



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

Effetti della somatizzazione materna sulla qualità delle interazioni diadiche a quattro mesi post-partum: analisi di fattori di rischio ad essa correlati

Somatizing mothers and quality of dyadic interactions with their four-months-old children: a risk factors analysis

Relatrice

Professoressa PAOLA RIGO

Correlatrice

Dottoressa BIANCA FILIPPI

Laureanda

PAOLA MONTANARI

2082112

Anno Accademico 2023/2024

Indice

CAPITOLO 1	6
Disturbo psicosomatico e funzionamento affettivo individuale	6
1.1. I disturbi psicosomatici	6
1.1.1 Classificazioni diagnostiche: DSM-5, PDM-2, ICD-10	7
1.1.2 Qualità trasversali ai disturbi	9
1.2. Disturbo da somatizzazione persistente	10
1.2.1 I primi casi annoverati.....	10
1.2.2 I criteri diagnostici	11
1.2.3 Stime di prevalenza.....	12
1.3. Il funzionamento affettivo	13
1.3.1 La regolazione delle emozioni	13
1.3.2 The process model of emotion regulation.....	14
1.3.3 Stress precoce ed effetti sulla regolazione	14
1.3.4 Funzionamento affettivo nei soggetti con disturbo da somatizzazione persistente	15
1.3.5 Alessitimia nella popolazione tipica e atipica.....	17
1.4. I fattori individuali associati al disturbo	19
1.4.1 Ansia	19
1.4.2 Strategie di coping	21
1.4.3 Regolazione emotiva.....	23
CAPITOLO 2	26
Disturbo psicosomatico e funzionamento affettivo nella funzione genitoriale	26
2.1. Funzionamento affettivo alla luce della funzione genitoriale in popolazioni tipiche	26
2.1.1 Modifiche dovute al ruolo genitoriale.....	27
2.1.2 Le prime settimane da madre: “Maternity blues”	29
2.1.3 Il post-partum.....	30
2.1.4 Effetto del funzionamento affettivo sulla qualità degli scambi con il bambino preverbale	32
2.2. Funzione affettiva genitoriale in popolazioni con somatizzazione	35
2.2.1 La lettura della mente.....	35
2.2.2 Il ruolo della lettura della mente nella comprensione degli stati interni.....	36

2.2.3	Effetto del funzionamento affettivo in genitori somatizzanti sulla qualità degli scambi con il bambino preverbale	37
2.3.	Sensibilità e Intrusività	40
2.3.1	Sensibilità.....	40
2.3.2	Intrusività	42
2.3.3	Le scale: Sensibilità e Non-Intrusività	44
2.4.	Conseguenze dell'oscillazione sulle due scale nella cura del bambino	46
2.4.1	Il genitore sensibile	46
2.4.2	Il genitore non sensibile	47
2.4.3	Il genitore non-intrusivo.....	49
2.4.4	Il genitore intrusivo	50
CAPITOLO 3	.....	52
Ruolo dei fattori di rischio associati al disturbo da somatizzazione persistente nei genitori	.....	52
3.1.	Ansia	52
3.1.1	Ansia in genitori non somatizzanti.....	52
3.1.2	Ansia in genitori somatizzanti.....	55
3.2.	Strategie di coping	56
3.2.1	Strategie di coping in genitori non somatizzanti.....	56
3.2.2	Strategie di coping in genitori somatizzanti.....	57
3.3	Regolazione emotiva	58
3.3.1	Regolazione emotiva di genitori non somatizzanti	58
3.3.2	Regolazione emotiva di genitori somatizzanti	59
3.4	Relazione tra ansia, strategie di coping e regolazione emotiva nel caregiving, e Sensibilità e Non intrusività dei genitori	60
3.4.1	Ansia, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting	61
3.4.2	Strategie di coping, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting	61
3.4.3	Regolazione emotiva, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting.....	62
CAPITOLO 4	.....	64
Metodo	.....	64
4.1	Partecipanti	65
4.2	Procedura	65
4.3	Materiale	65
4.4	Analysis Plan	68

4.5	Risultati	68
4.5.1	Caratteristiche sociodemografiche del campione	68
4.5.2	Statistiche Descrittive della Disponibilità Emotiva delle Madri.....	69
4.5.3	Statistiche Descrittive dei questionari self-report	70
4.5.4	Correlazione preliminare.....	71
4.5.5	Analisi di regressione.....	71
CAPITOLO 5	.....	76
Discussione		76
5.1	Riassunto degli scopi	76
5.2	Discussione dei risultati	76
5.3	Rilevanza e applicazioni cliniche: perché è importante studiare gli effetti della somatizzazione materna sulla bontà di cura e sul benessere dei figli	81
5.4	Riflessioni conclusive	82
5.5	Limitazioni dello studio	84
5.6	Raccomandazioni per studi futuri	84
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI		85

Indice delle figure

<i>Tabella 1 - Statistica descrittiva di Variabili Sociodemografiche</i>	69
<i>Tabella 2 - Statistiche Descrittive delle Scale della Disponibilità emotive Materna e del Bambino</i>	70
<i>Tabella 3 - Statistiche Descrittive dei Questionari self-report</i>	70
<i>Tabella 4 - Matrice della correlazione preliminare</i>	71
<i>Tabella 5 - Prospetto dei risultati dell'analisi statistica del modello 1 - Sensibilità</i>	72
<i>Tabella 6 - Coefficienti di regressione del modello 1 - Sensibilità</i>	72
<i>Tabella 7 - Prospetto dei risultati dell'analisi statistica del modello 2 - Non intrusività</i>	73
<i>Tabella 8 - Coefficienti di regressione del modello 2 - Non intrusività</i>	74

CAPITOLO 1

Disturbo psicosomatico e funzionamento affettivo individuale

Questo capitolo è un'introduzione teorica alla somatizzazione e ai disturbi psicosomatici, che sarà la base per una comprensione adeguata dello studio condotto ai fini della presente tesi. Si introducono quindi i disturbi con le relative classificazioni diagnostiche, riassunte in breve, e le qualità trasversali ai disturbi. Di qui si scenderà nella peculiarità del disturbo da somatizzazione persistente, di mio primario interesse, con relativi criteri diagnostici e stime di incidenza. Caratterizzante del disturbo è il funzionamento affettivo, che sarà anticipato a partire da definizioni generali afferenti alla popolazione generale, per poi approfondirsi nella variante da somatizzazione. Infine saranno esposti i fattori individuali associati al disturbo: ansia, strategie di coping e regolazione emotiva.

1.1. I disturbi psicosomatici

I *disturbi psicosomatici* sono condizioni psicopatologiche connotate da una sistematica e ricorrente sofferenza fisica che afferrisce a uno o più apparati corporei, causando dolori non riconducibili a danni organici o ad altre diagnosi del corpo.

La *somatizzazione* è uno stile di vivere e comunicare il disagio psicologico in termini di espressioni fisiche, accompagnato dalla ricerca di aiuto medico.

L'accento va posto non sul sintomo fisico in sé ma sul suo significato e sulla funzione di veicolo del disagio psichico. Possono essere condizioni transitorie e non richiedere trattamenti, oppure diventare invalidanti per la persona. La gravità della condizione corre lungo un continuum a seconda della tendenza a somatizzare e a preoccuparsi per la propria condizione. Sono particolarmente gravi i casi in cui la persona si trovi compromessa nel suo funzionamento quotidiano o si arrivi a deliri somatici. Può inoltre non essere semplice ricondurre con chiarezza lo stile lamentoso, con cui parlano dei disturbi, a una caratteristica intrinseca personale, oppure alla sofferenza fisica cronica (MacKinnon & Michels, 1971; MacKinnon et al., 2006).

L'accertamento della base psichica nella condizione somatica è fondamentale, dato il rischio di ignorare una condizione medica avvalorando l'opzione di una base mentale del dolore. Viceversa, è fallace anche accanirsi con procedure mediche e visite di scarso successo, se viene ignorato il nucleo di base di matrice psichica. L'opzione migliore è non concettualizzare il disturbo da sintomi somatici come completamente privo di associata alterazione organica. Recenti revisioni di manuali accreditati, infatti, propongono una visione meno stringente, per cui disturbi da sintomi somatici possono accompagnare diagnosi mediche, abbandonando l'idea di un dualismo mente-corpo.

Questa categoria finisce quindi per includere sia i casi di somatizzazione senza base organica, che la versione con base organica. Guardando oltre ai singoli sintomi o sistemi compromessi, si individua il continuum della somatizzazione, che supera la divisione in categorie discrete, che riconduce ognuna alla singola manifestazione fisica. Bisogna quindi pensare a un'unica sindrome di somatizzazione anziché a tante specialistiche. Le manifestazioni psicosomatiche, anche non clinicamente rilevanti, rimangono tuttavia una delle preoccupazioni centrali per i portatori, e il modo prediletto attraverso cui vengono espresse le sofferenze mentali. Se le esperienze dolorose non sono elaborate in modo del tutto consapevole, rientrano in un adattamento non maturo della persona alle situazioni, essendo la somatizzazione concettualizzata, nella prospettiva dinamica, come una difesa primitiva. Dunque, la qualità comune ai diversi quadri diagnostici è la tendenza a sperimentare disagio fisico a partire da un vissuto mentale, interiore, insieme alla concentrazione del malessere attorno a uno o più distretti corporei. I pazienti inoltre hanno in comune pensieri sproporzionati e persistenti sulla gravità dei sintomi, livelli di ansia costantemente elevati riguardo alla salute, quindi tempo ed energie sostanziosi dedicati alla ricerca della causa.

1.1.1 Classificazioni diagnostiche: DSM-5, PDM-2, ICD-10

Il DSM-5 distingue sei quadri diagnostici:

Il *Disturbo da sintomi somatici* ha come criteri uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative della vita quotidiana; pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi correlati ai sintomi somatici, circa la gravità, con elevata ansia e tempo dispesi. È *Persistente* se il decorso mostra sintomi gravi, marcata compromissione, da più di sei mesi.

Il *Disturbo da ansia di malattia* è diagnosticato se ci sono preoccupazione di avere una grave malattia, sintomi somatici lievi o assenti, elevata ansia legata alla salute, da almeno sei mesi. La preoccupazione è costante ma la patologia può variare.

Il *Disturbo di conversione* invece vede alterazioni della funzione motoria volontaria o sensoriale, con incompatibilità con le condizioni neurologiche. Possono afferire a debolezza, deglutizione, eloquio, convulsioni, sensibilità, o altri sintomi anche misti.

La nomenclatura *Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche* riprende la presenza di un sintomo o condizione medica non mentale, con la clausola che i fattori psicologici influenzino

negativamente la condizione organica. Ci possono essere ad esempio aggravamento, interferenza con il trattamento e remissione, o influenza sulla fisiopatologia.

Il *Disturbo fittizio provocato a sé o provocato ad altri (per procura)* sono due quadri in cui la persona falsifica segni o sintomi fisici, procurando a sé o a qualcun altro una malattia o infortunio. L'individuo si presenta ad altri come malato o menomato, e il comportamento è presente anche in assenza di vantaggi conseguiti (American Psychiatric Association, 2013). Nell'esaminare le esperienze di somatizzazione, il Manuale diagnostico psicodinamico PDM-2 si differenzia da altri manuali per l'approccio al funzionamento, strutturato su un continuum di gravità e compromissione (Lingiardi, McWilliams (a cura), 2018). Troviamo infatti una descrizione che considera le *sindromi di personalità*, ossia le modalità stabili con cui la persona si mette in relazione con gli altri, ed entra in contatto con sé stesso, dando un senso agli eventi interni al corpo e alla mente. Successivamente sono presentati i sintomi legati all'esperienza stessa, le manifestazioni che rispecchiano concretamente ciò che prova l'individuo. Possiamo innanzitutto rifarci alla definizione delle Personalità Somatizzanti. Nell'Asse dei sintomi invece, come anticipato, troviamo la descrizione della classe Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati.

La diagnosi di *Disturbo da sintomi somatici* si appone quando la persona soffre di preoccupazioni considerevoli circa il suo stato di salute, con conseguente dispendio di tempo ed energie nell'indagare malesseri fisici, a scapito di un buon funzionamento in altre aree di vita. Secondo la prospettiva psicodinamica, è il corpo a portare a galla sofferenze profonde, con cui non si è a contatto, di cui non si conosce la forma, e che quindi vengono espresse in modo concreto. Il Sé corporeo è quindi lo spazio in cui si addensano e prendono forma sofferenze immateriali.

Il *Disturbo da ansia di malattia* è la riformulazione della diagnosi di Ipocondria, dal momento che il paziente riporta forte e generale ansia verso la propria salute e la possibilità di morire per contrazione di una malattia. Questo stato perpetrato di preoccupazione intensa può essere assimilabile a sensazione di non-aiutabilità. Le sensazioni corporee prendono il sopravvento nella disamina cognitiva dell'esperienza, al punto che la persona considera ogni nuovo dolore, anche lieve e passeggero, come l'ennesimo e l'ultimo, che determinerà una prognosi infausta. La descrizione stessa del malessere può non avere chiari confini, gravitando attorno a una vaga sensazione che qualcosa non vada nel proprio corpo.

La diagnosi di *Disturbi fittizi* connota invece i casi in cui il paziente vada a simulare o produrre intenzionalmente un sintomo o un danno al proprio corpo, in assenza di un vantaggio secondario alla manifestazione di questa presunta debolezza o offesa alla salute. Lo stato affettivo è superficialità emotiva, con qualità manipolatoria e opportunistica.

La difficoltà di trattare la condizione è rispecchiata anche dalla ruminazione, tipica di queste persone, su come far prendere sul serio ai medici competenti le loro lamentele. La condizione definita *di Munchhausen per procura* vede il paziente infliggere un danno al corpo di altri deliberatamente: il portatore non è quindi chi soffre, ma chi induce la sofferenza.

Entrambi i casi rimandano un'idea della persona come bisognosa e dipendente dall'altro, drammatizzante della situazione e dunque coercitiva.

L'ICD-10 ha una Sezione sui disturbi somatoformi, che esclude il Disturbo di conversione, posto nella Sezione dedicata ai disturbi dissociativi. I quadri diagnostici sono Sindrome di somatizzazione, Sindrome somatoforme indifferenziata, Sindrome ipocondriaca, Disfunzione vegetativa somatoforme, Sindrome somatoforme da dolore persistente, Altra/non specificata, Altri disturbi di personalità e del comportamento nell'adulto, Produzione intenzionale o imitazione di sintomi o disabilità, fisici o psicologici (disturbo fittizio) (W.H.O. (World Health Organization) 1993 World Health Organization., 2019).

1.1.2 Qualità trasversali ai disturbi

Questi pazienti tendono a non sentirsi rassicurati nonostante le cure sanitarie, screening e valutazioni mediche specialistiche, cui ricorrono per controllare frequentemente il corpo in cerca di anomalie. Tale condotta ha risvolti negativi sul funzionamento quotidiano, portando a difficoltà nel lavoro e nella concentrazione, a causa di sensazioni e preoccupazioni riguardo i sintomi. Il vissuto comune è di non essere presi sul serio dal proprio medico e quindi di non potersi mai ritenere soddisfatti del verdetto rilasciato circa prognosi e guarigione. Altri tre elementi comuni contraddistinguono il modo con cui il paziente si orienta nell'approcciare il suo disagio (Zizzi et al. 2016). Innanzitutto, nel caso in cui ci sia una diagnosi organica, la persona mostra agitazione eccessiva rispetto a quanto atteso, in particolare un comportamento assimilabile a chi riceve diagnosi più grave. Se una diagnosi invece ancora manca, il paziente monitora il malessere nell'attesa che emerga una condizione latente. Punto fondamentale, per apporre diagnosi di Disturbo da sintomi somatici, rimane che i sintomi non possano essere meglio spiegati da altro disturbo mentale. L'eziologia non è ancora del tutto nota ma vanno tenuti a mente alcuni fattori di rischio quali comorbidità con altre patologie psichiatriche, in

particolare entro la sfera depressiva, patologie fisiche, elevati livelli di stress, eventi traumatici contemporanei, età avanzata e sesso femminile. Riguardo la concomitanza tra diagnosi psichiatriche, i sintomi somatici possono essere espressione di altri disturbi quali depressione, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato, uso e abuso di sostanze. Considerazioni in merito a comorbidità vanno ricordate anche nel follow-up dei pazienti, dato che chi somatizza potrebbe sviluppare patologie organiche, la cui natura e gravità verrebbe sottostimata a causa del background comportamentale della persona in causa (Cuomo & Fagiolini, 2019). Sintomi somatici ricondotti a disagio mentale possono in alcuni casi essere, almeno in parte, riconducibili a maltrattamento. Questo sembra essere vero, ad esempio, nel caso di donne vittime di maltrattamento emotivo: l'attaccamento romantico potrebbe essere la mediazione tra questa dinamica e i sintomi manifestati. Nonostante siano pochi gli studi al riguardo, l'effetto di abuso e trascuratezza, sulla comparsa di sintomi somatici su donne giovani adulte, è mediato da livelli di ansia ed evitamento dell'attaccamento romantico. Quest'ultimo media infatti la relazione tra maltrattamento emotivo infantile e disturbi somatici in età adulta (Simonelli, 2018). Alla luce della teoria descritta finora, si va ad approfondire in modo più dettagliato le qualità della diagnosi di *Disturbo da somatizzazione persistente*, o da sintomi somatici di durata persistente.

