a quella che indaga la qualità delle interazioni tra madri con disturbi psicosomatici e i propri figli. Considerando che il funzionamento affettivo include un complesso di processi, come la regolazione affettiva, che sono alla base degli scambi interattivi della diade e che si modificano con la transizione alla genitorialità, è fondamentale implementare studi volti ad approfondire il funzionamento affettivo in questo ambito specifico.

6.3 Perché è importante studiare il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici

Nel contesto della funzione genitoriale, la regolazione delle emozioni è stata operazionalizzata come la capacità del genitore di influenzare l'esperienza e l'espressione delle proprie emozioni (Gross et al., 1998; Gross & Thompson., 2007); è una capacità che risulta inoltre particolarmente importante nel promuovere risposte sensibili del genitore ai segnali e alle comunicazioni del bambino, e nel facilitare quindi i comportamenti di cura, indipendentemente dallo stato affettivo che sperimenta il figlio (Thompson, 1994).

Nel contesto della genitorialità la funzione di regolazione delle emozioni è distinta dalle capacità di regolare le emozioni acquisite e implementate durante altri periodi di vita.

Infatti, alcuni studi sembrano dimostrare come abilità di regolazione emotiva si modifichino nel il corso del tempo; durante la transizione alla genitorialità l'evoluzione della capacità di regolazione emotiva sembra dipendere dai cambiamenti neurobiologici, ormonali e comportamentali (Swain, 2011) funzionali a predisporre il genitore a mantenere regolato il proprio stato emotivo e a promuovere la regolazione di quello dei figli, specialmente durante le prime fasi dello sviluppo (Rutherford et al., 2015). I genitori rivestono infatti un ruolo fondamentale nella modulazione della capacità di regolazione delle emozioni durante lo sviluppo del bambino poiché quest'ultimo apprende tale capacità proprio all'interno delle interazioni con i propri caregiver, che fungono da regolare esterno, ad esempio interpretando i loro segnali di stress, come il pianto, e adottando dei comportamenti adeguati a ripristinare una condizione di equilibrio. Ciò ha delle implicazioni significative per lo sviluppo e il benessere del figlio perché può condurre alla trasmissione sia di capacità regolatorie adattive che maladattive (Bariola et

al., 2012). Il modello tripartito dell'influenza genitoriale e familiare sulla regolazione delle emozioni (Morris et al., 2007) propone tre aree in cui il genitore contribuisce indirettamente e direttamente allo sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni del figlio: (1) apprendimento attraverso l'osservazione delle strategie regolatorie dei genitori; (2) l'influenza esercitata dalle pratiche di cura del bambino, ad esempio il genitore modificando il proprio livello di attenzione o di affettività espressa verso il proprio bambino ne condiziona il comportamento (Roth et al., 2009); il clima emotivo di cui il bambino fa esperienza all'interno della famiglia, inclusi l'attaccamento con il proprio genitore e l'attaccamento romantico tra i genitori. Considerate insieme, queste tre aree permettono di identificare dei potenziali percorsi attraverso i quali le abilità di regolazione emotiva dei genitori influiscono e modificano il funzionamento regolativo dei propri figli. La regolazione delle emozioni può poi influenzare molti aspetti del funzionamento individuale, inclusi la salute fisica, ad esempio aumentando la vulnerabilità a disturbi cardiovascolari (Appleton & Kubzansky, 2014) e mentale. In particolare, difficoltà nella regolazione delle emozioni si sono rivelate centrali in numerosi disturbi psicopatologici, come ad esempio il disturbo d'ansia generalizzata (Etkin et al., 2010) e il disturbo da uso di sostanze (Li & Sinha, 2008) e modifiche nelle strategie di regolazione delle emozioni possono fungere sia da fattori di rischio che di protezione per la psicopatologia (Aldao et al., 2010). Sono inoltre presenti in letteratura studi che suggeriscono come la disregolazione emotiva possa essere un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento di disturbi psicosomatici, contribuendo anche alla presenza di altri disturbi in comorbidità (Koechlin et al., 2018). Esistono infatti prove sia dell'esistenza di una relazione diretta tra regolazione delle emozioni e sintomatologia psicosomatica che di una relazione indiretta, mediata da fattori psicologici come la

depressione (Ibidem). Occorre considerare che la rigidità, intesa come l'incapacità di adattare le strategie di regolazione emotiva alle situazioni, è una delle caratteristiche che rendono tali strategie maladattive; soffrire di un SSD può costituire uno stressor costante che incrementa l'esperienza di affettività negativa (Vos et al., 2012) e ciò, a sua volta, può rendere più difficile sviluppare strategie in grado di adattarsi alle richieste ambientali (Aldao et al., 2015). Inoltre, la capacità di regolare gli affetti, che come sottolineato sopra riveste un ruolo importante per il benessere e per il funzionamento individuale del soggetto, può essere compromessa dalla presenza di elevati livelli stress, sintomatologia depressiva, e sintomatologia ansiosa (Baker et al., 2016; Hamilton et al., 2012).