1.2. Disturbo da somatizzazione persistente

1.2.1 I primi casi annoverati

La somatizzazione è un problema diffuso e poco gestito, in una terra di mezzo tra la medicina e la psichiatria. Questa tendenza a esperire e comunicare il distress somatico a seguito di stress emotivo, e a cercare intervento medico diventa anche una questione sociale ed economica. In particolare, il Disturbo da somatizzazione in forma Persistente è costoso e difficile sia da prevenire che poi da amministrare. Questi pazienti sono visti come frequentemente lamentosi di sintomi senza base organica, o sono giudicati per una esagerazione di ciò che potrebbe essere alla base del loro malessere fisico. Una prima dissertazione del 1682 di Sydenham è pietra miliare del pensiero medico a riguardo di questi disturbi. Isteria e ipocondria erano allora viste come uguali e sovrapponibili, e le si pensava come un'unica etichetta, dovuta al “disturbo e inconsistenza sia della mente che del corpo”. Nel 1799 poi, Sims distingue isteria, ipocondria e melancolia, definendo l'ipocondria come se “la mente fosse completamente assorta dall'attenzione per la salute, immaginata come molto peggiore di quanto non fosse”. Sembrerebbe quindi il precursore di quella che poi nel DSM-III è diventato l'insieme dei disturbi somatoformi, ossia “sintomi fisici che alludono a disturbi fisici”. Il paziente somatizzante potrebbe presentare sintomi multipli riferiti a uno o più distretti corporei. Il dolore più frequentemente

esperito afferisce a *schiena, addome, petto, testa, malesseri diffusi nei muscoli e nella zona pelvica*. Altre ricorrenze comuni sono *senso di affaticamento, vertigini, fiato corto, palpitazioni*, mentre meno frequenti sono *perdita o distorsione del normale uso di una parte del corpo*, che rientra nei sintomi da Conversione. Ancora più rari sono sintomi quali percezione che sia *cambiata una parte del corpo, infestazione, alitosi*. Altri pazienti riportano di essere *allergici a tutto*. Può accadere che in alcuni casi questi sintomi coesistano con, nascondano e siano facilitati da una malattia tra queste.

1.2.2 I criteri diagnostici

I criteri dubbi nella versione IV del DSM sono chiariti dai termini utilizzati nella versione 5: nell'ottica di una cura olistica, si è reso necessario contemplare che problemi psichiatrici possono co-occorrere a problemi medici. Il **DSM-5** enfatizza la reazione del paziente al malessere o la ricerca di cure e soluzioni, che deve essere sproporzionata al rischio derivante dal dolore o dalla possibile diagnosi (American Psychiatric Association Division of Research, 2013). Il Disturbo Persistente da sintomi somatici è descritto nel DSM-5 con i criteri seguenti: sintomi somatici che procurano disagio nella quotidianità, pensieri, sentimenti, comportamenti eccessivi circa la gravità dei sintomi, accompagnati da ansia verso essi e tempo dedicato all'indagine medica. La condizione deve essere persistente da almeno sei mesi (American Psychiatric Association, 2013). Laddove i sintomi dei disturbi somatoformi erano sempre stati trattati alla stregua di sintomi non spiegabili medicalmente, a partire dal DSM-5 la dicitura Disturbo da sintomi somatici allude alla possibile presenza di una reale base organica. Il criterio fondante diventa che l'individuo mostri una reazione maladattata al sintomo somatico. I cambiamenti semantici vedono la rimozione dei termini *somatizzazione, disturbo da dolore e disturbo somatoforme indifferenziato*, e l'istituzione di termini quali *Disturbo fittizio e Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche*. L'Ipocondria è stata *rinominata Disturbo di ansia da malattia*. La nuova descrizione dei sintomi somatici nel DSM-5 è un passo importante, in particolare per l'anticipato passaggio a un *criterio positivo di classificazione* ossia la presenza di una reazione poco adattiva al sintomo (van der Feltz & van den Houdenhove, 2014). Studiando il Disturbo persistente da somatizzazione secondo le linee del DSM-5 ci si imbatte in due limiti diagnostici. Innanzitutto, l'uso del termine *Sintomi somatici* rimanda a un concetto di somatizzazione connotato in termini di malattia: il DSM-5 mantiene la dicotomia organico versus funzionale che assume che se non si possono individuare fattori organici, allora devono esserci spiegazioni psichiatriche. Dopodiché la reazione abnorme nella gestione del sintomo non viene definita con un concetto chiaro. Un tentativo di caratterizzarla è venuto da Pilowsky che considera una reazione esageratamente intensa solo laddove l'interazione con il medico curante sia adeguata e

la spiegazione della condizione sia esaustiva, con adeguate chiarificazioni. Questo per distinguere una gestione del sintomo fisico obiettivamente eccessiva rispetto al rischio reale, da uno stato di ansia generato da mancanza di conoscenza della prognosi e della qualità del malessere.

Nel 2017 è stata pubblicata una versione aggiornata dei Criteri diagnostici per la ricerca psicosomatica DPCR. Sono indicazioni che consentono di incasellare le variabili psicosociali in categorie operative, per fronteggiare le carenze del DSM-IV. Le sindromi sono 12, in parte sono ulteriori specificazioni dei disturbi somatoformi del DSM e in parte sono alternative: *Alessitimia, Comportamento di tipo A, Umore irritabile, Demoralizzazione, Tanatofobia, Ansia per la Salute, Diniego di Malattia, Nosofobia, Sintomi Somatici Secondari ad un Disturbo Psichiatrico, Somatizzazione Persistente, Sintomi di Conversione, Reazione da Anniversario*. I DPCR individuano fino a tre sindromi non diagnosticabili con il DSM (Porcelli, P.). Prima di rifarci ai criteri diagnostici nei manuali e alla validazione degli stessi nel tempo, è necessario riprendere il senso dell'esperienza di dolore, in cui si fa spazio la somatizzazione.

1.2.3 Stime di prevalenza

Per concludere il posizionamento diagnostico del Disturbo da somatizzazione persistente, ci rivolgiamo brevemente alle statistiche di prevalenza. La letteratura sulle incidenze nella popolazione italiana è scarsa, in particolare se si escludono indagini condotte in fasi pediatriche e adolescenziali, e se si escludono le somatizzazioni secondarie a diagnosi principali quali ansia e depressione. Per quanto riguarda l'età adulta, si può valutare la prevalenza di somatizzazione superando la distinzione tra sintomo organico e somatico, essendoci una componente fisica e una psicologica in ogni esperienza corporea (Barsky et al., 2001). Valutando popolazioni di non pazienti, è emerso che le donne riportano dolore più intenso, più frequente, di più lunga durata e in più aree del corpo rispetto agli uomini, anche escludente sintomi afferenti a distretti riproduttivi e ginecologici (Van Wijk et al., 1997; Unruh, 1996; Riley III et al., 1998). I sintomi più frequentemente riportati dalle donne sono costipazione, nausea, vomito, svenimento, mal di testa, affaticamento, vertigini, palpitazioni, insonnia (Kroenke & Price, 1993). Già in soggetti tra i 3 e i 12 anni si osserva maggiore sensibilità al dolore nelle ragazze, che rispondono piangendo più spesso e si calmano più lentamente dopo piccoli infortuni (Fearon et al., 1996). Anche in campioni di pazienti, le donne riportano più sintomi, peggiore salute fisica percepita e minore benessere somatico in generale. Escludendo dalla rilevazione sintomi dovuti a disturbo con base organica riscontrabile, le differenze di genere rimanevano (Kroenke & Mangelsdorff, 1989). I sintomi non spiegati da causa fisiologica sono comuni anche in pazienti ambulatoriali non psicopatologici, ma per alcuni di loro il malessere è molto intenso, disturbante,

cronico e persistente che si arriva a considerare queste persone patologiche nella forma di Disturbo da somatizzazione persistente. Questa diagnosi è riscontrata in modo marcato nelle donne, più che negli uomini, fino a dieci volte tanto (Swartz, 1991; Swartz et al., 1986; Smith et al., 1985). La base neurobiologica di tali differenze potrebbe essere la differenza nelle vie periferiche afferenti nelle reti centrali che integrano e processano la nocicezione. Un'altra spiegazione, non per forza alternativa, può risiedere nei sistemi efferenti che invece modulano la nocicezione (Derbyshire, 1997). La nocicezione potrebbe inoltre variare secondo il ciclo mestruale: le donne possono essere più sensibili al dolore nella fase luteale (Fillingim et al., 1997; Pfleeger et al., 1997), ma l'aumentata sensibilità può coincidere anche con fasi premenstruali, l'ovulazione e subito dopo la mestruazione (Fillingim & Maixner, 1995). Un'ultima differenza tra i generi nell'esperienza del dolore fisico risiede nelle esperienze precoci di abuso sessuale e fisico che, insieme alla violenza domestica, in età infantile è risultato connesso al successivo sviluppo di dolore cronico, in particolare pelvico, in età adulta (McCauley et al., 1997; Craig et al., 1993; Briere et al., 1988). Ciò rimane vero sia nelle popolazioni non mediche, sia quando si confrontano pazienti con dolore non organico e pazienti con basi fisiologiche di un disturbo. Ammesso che la letteratura restituisce stime molto diverse, la prevalenza di abusi sessuali sembra essere tra 12 e 17% per le bambine, e tra 5 e 8% per i bambini (Gorey & Leslie, 1997). Essendo quindi l'abuso sessuale più comune nelle bambine, è lecito ricondurre a questo dato, almeno in parte, la maggiore incidenza di sintomi somatici nelle donne.

1.3. Il funzionamento affettivo

Per *funzionamento affettivo* si intende la modalità stabile con cui ognuno si serve di strategie per modellare i livelli di risposta emotiva.

1.3.1 La regolazione delle emozioni

La funzione delle emozioni è storicamente dibattuta.

Settant'anni fa, Donald Hebb portava la visione secondo cui le emozioni erano attivazioni di stati neurali senza una funzione. Negli ultimi decenni si ha invece virato verso l'idea che le emozioni siano funzionali. Le emozioni hanno diverse funzioni nella quotidianità, tra cui facilitare la presa di decisione, preparare a una rapida risposta motoria, dare informazioni sull'equilibrio tra organismo e ambiente, organizzare il comportamento sociale, informandoci sulle possibili intenzioni altrui. Di recente le ricerche psicologiche si sono dedicate maggiormente alla *regolazione affettiva*, ossia il processo con cui si influenza la risposta emotiva. L'idea di questo processo come un semplice controllo top-down è stata di recente spodestata da evidenze neurologiche, quali collegamenti

bidirezionali tra i centri limbici e corticali, ossia tra generazione e regolazione dell'emozione. I modelli di regolazione delle emozioni sono concettualizzati come sistemi dinamici, che dipendono da loop di feedback, che suggeriscano come modulare aspetti del comportamento per ottenere un livello di emozione più gradevole e soddisfacente. Questi feedback sono caratterizzati da sensibilità e flessibilità della modulazione apportata. Se i loop sono troppo sensibili, e quindi sono continuamente suggeriti interventi di modifica, l'esperienza diventa stressante, dovendo intervenire con frequenti aggiustamenti di comportamenti che di per sé consumano molte energie; se lo sono poco potrebbero portare a esperienze protratte di emozioni sgradevoli, perché non c'è un tempestivo intervento di modulazione (Bosse et al., 2010).

1.3.2 The process model of emotion regulation

Gli esseri umani dispongono di un ampio numero di strategie per modificare i loro livelli di risposta emotiva, ad esempio per evitare un vissuto emotivo troppo o troppo poco intenso. Gross descrive un modello di regolazione dell'emozione che incorpora diverse alternative. *Centrate sugli antecedenti* sono le strategie usate nel processo di preparazione della risposta, prima di attuarla. *Centrate sulla risposta* sono usate per l'attivazione della risposta emotiva effettiva, quando un'emozione è già in corso. *Selezione della situazione*, ossia scegliere di trovarsi in una situazione in cui una certa emozione arriva all'attivazione giusta che si desidera provare. La *Modificazione della situazione* prevede che la persona modifichi una situazione esistente così da ottenere un diverso livello di attivazione emotiva. *Distribuzione attentiva* prevede invece di spostare l'attenzione su un certo aspetto, nuovo rispetto quello cui ci è dedicati fino ad allora. Il *Cambiamento cognitivo* è l'attribuzione di un significato cognitivo a un evento, ad esempio per ridurre l'intensità con cui si tenderebbe a reagire a una situazione. Una quinta strategia da aggiungere è la *Modulazione della risposta*, per intervenire una volta che le tendenze di risposta sono già state generate. Dunque, si può intervenire selezionando o modificando la situazione, spostando il focus o cambiando il significato.

1.3.3 Stress precoce ed effetti sulla regolazione

Bambini esposti a gravi esperienze di stress riportano forti difficoltà di regolazione emotiva, che si pensa aumentino poi il rischio per psicopatologia a insorgenza più tarda. Lo stress precoce (ELS) è l'esposizione a singoli o multipli eventi durante l'infanzia che eccedono le risorse di coping dell'individuo e inducono periodi prolungati di stress. Le conseguenze di certi eventi si traducono in alterazioni nel funzionamento affettivo. La capacità di avvalorare e imparare da esiti gratificanti, e

rispondere a indizi predittivi di gratificazione, è fondamentale per sopravvivere e contribuisce a una presa di decisione che sia adattiva e diretta a un obiettivo. Ridotta responsività a indizi predittivi di ricompensa è associabile a due conseguenze opposte: o un comportamento anedonico, che aumenta il rischio per disturbi dell'umore, o comportamento compensatorio di ricerca intensa della ricompensa, che può condurre a abitudini maladattive come l'abuso di sostanze. È interessante come individui con una storia di ELS mostrino abitudine al fumo in età adulta molto di più rispetto a individui non esposti a stress precoci. Essendo la nicotina un potente modulatore del sistema della ricompensa è possibile che l'utilizzo sia un tentativo di alleviare l'anedonia. Anche in soggetti sani è evidente il ruolo della corteccia prefrontale dorsolaterale e della corteccia cingolata anteriore nella regolazione emotiva. La disregolazione emotiva in individui maltrattati, dunque, può essere ricondotta ad anomalie funzionali e strutturali nelle vie frontali cingolate e limbiche, e una buona regolazione di emozioni negative è stata associata a ridotta attivazione dell'amigdala (Pechtel & Pizzagalli, 2011).

1.3.4 Funzionamento affettivo nei soggetti con disturbo da somatizzazione persistente

I processi emozionali si presentano con una natura sistemica e dinamica, mostrando componenti che interagiscono le une con le altre su livelli diversi: psicologico, cognitivo e comportamentale. Ne deriva che, quando la regolazione emotiva non è adattiva né impiegata in modo flessibile, emergono compromissioni del funzionamento emotivo (Lewis, 2005). È il caso del disturbo da somatizzazione persistente, in cui un funzionamento emotivo compromesso è tra gli aspetti responsabili dello sviluppo, progressione e trattamento dei sintomi (Bucci, 1997). La prospettiva biopsicosociale della somatizzazione considera interazioni precoci, attaccamento insicuro o una storia di traumi, dei fattori di rischio per una regolazione emotiva compromessa. Tale traiettoria socio-emozionale è associata a alterazione nei sistemi endocrino, immunitario e di regolazione del dolore (Henningsson et al., 2007; Waller & Scheidt, 2006). Pazienti con disturbo da sintomi somatici mostrano difficoltà a spostare l'attenzione da questioni emotive, predette da appunto il sintomo somatico, depressione, traumi infantili e dissociazione (Wingenfeld et al., 2011). Riportano anche compromissione nel concentrarsi su compiti quando sono stressati, rispetto a pazienti di malattia organica o a persone sane; la performance in mindful attention predice negativamente depressione, ansia e stress ed è negativamente correlata con anomalie nella regolazione emotiva (Brown et al., 2013). Per quanto riguarda le strategie di gestione delle emozioni, c'è associazione positiva tra eccessiva soppressione di ansia espressa, o espressione di ansia incontrollata, e aspetti del disturbo da sintomi somatici. Modalità incontrollate di espressione della rabbia sono inoltre legate a esperienze di dolore acuto

molto intenso (Bruehl et al., 2007). Anche la soppressione della rabbia è più frequente in pazienti con sintomi somatici rispetto a persone sane o malate di malattia organica (Castelli et al., 2013; Sayar et al., 2004). La soppressione della rabbia è positivamente associata con variabili psicosomatiche quali il dolore di fine giornata, dolore acuto, dolore di stato, depressione, alessitimia e stress mentale (Bruehl et al., 2007; Burns et al., 2015; Van Middendorp et al., 2010) è relata a catastrofizzazione del dolore, e media la relazione tra affetto negativo e catastrofizzazione (Wong & Fielding, 2013). Emerge inoltre che pazienti che vivono emozioni intense ma ricorrono alla soppressione soffrono maggiormente l'impatto dei sintomi somatici. Il rilascio di beta-endorfine, legato a esperienze di minore dolore, è negativamente predetto da stili di più intensa rabbia manifesta sia nei pazienti che nei soggetti sani. L'espressione quotidiana della rabbia in pazienti con sintomi somatici è superiore ai controlli, e finisce per amplificare l'intensità del dolore cronico provato entro la singola giornata (Geenen et al., 2012). Il disturbo da sintomi somatici persistente è testimonianza del fatto che alcuni fattori tipici della disregolazione emotiva, come la difficoltà a impegnarsi in un comportamento diretto a scopo e la mancanza di consapevolezza emotiva, sono predittivi in particolare di una ridotta tolleranza del dolore (Mazaheri et al., 2013). Possiamo dunque affermare che il disturbo in questione non si esaurisca semplicemente nei fastidiosi e cronici sintomi che pervadono il corpo, ma sia parte di un disegno più grande che è il funzionamento globale della persona, in cui la sfera affettiva assume un ruolo fondamentale. Il funzionamento affettivo è riconducibile alla capacità di esperire, differenziare, nominare le emozioni, capacità che se insufficiente è maladattiva e predittiva di disabilità nel ridurre e regolare emozioni negative intense (Gross & Muñoz, 1995; Cole et al., 1994). Non poche forme di psicopatologia, da disturbi affettivi, a quelli di personalità, ansia generalizzata, depressione, ansia, ansia sociale, abuso di sostanze e disturbo da sintomi somatici, hanno alla base disregolazioni emotive (Salters-Pedneault et al., 2006; Joormann & Gotlib, 2010; Vujanovic et al., 2008; Austin et al., 2007; Goldin et al., 2009; Fox et al., 2008). Questo funzionamento è incrinato nella percezione e espressione di affetti: in base alle descrizioni di pazienti con ridotta capacità di descrivere le emozioni, è stato introdotto il concetto di *Alessitimia*, da parte di Nemiah e Sifneos nel 1970 (Nemiah & Sifneos, 1970). Il termine allude a quei pazienti incapaci di comprendere i loro stessi vissuti, e di ricondurre le sensazioni fisiche a modificazioni affettive, diventando quindi suscettibili di lamentele fisiche e tendenti a attribuirle a possibili malattie. La ridotta consapevolezza emotiva è inoltre associata a difficoltà a distinguere sensazioni corporee da sensazioni mentali ed emotive: sono poco capaci, infatti, di collegare le emozioni a malesseri fisici, e interpretano male gli aspetti psicologici associati, scambiandoli per segnali provenienti dal corpo. Tali incapacità multiple sembrano responsabili di alterazioni del sistema immunitario, con un impatto negativo reale sulla

salute, e diventando quindi un rischio per malattie legate a stress psicosomatico. Alti livelli di alessitimia si manifestano in strategie disadattive di regolazione emotiva, che vanno ad aumentare le conseguenze fisiologiche del provare emozioni, a sostegno dell'idea che molti pazienti con sintomi somatici facciano affidamento su stili di regolazione emotiva disfunzionali. Come già anticipato il processo di somatizzazione è alimentato dalla soppressione di emozioni negative, che incrementa i risvolti fisiologici delle esperienze emozionali ed è associato ad alti livelli di alessitimia. Individuiamo dunque una diffusa difficoltà nel regolare cognitivamente l'arousal emozionale, e quindi un'abitudine a vissuti somatici isolati senza connessione con il pensiero o la cognizione corrispondente, conducendo a una persistente attivazione fisica. I processi cognitivi non sono sfruttati da questi pazienti nemmeno per identificare e regolare le emozioni, arrivando a una iperfocalizzazione sui segnali corporei legati a aspetti mentali, senza saper legare le due aree di vita. Non sapendo ricondurre le une alle altre, è facile finire per spiegare ogni modificazione fisica alla stregua di una malattia organica, verso cui le persone somatizzanti nutrono forte ansia. Pazienti con disturbo da sintomi somatici tendono a interpretare male anche segnali sociali, andando a aumentare il distress in circostanze che richiederebbero invece un buon livello di performance. È facile, ad esempio, che vadano a interpretare le espressioni emotive degli altri come negative per sé, per cui interazioni con specialisti durante esami medici, e interazioni sociali in generale, evocano in questi pazienti affetti negativi, inducendoli a fidarsi meno. La ridotta fiducia verso i responsabili medici può contribuire all'aumento delle consulenze mediche cui ricorrono, un pattern tipico e frequente detto "doctor-hopping", ossia alternare un dottore a un altro continuamente. Pur rimanendo su un piano speculativo, questo comportamento potrebbe derivare non solo dal frequente bisogno di disconferme, ma anche da una, di nuovo, ridotta fiducia nelle rassicurazioni che i medici provvedono sulla salute della persona (Erkic et al., 2018).

1.3.5 Alessitimia nella popolazione tipica e atipica

Nella popolazione generale, variabili alessitimiche sono associate a maggiori sintomi somatici anche quando alla base risultano reali anomalie organiche, oppure depressione e ansia, e rimane vero controllando i fattori demografici. In un campione non clinico, si ha indagato con esami fisici e interviste strutturate, per verificare la presenza di diagnosi: l'alessitimia potrebbe essere uno dei fattori, anche se non a grande impatto, che aumentano il rischio di somatizzazione già nella popolazione sana, ma non è possibile ancora stabilire se sia un fattore predisponente e di sostegno alla somatizzazione, o solo un fenomeno secondario accompagnato da sintomi somatici aggravati.

Rimane però oggettivo che sia associata a un maggiore numero di sintomi riportati, a insistere che ne potrebbe essere un fattore di rischio. È stata quindi trovata una associazione indipendente tra alessitimia e somatizzazione, operazionalizzata come “elevato numero di sintomi somatici riportati”, entro uno studio cross-sezionale su popolazione generale rappresentativa, con e senza disturbi somatici. Essendo l’alessitimia abbastanza comune tra persone sane, è importante tenere a mente che specifiche strategie di trattamento possono essere investite per migliorare o prevenire possibili sintomi o problemi di salute (Mattila et al., 2008). Le persone con alessitimia, non sapendo comunicare adeguatamente i vissuti interiori, li esprimono tramite sensazioni fisiche, rimettendo quindi le loro preoccupazioni a medici anziché professionisti della salute mentale. L’alessitimia può essere associata a una scissione tra l’esperienza emozionale soggettiva e la reattività fisiologica in situazioni di arousal affettivo. Le dimensioni associate a difficoltà nel comunicare i sentimenti sono state associate a vissuti negativi come depressione e ansia: in particolare, “difficoltà a identificare e descrivere sentimenti” con la depressione. Le differenze individuali nella consapevolezza emotiva sono direttamente collegate a differenze nella bontà di enterocezione: l’alessitimia è inversamente associata alla capacità di percepire segnali dall’interno del corpo essendo appunto assimilata a scarso contatto con le emozioni. Come questo si dispieghi è però dibattuto, dato che è possibile che persone alessitimiche siano fin troppo recettive verso il loro corpo o verso l’arousal, risultando nel gestire le sensazioni come sintomi di malattia fisica. Al di là della possibile spiegazione sottostante sintomi somatici, molti studi hanno indicato che disturbo da sintomi somatici, depressione, sintomi di panico e nevroticismo sono associati ad alessitimia, ma non è possibile ricondurla senza obiezioni soltanto alla sfera affettiva. Dal momento che affetti e cognizioni non sono ontologicamente separati, si rende necessario esaminare come questi due distretti dell’alessitimia siano associati con la difficoltà a distinguere, per certe persone, emozioni da sensazioni fisiche (Komaki, 2013). L’insight, ovvero la consapevolezza che la persona ha di avere un certo stile di funzionamento, la consapevolezza dei propri meccanismi e dei pattern che si agiscono, può variare in questi pazienti e si traduce nella attribuzione, o meno, dei sintomi a una diagnosi organica, resistendo alle evidenze. Il rischio è che finiscano a ruminare e rimuginare sui sintomi, aumentando eccessivamente l’attenzione selettiva sul corpo, alimentando pensieri catastrofici, tanto da sottoporsi a cure anche superflue che potrebbero essere nocive e scatenare iatrogenicamente una vera patologia. Le preoccupazioni sul corpo tolgono interesse ed energia per relazioni profonde, sicché queste persone sono per lo più isolate e distaccate, dedite solo a chi davvero prova a rassicurarli. Le reazioni di fronte ai medici possono essere sensazioni di biasimo, fino alla paranoia che venga nascosto loro qualcosa. Il senso del sé di questi pazienti è fragile, con vissuti di impotenza, debolezza e scarso controllo. Riportano di sentirsi spesso

non ascoltati, e, per quanto la frustrazione che prova chi parla con loro possa indurre questa sensazione, precede senz'altro un bias dovuto a esperienze precoci di mancata risposta a richieste e comunicazioni. È anche possibile che avendo sperimentato scarse attenzioni in questo senso, le lamentazioni fisiche siano una modalità inconsapevole di agganciare l'altro significativo e riceverne le cure. La preoccupazione principale è di mantenere l'integrità del sé corporeo evitandone la frammentazione. Quello che provano maggiormente è una sofferenza psicologica generale, che insiste spesso sul tema della rabbia, e tendenze alessitimiche. Le modalità di difesa più utilizzate sono il sintomo stesso, ossia la somatizzazione, e la regressione, cioè la rinuncia a un compito evolutivo conquistato, per tornare a uno stadio di sviluppo precedente (Lingiardi & McWilliams (a cura), 2018).

1.4. I fattori individuali associati al disturbo

Le informazioni raccolte finora sul Disturbo da somatizzazione persistente ci rimandano a alcuni fattori che a livello individuale sembrano determinare il fenotipo descritto.

Gli elementi principali sono infatti tre e tornano in diverse aree in cui indaghiamo il funzionamento somatizzante. Il primo è l'*ansia*, emersa nel constatare il comportamento ridondante delle persone sempre allerta verso i segnali corporei e la conseguente reazione tesa verso una possibile anomalia; dopodiché abbiamo indizi sul *coping* dalle modalità con cui i pazienti si orientano nel cercare soluzioni al disagio; infine la *regolazione emotiva*, per nulla efficiente, data l'esplorazione fatta del concetto di alessitimia. Andremo adesso ad approfondire questi tre costrutti che finora abbiamo solo citato nell'esplorare le caratteristiche del disturbo di interesse.

1.4.1 Ansia

L'*ansia* è un sentimento di apprensione, irrequietezza, insoddisfazione, non di per sé patologico, che può anche insidiarsi e essere vissuto in forma vaga e lieve, e spingere e a migliorare e sostituire ciò che non va (Fava et al., 1998). In tal caso l'*ansia* è infatti un'esperienza positiva per le persone, le muove alla sopravvivenza, alla sicurezza, a ponderare bene le alternative di una scelta. Se non esistesse il vissuto ansioso non ci si sposterebbe da situazioni angosciose, da cui riceviamo segnali sgradevoli, verso invece posti più sicuri e positivi per la vita. È quindi un insieme di sensazioni di disagio e di conseguenti tendenze ad agire per contrastare queste esperienze, che rende consapevole di eventi che stanno accadendo e della loro portata, in modo da reagirvi. Se non si fosse invece affatto preoccupati che una situazione leda alla vita, allora si finirebbe per essere incauti, forse incoscienti e troppo sicuri di sé. È vero però che l'*ansia* è appropriata quando porta prudenza o vigilanza, e aiuta a stare bene, e questo non è sempre il caso (Ellis, 2013). Ci sono momenti o eventi in cui il sentimento

può raggiungere intensità e durate eccessive, rispetto a probabilità e impatto dell'evento considerato pericoloso, e rispetto al benessere della persona. Diventa allora una risposta inappropriata, incontrollabile verso preoccupazioni di natura esistenziale, fino a impedire il naturale svolgimento di attività quotidiane, dal momento che si finisce a temere anche circostanze innocue (Fava et al., 1998). Questa ansia può assumere la forma di panico, fobie, e disturbi fisici o psicosomatici, che finiscono per interferire con una adeguata gestione dei pericoli possibili o immaginati. L'ansia può, in ogni caso, presentarsi con diverse intensità di sintomi che afferiscono a certi distretti corporei. Per l'area respiratoria e toracica, respiro corto, affannoso, superficiale, rantoli, oppressione al petto, nodo alla gola, senso di soffocamento. Tra i sintomi cutanei possono emergere sudorazione, prurito, vampate di caldo o freddo, rossore facciale, e tra i sintomi cardiovascolari ci sono aumento di frequenza cardiaca, palpitazioni, senso di svenimento, aumento o calo di pressione. Sintomi diffusi sono anche quelli intestinali, ossia inappetenza, nausea, vomito, dolori addominali, e quelli muscolari tra cui brividi, tremori, spasmi, movimento involontari, sussulti, rigidità. A livello mentale, le persone con ansia esperiscono difficoltà a concentrarsi, affaticamento, fino a paura di impazzire, di morire, di perdere il controllo, associati a insicurezza, dubbi difficoltà a prendere decisioni. L'ansia si può vivere in senso generalizzato, oppure specificamente per situazioni quali socializzazione, discorsi in pubblico, svolgimento di un lavoro, sport, scuola, eventi traumatici, problemi medici, uso e abuso di sostanze (Ellis, 2013). Dunque quando il segnale d'ansia non attiva adeguatamente della risorse, essa si fa intensa e persistente diventando opprimente. Chi soffre di ansia può temere, a torto, di avere una malattia fisica, ma non è da escludere che una reale malattia corporea porti a sintomi simili a quelli ansiosi, come ad esempio nel caso di ipertiroidismo o ipotiroidismo (Piemonte, R.). Ammessa la manifestazione somatica del vissuto di ansia, è interessante capire la relazione e la comorbidità tra ansia e disturbo da somatizzazione persistente. Nel disturbo di nostro interesse, infatti, la persona effettua numerosi controlli clinici e si rivolge a specialisti, rivolgendosi all'amplificazione del malessere più che all'accettazione dello stesso. Quando il soggetto esperisce correlati fisici legati a tensione e a emozioni, li interpreta negativamente e reagisce con auto osservazione e utilizzo massivo di soluzioni mediche-farmacologiche. Le condizioni fisiche lamentate sono mantenute attraverso ruminazioni, preoccupazioni, tentativi di rassicurazione, di qualità ansiosa. L'attenzione focalizzata sul sintomo ne aumenta l'intensità e contribuisce a confondere sensazioni fisiche normali, con i sintomi di ansia generati dalla persona stessa che teme il pericolo interpretato nel corpo. Oltre a questo, chi somatizza adotta una divisione tra spiegazione razionale e spiegazione emotiva: essa è data da interpretazioni di pericolo sul segnale corporeo, così come dalla convinzione che esso sia associato a una minaccia grave, e dall'idea che le stesse emozioni siano dannose. In virtù dei criteri

stringenti del DSM-IV, la comorbidità tra sintomi somatoformi e ansia era considerevole, all'ordine del 4.2%, congiuntamente alla depressione. Tra i somatizzanti, chi aveva comorbidità di ansia o depressione ammontava a 17%; tra chi viveva ansia o depressione, la comorbidità di sintomi somatici arrivava a un'incidenza del 54%. I sintomi e limitazioni funzionali di pazienti con sintomi somatici e anche ansia o depressione, erano più gravi e cumulativi quando c'era effettiva comorbidità. La coesistenza di disturbo da sintomi somatici e ansia o depressione era 3.3 volte superiore al caso. Più della metà dei pazienti con ansia o depressione soddisfacevano i criteri di comorbidità con sintomi somatici. I disturbi da somatizzazione, similmente ad ansia e depressione, erano associati a sostanziale alterato funzionamento, risultando in un effettivo aumento del carico di malattia in pazienti con comorbidità (De Waal et al., 2004). Alla luce di quanto sappiamo sulla maggiore incidenza del disturbo da somatizzazione persistente nelle donne rispetto agli uomini, contempliamo anche come questi sintomi spesso coesistono con depressione e ansia, insieme o separate, in un terzo delle pazienti. Studi qualitativi mostrano come le donne tendono ad attribuire cause di natura economica o sociale ai loro sintomi, e non li rimettono ad ansia e depressione.