La regolazione delle emozioni è una funzione complessa e sono molteplici gli studi che hanno evidenziato le caratteristiche di tale funzione in adulti con SSD. Una variabile fondamentale per la regolazione emotiva è la consapevolezza delle emozioni stesse (Okur Güney et al., 2019). Alcuni studi dimostrano come soggetti con SSD hanno delle difficoltà a livello di consapevolezza delle emozioni, che risulta ridotta rispetto alla popolazione tipica, in particolare in relazione ad affetti negativi, come rabbia e colpa (Di Tella et al., 2015). La minore consapevolezza delle emozioni nei soggetti con SSD è correlata a carenze nella teoria della mente (Subic-Wrana et al., 2010) e alla ridotta capacità di rappresentare mentalmente le emozioni (Webb et al., 2012). Un'altra capacità strettamente legata a questa è infatti la capacità di riconoscere le emozioni. La maggioranza degli studi evidenzia la riduzione dell'accuratezza nel riconoscimento delle emozioni in soggetti con SSD (Okur Güney et al., 2019) rispetto alla popolazione tipica. Questa evidenza è stata riportata rispetto al riconoscimento di rabbia, gioia, tristezza e disgusto (Beck et al., 2013) e si è mantenuta controllando per i livelli di sintomatologia depressiva, ansiosa e per i livelli di Alessitimia (Pollatos et al., 2011). In particolare, la

differenza tra soggetti con SSD e soggetti della popolazione tipica diminuisce quando i tratti Alessitimici sono controllati nelle analisi statistiche. Ciò suggerisce che, nei soggetti con SSD, la difficoltà nel riconoscimento delle emozioni è secondaria alla sintomatologia ansiosa e depressiva (Öztürk et al., 2013) e ai tratti Alessitimici (Haas et al., 2013), che però si presentano di frequente in associazione al disturbo psicosomatico stesso (Okur Güney et al., 2019).

Un'ultima capacità, correlata con la regolazione delle emozioni, che può essere presa in considerazione per comprendere l'influenza esercitata dai sintomi somatici sul funzionamento affettivo materno è la capacità di *coping*. In presenza di sintomatologia somatica, correlata a una malattia organica oppure nei termini di sintomatologia psicosomatica, un adulto è chiamato a dare senso al disturbo e integrarlo nella rappresentazione di sé e della propria vita (Steck et al., 2007). Lo studio di Steck e colleghi (2007) ha confrontato la capacità di *coping* in due gruppi di genitori, uno costituito da genitori con disturbi organici, come cancro e sclerosi multipla e uno da genitori con disturbi psicosomatici e i rispettivi figli. Ha dimostrato come genitori con malattie organiche hanno migliori capacità di *coping* e hanno minore sintomatologia depressiva, mentre madri con sintomi psicosomatici hanno peggiori capacità di *coping* e maggiore sintomatologia depressiva. Questi dati ancora una volta mettono in luce la relazione tra sintomatologia psicosomatica, sintomatologia depressiva e un aspetto del funzionamento genitoriale, e dell'effetto di quest'ultimo sul benessere dei figli. Infatti lo studio ha mostrato come le abilità di *coping* dei bambini sono primariamente influenzate dalle strategie di *coping* dei propri genitori, in seconda istanza dalla loro età (migliori capacità di *coping* sopra i 6 anni di età), poi dalla sintomatologia depressiva dei genitori con i disturbi sopracitati e da ultimo dalla gravità della sintomatologia. I risultati, in accordo

con studi precedenti (Lewandowski, 1992; Lewandowski, 1996) confermano che i figli di età inferiore ai sei anni di genitori con sintomi psicosomatici sono più vulnerabili al rischio di sviluppare disturbi mentali rispetto a coetanei figli di genitori con disturbi organici (Steck et al.,2007).

Alla luce delle evidenze riportate in questo lavoro di tesi (1) sull'esistenza di un profilo affettivo caratteristico nei disturbi psicosomatici nella popolazione adulta; (2) sulla penuria di ricerche volte a indagare le specificità del funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici e (3) considerando la funzione genitoriale autonoma rispetto ad altri domini di funzionamento individuale e affettivo-relazionale (Cramer & Palacio Espasa, 1994) è chiara la necessità di implementare nuovi studi per indagare specificatamente il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici e le sue implicazioni sulla funzione genitoriale.

CONCLUSIONE

Questo lavoro di tesi si è proposto di indagare, attraverso una revisione sistematica della letteratura, le caratteristiche del funzionamento affettivo di madri con Disturbo da Sintomi Somatici (SSD). La quinta versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5; American Psychological Association [APA], 2013) riporta che sintomi somatici, ansia e depressione sono spesso in comorbidità e alcune ricerche hanno messo in luce un'associazione significativa tra il disturbo da sintomi somatici e alti livelli di disregolazione emotiva (Taylor et al., 1999), alessitimia (Martinez et al., 2015) e scarsa mentalizzazione (Stonnington et al., 2013) che possono esitare in modelli relazionali disfunzionali. L'ipotesi del lavoro di revisione sistematica della letteratura è che madri con disturbo psicosomatico presentino un profilo di funzionamento affettivo caratteristico che può interferire con l'espressione della funzione di cura.