1.4.2 Strategie di coping

La definizione fornita da Lazarus e Folkman suggerisce che per *coping* si intenda il cambiamento di pensieri e comportamenti che le persone applicano per gestire questioni interne e/o esterne dovute a transazioni tra persona e ambiente, che risultano stressanti. Ne deriva che prima di emettere ogni risposta di coping, la persona prima valuta cognitivamente cosa c'è in gioco (valutazione primaria), e poi cosa si può fare al riguardo (valutazione secondaria del controllo sugli stressor). Emettere una strategia di coping non è quindi mirato a ridurre gli effetti dello stress bensì a rispondere alla valutazione cognitiva di una situazione minacciosa. L'efficacia delle risposte di coping sarebbe resa non solo dal suo effetto immediato ma anche dall'impatto a lungo termine, misurata a partire da indici di benessere psicologico e fisico, stati di affetto positivo e in generale la soddisfazione percepita da una situazione (Kim & Duda, 2003). I processi di coping generano un esito che viene rivalutato come favorevole, non favorevole o non risolto. Se favorevole, l'emozione è positiva, negli altri due casi il distress permane inducendo la persona a considerare nuove alternative di coping. Secondo Lazarus la valutazione effettuata tiene conto dell'insieme di credenze e valori personali dell'individuo, e fattori ambientali, come domande e risorse disponibili: essendoci combinazioni innumerevoli di entrambi gli elementi, abbiamo una grande variabilità di valutazioni che persone diverse possono fare in una stessa circostanza. Due sono le valutazioni effettuate: la primaria si rifà al significato dell'incontro specifico tra persona e ambiente, che può essere benigno, irrilevante o stressante, la valutazione

secondaria determina cosa si può fare per gestire l'evento stressante, e si applica quando l'incontro da persona e ambiente è già stato valutato come minaccioso o dannoso. In tal caso si utilizza un processo cognitivo per indagare le risorse disponibili, le variabili e gli stili con cui ognuno ha già gestito situazioni simili in passato (Biggs et al., 2017). Pazienti con sintomi somatici sono caratterizzati da uno stile di evitamento del conflitto per regolare le emozioni. Chi ha alti punteggi in *Difficoltà a individuare le emozioni (DIF)* è tipicamente incapace di distinguere le emozioni da sensazioni fisiche. Questo maggiore orientamento verso strategie di evitamento può risultare in aumento di emozioni indifferenziate e sgradevoli, che le persone provano in momenti stressanti. Bambini affetti da emicranie, infatti, riportano alta incidenza di evitamento del danno, rispetto a un gruppo di bambini sani: questo comportamento di evitamento di un danno generato da stimoli ansiogeni, è integrato con comportamento di evitamento rivolto a evadere da, o prevenire, situazioni stressanti. È possibile individuare anche una associazione tra punteggi in *difficoltà a descrivere le emozioni (DDF)* e coping basato sul supporto sociale. Persone con alto DDF hanno infatti difficoltà nelle interazioni sociali e peccano nella comprensione reciproca, arrivando a un ridotto funzionamento sociale. Il paziente somatizzante sarebbe quindi meno propenso a cercare supporto negli altri e a comunicare loro i suoi problemi. Punteggi nel *pensiero orientato all'esterno (EOT)*, infine, sono fortemente relati a strategie di coping di confronto insufficiente. EOT è definito da un pensiero orientato all'azione, focalizzato su aspetti pratici della realtà, anziché sull'esperienza mentale. Un coping di confronto, focalizzato sul problema, porterebbe a individuare le cause e eliminarne la fonte. Pazienti con EOT alto giovano di interventi rivolti a imparare che i sintomi fisici possono essere connessi a situazioni stressanti, e a identificare le cause del problema (Tominaga et al., 2013). L'unica strategia di coping significativamente associata alla somatizzazione è *l'Aumento di attività comportamentali*: l'attenzione è rivolta altrove rispetto al dolore e disagio corporeo, tramite attività quali guardare la televisione, leggere. Si tratta di una strategia di coping attivo solitamente positiva, ma può rischiare di risultare in evitamento dal momento che non prevede un problem solving attivo, e esula il paziente dalla comprensione del sintomo corporeo. Anche se è dimostrato che le strategie di evitamento sono adattive quando si tratta di dolore acuto, pazienti con dolore cronico beneficiano di più di un coping attentivo anziché evitante. L'uso di strategie di evitamento, infatti, è legato a maggiori livelli di dolore nei pazienti con condizione cronica: l'aumento di attività in particolare correla positivamente con disabilità dopo sei mesi e dopo un anno di follow up, ma non nella fase acuta. L'uso ridondante di aumentata attività comportamentale è associato a una scarsa performance nei test cognitivi di capacità verbali, psicomotorie, attentive ed esecutive: questa relazione può essere spiegata dalla mutua associazione con la somatizzazione. Dal momento che non

c'è associazione tra somatizzazione e capacità verbali o esecutive, bassi punteggi in queste aree sono associati a eccessivo uso del coping di aumento di attività. È dimostrato che l'uso di coping connesso al dolore è mediato dai livelli di educazione, ed è mediatore tra educazione e salute dell'individuo. Assunto poi che i punteggi cognitivi sono connessi ai livelli di educazioni, una ridotta capacità verbale e esecutiva è associata a un coping disadattivo nei confronti del dolore (Hall et al., 2011).

1.4.3 Regolazione emotiva

L'ultimo fattore individuale associato al disturbo da somatizzazione che prendiamo in considerazione è la *regolazione emotiva*. L'emozione è il processo di registrare la rilevanza di un evento fisico o mentale, che l'individuo costruisce. La regolazione emotiva è invece la modifica di ogni processo che genera l'emozione o la sua espressione nel comportamento, e si tratta dello stesso gruppo di meccanismi coinvolti innanzitutto nelle emozioni. La regolazione dell'emozione può essere agita su di sé o su altri. Nella vita di tutti i giorni, ognuno è impegnato nella regolazione dei propri stati e azioni: autoregolazione e regolazione emotiva sono talmente intrecciate da rendere difficile individuare dove finisce una e inizia l'altra. La regolazione emotiva si può in tal caso distinguere tra *orientata al bisogno* e *orientata alla persona*. L'intento della regolazione orientata al bisogno è molto specifico, dal momento che i bisogni edonici sono volti a ristabilire un equilibrio positivo nell'immediato. Dato che, però, le persone hanno tipicamente obiettivi più a lungo termine, possono insorgere conflitti laddove la persona tenta di applicare una regolazione basata, invece, sulla soddisfazione dei bisogni. La regolazione emotiva orientata alla persona può coordinare il funzionamento dell'individuo in due modi: evitando che le persone rimangano avviluppate in specifici stati emozionali-motivazionali, quindi promuovendo una certa flessibilità mentale; facilitando i cambi di emozioni, e dunque assicurando coerenza nella crescita personale. A seconda della positività o negatività dell'emozione predominante, si può inibire quello stato, supportando un'autoregolazione flessibile. La regolazione rivolta alla persona intende quindi fondere la dualità mente-corpo: le attività corporee, come mindfulness e respirazione controllata, hanno una influenza sulla regolazione emotiva non riconducibile a meri processi attentivi o valutativi (Kooze et al., 2011). Gli individui si distinguono non solo nella natura e nell'intensità delle emozioni cui sono più avvezzi ma anche nelle modalità con cui vi reagiscono. La *self-determination theory (SDT)* suggerisce che la regolazione autonoma deve svilupparsi non solo in contrasto a pressioni esterne o frustrazione, ma anche a impulsi e urgenze di sfogare spinte che vengono da dentro di noi: autoregolarsi significa sviluppare i confini interni ed esterni di sé. È quindi possibile indagare una via che non preveda l'inibizione attiva di emozioni, né una rapida modificazione di ciò che si prova, ma una terza

modalità: prima prendere atto e riconoscere l'esperienza emozionale e poi comprenderne il significato. Lo sviluppo, dunque, di un processamento delle emozioni, che sia più integrativo e meno scisso, dovrebbe essere agevolato dal supporto genitoriale ai bisogni psicologici di base dei figli, come l'autonomia di volizioni, la percezione di competenza e il senso di appartenenza. La soddisfazione di questi bisogni è predittiva del benessere e di una buona regolazione emotiva, in bambini in età prescolare, scolare e adolescenti. L'innovazione della SDT è che la regolazione emotiva contribuisca a un funzionamento integrato e armonioso, a partire da consapevolezza, assimilazione e azioni autoregolate. Ne deriva che le emozioni, anche le più sgradevoli, non siano più viste come ostacoli interferiscono con un funzionamento adattivo, perfetto, idilliaco, ma diventano informazioni utili che aiutano a orientarsi nella scelta dei comportamenti. Una regolazione che prevede il *controllo delle emozioni* assume che esse non siano esclusivamente informative, ma abbiano una portata angosciante o negativa. Di conseguenza, la risposta coincide con il tentativo di controllare certi stati d'animo, tramite la soppressione: un tentativo di ignorare, evitare e nascondere emozioni negative, poiché sono percepite come addirittura pericolose. La disregolazione emotiva, d'altra parte, è l'orientamento assoluto verso l'emozione, associato alla sensazione di sopraffazione o disorganizzazione, fino all'interferenza con un funzionamento efficiente. La regolazione emotiva integrata IER, invece, prevede un'attenzione recettiva e non giudicante verso l'esperienza emotiva, cui segue una esplorazione interessata e intenzionale dell'emozione e del suo significato. La persona è infine in una prospettiva migliore per prendere decisioni consapevoli, alla luce di una espressione delle emozioni, consentendo agli altri di essere un supporto emotivo (Roth et al., 2019). Per quanto riguarda la regolazione emotiva interpersonale, la regolazione integrata ha quattro caratteristiche principali. È innanzitutto un processo orientato a un obiettivo, in cui il soggetto regolatore è spinto da un motivo: non si tratta solo di intenzioni prosociali volte ad aiutare qualcuno, ma anche di obiettivi come riuscire bene nella propria occupazione in area sociale, o laddove si possa migliorare la performance di qualcuno. IER ha anche un obiettivo affettivo: lo stato che si regola è un'emozione, a differenza di altri processi regolativi di stati cognitivi o comportamentali, e questo è vero al di là degli obiettivi diversi sopracitati. La terza qualità è che la regolazione integrata è intenzionale: a differenza di processi come il distress emotivo, per cui portiamo l'altro a sentirsi in un certo modo senza volerlo, la IER è controllata e condotta in modo consapevole. Infine, l'obiettivo è sociale: tutte le forme di regolazione hanno un soggetto regolante e un soggetto regolato, e in questo risiede la loro socialità, ossia la modifica dello stato di qualcuno che non siamo noi (Niven, 2017). Per concludere possiamo adesso sottolineare come si caratterizza la regolazione emotiva nel caso di disturbo da somatizzazione persistente. Numerose sono le evidenze di disfunzioni nella regolazione emotiva nel

caso di disturbi da sintomi somatici: si individuano infatti diffuse applicazioni di soppressione dell'emozione (Burns et al., 2011), ruminazione, catastrofizzazione (Hadjistavropoulos & Craig 1994), ridotta capacità di regolare emozioni positive (Zautra et al., 2001), squilibri nell'attivazione fisiologica e diminuita capacità di consapevolezza e riconoscimento delle emozioni (Pollatos et al., 2011a; 2011b). Pattern di regolazione emotiva nei disturbi somatizzanti sono connotati da incoerenza tra le parti costituenti le emozioni. A supporto di questa postulata incoerenza emozionale, sappiamo che pazienti somatizzanti tendono a distaccarsi dall'emozioni, scindendo la componente cognitiva comportamentale da quella puramente affettiva: individui con sintomi somatici mostravano alessitimia affianco a ridotti riconoscimento di emozioni e teoria della mente. Quella che dovrebbe essere coerenza emozionale è definita dalla sintonia tra sistemi di risposta fisiologici, comportamentali ed esperienziali, preposti a reazioni adattive e coordinate via via che l'emozione si dispiega nel tempo. Sembra inoltre esserci un ruolo importante per le interazioni interpersonali, storie traumatiche e di attaccamento, nell'influenza la disregolazione di affetti nei pazienti somatizzanti. Dal momento che esiste un circuito neurale comune alla base del dolore sociale, come rifiuto, esclusione o perdita, e del dolore fisico, si possono relazionare le interazioni disfunzionali e le alterazioni nei sistemi endocrino, immunitario e di regolazione del dolore. Pazienti con sintomi somatici sembrano aderire a una sorta di *Cultura dell'evitamento emotivo* associato a una mancanza di contatto con possibili reazioni corporee allo stress. Storie di attaccamento insicuro e quindi compromissioni nella regolazione emotiva interpersonale tra caregiver e bambino, come una assente espressione di emozioni, sono frequenti nell'infanzia di chi somatizza anche da adulto. Le strategie applicate in questi casi sono infatti inattivazione o iperattivazione del sistema di attaccamento, con conseguenze negative sia metaboliche che interpersonali. Gli ambienti in cui sono solitamente inseriti questi pazienti sono famiglie poco coese e supportive, conflitti in relazioni coniugali, frustrazione, senso di non-aiutabilità o di rifiuto: la regolazione emotiva a carico di un partner, ad esempio, in termini di validazione e invalidazione è risultata predittiva di esperienze di dolore nel soggetto regolato. Possiamo concluderne una rete bidirezionale tra interazioni interpersonali, regolazione emotiva e lamentele fisiche: entrambi gli attori di una interazione contribuiscono alla regolazione emotiva che intercorre, che può diventare un fattore di attivazione e mantenimento dei sintomi somatici (Okur Güney et al., 2015).

CAPITOLO 2

Disturbo psicosomatico e funzionamento affettivo nella funzione genitoriale

Il presente capitolo approfondisce il funzionamento affettivo specificando la sua espressione nel ruolo genitoriale, ossia le modifiche a seguito di gravidanza e parto e gli effetti di un funzionamento affettivo adeguato sulla cura di un figlio. Successivamente si potrà comprendere cosa accada invece in termini di regolazione affettiva se la madre riporta sintomi somatici, e di nuovo gli effetti sulla cura del bambino. Dopodiché saranno introdotte le due variabili genitoriali Sensibilità e Non-Intrusività, come descritte anche nello strumento Emotional availability Scales, e infine si leggerà sulle possibili espressioni comportamentali di genitori da sensibili a non sensibili, e da non intrusivi a intrusivi.

2.1. Funzionamento affettivo alla luce della funzione genitoriale in popolazioni tipiche

Diventare genitori è un'esperienza sia gratificante che impegnativa, che prevede la fioritura di cambiamenti importanti nella relazione di coparenting: allorché nella coppia si riorganizzano i ruoli e riequilibrano le responsabilità della genitorialità, va sopportata la fatica e la carenza di sonno durante i primi mesi di vita del nuovo nato. Queste novità possono creare stress psicologico derivante da complessi problemi, in particolare laddove ci sia uno scarso supporto sociale che induce vissuti di isolamento e incertezza. Il passaggio alla genitorialità è un periodo di forte emotività per tutti gli adulti che lo esperiscono: le madri affrontano modifiche negli equilibri ormonali dalla gravidanza al primo postparto, e in generale tutti provano nuovi sentimenti e responsabilità nell'assumere la nuova posizione entro il sistema familiare. L'adattamento agli stress comuni in questo periodo richiede che i nuovi genitori mettano da parte le capacità già acquisite ed esperienze che mitighino lo stress, così da adattarsi per mezzo di nuove strategie di coping (Russell et al., 2022). Nel capitolo precedente si ha introdotto ampiamente il concetto di funzionamento affettivo nell'individuo, con approfondimenti circa le forme che esso assume nella salute e nella patologia. Ci si può adesso chiedere quale sia il ruolo di una buona regolazione affettiva nel momento in cui si assume un nuovo ruolo: fare il genitore. La transizione alla genitorialità è senz'altro uno degli eventi più complessi e topici nell'attivazione di strategie di regolazione emotiva. Si rende infatti necessario gestire la co-occorrenza di bisogni personali, del partner, del neonato, mentre si riorganizza la propria identità, il tutto inserito in una fase di intensive cura e dedizione al piccolo. Sorge spontaneo chiedersi come il genitore possa regolare le sue emozioni quando si interfaccia con circostanze per molti aspetti costose, a ricorrenza quotidiana, nella pratica di cura. La regolazione emotiva del genitore si riferisce alla sua capacità di direzionare l'esperienza e l'espressione delle emozioni nel contesto specifico di cura. Nell'esperienza

quotidiana, deve mantenere uno stato regolato nell'occuparsi di un bambino in stato di disequilibrio o disregolato, riuscendo anche a implementare le strategie di regolazione del figlio stesso. Una delle risorse disponibili per questo fine è la mentalizzazione, ossia la capacità del genitore di adottare la prospettiva del figlio e trattarlo come un agente mentale portatore di intenzioni, le cui azioni sono motivate da stati mentali. Si considera questa abilità centrale nella genitorialità, giacché concede al figlio di crearsi un ambiente in cui si percepisca pensante e volitivo, e ne favorisce lo sviluppo socio-emozionale emozionale (Shai et al., 2023). Una possibilità per i genitori di gestire le proprie emozioni è selezionare comportamenti che riducano un input avversivo, e quindi l'emozione negativa. Un genitore che si sente sopraffatto potrebbe infatti capitolare di fronte al suo ruolo nel tentativo di ridurre l'esperienza emozionale negativa. Potrebbe trovarsi a negare una richiesta del figlio per motivi legittimi, ma poi accondiscendere di fronte alle proteste del bambino, pur di smettere di provare l'emozione sgradevole, dal momento in cui il piccolo si calma. Altrimenti, di fronte a una questione disciplinare o violazione di regole, potrebbe doversi allontanare fisicamente per calmarsi, pur di non dover indurre a fatica la collaborazione del figlio. La soppressione, la rinuncia e la fuga sono comportamenti di regolazione emotiva distinti ma interconnessi, associati a fattori quali una genitorialità rigida, o disciplina lassa, scarso aggiustamento al ruolo e aggressività fisica del bambino (Lorber et al., 2023). La regolazione delle emozioni può essere definita in molti modi, tra cui anche la capacità di influenzare l'esperienza e l'espressione delle emozioni in contesti di cura. Finisce infatti per influenzare ogni area del funzionamento, inclusa la salute fisica e mentale, e le relazioni create e trattenute con altri in età adulta. Con l'aumento e la varietà di esperienze di vita, ci sono continue occasioni di modificare il funzionamento e la regolazione, a seconda dei cambiamenti fisici e di ambiente sociale. Tra questi, si individuano modifiche neurobiologiche e fisiologiche che sopraggiungono in età adulta, e che possono impattare la regolazione emotiva in modo particolarmente intenso nel caso della genitorialità.

2.1.1 Modifiche dovute al ruolo genitoriale

Nella transizione al ruolo genitoriale, molti cambiamenti si verificano sia a livello neurobiologico che ormonale che psicologico, per avvantaggiare una buona capacità di cura. Ne deriva che sia madri che padri riportano un'aumentata preoccupazione e pensieri relativi allo sviluppo del bambino, in particolare poco prima del parto, che rimane poi sostenuta nel periodo postparto. Si pensa possa essere ricondotta a pattern neuro-ormonali di matrice evolutiva.

2.1.1.1 Gli ormoni

Nei primi sei mesi postparto, madri e padri mostrano elevati livelli di ossitocina, ormone associato a condotte di cura: la funzione è di sensibilizzare il genitore ai segnali del figlio, implementando la risposta neurale a stimoli infantili, sia in adulti genitori che non genitori. Tale sensibilizzazione è più rilevante nel caso delle madri, ragione per cui molta della ricerca già condotta sulla genitorialità è stata rilevata a partire da loro.

2.1.1.2 Le basi neurali

Tra i dati abbiamo un aumento nel volume di materia grigia nei primi mesi postparto, in corteccia prefrontale, lobi parietali e mesencefalo. Per quanto riguarda il funzionamento, il network definito Parental Brain, attivato da stimoli visivi e uditivi infantili, include regioni coinvolte nel processamento di informazioni emozionali, risposte emotive e auto regolazione. Tra queste sono presenti anche quelle associate a reattività a stimoli emozionali, come l'amigdala, e quelle responsabili di una risposta regolata a informazioni affettive. Modifiche nel funzionamento e struttura del cervello in fase perinatale sembrano preparare i genitori alle emozioni del bambino, e alla gestione di nuovi incarichi di regolazione emotiva nei suoi confronti. I genitori devono infatti rimanere in uno stato regolato durante l'esperienza di distress, così da rispondere ai bisogni del figlio, e questa capacità cambia con l'accumulo dell'esperienza di cura. Ci sono differenze nelle risposte neurocognitive ai segnali infantili, tra adulti genitori e non genitori, e tra madri e padri.

Differenze individuali nelle regioni cerebrali preposte alla genitorialità possono sottendere a facilitazione di una risposta regolata a segnali emotivi del figlio. Donne con un'esperienza di cura precoce positiva mostrano aumento di volume e attivazione al pianto in aree temporali e prefrontali, e madri con attaccamenti sicuri si attivano maggiormente a sorrisi o pianti del figlio in ipotalamo e corpo striato. Similmente, attivazioni aumentate di aree prefrontali, temporali e subcorticali in risposta al pianto del figlio sono ricorrenti in madri con parto vaginale anziché cesareo, e che allattano naturalmente il figlio. Esperienze che alimentano il rapporto madre-figlio, come l'allattamento al seno, possono regolare reti neurali che supportano la madre nell'interpretare i segnali del figlio, ed esperire una risposta emozionale motivata. D'altra parte, madri che mostrano difficoltà nel legare con il figlio, con maggiore distress e meno emozioni positive verso il bambino, mostrano ridotto volume nel mesencefalo e attivazione in amigdala, striato e corteccia orbitofrontale, nel momento in cui osservano il volto del figlio emotivamente connotato.

2.1.1.3 Le funzioni cognitive

La capacità di un genitore di regolare le proprie emozioni è collegata a funzioni cognitive esecutive, fondamentali per la consapevolezza verso i cambiamenti di stati emozionali propri e del figlio, dato che dovrebbero interpretare il significato sottostante tali emozioni, e il modo in cui esse influenzano il comportamento. La memoria di lavoro, ad esempio, riflette la capacità di una persona di individuare e tenere a mente informazioni rilevanti per attività rivolte a uno scopo: migliore memoria di lavoro è associata a una maggiore capacità di sopprimere le emozioni, e dunque potrebbe essere cruciale per la rappresentazione delle stesse e la selezione di cognizioni e azioni appropriate per la gestione di tali esperienze. Quando invece la memoria di lavoro è inefficiente, le madri in particolare riportano maggiore reattività negativa verso i figli, durante compiti che elicitano frustrazione. La disponibilità e consistenza nelle risposte di cura durante il primo sviluppo va a modellare la capacità del bambino di rappresentarsi e regolare le emozioni, consentendo di esplorare le proprie risposte emozionali.

La mentalizzazione nell'adulto genitore è diversa da quella che emerge in adulti non genitori, ed è affinata a partire dall'interazione genitore-bambino. Compiti di teoria della mente, in cui è richiesto di interpretare gli stati mentali altrui e comprenderne il relativo comportamento, non sono automatici e anzi richiedono un buon controllo di funzioni esecutive. Senza uno scaffolding appropriato per la mentalizzazione, i genitori potrebbero non essere efficienti nel rispondere ai segnali del figlio, indulgendo in iper-reattività, o ipo-reattività e risposte ridotte, alle sue emozioni¹¹¹. Se il comportamento di un caregiver è emotivamente abusivo o negligente, fino a non-reattivo, ostile e colpevolizzante, risulterà nell'ignorare i bisogni emotivi del bambino, ponendo un terreno fertile per sequele negative interpersonali e intrapersonali.

2.1.2 Le prime settimane da madre: "Maternity blues"

Concentrandoci sul primo anno di vita del bambino è interessante una digressione sui cambiamenti che avvengono specificamente nella donna, a seguito della transizione da fertile, a gravida, a madre. La sindrome definita Maternity blues è una condizione emozionale spesso esperita dalle madri dopo aver partorito, da pochi giorni a un mese dopo la nascita del figlio. I sintomi principali sono senso di tristezza, irritabilità, ansia e sbalzi d'umore, e nonostante siano molto sgradevoli generalmente rientrano in modo spontaneo e sono temporanei. Si tratta di una risposta emotiva agli enormi cambiamenti nella vita della donna dopo aver partorito: cambiamenti ormonali, carenza di sonno, nuovi ruoli entro la famiglia e stress da incarico di cura possono contribuire all'insorgenza di questo vissuto. Ammesso che sia una condizione non grave e piuttosto comune, è importante comprendere il ruolo della regolazione emotiva e dei neurotrasmettitori che partecipano ai sintomi.

La regolazione di questi due aspetti, quindi, è cruciale nei cambiamenti post parto nell'umore, emozioni e risposte psicologiche: gravidanza, travaglio e post parto sono fasi di grande squilibrio. Queste fluttuazioni ormonali e neurali hanno impatto significativo sul benessere emozionale e psicologico delle madri. I livelli di estrogeno durante la gravidanza aumentano in modo drastico, con un picco nel terzo trimestre. Il ruolo di questo ormone è supportare la crescita e lo sviluppo del feto e preparare il corpo al processo del parto, dunque dopo la nascita c'è una brusca caduta dei livelli, con conseguenza su umore ed emozioni. Estrogeno più basso può impattare l'equilibrio della serotonina, causando tristezza e ansia. Un altro effetto lo ha sulla risposta del corpo allo stress, dati anche gli effetti su progesterone e cortisolo, che vanno a rendere la donna più sensibile e suscettibile. Il progesterone è altrettanto importante nella stabilità della gravidanza e sviluppo del feto. I livelli crescono solitamente nei trimestri ma il crollo post parto ha un effetto notevole sul corpo e sul cervello, con conseguenti sentimenti di tristezza, ansia, tensione emotiva. Allorché in gravidanza ha effetti rilassanti sulla mente della donna, sui muscoli dell'utero e sulle contrazioni, il calo conseguente la nascita comporta effetti contrari, quali maggiore ansia e sbalzi di umore. Il cortisolo entra in gioco con lo stress associato al partorire, essendo un ormone che prepara il corpo a gestire pericoli e risposte rapide ed efficienti. Nonostante sia una secrezione adattiva, periodi prolungati in tale condizione hanno effetti negativi sul benessere fisico ed emozionale, aumentando ansia e tensione. L'interazione con la serotonina poi va ad aumentare la tristezza del maternity blues, vissuti simil-depressivi e tono basso: lo stress protratto, cui segue la secrezione maggiorata di cortisolo, cui segue la fluttuazione di livelli di serotonina va quindi a influenzare lo stato della donna, che non riesce più a dormire bene, aggravando gli stati ansiosi, la stanchezza, l'umore e la debolezza fisica (Sari, 2023).

2.1.3 Il post-partum

La gravidanza e i primi mesi post-parto sono fasi molto speciali nella vita della donna, che dovrebbero essere protetti date le trasformazioni emozionali, gli adattamenti biologici, psicologici e sociali che solitamente si dispiegano senza difficoltà, ma che in certi casi possono essere connotati da crisi. Vissuti di ansia, irrequietezza, confusione, solitudine, paura, ma anche modifiche nel corpo, nella fisiologia e nel comportamento concorrono alla condizione psicologica postparto. La ridotta autostima a fronte dei cambiamenti nella propria estetica può colpire la donna e la qualità della sua esperienza dopo la gravidanza, con effetti sulle relazioni e sul legame con il bambino, come anche una modifica nella percezione del proprio valore. Ammessi questi risvolti sgradevoli, il periodo postparto è connotato senz'altro da emozioni anche positive di amore, felicità, curiosità, orgoglio, che conducono a crescita cognitiva, psicologica, emozionale, andando ad accrescere il pool di risorse

disponibili alla madre. Le emozioni positive possono aiutare nella gestione dei problemi, nell'aumentare la flessibilità della risposta e in generale contribuiscono a un sollievo operato dal cambiamento fisiologico e dal controllo cardiaco parasimpatico. Se però ci sono novità non auspicate come scarso supporto dal partner, malattia, disturbo mentale anche precedentemente compensato, le cose potrebbero andare diversamente da come previsto. Potrebbero allora farsi spazio ansia, paura, stanchezza e esaurimento, che indurrebbero la madre a fare fatica a concentrarsi e a essere poco efficiente nelle risposte di cura fornite (Adelere et al., 2021). Entrando nel vivo della regolazione emotiva nei genitori dobbiamo considerare gli intensi cambiamenti che attraversa una madre sia su piano personale che sociale: benessere, amore e gioia vanno di pari passo con distress, senso di non-aiutabilità e frustrazione nei primi mesi di vita del bambino. Conseguenti conflitti e sopraffazione sono frequenti ma allarmanti poiché inducono difficoltà che possono sfociare in stress o anche sintomi psicopatologici. Studiare le condizioni affinché si radichi la soddisfazione di vita dei bambini è fondamentale: bambini contenti mostrano capacità di coping, idee di sé, coinvolgimento in attività prosociali superiori, e meno probabile uso di sostanze e comportamenti psicopatologici. Comportamenti genitoriali calorosi, supportivi e responsivi sono relati significativamente alla soddisfazione di vita degli adolescenti. Le capacità di regolazione, infatti, si sviluppano e migliorano dall'infanzia all'età scolare, ma le differenze individuali sono stabili nel tempo: quando sono maladattive o se i metodi di regolazione sono limitati, si riscontra lo sviluppo di psicopatologia come l'internalizzazione dei problemi, sintomi ansiosi e depressione. Una regolazione emotiva ottimale invece è connessa a funzionamento sano come autostima e soddisfazione: le capacità di consolazione persistono nel tempo e hanno impatto positivo sulla soddisfazione di vita del bambino. Comportamenti materni positivi come calore materno, sensibilità e responsività sono considerati benefici per la regolazione emotiva del bambino, il suo aggiustamento e lo sviluppo socio-emozionale. Va considerato però anche l'impatto del comportamento del bambino verso il genitore: figli che si regolano meno potrebbero porre richieste più gravose ai genitori e quindi evocare comportamenti di cura meno sensibili. Anche se una migliore qualità del comportamento genitoriale riduce le difficoltà di regolazione del bambino a otto mesi di distanza, la regolazione iniziale del piccolo non è predittiva della successiva bontà della genitorialità. C'è associazione diretta e indiretta a lungo termine tra una efficiente transizione alla maternità e la regolazione del bambino: migliore è il passaggio alla maternità, più calorosa è la madre verso il figlio ancora sette anni dopo. Inoltre, più il bambino è regolato a uno e tre anni, più è soddisfatto della sua vita a dodici anni. La soddisfazione soggettiva a dodici anni, in più, è predetta sia dal calore della madre a otto anni, e dalla regolazione a un anno in modo diretto, sia, in modo indiretto, da una buona transizione alla maternità. Diventa

quindi fondamentale supportare un efficiente passaggio alla maternità nel primo anno post parto, incoraggiando queste donne a curarsi del proprio benessere, tramite rete sociale e iniziative di salute pubblica. Più è caldo infatti l'approccio della madre al figlio, più il bambino è contento anche quattro anni dopo. Le capacità di regolazione a un anno sono fortemente collegate al benessere percepito dodici anni dopo: più è capace di regolare le sue emozioni, più sarà un adolescente soddisfatto della sua vita (Richter et al., 2022).

2.1.4 Effetto del funzionamento affettivo sulla qualità degli scambi con il bambino preverbale

Il modo in cui i genitori gestiscono le loro emozioni entro il contesto di cura è espresso nelle situazioni in cui la richiesta da parte del bambino è potenzialmente disregolante per il genitore.

Il pianto del bambino è uno degli stimoli più attivanti per i genitori, ma adattivo proprio perché induce una risposta di intervento e cura nell'adulto che incontra questi indici vocali di distress. Alla luce di questo, è importante tenere distinta la regolazione dell'adulto che è anche genitore, e la regolazione genitoriale, ossia come viene gestita l'urgenza di consolare il figlio nel momento in cui la consolazione attiva nel genitore stesso una certa disregolazione emozionale, come spesso capita nei momenti di piano inconsolabile del figlio. È per questo che regolarsi entro il ruolo di genitore è da considerare come un'esperienza nuova rispetto alle altre situazioni in cui ci si regola nella vita.

Quando la richiesta del figlio eccede la capacità emozionale, il genitore vive uno stato di sopraffazione e sovraccarico, e si rifà a strategie comportamentali per compensare e terminare lo stimolo spiacevole che crea disregolazione. Se il genitore non ha ben sviluppato l'area emozionale, le risorse cognitive non sono abbastanza robuste e l'adulto non può permettersi di rimanere nella condizione di disregolazione, perché non è dotato del necessario per fronteggiarla, e quindi non può ricorrere a reappraisal o soppressione. Genitori con difficoltà nell'uso di processi mentali pertinenti le emozioni sono più propensi a comportamenti meno adattivi e soluzioni che mirano a ignorare lo stato di stress del bambino anziché gestirlo. Durante tensioni tra genitore e bambino, i genitori potrebbero tentare di gestire le emozioni con comportamenti che riducano gli input avversivi stessi, anziché servirsi di strategie cognitive più evolute proposte da Gross e Thompson (Shai et al., 2023). La capacità dei bambini di regolare le emozioni è cruciale per il loro funzionamento sociale e cognitivo anche a lungo termine: se è adattiva l'individuo sa modulare in modo flessibile le emozioni per fronteggiare le situazioni complesse. Non significa solo ridurre o eliminare gli affetti negativi dal momento che rabbia o frustrazione possono anche positivamente motivare il bambino a risolvere compiti difficili o cercare aiuto dagli adulti. Si tratta piuttosto di regolare tutte le emozioni ed esprimerle in modalità socialmente appropriate. Il clima affettivo della famiglia, tra cui le emozioni

che intercorrono nelle interazioni coniugali, genitore-figlio ed entro tutta la famiglia, gioca un ruolo importante nello sviluppo precoce di una regolazione adattiva. Interazioni negative tra genitore e bambino predicono disregolazione nel piccolo, incluse espressioni non regolate o troppo regolate, cioè represses. Anche prima che nasca il figlio, l'espressione di emozioni nella coppia coniugale definisce il tono emozionale della famiglia entro cui il piccolo nascerà. I conflitti tra genitori possono esaurire le risorse di ciascuno, associando la qualità della coniugalità e la qualità della genitorialità: negatività coniugale predice parenting inadeguato nove anni dopo la nascita. Se la coniugalità non funziona è un costo anche per la genitorialità, tanto da rendere madre e padre emotivamente negligenti nelle interazioni con il figlio: lo stile non responsivo ed emotivamente ritirato verrebbe esteso allo stile usato con i figli. Il ruolo delle interazioni tra padre e bambino nello sviluppo emozionale del figlio è stato poco indagato e non si sa bene se il ritiro emozionale dei padri differisca da quello delle madri. Essendo i papà meno probabilmente caregiver primari, è facile che siano anche i meno coinvolti emotivamente nell'interazione con il bambino quando è agitato. Date norme sociali di diffusione culturale, le madri sono più portate a pensare che sia compito loro calmare il bambino e quindi rimanere emotivamente ingaggiato, anche al rischio di presentarsi frustrate o arrabbiate. Ricerche recenti sul rapporto padre-bambino suggeriscono che i padri potrebbero avere un ruolo importante nello sviluppo emozionale dei bambini. I padri in particolare coinvolgono i bambini in giochi stimolanti, aiutandoli a sviluppare la regolazione di emozioni forti quando si sentono troppo attivati o stressati. Se invece i padri si rendono negligenti verso il vissuto emotivo, il figlio potrebbe soffrire di una regolazione emozionale meno adattiva.