Nonostante la povertà di letteratura, i risultati hanno messo in luce la presenza nelle madri di comorbidità tra disturbi psicosomatici, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva (Dennis et al., 2019; Stone et al., 2019). Un altro dato interessante ha indicato che madri con SSD presentano differenti profili di funzionamento che costituiscono diversi livelli di rischio per i loro figli (Stone et al., 2019). È emerso poi che il SSD non impatta necessariamente in modo negativo sul funzionamento di tutte le madri ed esistono fattori di rischio che intervengono a modulare l'impatto di tale funzionamento sul benessere dei figli (Ibidem).

I risultati della *narrative review* sono in linea con le principali evidenze riportate nel capitolo 4: il profilo di funzionamento psicosomatico e affettivo si è rivelato correlato a delle caratteristiche modalità interattive della diade madre-bambino, le madri infatti si

sono rivelate meno espressive, meno coinvolte e meno incoraggianti durante interazioni di gioco con i figli e questo pattern di funzionamento si associava a una minore condivisione dell'attenzione tra i membri della diade (Bialas et al., 2007; Craig et al., 2009). È emerso anche come alti livelli di sintomatologia depressiva e di sintomatologia psicosomatica siano associati significativamente a bassi livelli di sensibilità materna e bassi livelli di supporto nei confronti del figlio durante interazioni di gioco.

Nel complesso i risultati mettono in luce come, paradossalmente, la letteratura che approfondisce il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici è estremamente limitata rispetto a quella che indaga la qualità delle interazioni tra madri con disturbi psicosomatici e i propri figli. Considerando che il funzionamento affettivo include un complesso di processi, come la regolazione affettiva, che sono alla base degli scambi interattivi della diade e che si modificano con la transizione alla genitorialità, è fondamentale implementare studi volti ad approfondire il funzionamento affettivo in questo ambito specifico. Inoltre questo lavoro di tesi ha evidenziato la necessità di studi futuri volti ad indagare in maniera più sistematica l'effetto dei sintomi psicosomatici sulla qualità della funzione genitoriale indipendentemente dalla sintomatologia ansiosa e depressiva.

Limiti e prospettive future

I risultati del lavoro di revisione sistematica della letteratura vanno considerati alla luce di alcuni limiti. Primo, sono pochi gli studi che si sono occupati di indagare specificatamente il funzionamento affettivo di madri con SSD. Secondo, il funzionamento affettivo è un costrutto che include numerose capacità dell'individuo, gli articoli

selezionati hanno provato l'associazione tra sintomatologia psicosomatica e sintomatologia ansiosa e depressiva in generale. Nonostante i limiti, esistono anche punti di forza che attribuiscono valore al lavoro di revisione sistematica realizzato all'interno di questa tesi. Primo, il rigore metodologico con cui è stata eseguita la revisione, aderendo alle linee guida del metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Secondo, sulla base dei risultati della revisione, quella descritta in questo lavoro di tesi è la prima revisione sistematica della letteratura ad indagare il funzionamento affettivo di madri con SSD. Inoltre i dati emersi dalla revisione, e i contributi della letteratura sulla regolazione affettiva di adulti con SSD, testimoniano la necessità di implementare nuovi studi per indagare specificatamente il funzionamento affettivo di madri con disturbi psicosomatici e le sue implicazioni sulla funzione genitoriale.

BIBLIOGRAFIA

- Ahrnberg, H., Pajulo, M., Scheinin, N. M., Karlsson, L., Karlsson, H., & Karukivi, M. (2020). Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*, *286*, 112869.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Maternal sensitivity scales. *Power*, *6*, 1379-1388.
- Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. *The integration of a child into a social world*, *1*, 9-135.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, *34*(10), 932.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(3), 263-278.
- Alexander, F.G., (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Ammaniti, M., & Gallese, V. (2014). *La nascita della intersoggettività: lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*. Milano: Raffaello Cortina editore
- Appleton, A. A., & Kubzansky, L. D. (2014). Emotion regulation and cardiovascular disease risk. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 596–612). The Guilford Press.

- Axia, G. (2004). *Elementi di psico-oncologia pediatrica*. Roma: Carocci
- Azar, S. T. (2002). *Parenting and child maltreatment*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting volume four: Social conditions and applied parenting*. 361–388, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Baker, K. S., Gibson, S., Georgiou-Karistianis, N., Roth, R. M., & Giummarra, M. J. (2016). Everyday executive functioning in chronic pain: specific deficits in working memory and emotion control, predicted by mood, medications, and pain interference. *The Clinical journal of pain*, 32(8), 673-680.
- Bariola, E., Hughes, E. K., & Gullone, E. (2012). Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 443-448.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Bastianoni, P. (2009). Funzioni di cura e genitorialità. *Rivista italiana di educazione familiare* : 1, 2009.
- Bastianoni, P., & Taurino, A. (2007). *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli.
- Beck, T., Breuss, M., Kumnig, M., & Schüßler, G. (2013). The first step is the hardest-emotion recognition in patients with somatoform disorders. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(4), 385-390.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). Organizing principles of interaction from infant research and the lifespan prediction of attachment: Application to adult treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2(4), 61-89.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic psychology*, 11(2), 127.

- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Chen, H., Cohen, P., ... & Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety symptoms and mother–infant self-and interactive contingency. *Infant mental health journal*, 32(2), 174-206.
- Bekendam, C. C. (1997). *Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy*. The Fielding Institute.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, And Adaptation*, 38-85.
- Belsky, J., Lerner, R. M., & Spanier, G. B. (1984). *The child in the family*. Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Beusenberg, M., Orley, J. H., & World Health Organization. (1994). *A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)* (No. WHO/MNH/PSF/94.8. Unpublished). World Health Organization.
- Bialas, I., & Craig, T. K. (2007). ‘Needs expressed’ and ‘offers of care’: an observational study of mothers with somatisation disorder and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 97-104.
- Bigelow, A. E., MacLean, K., Proctor, J., Myatt, T., Gillis, R., & Power, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant behavior and Development*, 33(1), 50-60.
- Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. *International journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bonichini, S., & Tremolada, M. (2014). Le patologie mediche croniche e acute del bambino. Fattori di rischio nella genitorialità. In Simonelli, A. (a cura di), *La funzione genitoriale: sviluppo e psicopatologia* (pp. 193-213). Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental psychology*, 47(3), 658.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss Sadness and Depression*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brazelton, B., & Greenspan, S. (2001). *I bisogni irrinunciabili dei bambini*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Bretherton, I. (1991). Intentional communication and the development of an understanding of mind. *Children's theories of mind: Mental states and social understanding* (49-75).
- Campbell, S. B. G. (1979). Mother-infant interaction as a function of maternal ratings of temperament. *Child Psychiatry and Human Development*, 10(2), 67-76.
- Caratelli, T.J., Lanza, A.M. & Giannotti, A. (1995). *Verso un modello integrato nella comprensione dei disturbi e delle malattie psicosomatiche in età evolutiva*. In Richard e Piggie, 3(1), 41-53.
- Caria, A., de Falco, S., Venuti, P., Lee, S., Esposito, G., Rigo, P., ... & Bornstein, M. H. (2012). Species-specific response to human infant faces in the premotor cortex. *NeuroImage*, 60(2), 884-893.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 228-249.
- Childs, A. W., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E., & Pardini, D. A. (2014). Bidirectional associations between parenting behavior and child callous-unemotional traits: does parental depression moderate this link?. *Journal of abnormal child psychology*, 42(7), 1141-1151.

- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, *64*(4), 660-667.
- Codisposti, O., & Simonelli, A. (2006). *Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 73-100.
- Cortina, M., & Liotti, G. (2010). The intersubjective and cooperative origins of consciousness: An evolutionary-developmental approach. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *38*(2), 291-314.
- Costa Jr, P. T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *The American journal of cardiology*, *60*(18), J20-J26.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite?. *Journal of personality*, *55*(2), 299-316.
- Cox, A. D. (1988). Maternal depression and impact on children's development. *Archives of Disease in Childhood*, *63*(1), 90.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, *150*(6), 782-786.
- Craig, T. K. J., Bialas, I., Hodson, S., & Cox, A. D. (2004). Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychological Medicine*, *34*(2), 199-209.

- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study: I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences. *The British Journal of Psychiatry*, *163*(5), 579-588.
- Cramer, B., & Palacio Espasa, F. (1994). *Le psicoterapie madre-bambino: metodologia e studi clinici*. Milano: Masson.
- Cuzzocrea, F., Barberis, N., Costa, S., & Larcan, R. (2015). Relationship between alexithymia, parenting style, and parental control. *Psychological reports*, *117*(2), 580-596.
- De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Comprehensive psychiatry*, *44*(6), 466-471.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, *54*(5), 425-434.
- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. Guilford Press.
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature neuroscience*, *17*(2), 192-200.
- Dennis, C. H., Clohessy, D. S., Stone, A. L., Darnall, B. D., & Wilson, A. C. (2019). Adverse childhood experiences in mothers with chronic pain and intergenerational impact on children. *The Journal of Pain*, *20*(10), 1209-1217.
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual. National Computer Systems. Inc., Minneapolis.
- Derogatis, L. R. (2000). BSI-18: Brief Symptom Inventory 18 Administration. *Scoring, and Procedures Manual*, National Computer Systems, Minneapolis.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, *13*(3), 595-605.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science, 19*(1), 1-15.
- Di Tella, M., Castelli, L., Colonna, F., Fusaro, E., Torta, R., Ardito, R. B., & Adenzato, M. (2015). Theory of mind and emotional functioning in fibromyalgia syndrome: an investigation of the relationship between social cognition and executive function. *PLoS one, 10*(1), e0116542.
- Dowdney, L., Mrazek, D., Quinton, D., & Rutter, M. (1984). Observation of parent-child interaction with two-to three-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25*(3), 379-407.
- Dunbar, H. F. (1934). Physical mental relationships in illness: Trends in modern medicine and research as related to psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 91*(3), 541-562.
- Dunn-Geier, B. J., McGrath, P. J., Rourke, B. P., Latter, J., & D'Astous, J. (1986). Adolescent chronic pain: the ability to cope. *Pain, 26*(1), 23-32.
- Eiden, R. D., Peterson, M., & Coleman, T. (1999). Maternal cocaine use and the caregiving environment during early childhood. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(4), 293.
- Eiden, R. D., Schuetze, P., Colder, C. R., & Veira, Y. (2011). Maternal cocaine use and mother-toddler aggression. *Neurotoxicology and teratology, 33*(3), 360-369.
- Etkin, A., Prater, K. E., Hoefl, F., Menon, V., & Schatzberg, A. F. (2010). Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 167*(5), 545-554.
- Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. (2006). The relationship between maternal chronic pain and child adjustment: the role of parenting as a mediator. *The Journal of Pain, 7*(4), 236-243.