Il ritiro dei padri nei confronti dell'emozione dei figli di otto mesi è associato negativamente alla loro successiva regolazione emotiva, mentre questo non è vero nel caso delle madri. I padri mostrano anche livelli più alti di appiattimento emotivo che emerge spontaneamente durante l'interazione con i figli, rispetto alle madri. Non è chiaro perché la frequenza di questi atteggiamenti sia superiore nei padri rispetto alle madri: è possibile che le madri in quanto caregiver primarie siano maggiormente investite di accudimento e consolazione dei figli, e quindi siano le più propense a confortare i bambini quando sono agitati. Le madri si inseriscono in compiti più legati a calma e tranquillizzazione rispetto ai padri, e i bambini le approcciano più facilmente quando provano emozioni sgradevoli. La relativa inesperienza dei padri nel confortare i figli potrebbe renderli conseguentemente meno ingaggiati e indurli a ritirarsi quando falliscono nel consolare i figli disregolati, mentre per le madri vale il contrario. È altresì possibile che valutare i padri in compiti di cura personale del bambino faccia emergere il loro scarso ingaggio emotivo, dato che solitamente si sentono più a loro agio in attività rinvigorenti e stimolanti come il gioco. Questa possibilità è in realtà indebolita dalla constatazione

che di solito i padri mostrano lo stesso stile attivo e ludico sia nel gioco che nella cura quotidiana del figlio, rendendo più dinamici anche i compiti più semplici. Si osserva inoltre che i padri più emotivamente ritirati mostravano una sovrapposizione tra contesti e comportamenti di cura e di gioco. È possibile che la condotta delle madri dipenda dalla loro interiorizzazione di una sorta di copione della interazione ideale genitore-bambino, tanto che sono diventate capaci di coinvolgersi emotivamente con i figli, laddove spontaneamente si comporterebbero come i padri. La relazione tra padre e figlio sarebbe invece connotata come “relazione di attivazione”, che mira a una esplorazione dell’ambiente da parte del figlio, e apertura al mondo: il padre indurrebbe il figlio in giochi emotivamente stimolanti, anche potenzialmente spaventanti, al contrario delle madri che si dedicano per lo più a consolare i bambini. Questi giochi più emotivamente accesi sarebbero predittivi di una regolazione emotiva adattiva a due anni, mentre padri che propongono giochi non stimolanti emozioni portano più facilmente a una ridotta regolazione nei figli. Dunque, anche se non sono molto propensi a emotività di tenerezza tipica della consolazione, i padri hanno un ruolo nello sviluppo emozionale: se sono emotivamente stimolanti anche solo nel gioco promuoveranno la regolazione del figlio di più di padri che sono emotivamente più ritirati. Per quanto riguarda poi gli affetti intercorsi entro la coppia, scambi negativi prenatali sono predittivi di una maggiore negligenza emotiva verso il figlio sia da parte della madre che del padre, a otto mesi di vita, e di una cogenitorialità conflittuale a due anni. C’è dunque una potenziale continuità tra il clima emotivo negativo dettato da conflitti in famiglia, ed emozioni negative tra i genitori nei primi due anni della vita del figlio. Un maggiore conflitto tra genitori è associato a regolazione meno adattiva del bambino nello stesso periodo, al di là degli effetti della semplice negligenza emozionale di ogni genitore. Questo in linea con l’ipotesi della sicurezza emozionale che suggerisce che i conflitti coniugali e familiari vadano a compromettere il senso di solidità emotiva, e dunque una regolazione emotiva adattiva nel bambino. Osservare un conflitto tra genitori potrebbe essere particolarmente deteriorante per lo sviluppo emozionale del bambino, dato che chi è esposto a alti livelli di conflittualità mostra più sintomi di ansia e depressione. Dinamiche coinvolgenti l’intero nucleo familiare, inoltre, predicono gli esiti di sviluppo socio-emozionale più delle interazioni genitore-bambino o coniugali (Gallegos et al., 2017). Saranno presentate di seguito le condizioni di regolazione affettiva in un genitore portatore di sintomi somatici. La premessa che previene una delusione delle aspettative è che le informazioni disponibili da ricerche precedenti sono scarsissime, in particolare in merito alla regolazione di madri con sintomi somatici, in relazione al caregiving che offrono.

2.2. Funzione affettiva genitoriale in popolazioni con somatizzazione

2.2.1 La lettura della mente

La capacità di lettura della mente è la possibilità di inferire stati interni, sentimenti, pensieri, intenzioni, propri o altrui, per prevedere il comportamento degli altri, come introdotto da Fonagy nell'opera "Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self" - Fonagy, Gergely, Jurist, Target (Fonagy, Gergely & Jurist, 2018). La difficoltà di interpretare e comprendere gli intenti propri e altrui è in collegamento con la difficoltà di significare l'esperienza affettiva, già introdotta nel nome di Alessitimia. Adulti con sindrome di Asperger, un disturbo entro lo spettro autistico, hanno punteggi alti nelle scale di alessitimia e si mostravano anche severamente compromessi nelle capacità di lettura della mente, al netto di un buon sviluppo cognitivo. Di nuovo, Fonagy pensa alla mentalizzazione come un modello di sviluppo teoretico che spiega come un individuo sviluppa un pensiero su se stesso e sugli altri come dotati di una mente, modello che viene esteso alla comprensione di psicopatologia e psicoterapia. La mentalizzazione diventa quindi un processo per lo più implicito, precosciente o incosciente, ma anche in parte consapevole, che permette di interpretare le azioni proprie e altrui come significative in base a stati mentali intenzionali quali desideri, sentimenti, ragioni, credenze (Fonagy, Gergely & Jurist, 2018).

La mentalizzazione include anche capacità metacognitive, la principale di cui è Pensare il pensiero: essere aperti all'opacità di stati mentali ed essere consapevoli del fatto che cambiano rapidamente, che non sono stabili come le cose fisiche e che inferire sui propri o altrui stati mentali aiuta a capire le interazioni sociali.

Se il sistema di attaccamento primario è disturbato, lo è anche lo sviluppo della mentalizzazione. Fallimenti nel sistema di attaccamento, ad esempio, ricorrono in persone con disturbi quale il Borderline di personalità: uno stato di attaccamento irrisolto indica che l'individuo ha sofferto esperienze di trauma che trasformano quella che dovrebbe essere la prima fonte di sicurezza per il piccolo, in una zona di pericolo in cui viene esposto a abuso attivo o passivo. Nell'attaccamento insicuro, il bambino che cerca prossimità incontra ripetutamente un genitore che non garantisce sicurezza, ma reagisce con una modalità ambivalente o negletta i segnali del figlio.

Ne possiamo derivare due livelli di ipotesi. La prima di livello più generale collega semplicemente una compromessa mentalizzazione in pazienti somatizzanti, con un attaccamento insicuro o irrisolto, a partire dall'evidenza che pazienti con disturbi gravi psicosomatici o psichiatrici riportano un abbondante carico di traumi infantili. Una ipotesi più specifica deriva invece da fallimenti nel processo di rispecchiamento e nel riconoscimento di affetti esperiti entro la relazione genitore-bambino, il quale di conseguenza da adulto tenderà a somatizzare.

2.2.2 Il ruolo della lettura della mente nella comprensione degli stati interni

Per rendere i processi emozionali impliciti, espliciti, il bambino ha bisogno di connettere i segnali impliciti di arousal emozionale, come sensazioni fisiche o impulsi ad agire, a simbologie verbali e non verbali legate ai sentimenti. Secondo l'approccio di mentalizzazione, questo sarebbe conseguito grazie alla reazione del caregiver a atteggiamenti del bambino connessi alle emozioni che prova, reazione che va a rimarcare l'esperienza del figlio e gli permette di prenderne atto. Se però questo non accade, e l'esperienza del bambino non viene validata, o se i caregivers stessi non sono in grado di rappresentarsi mentalmente gli atteggiamenti del figlio come conseguenti delle emozioni, egli sarà altrettanto incapace di sviluppare rappresentazioni mentali di sensazioni fisiche, o di pensarle come connesse a vissuti emotivi (Subic-Wrana, 2010). Descritta la funzione della mentalizzazione, possiamo affermare che le due componenti centrali dell'alessitimia, identificare le emozioni e descriverle, sono cruciali nel collegare comportamenti e stati mentali, e nel pensare il proprio figlio come un agente psicologico. Esiste un'associazione negativa tra l'alessitimia genitoriale e la mentalizzazione, tra padri e madri, quando misurate a livello cross-sezionale a sei mesi post parto.

Allorché l'alessitimia potrebbe essere un precursore di carente mentalizzazione nei genitori, questa mancanza potrebbe predire difficoltà di regolazione emotiva in contesti di caregiving, come è stato dimostrato nel caso di madri di bambini al di sotto dei due anni, senza però che fosse controllato l'effetto di una psicopatologia nel genitore. Ci sono evidenze di associazione tra alessitimia e regolazione emotiva, ossia persone con punteggi alti nell'alessitimia hanno accesso limitato a strategie regolatorie sia in campioni clinici che subclinici, e quando le applicano si servono soprattutto di quelle poco efficienti come la soppressione. Il meccanismo che spiega il collegamento supposto tra alessitimia di tratto e strategie di regolazione nel genitore potrebbe essere proprio la mentalizzazione. Risulta infatti che associazioni tra alessitimia, materna e paterna, e l'uso di strategie quali la fuga o la capitolazione, erano mediate da deficit nelle capacità di lettura della mente proprio in questi genitori, a prescindere da eventuali gradi di depressione post partum registrati. Esiste pertanto una associazione predittiva a lungo termine tra alessitimia, mentalizzazione nel genitore, e regolazione emotiva, che viene tentata, in chi fatica a leggere la mente, non a partire da strategie cognitive, bensì da quelle emotive, come fuga e capitolazione.

I genitori che quindi non riescono a risalire a risorse cognitive per calmare un figlio disregolato emotivamente sembrano ricorrere a strategie comportamentali e meno ad attive, che implicano agire l'evitamento: ne deriva una difficoltà ad assumere la prospettiva del figlio e ad avere loro stessi una condotta emozionale regolata. Le difficoltà delle madri nel mentalizzare, inoltre, non sembrano solo

associate alla loro adozione delle strategie inadeguate, ma anche a quella dei loro partner: uomini con compagne che mentalizzano poco sono più pronti a usare strategie di fuga. La mentalizzazione nelle madri media anche l'associazione tra la loro stessa alestitimia, e la tendenza dei partner a contare su queste strategie poco efficaci di fronte a un figlio da consolare. L'impossibilità nel capire e nominare l'emozione del proprio bambino diventa a lungo termine una impossibilità anche nell'essere curiosi verso di essa, e verso gli stati interni del figlio in generale (Shai et al. 2023). Ci si può chiedere allora quali siano le conseguenze di un funzionamento affettivo alterato nel caso di genitori somatizzanti, sulla relazione precoce con i figli.

2.2.3 Effetto del funzionamento affettivo in genitori somatizzanti sulla qualità degli scambi con il bambino preverbale

L'interazione tra genitore e bambino può impattare con diversa magnitudo lo sviluppo psicologico, fisico e di personalità del figlio: i bambini sviluppano schemi cognitivi riguardanti sé e gli altri basati su esperienze e interazioni precoci, che vanno però a influenzare pensieri, risposte emozionali e relazioni interpersonali a lungo termine. Lo stile di attaccamento sviluppato da un bambino finisce per giocare un ruolo importante nell'esperienza del dolore: molti studi mostrano infatti che il modello di sé e degli altri, l'atteggiamento auto sabotante, cognizioni negative e distress emozionali, tutti tipici di un attaccamento insicuro, possono determinare la frequenza, severità e gestione dell'esperienza di dolore, sia negli adulti che nei bambini. Sono anche da considerare le risposte genitoriali alle espressioni emozionali dei bambini, e gli effetti che esse hanno sullo sviluppo del figlio: la risposta dei genitori, infatti, ha implicazioni notevoli in competenze socio-emozionali, comportamenti prosociali, stili di attaccamento, regolazione delle risposte emozionali e coping. La responsività dei genitori verso i figli può variare da supporto e sostegno a minimizzazione, o esagerazione, del distress del figlio, influenzando la manifestazione esplicita di dolore da parte del bambino. Lo stile di attaccamento è determinante delle risposte che le madri sono in grado di fornire, di fronte a emozioni negative dei figli: la regolazione emotiva materna in particolare sarebbe un mediatore importante tra attaccamento e responsività nella cura. Genitori con attaccamento ansioso si servono per lo più di strategie focalizzate su emozioni negative, sia per sé che per problemi dei figli, mentre genitori evitanti tendono a strategie di inattivazione e inibizione emozionale per fronteggiare situazioni stressanti. Come conseguenza di interazioni precoci con i caregiver, i bambini possono imparare a amplificare o sopprimere le loro emozioni e i segnali del corpo: Paniccia e collaboratori ad esempio individuano che livelli elevati di alestitimia ricorrevano in madri di adolescenti con disturbo d'ansia generalizzato (Paniccia et al., 2018). Tratti alestitimici si trovano anche in madri e padri di pazienti

affette da disturbo alimentare, e pazienti pediatriche con anomalie diabetiche (Tarantino et al., 2018). La relazione tra cura materna e alessitimia si mostra da moderata a forte in particolare in due delle tre dimensioni della TAS-20: Difficoltà a descrivere DDF e Difficoltà a identificare DIF le emozioni. Si trovano relazioni moderate sia nei padri che nelle madri per alessitimia e iperprotezione e Difficoltà a descrivere le emozioni. Bambini non desiderati o nati in famiglie con molti altri figli mostrano una associazione con alti livelli di alessitimia in età adulta: scarsa espressività paterna è predittiva di alessitimia in giovani adulti maschi, mentre lo stesso nelle madri è predittivo di un pensiero rivolto all'esterno in donne giovani adulte. L'alessitimia nei padri e quella nelle madri sembra altresì predire in modo indipendente l'alessitimia nei figli: bambini di 3 anni, figli di genitori alessitimici, mostrano punteggi molto bassi nell'identificazione e differenziazione delle emozioni, anche se lo stesso non sembra valere a 5 anni. È interessante osservare che genitori di bambini entro lo spettro autistico hanno punteggi elevati nel totale TAS-20, e tra i bambini con diagnosi, quelli con padre molto alessitimico hanno punteggi più alti nell'area della ripetitività e stereotipie rispetto a bambini con padri meno alessitimici. C'è relazione significativa tra alessitimia dei figli e dei genitori: forti correlazioni si trovano tra DIF e DDF, anche se lo stesso non vale per la dimensione EOT, che invece ritorna in campioni adulti, tanto da far supporre una differenza nella struttura concettuale dell'alessitimia. Alessitimia nei genitori, in particolare nella componente di Descrizione, sembra infine un mediatore fondamentale della relazione tra DIF e DDF dei bambini e alcune dimensioni della loro qualità di vita (Castañeda López et al., 2018). È possibile che la sovrapposizione tra sintomi somatici e depressione abbia un impatto differenziale nella regolazione che determina parenting e coparenting. In particolare i sintomi somatici sarebbero responsabili dell'inefficacia nei processi di attivazione emozionale legati a parenting e coparenting nelle madri. Il rischio di maltrattamento fisico del bambino, un parenting permissivo o coparenting connotato da conflitti espliciti, sono regolati principalmente dall'orientamento a obiettivi, attivazione emotiva e meccanismi di processamento della risposta. In questo, i sintomi somatici aumenterebbero la predisposizione a questi problemi di parenting e coparenting, a prescindere dall'effetto dei sintomi depressivi. Di contro, sembra che problemi nel contributo materno al coparenting siano prevalentemente dettati da compromissioni nei processi di valutazione delle madri, attivati da sintomi cognitivi e affettivi di depressione. L'associazione tra depressione e sintomi somatici è ricorrente nei comportamenti di parenting e coparenting riconducibili a reazioni eccessive a accessi di rabbia, oltre a interazioni interpersonali accese veicolate da arousal emozionale negativo e disregolazione, in particolare l'iper-reattività nella rabbia. Confidando nelle evidenze che suggeriscono la rabbia quale reazione emozionale primaria a dolore fisico e affettivo, allorché i sintomi somatici sono connessi a alta gravità di dolore percepito e

ipersensibilità, è facile che soglie di dolore somatico basso elicitino maggiore attivazione di rabbia. Associata a alta sensibilità a stimolazione avversive e distorsioni ostili, questa può predisporre madri, con comorbidità di depressione e sintomi somatici, a livelli ancora superiori di comportamenti disregolati per esprimere la rabbia in contesti di parenting e coparenting (Lamela et al., 2017). L'alessitimia, sistematica nel disturbo da sintomi somatici, risulta associata a una storia di abuso infantile. Oltre a una inibizione della capacità cognitiva di differenziare e articolare gli affetti, l'alessitimia si esprime in una soppressione o stordimento delle emozioni che può diventare una forma di regolazione eccessiva degli affetti, che può risultare un sottotipo associato a sintomi negativi di dissociazione somatoforme e psicoforme. Anomalie affettive come sotto regolazione e sovra regolazione sono alla base di compromissioni emergenti da vittimizzazioni nell'infanzia, specialmente quando operate da un genitore. Adulti vittime di vittimizzazione precoci sono ad alto rischio di sotto regolare le emozioni, e in misura minore di sovra regolarle come sequela di traumi interpersonali: può mediare infatti la relazione tra abuso sessuale infantile e distress, diventando determinante per lo sviluppo di sintomi psicologici. La traumatizzazione infantile è predittiva di disturbi quali il Borderline di Personalità BPD, i Dissociativi e da Sintomi somatici, cui contribuiscono in larga parte abusi sessuali, fisici e emotivi, anche se è difficile comprendere il loro ruolo eziologico e quando la relazione sia diretta. Rimane che un trauma infantile agito dal genitore ha una rilevanza notevole per lo sviluppo di disturbi psichiatrici gravi, ammesso anche che l'ambiente relazionale precoce di inserimento del minore abbia qualità che inibiscono la crescita, tra cui una caregiver che non solo interagisce poco con il bambino ma anche gli suscita stress e fallisce nel proteggerlo da stati post traumatici di sopportazione di affetti negativi. Il caregiver potrebbe anche non essere capace di proteggere il piccolo da altri potenziali soggetti abusanti, ed essere inaccessibile o reagire in modo non conosciuto o con rifiuto alle espressioni di stress o di emozioni del bambino. anziché modulare livelli molto alti di stimolazione e arousal, il bambino e l'adulto hanno esperienza di alti livelli di attivazione quando è avvenuto un abuso, e livelli abbassati quando è intercorsa negligenza cumulativa. Se la riparazione interattiva non è favorita dal genitore, gli stati intensi e negativi possono essere perpetrati e vissuti dal bambino come ingestibili, irrisolvibili. Finché non vengono dissipati, il piccolo si trova a devolvere tutte le sue risorse affettive nel resistere a tale perturbazione di distress e disregolazione. Dunque la combinazione di un'esperienza psicologica intensa e l'assenza di una coregolazione efficace da parte di un adulto, finiscono per compromettere la capacità del bambino di regolare livelli esagerati di affetti negativi: se questi vissuti durano molto nel periodo precoce, possono risultare in problemi persistenti di sotto- o sovra-regolazione in età adulta. Gli abusi sessuali, emotivi e fisici sono inoltre responsabili di effetti deleteri sul

funzionamento, la salute mentale e la salute corporea, specialmente se si verificano in età scolare o adolescenziale. Il trauma operato da un caregiver (TPC), se di natura emotiva è associato per lo più a sotto-regolazione, soprattutto in età evolutiva, mentre se di natura fisica è più predittivo di sovra-regolazione, e questo vale non solo per il Disturbo da sintomi somatici ma anche per il Borderline di personalità. Studi di neuroimmagine risalenti al 2010 suggeriscono che ci possa essere un sottotipo di PTSD sovra-regolato, associato a sintomi dissociativi negativi. Il disturbo da sintomi somatici può dunque essere uno dei possibili esiti di una regolazione affettiva compromessa, dopo esperienze precoci di traumatizzazione interpersonale, e mancata disponibilità di una relazione di cura (Annemiek van et al., 2011).

Ammessi questi contesti di cura profondamente inadeguata ci si può chiedere quali siano i criteri di un parenting supportivo di un buon sviluppo del bambino. Introduciamo allora due qualità che sono state standardizzate e operazionalizzate, e che rientrano anche nello strumento di valutazione Scale di disponibilità emotiva (EAS).

2.3. Sensibilità e Intrusività

2.3.1 Sensibilità

La sensibilità può essere definita come la capacità del genitore di percepire e interpretare accuratamente i segnali del figlio, e modificare il proprio comportamento in modo appropriato, ad esempio con risposte contingenti ai richiami o interazioni in cui i bambini non siano né iperattivati né sotto stimolati. Durante il primo anno di vita i bambini formano relazioni sociali con gli altri, di cui secondo i teorici dell'attaccamento, la più importante sarebbe quella con i caregiver primari, che di solito si assume siano i genitori. Allorché la maggior parte dei bambini sviluppa questo legame affettivo atteso con i due genitori, ci sono differenze nella misura in cui tali relazioni siano vissute come sicure. La sicurezza che connota una relazione non è connessa, se non in maniera irrisoria, alla sicurezza che caratterizza un'altra relazione, né la determina: aspetti della relazione genitore-bambino che possono predire lo sviluppo di un attaccamento sicuro sono unici e tipici di una particolare diade. Differenze individuali sono attribuite a variazioni nella sensibilità materna: vale a dire che madri di bambini sicuri si mostrano solitamente affidabili, consistenti nei comportamenti di cura, sensibili, recettive e accettano i figli come sono, molto più di madri di bambini con attaccamenti insicuri. Una metanalisi di van IJzen-doorn e de Wolff nel 1997 (De Wolff & Van Ijzendoorn, 1997). Si confermava che lo stesso principio è esteso al caso dei padri. Le conseguenze dello sviluppo di suddetta sicurezza includono ad esempio la compliance da parte del bambino, ossia l'adeguamento attivo a richieste del genitore, minor rischio di problemi comportamentali e maggiore popolarità tra i pari, quando il

piccolo cresce. L'attaccamento sicuro tra genitore e bambino è collegato anche alla regolazione affettiva, che sarebbe il meccanismo tramite cui la sicurezza influenza gli esiti socioemozionali, tra cui l'anticipato successo tra coetanei. È possibile che la condizione di sicurezza debba essere instaurata prima dell'insorgenza di differenze nella regolazione emotiva: ammesso che i bambini abbiano creato modelli operativi interni stabili della relazione con l'adulto, a circa sette mesi di vita sono stabili anche le aspettative che hanno nei confronti di una possibile risposta dell'adulto a loro bisogni emozionali. Queste aspettative radicate possono poi influenzare il grado con cui il bambino regola le sue emozioni: se la madre era più sensibile a quattro mesi, sono poi valutati come più sicuri nell'attaccamento a dodici mesi. La modalità con cui la sicurezza viene espressa dipende dalle risposte affettive e autoregatorie del bambino a quattro mesi. Bambini che hanno punteggi elevati in una funzione discriminativa lineare, che riflette la regolazione del bambino nel paradigma di Still face a quattro mesi, saranno più probabilmente bambini Evitati o Sicuri di tipo B1-B2, mentre chi ha tali punteggi bassi, sviluppa per lo più attaccamento Resistente o Sicuro di tipo B3-B4. Di per sé, la sensibilità materna discrimina in modo significativo e affidabile i gruppi afferenti agli attaccamenti, ma se si introduce la regolazione affettiva come predittore, l'associazione tra sensibilità e attaccamento non è più significativa. Questo indica che tale regolazione media l'associazione tra sensibilità materna e attaccamento (Braungart-Rieker et al., 2001). Come anticipato, la qualità della cura che il bambino riceve ha un ruolo fondamentale nel suo sviluppo socioemazionale: la sensibilità ai segnali, indizi e lamentele del figlio sono associate a sicurezza della relazione, bontà delle funzioni esecutive, acquisizione di linguaggio, successi accademici e funzionamento sociale adeguato. La genitorialità sensibile svolge anche un ruolo nella regolazione fisiologica dello stress nel bambino, mentre esperienze di accudimento insensibile sono connesse a un maggiore rischio di problemi esternalizzanti e internalizzanti nell'infanzia. Il genitore sensibile è distintamente capace di identificare e interpretare i comportamenti del bambino ma anche le sue verbalizzazioni, ne è interessato e si premura di intervenire per risolverli prontamente e correttamente. Essendo la sensibilità un continuum da Forte sensibilità a Forte insensibilità, è possibile annettervi i problemi comportamentali che i bambini possono mostrare. Misure osservative sono state adattate nel tempo affinché includessero aspetti più ampi del caregiving, perché fossero estese a gruppi di bambini di età superiori, e perché fossero applicabili anche ai padri. La validità di costrutto della sensibilità paterna è riscontrata, anche quando misurata con strumenti tradizionali per la sensibilità, in relazione alla sicurezza dell'attaccamento, allo sviluppo cognitivo, linguistico ed emozionale, e a problemi esternalizzanti. La distinzione che possiamo fare per maggiore precisione è che la sensibilità dei padri è importante in età scolare, mentre la sensibilità materna in adolescenza, soprattutto per quanto

riguarda gli adattamenti del bambino, gli esiti sociali e il carico allostatico. Le modalità con cui i genitori rispondono alle espressioni emozionali dei bambini e i modelli di espressione e regolazione proposti, hanno notevole impatto su rischio psicologico generale, socializzazione, apprendimento sociale, competenze emozionali, rappresentazioni cognitive-affettive di sé e degli altri, e comportamenti sociali. La teoria dell'attaccamento di Bowlby propone bambini con attaccamento sicuro internalizzano modelli operativi secondo pattern sensibili di risposte offerte dagli adulti di riferimento. Bambini con attaccamento insicuro internalizzano invece schemi cognitivi e affettivi maladattivi di sé, degli altri e del mondo, basati sulle risposte inaffidabili e inconsistenti dei caregiver. Questi modelli operativi inadeguati contribuiscono allo sviluppo di problemi internalizzanti ed esternalizzanti. Nel caso di problemi internalizzanti, la relazione tra sensibilità genitoriale e schemi adattivi di sé, degli altri e dell'ambiente, sarebbe protettiva contro l'insorgenza di difficoltà di natura depressiva e ansiosa. Per i problemi esternalizzanti invece, il genitore indurrebbe lo sviluppo e il mantenimento di opposizione, aggressività e problemi nella condotta: genitori insensibili proporrebbero infatti comportamenti rifiutanti, ritirati e austeri in risposta a normali segnali emozionali del figlio, tratti temperamentali o nel somministrare punizioni (Cooke et al., 2022). Ammesso che la sensibilità si dispiega lungo un continuum, possiamo ora chiederci in che modo si esprima la non-sensibilità.

2.3.2 Intrusività

Ci sono diversi modi per un genitore di essere insensibile: l'insensibilità può prendere la forma di alti livelli di intrusività, intesa come un insieme di comportamenti che indicano eccessivo coinvolgimento nell'esperienza e nelle attività del bambino, tanto da impedire la sua espressione di bisogni. Un genitore con punteggi alti nell'intrusività ha punteggi bassi nella sensibilità, senza però che il primo concetto sia interamente sovrapponibile a insensibilità (Bailes et al., 2024). Genitori che si comportano in modo intrusivo tendono a intervenire e occuparsi di attività che i bambini stanno, o potrebbero stare, facendo da soli, finendo per imporre sui figli un livello di funzionamento immaturo e inferiore a quanto atteso dalla loro età. Se è vero che un livello di intrusività basso predice la percezione di controllo e di competenza nei bambini, quando essa è ad alti livelli potrebbe essere responsabile dell'ansia esperita dai figli. Questo è particolarmente vero nel passaggio all'adolescenza, un periodo che dovrebbe essere connotato da conquista dell'indipendenza e dell'autonomia, come bisogni fondamentali dell'individuo, soppressi però da genitori con atteggiamenti restrittivi (Wood et al., 2009). Per quanto riguarda invece età scolari e prescolari, certi comportamenti genitoriali potrebbero portare allo sviluppo e mantenimento di ansia. Condotte

intrusive o iper-controllanti sono di particolare rilevanza, dal momento che l'adulto pretende di regolare l'attività e le routine dei figli, scoraggiando l'intraprendenza e l'autonomia, e rinforzando invece l'indipendenza quando istruiscono i piccoli su come devono sentirsi o di cosa devono avere voglia. È proprio questa la natura del comportamento intrusivo, che concretamente si esprime nell'intromissione e interruzione, che restringono il bambino o prevengono un adeguato livello di esperienze e scelte autonome.

Indurre il bambino a pensare che abbia eccessivamente bisogno del genitore può generare in lui un senso di "mancanza di speranza" associata a maggiore ansia. Se poi i comportamenti intrusivi occorrono quando il bambino prova emozioni negative potrebbero inavvertitamente finire per mantenere l'ansia, impedendo al piccolo di prendere parte a situazioni disagiati che potrebbero si agitarlo, ma dargli l'opportunità di trovarsi in stati di ansia così da riuscire a estrarsene, evitando l'emergere di convinzioni maladattive su stimoli paurosi o spaventanti. Il bambino scopre così che la soluzione è affrontarli e non evitarli. Tali conclusioni sono supportate da evidenze che trattamenti per l'ansia nei bambini sono efficaci quando è previsto un parallelo intervento sui genitori, che abbia come obiettivo la riduzione di tendenze intrusive e controllanti (Cooper-Vince et al., 2014).

Se si concettualizza il sistema familiare come transazionale, risulta che ogni membro influenza ed è influenzato dagli altri. I bambini elicitano comportamenti controllanti e protettivi nei genitori, che possono a loro volta mantenere o aumentare l'evitamento e il ritiro del bambino da quella situazione temuta. L'espressione di paura sociale tra bambini socialmente ritirati induce poi nei genitori sentimenti di preoccupazione, esacerbati quando loro stessi sono persone ansiose. Sembra quindi che l'ansia esperita dai bambini e il controllo operato dai genitori siano mutuamente influenti, ed entrambi gli attori contribuiscano. Il bambino è infatti un partecipante attivo che reagisce a e induce i comportamenti altrui. I comportamenti esibiti da un bambino ansioso in una situazione attivante andrebbero quindi a suscitare nei genitori comportamenti diversi da quelli che invece provocherebbero i bambini non ansiosi. In risposta a un figlio teso quindi il genitore potrebbe essere mosso a risolvere il suo dilemma o a sostituirsi a lui, così da terminare prima possibile lo stato di agitazione di entrambi. La percezione che i genitori hanno dell'inserimento sociale dei figli a due anni di vita predice la loro mancanza di incoraggiamento verso l'indipendenza quando i bambini hanno quattro anni. Sarebbe dunque l'esperienza che i genitori hanno dei loro figli in contesti ansiogeni a guidare poi i loro comportamenti, che però sembrano modificarsi con la crescita dei bambini, ossia ridursi quanto più il figlio è grande. Per quanto riguarda i genitori invece l'ereditabilità dell'ansia varia da 25 a 50%: ne deriva che genitori di bambini con ansia hanno una maggiore probabilità di essere ansiosi loro stessi. Modelli di sviluppo dell'ansia come quelli di Manassis e

Bradley suggeriscono che l'ansia dei genitori interferisca con la pratica di cura e conduca a comportamenti che promuovono l'ansia nei figli. Gli adulti sarebbero infatti predisposti a eccessiva preoccupazione per il comportamento ansioso del figlio, e sarebbero quindi eccessivamente protettivi. Osservando in particolare conversazioni tra genitore e figlio, madri ansiose catastrofizzavano di più, criticavano di più, promuovevano meno autonomia e mostravano molto meno calore e positività verso i figli, a prescindere dal livello di ansia dei piccoli. Quando l'ansia dei bambini è clinicamente rilevante, è possibile si sviluppi Mutismo selettivo, ossia una condizione in cui il bambino è talmente sopraffatto da una situazione da non riuscire a emettere suoni. Genitori di bambini selettivamente muti sono meno favorevoli all'autonomia rispetto a genitori di bambini ansiosi e non ansiosi, e tendono a insistere maggiormente sul loro potere, tramite direttività, ordini, domande sulle scelte dei figli, e a parlare meno di questioni che sembrano minare il potere, come vissuti personali o commenti di natura sociale. Tre possono essere le spiegazioni a tali atteggiamenti. Questi genitori sembrerebbero voler proteggere i loro figli socialmente in difficoltà da situazioni che provocano ansia, e si sentono per questo autorizzati a prendere il controllo di situazioni che non li riguarderebbero. Bambini con mutismo sono solitamente molto timidi e inibiti in situazioni sociali in cui dovrebbero parlare: questo potrebbe derivare da e portare a genitori che vogliono ridurre il disagio del figlio, arrivando a parlare al posto suo. D'altro canto, questi adulti sarebbero anche più propensi a usare strategie direttive per aumentare la partecipazione del figlio alla comunicazione. Infine i genitori potrebbero provare imbarazzo o frustrazione quando i figli non riescono a parlare in contesti sociali, e si rivolgerebbero loro in modo da soddisfare il proprio bisogno che il figlio collabori in modo socialmente consono (Edison et al., 2011).