- Fava Vizziello, G., & Stern, D.N. (1996). *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Fava Vizziello, G.M. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Fava Vizziello, G.M., & Simonelli, A. (2004). *Adozione e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fava Vizziello, G.M., Badaro, R., & Simonelli, A. (1997). Dalla gravidanza difficile al rischio di una maternità impossibile. In Fava Vizziello, G.M., & Stocco, P. (a cura di), *Tra genitori e figli: la tossicodipendenza* (pp. 121-146). Milano: Masson
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships*. University of Chicago Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fraiberg, S.H. (1999). *Il sostegno allo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Fraser, J. G., Harris-Britt, A., Thakkallapalli, E. L., Kurtz-Costes, B., & Martin, S. (2010). Emotional availability and psychosocial correlates among mothers in substance-abuse Treatment and their young infants. *Infant Mental Health Journal*, 31, 1–15.
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*, 7(2), 77-83.
- Garralda, M. E. (1996). Somatisation in children. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 37(1), 13-33.

- Geisser, M. E., Casey, K. L., Brucksch, C. B., Ribbens, C. M., Appleton, B. B., & Crofford, L. J. (2003). Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia: association with mood, somatic focus, and catastrophizing. *Pain, 102*(3), 243-250.
- Gilleland, J., Suveg, C., Jacob, M. L., & Thomassin, K. (2009). Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: care, health and development, 35*(3), 383-390.
- Gotlib, I. H. (2009). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press
- Grace, J., Lee, K. K., Ballard, C., & Herbert, M. (2001). The relationship between post-natal depression, somatization and behaviour in Malaysian women. *Transcultural Psychiatry, 38*(1), 27-34.
- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: an issue for everybody?. *Employee Councelling Today, 8*(3), 19-25.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of Emotion Regulation, 3*, 24.
- Grover, S., Aneja, J., Sharma, A., Malhotra, R., Varma, S., Basu, D., & Avasthi, A. (2015). Do the various categories of somatoform disorders differ from each other in symptom profile and psychological correlates. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(2), 148-156.
- Guerini, R., & Paloscia, C. (2015). Mentalizzazione, relazione di attaccamento e narrazione. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia, 6*(2), 360-370.
- Haas, J., Eichhammer, P., Traue, H. C., Hoffmann, H., Behr, M., Crönlein, T., ...& Busch, V. (2013). Alexithymic and somatisation scores in patients with temporomandibular pain disorder correlate with deficits in facial emotion recognition. *Journal of oral rehabilitation, 40*(2), 81-90.

- Hagnell, O., & Rorsman, B. (1978). Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. *Neuropsychobiology*, 4(3), 180–187.
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A., & Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Social development*, 10(1), 79-119.
- Hamilton, N. A., Pressman, M., Lillis, T., Atchley, R., Karlson, C., & Stevens, N. (2012). Evaluating evidence for the role of sleep in fibromyalgia: A test of the sleep and pain diathesis model. *Cognitive therapy and research*, 36(6), 806-814.
- Hart, R., & McMahon, C.A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. In *Archives of Women's Mental Health*, 9 (329-337).
- Hays, R. D., Spritzer, K. L., Schalet, B. D., & Cella, D. (2018). PROMIS®-29 v2. 0 profile physical and mental health summary scores. *Quality of life Research*, 27(7), 1885-1891.
- Henningsen, P. (2022). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Hill, E., Berthoz, S., & Frith, U. (2004) Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 34 , 229–235.
- Hiraoka, R., Crouch, J. L., Reo, G., Wagner, M., Milner, J. S., & Skowronski, J. J. (2014). Pain tolerance, pain sensitivity, and accessibility of aggression-related schemata in parents at-risk for child physical abuse. *Child abuse & neglect*, 38(11), 1840-1847.
- Hobson, R. P. (2004). *The cradle of thought. Exploring the origins of thinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Hong, Q. N., Gonzalez-Reyes, A., & Pluye, P. (2018). Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(3), 459-467.

- Hotopf, M., Wilson-Jones, C., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (2000). Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations: results from a national birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *176*(3), 273-280.
- Huang, W. L., Chen, T. T., Chen, I. M., Ma, H. M., Lee, M. T., Liao, S. C., & Gau, S. F. (2016). Depression and anxiety among patients with somatoform disorders, panic disorder, and other depressive/anxiety disorders in Taiwan. *Psychiatry Research*, *241*, 165-171.
- Karnofsky, D. A. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *Evaluation of chemotherapeutic agents*, 191-205.
- Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic medicine*, *69*(9), 832-840.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, *60*(4), 420-430.
- Kleinstäuber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Rau, J., & Rief, W. (2016). Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemporary clinical trials*, *47*, 54-63.
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of psychosomatic research*, *107*, 38-45.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, *64*(2), 258-266.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2013). Parents' physical victimization in childhood and current risk of child maltreatment: The mediator role of psychosomatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*, *75*(2), 178-183.

- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2016). Typologies of post-divorce coparenting and parental well-being, parenting quality and children's psychological adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 716-728.
- Lavelli, M. (2010). Primi sviluppi dell'intersoggettività e differenze interdiadiche (e intertriadiche) nei processi di co-regolazione genitore-bambino. Presentazione. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 14(3), 449-454.
- Leventhal, J. M., Forsyth, B. W., Qi, K., Johnson, M. L., Schroeder, D., & Votto, N. (1997). Maltreatment of children born to women who used cocaine during pregnancy: a population-based study. *Pediatrics*, 100(2), e7-e7.
- Levy, R. L., Whitehead, W. E., Von Korff, M. R., & Feld, A. D. (2000). Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *The American journal of gastroenterology*, 95(2), 451-456.
- Lewandowski, L. A. (1992). Needs of children during the critical illness of a parent or sibling. *Critical care nursing clinics of North America*, 4(4), 573-585.
- Lewandowski, L. A. (1996). A parent has cancer: needs and responses of children. *Pediatric nursing*, 22(6), 518-523.
- Li, C.-S. R., & Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(3), 581-597.
- Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). *Emotional complexity*.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135-140.
- Lorén-Guerrero, L., Gascón-Catalán, A., Pasierb, D., & Romero-Cardiel, M. A. (2018). Assessment of significant psychological distress at the end of pregnancy and associated factors. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 313-321.

- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505-518.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). *Assessment of mentalization*.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the society for research in child development*, 67-96.
- Main, M. (1995). Adult attachment classification system. *Behavior and the development of representational models of attachment: Five methods of assessment*.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Makino, S., Jensen, M. P., Arimura, T., Obata, T., Anno, K., Iwaki, R., ... & Hosoi, M. (2013). Alexithymia and chronic pain: the role of negative affectivity. *The Clinical journal of pain*, 29(4), 354-361.
- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard review of psychiatry*, 24(1), 53–60.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F., & Zilkha, N. (2001). *Scenari della genitorialità: la consultazione genitore-bambino*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Maunder, R. G., Hunter, J. J., Atkinson, L., Steiner, M., Wazana, A., Fleming, A. S., ... & Levitan, R. D. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 506-513.
- McLoyd, V. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185–204

- McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology, 29*(4), 446.
- Meltzoff, A.N., & Moore, M.K. (1997). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Scienze, 198* (4312), 75-78.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group*. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine, 151*(4), 264-269.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 180*, 111–116.
- Monti, F., Dellabartola, S., & Neri, E. (2014). La psicopatologia genitoriale. Ansia e depressione perinatale. In Simonelli, A. (a cura di), *La funzione genitoriale: sviluppo e psicopatologia* (pp. 241-264). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development, 16*(2), 361-388.
- Murray, L. (2014). *The psychology of babies: How relationships support development from birth to two*. Hachette UK.
- Nemiah, J. C. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine, 2*, 26-34.
- Newland, R. P., Crnic, K. A., Cox, M. J., & Mills-Koonce, W. R. (2013). The family model stress and maternal psychological symptoms: mediated pathways from economic hardship to parenting. *Journal of Family Psychology, 27*(1), 96.

- Okur Güney, Z. E., Sattel, H., Witthöft, M., & Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *PloS one*, *14*(6), e0217277.
- Öztürk, A., Kiliç, A., Deveci, E., & Kirpinar, İ. (2016). Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 1047.
- Pechtel, P., Murray, L. M., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2013). Reactivity, regulation, and reward responses to infant cues among mothers with and without psychopathology: an fMRI review. *Translational Developmental Psychiatry*, *1*(1), 19673
- Pollatos, O., Herbert, B. M., Wankner, S., Dietel, A., Wachsmuth, C., Henningsen, P., & Sack, M. (2011). Autonomic imbalance is associated with reduced facial recognition in somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, *71*(4), 232-239.
- Porcelli, P. (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5. *I disturbi di somatizzazione nel DSM-5*, 431-452.
- Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2014). Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. *Comprehensive psychiatry*, *55*(7), 1647-1653.
- Puckering, C., Evans, J., Maddox, H., Mills, M., & Cox, A. D. (1996). Taking control: a single case study of mellow parenting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *1*(4), 539-550.
- Qouta, S. R., Vänskä, M., Diab, S. Y., & Punamäki, R. L. (2021). War trauma and infant motor, cognitive, and socioemotional development: Maternal mental health and dyadic interaction as explanatory processes. *Infant behavior and development*, *63*, 101532.
- Ragozin, A. S., Basham, R. B., Crnic, K. A., Greenberg, M. T., & Robinson, N. M. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, *18*(4), 627.

- Ricciuti, H. N. (2004). Single parenthood, achievement, and problem behavior in white, black, and Hispanic children. *Journal of Educational Research*, 97, 196–206.
- Root Fortini, L. (2008). L'ascolto delle future madri. In Ferrara Mori, G. (a cura di), *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino* (pp 65-86). Roma: Borla.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: comparing conditional positive regard, conditional negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental psychology*, 45(4), 1119.
- Russo, J., Katon, W., Lin, E., Von Korff, M., Bush, T., Simon, G., & Walker, E. (1997). Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*, 38(4), 339-348.
- Rutherford, H. J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 635-641.
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1-14.
- Rutherford, H. J., Williams, S. K., Moy, S., Mayes, L. C., & Johns, J. M. (2011). Disruption of maternal parenting circuitry by addictive process: rewiring of reward and stress systems. *Frontiers in psychiatry*, 2, 37.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford press.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211
- Sander, L. W. (1987). Awareness of inner experience: A systems perspective on self-regulatory process in early development. *Child abuse & neglect*, 11(3), 339-346.

- Scarzello, D. (2021). Alessitimia e parenting Un’analisi della relazione tra alessitimia genitoriale, autoefficacia coniugale e pratiche educative. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 25(3), 461-480.
- Schanberg, L. E., Anthony, K. K., Gil, K. M., Lefebvre, J. C., Kredich, D. W., & Macharoni, L. M. (2001). Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. *Pediatrics*, 108(3), e47-e47.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., LÜcking, C. H., & Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(1), 47-52.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Sellers, K., Black, M., Boris, N. W., Oberlander, S. E., & Myers, L. (2011). Adolescent mothers’ relationships with their own mothers: Impact on parenting outcomes. *Journal of Family Psychology*, 25, 117–126
- Senehi, N., Brophy-Herb, H. E., & Vallotton, C. D. (2018). Effects of maternal mentalization-related parenting on toddlers’ self-regulation. *Early Childhood Research Quarterly*, 44, 1-14.
- Senturk, V., Hanlon, C., Medhin, G., Dewey, M., Araya, M., Alem, A., ... & Stewart, R. (2012). Impact of perinatal somatic and common mental disorder symptoms on functioning in Ethiopian women: the P-MaMiE population-based cohort study. *Journal of affective disorders*, 136(3), 340-349.
- Shorter, E. (1994). *From the mind into the body: The cultural origins of psychosomatic symptoms*. Free Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of ‘alexithymic’ characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.

- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale, sviluppo e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298.
- Small, R., Lumley, J., & Yelland, J. (2003). How useful is the concept of somatization in cross-cultural studies of maternal depression? A contribution from the Mothers in a New Country (MINC) study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*(1), 45-52.
- Spataro, A., & Montiroso, R. (2018). La relazione madre-bambino: Dall'intersoggettività al "normale" stress interattivo precoce. *Quaderni ACP, 25*(5), 218-219.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development, 55*, 17-29.
- Steck, B., Grether, A., Amsler, F., Dillier, A. S., Romer, G., Kappos, L., & Bürgin, D. (2007). Disease variables and depression affecting the process of coping in families with a somatically ill parent. *Psychopathology, 40*(6), 394-404.
- Stern, D. N. (2005). L'intersoggettività come sistema motivazionale fondamentale. *Id., Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina, 81-92.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Routledge.
- Stone, A. L., Holley, A. L., Dieckmann, N. F., & Wilson, A. C. (2019). Use of the PROMIS-29® to identify subgroups of mothers with chronic pain. *Health Psychology, 38*(5), 422.

- Stonnington, C. M., Locke, D. E., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., & Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective Theory of Mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(6), 479-485.
- Strathearn, L., & Mayes, L. C. (2010). Cocaine addiction in mothers: potential effects on maternal care and infant development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187(1), 172-183.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In *Emotion regulation and well-being* (pp. 245-260). Springer, New York, NY.
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Knebel, A., & Lane, R. D. (2010). Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 404-411.
- Sullivan, M. D. (2001). Finding pain between minds and bodies. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 146-156.
- Swain, J. E. (2011). The human parental brain: in vivo neuroimaging. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(5), 1242-1254.
- Tambelli, R. (2017a). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: il Mulino
- Tambelli, R. (2017b). Introduzione alla psicopatologia dell'infanzia. In Tambelli, R. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp 17-68). Bologna: Il mulino.
- Tambelli, R., Volpi, B., & Di Trani, M. (2017). I disturbi a espressione psicosomatica, del sonno e del pianto. In Tambelli, R. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp 85-119). Bologna: Il mulino.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2-and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child development*, 75(6), 1806-1820.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*.

- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Terry, J. (1978). Relationship between perceived child temperament and maternal behaviors. *Child Development*, 1255-1257.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Tironi, M., Charpentier Mora, S., Cavanna, D., Borelli, J. L., & Bizzi, F. (2021). Physiological Factors Linking Insecure Attachment to Psychopathology: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 11(11), 1477.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Henrike, M. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 675-735
- Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative behaviour. *Studies in mother-infant interaction*. Academic Press, London, 227-270
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. *Before speech*, 321-347.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (a cura di), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 15-46.
- Trevarthen, C. (2009). The intersubjective psychobiology of human meaning: Learning of culture depends on interest for co-operative practical work-and affection for the joyful art of good company. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 507-518.

- Trevarthen, C. (2011). Le funzioni delle emozioni nell'infanzia: Regolazione e comunicazione di ritmo, simpatia e significato nello sviluppo umano. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane* : 55/56, 1/2, 2011.
- Trevarthen, C., & Hubley, P. (1978). *Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year*. In A. Lock (Ed.), *Action gesture and symbol* (pp. 183–229). London: Academic Press.
- Trevarthen, C., Hubley, P., & Lock, A. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. *Action, gesture and symbol. The emergence of language*. A. Lock. *New York: Academic*, 183-229.
- Troisi, A., D'argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(5), 311-316.
- Tronick, E. D. (2008). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. In Carli, L., & Rodini, C. (a cura di), *Le forme dell'interosgettività* (pp 217-232). Milano: Raffaello Cortina editore.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119.
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 7(4), 167.
- Van den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 185-203.
- Van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child development*, 65(5), 1457-1477.

- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, *117*(3), 387.
- Vassend, O. (1994). Negative affectivity, subjective somatic complaints, and objective health indicators. Mind and body still separated. *International review of health psychology*, *3*, 97-118.
- Venuti, P. (2007). *Percorsi evolutivi. Forme tipiche e atipiche*. Carocci, Roma.
- Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2014). Basi teoriche ed evidenze empiriche. In Venuti, P., et al (a cura di), *Basi biologiche della funzione genitoriale: condizioni tipiche e atipiche* (pp 1-20). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2014). Basi teoriche ed evidenze empiriche. In Venuti, P., et al (a cura di), *Basi biologiche della funzione genitoriale: condizioni tipiche e atipiche* (pp 1-20). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vieira, R. V. D. A., Vieira, D. C., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2013). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *The journal of headache and pain*, *14*(1), 1-10.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... & Harrison, J. E. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, *380*(9859), 2163-2196.
- Walker, L. S., & Heflinger, C. A. (1998). Quality of life predictors of outcome in pediatric abdominal pain patients: Findings at initial assessment and 5-year follow-up. *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: implications for research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 237-52.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of abnormal psychology*, *102*(2), 248.

- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Waters, S. F., Virmani, E. A., Thompson, R. A., Meyer, S., Raikes, H. A., & Jochem, R. (2010). Emotion regulation and attachment: Unpacking two constructs and their association. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 37-47.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 279-288.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775.
- Whitehead, W. E., Palsson, O. S., Levy, R. R., Feld, A. D., Turner, M., & Von Korff, M. (2007). Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 102(12), 2767-2776.
- Wiech, K. (2016). Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science*, 354(6312), 584-587.
- Wilson, A. C., & Fales, J. L. (2015). Parenting in the context of chronic pain: a controlled study of parents with chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 31(8), 689.
- Wing, J. K., Babor, T., Brugha, T. S., Burke, J., Cooper, J. E., Giel, R., ... & Sartorius, N. (1990). SCAN: schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47(6), 589-593.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- Winnicott, D. W. (1992). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando Editore.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., ... & Walitt, B. (2016, December). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic

criteria. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 46, No. 3, pp. 319-329). WB Saunders.

Wolff, N. J., Darlington, A. S. E., Hunfeld, J. A., Verhulst, F. C., Jaddoe, V. W., Moll, H. A., ... & Tiemeier, H. (2009). The association of parent behaviors, chronic pain, and psychological problems with venipuncture distress in infants: the Generation R study. *Health Psychology, 28*(5), 605.

World Health Organization. (2000). WHODAS II-Disability Assessment Schedule Training Manual: A guide to administration. *Geneva: World Health Organization*.

Yürümez, E., Akça, Ö. F., Uğur, Ç., Uslu, R. I., & Kılıç, B. G. (2014). Mothers' alexithymia, depression and anxiety levels and their association with the quality of mother-infant relationship: a preliminary study. *International journal of psychiatry in clinical practice, 18*(3), 190-196.

Ziadni, M., You, D. S., Wilson, A. C., & Darnall, B. D. (2018). CARE Scale-7: Development and preliminary validation of a measure to assess factors impacting self-care in chronic pain. *The Clinical journal of pain, 34*(9), 818.