2.3.3 Le scale: Sensibilità e Non-Intrusività

L'importanza di una relazione genitore-bambino è ormai inequivocabile ed è stata rincarata per decenni, ragione per cui si ha provato a concettualizzare quali siano gli elementi fondamentali per costruire una relazione accettabile (Endendijk et al., 2019). Un concetto spesso reiterato è la Disponibilità emotiva (EA), cioè la capacità di due persone di condividere una connessione sana, considerando la qualità emotiva e diadica della relazione. Essa va oltre i comportamenti associati all'attaccamento, includendo anche le caratteristiche diadiche, emozionali e strutturali di una relazione. La qualità diadica della disponibilità emotiva considera le prospettive sia del bambino che dell'adulto, anziché istruire su specifici comportamenti che potrebbero essere influenzati da bias culturali. L'EA è stata inoltre collegata alla regolazione emotiva: bambini che avevano esperienza di buona disponibilità nel rapporto con la madre mostrano un maggiore controllo emozionale

nell'affrontare situazioni complesse, e una migliore regolazione di risposte a stress in bambini molto inibiti. Nonostante il termine sia veicolato dagli anni Settanta, una validazione della sua misura ha compiuto solo vent'anni. L'assessment della disponibilità emotiva, formulato da Biringen e collaboratori, consiste in sei scale, quattro delle quali misurano comportamenti ed emozioni dell'adulto, e due la parte di interazione riconducibile al bambino. Le due adulte di nostro interesse sono Sensibilità e Non-intrusività.

2.3.3₁ Sensibilità

Consiste nei comportamenti ed emozioni usati dall'adulto per creare e mantenere una connessione positiva e sana con il bambino. Dati di neuroscienze riportano che figli di madri sensibili sono più responsivi quando si presentano loro volti felici rispetto a volti neutri, a testimoniare l'importanza dell'enfasi che il sistema EA pone, non solo sulla risposta allo stress, ma anche su situazioni positive e momenti allegri. Questo nell'aspettativa che si possa inquadrare e comprendere molto del funzionamento di una diade non solo da quando le cose non vanno, ma anche dai casi in cui le interazioni sono adeguate. La sensibilità si riferisce quindi alla capacità dell'adulto di connettersi in modo autentico al bambino, ragione per cui la qualità più importante è considerata l'appropriatezza di risposte e la genuinità di affetti dell'adulto verso il figlio. Gli item di scoring sono Affetto, Chiarezza di percezione dei bisogni e appropriatezza delle risposte, Contingenza nel tempismo, Flessibilità e creatività nelle interazioni, Accettazione (di ciò che viene dal bambino), Quantità di interazione, Risoluzione dei conflitti. I punteggi sono attribuiti su una scala da 1 a 7: 1-Palesamente insensibile, 3-Lievemente insensibile, 5-Sensibile in maniera incostante, 7-Molto sensibile.

2.3.3₂ Non-Intrusività

Essa si riferisce alla capacità dell'adulto di seguire la guida del bambino durante attività di gioco, riuscendo a non interferire, quindi resistendo a eventuali impulsi di manipolazione della sua spontaneità. Il genitore non intrusivo non interrompe il bambino fisicamente né verbalmente, limita i comandi impartiti, permette al bambino indipendenza di un livello adeguato all'età e si ritira dalla scena quando il piccolo manifesta di desiderare tale autonomia. È formulata in senso negativo per garantire la coerenza dei punteggi rispetto alla valutazione finale della disponibilità emotiva: si tratta di essere disponibili quando ce n'è bisogno, evitando di essere direttivi, interferenti, iper-stimolanti, iper-protettivi, ma senza essere assenti, lontani o non reperibili. Per la valutazione è importante osservare la reazione del bambino agli interventi che il genitore fa: più è turbato più si ammette che

il genitore stia invadendo uno spazio e un progetto che il piccolo aveva formulato per quella situazione di gioco. Gli item di scoring sono seguire le indicazioni del bambino, interruzioni brusche nelle interazioni, comandi, quantità di comunicazione verbale, suggerimenti didattici, interferenze fisiche/verbali, il bambino segnala che l'adulto è intrusivo.

Le sei dimensioni dell'EA riferiscono alla qualità diadica della relazione genitore-bambino e alla varietà di comportamenti ed emozioni di questa qualità. Di conseguenza va sottolineato che per quanto ci sia la tendenza a attribuire più rilevanza alla Sensibilità, rispetto ad altre scale, essa non è l'unico fattore contribuente alla salute della relazione (Saunders et al., 2015).

2.4. Conseguenze dell'oscillazione sulle due scale nella cura del bambino

Per comprendere meglio l'utilità dei due costrutti nel valutare la bontà del parenting e i suoi effetti sullo sviluppo del bambino, è interessante chiedersi che cosa identifichi un genitore sensibile, e lo distingua da uno meno sensibile, e cosa contraddistingua un genitore non intrusivo, rispetto a uno intrusivo.

2.4.1 Il genitore sensibile

Descritto il concetto di sensibilità e la sua applicabilità alle condotte di cura dei figli, ci si può domandare come nel concreto si traduca la sensibilità materna e se sia un costrutto resistente e immutato attraverso le culture. Ci sono evidenze del fatto che le credenze materne sul bambino ideale si sovrappongono notevolmente con la nozione di base sicura, e godono di accordo tra le culture. Nelle culture votate a individualismo e autonomia, di matrice occidentale, l'individuo è superiore al gruppo e la genitorialità è rivolta alla conquista dell'indipendenza psicologica e al successo individuale. Lo stile prediletto è la genitorialità distale e contatti viso a viso anziché prossimità fisica. Nelle culture collettiviste e che enfatizzano i legami ad esempio di parentale, il gruppo è più importante del singolo e i genitori si dedicano allo sviluppo di relazioni sociali e istruzione di gerarchie, per indurre i figli all'obbedienza alle norme di gruppo, e lo stile prossimale è connotato da vicinanza fisica. La definizione dei costrutti connessi all'attaccamento, tra cui la sicurezza e la sensibilità, sono manipolati dal filtro dell'individualismo e dei pattern distali, dal momento che si concentrano sulla soddisfazione dei bisogni del bambino e sull'indurre autonomia psicologica. Al fine di comprendere il confronto tra universalità e specificità culturale nei concetti dell'attaccamento, è possibile vagliare le credenze genitoriali circa tali concetti nelle diverse culture. Si definiscono Orizzontali gli orientamenti culturali votati a relazioni egualitarie, Verticali le culture

che prevedono gerarchie e influenza delle relazioni parentali tra individui. Orientamenti culturali verticali, ma non orizzontali, sono connessi a un parenting più autoritario, mentre quelli orizzontali supportano maggiormente le autonomie: ne deriva che queste ultime culture siano più propense a genitorialità sensibile. Un altro aspetto da tenere in considerazione per comprendere gli stili di genitorialità diffusi è quello religioso. L'uso della religione come guida alla genitorialità rimanda un'idea di responsività meno flessibile, dato che altri fattori, oltre ai bisogni del bambino, sono contemplati nel decidere che risposta restituire ai suoi segnali. Forte fede religiosa è infatti predittiva di mancata adesione tra le credenze cui le madri aderiscono su "la madre ideale", e il profilo della madre molto sensibile. C'è anche evidenza del fatto che genitori con meno anni di istruzione alle spalle o con un salario basso adottano atteggiamenti meno accuditivi in generale, e meno sensibili in particolare, e mostrano qualità più scarsa nei reali comportamenti di parenting. Genitori che affrontano difficoltà socioeconomiche potrebbero infatti mostrarsi meno predisposti a investire tempo e affetti nelle cure, dal momento che sono più concentrati a soddisfare bisogni di prima necessità e di sopravvivenza: essere genitori diventa così un'esperienza più che altro stressante nella gestione quotidiana dei figli, il che induce questi adulti a dare più importanza al controllo fisico, rispetto a calore e responsività. Ci si aspetta allora che un'educazione più approfondita e migliore salario percepito siano connessi a credenze sulla maternità che afferiscono a sensibilità. Attraverso le culture, sono considerati auspicabili per una genitorialità sensibile una buona percezione e interpretazione di segnali, affetti positivi e calore. Anche se gli ultimi due non sono intercambiabili con il concetto di sensibilità e anzi possono coesistere con scarsa responsività, la combinazione di affetti positivi e alta responsività è tipica di madri sensibili. Altri elementi di accordo sono il contatto fisico, come mostrare affetto tramite il tocco, anche se ci si aspetterebbe popolarità di contatto soprattutto nelle culture non occidentali. Sembra esserci accordo cross-culturale sulla sovrapponibilità di credenza sulla Madre sensibile e i precetti della teoria dell'attaccamento, come la genitorialità sensibile, ed c'è più supporto rispetto agli aspetti concernenti il bambino, come ad esempio l'importanza di un suo comportamento che manifesti base sicura (Mesman et al., 2016).

2.4.2 Il genitore non sensibile

Quando si guarda alla genitorialità non sensibile non si possono eludere alla vista le conseguenze sull'individuo che subisce le cure. Condizioni avverse in infanzia e adolescenza, infatti, sono fortemente connesse a una salute meno promettente in età successive. È possibile allora domandarsi come questo avvenga, quali siano i processi con cui esperienze psicologiche e affettive accumulate si incanalano in trasformazioni corporee a lungo termine, o in biomarker che mediano tali effetti.

Biomarker affidabili sono i telomeri, che assumono un ruolo critico nel mantenimento dell'integrità del cromosoma. L'accorciarsi dei telomeri sembra essere accelerato da esperienze di crescita che inducono stress, accelerazione già osservabile in bambini dopo esposizione a eventi avversi.

A partire da studi su adulti sappiamo che telomeri più corti sono associati con maggiore mortalità e comorbidità con disturbi mentali, come depressione, e fisici, come disturbi cardiovascolari e specifiche class di tumori. Aniché considerare stress prenatale e infantile esclusivamente fattori di vulnerabilità, che aumentano la suscettibilità a eventi negativi tipici di ambienti avversi post natali, si può pensare a tali esperienze come moltiplicative. Uno di questi vissuti può essere la genitorialità insensibile. Ne deriva che considerandolo un fattore di plasticità generico, lo stress prenatale e negatività in età infantile renderanno il bambino particolarmente suscettibile a qualsiasi cura gli verrà offerta, quindi sia a quella positiva che quella negativa, non supportiva. L'erosione dei telomeri potrebbe medicare gli effetti di avversità precoci sulla salute mentale e fisica più tardiva. La loro lunghezza è di ereditabile fino al 70% della misura, il che lascia spazio a effetti ambientali sulla lunghezza effettiva: al di là delle influenze genetiche sulla lunghezza prima del parto, studi su gemelli indicano che fattori ambientali sono influenti per tutto l'arco di vita. Detto ciò, lo stress può causare modifiche al sistema generale, incluso aumento di cortisolo, citochine proinfiammatorie e stress ossidativo, che permea la cellula e inficia la lunghezza dei telomeri. Altri biomarker sono influenzati da esperienze avverse precoci, tra cui accoppiamento ormonale di cortisolo e testosterone, metilazione epigenetica e anche lo sviluppo del cervello. Indagini di eventi stressanti negli adulti sono testimonianze di effetti dello stress sulla riduzione dei telomeri. Questa recisione può essere ricondotta ad esempio a stress prenatale, associato a telomeri più corti alla nascita, consumo di tabacco nelle madri gravide predice telomeri più corti in bambini tra i 4 e i 14 anni, esposizione a violenza nell'infanzia anticipa erosione accelerata dei telomeri, residenza in quartieri con alta incidenza di violenza domestica e crimini è associata a telomeri più corti durante infanzia e adolescenza. Lo stress prenatale è un rischio per numerosi risvolti in salute fisica e mentale, e lo stesso vale per un'aumentata emozionalità negativa o temperamento difficile. Bambini connotati da emozionalità negativa e reattività fisiologica sono non solo più influenzati in modo avverso da esposizione a ambienti disagianti, ma anche beneficiano più di altri di condizioni supportive, come un parenting sensibile-responsivo. Dunque bambini stressati nell'utero, che poi sono emotivi sul versante negativo, mostrano telomeri corti a sei anni o un accorciamento più grave del previsto tra i sei e i dieci, se sperimentano cure materne insensibili. Se ci si chiede poi quali siano gli effetti psicologici di avere un genitore insensibile, è importante sapere che un attaccamento disorganizzato nei bambini è associato a aumentato rischio per psicopatologia in età successive, come ad esempio

comportamenti problematici esternalizzanti e sintomi dissociativi. In situazioni stressanti, questi bambini potrebbero guardare ai loro genitori come l'unica fonte di consolazione, e allo stesso tempo sentirsi spaventati, arrivando a sperimentare il paradosso irrisolvibile. Esperienze di cura inadeguate sono importanti fattori di rischio per lo sviluppo di attaccamento disorganizzato nei bambini, e in particolare tra queste, ricorrenti insensibilità e comportamenti spaventanti nell'adulto, che potrebbero derivare da un suo stesso stato dissociativo, o un tema di paura irrisolto. Genitori estremamente insensibili verso figli bisognosi di cure vanno anche a intaccare il funzionamento del loro asse HPA e l'attivazione del sistema neurale coinvolto nella reattività allo stress. È possibile, nell'indagare tali circostanze, ricorrere alla misura di Parenting disconnesso o estremamente insensibile (DIP), al fine di capire il contributo di condotte genitoriali allo sviluppo di una disorganizzazione nei figli, strumento la cui validità è stata stabilita per entrambe le condotte di cura. Un parenting disconnesso risulta predire la disorganizzazione di attaccamento, mentre una forte insensibilità è solo marginalmente connessa a insicurezza dall'attaccamento, ma non a vera e propria disorganizzazione (Out et al., 2009).

2.4.3 Il genitore non-intrusivo

Nel collocare la non intrusività in popolazioni di genitori, è risaputo che figli di madri in giovane età hanno maggior problemi socio emozionali rispetto a figli di madri più mature: lo sviluppo cognitivo dei primi sarebbe infatti suscettibile del rischio socioeconomico cui sono esposti, rispetto a bambini che nascono in ambienti più strutturati, da genitori più adulti. Al netto di questo, comportamenti interattivi positivi possono rivelarsi importanti mediatori e avere un certo effetto sullo sviluppo del bambino. È stato infatti dimostrato che madri adolescenti tendono a sotto stimolare lo sviluppo verbale del figlio, spiegando perché i bambini presentano peggiore linguaggio espressivo e recettivo, attribuito ad alta intrusività nelle interazioni diadiche. Laddove invece l'intrusività sia contenuta, il bambino tende a sviluppare maggiormente linguaggio espressivo, e nei casi in cui il gioco non è reciso, ma sono sostenute creatività e curiosità del bambino ricorrono migliore ricchezza di vocabolario e regolazione emotiva. Il gioco genera infatti nei bambini uno stato mentale che promuove la riflessività, l'immaginazione, l'umorismo e la curiosità, oltre che lo sviluppo sociale. Quest'ultimo in particolare è supportato dall'esperienza di gioco perché il bambino ha occasione di interpretare e rappresentare ruoli in cui sperimenta la regolazione del comportamento, si adatta a diversi contesti e espande le sue capacità narrative. Anche le competenze motorie trovano terreno fertile nel gioco, essendo il movimento una tendenza naturale della prima infanzia. La tendenza al gioco delle madri è stata quindi associata a alti livelli di calore e sensibilità, concessi anche dalla Non-

Intrusività, ossia dalla capacità della madre di essere disponibile per il figlio senza interferire con la sua attività. Una madre non intrusiva avrà un figlio con migliori capacità sociali, e una buona comunicazione, dal momento che non sono frequenti interruzioni di contenuto ambiguo o inibitorio, che porterebbero a ridurre lo spazio di risposta del bambino. Rispettando l'autonomia del figlio quindi un genitore non intrusivo gli permette di sperimentarsi per adattarsi, migliorando le funzioni esecutive, mantenendo l'attenzione nel tempo e regolando le emozioni. Sembra che questo valga prevalentemente per madri mature, rispetto a madri giovani che, a seconda di fattori psicosociali, sarebbero più prone a sovra stimolare il bambino, interromperlo mentre gioca, e essere in generale più assorto nei loro interessi.

Madri più disponibili al gioco e meno intrusive hanno bambini con alti livelli comunicativi, finomotori e buon problem-solving: una relazione amorevole tra genitore e bambino può essere consolidata tramite il gioco, ottimizzando le competenze sociali e comunicative del figlio (Léniz-Maturana et al., 2023).

2.4.4 Il genitore intrusivo

Mary Ainsworth descrive l'intrusione come un comportamento in cui le madri non rispondono ai segnali e interessi dei figli, e non ne promuovono l'autonomia. Al contrario del genitore non intrusivo, il genitore intrusivo esercita un controllo eccessivo sul figlio durante le interazioni, imponendo la propria volontà mentre il piccolo gioca e disincentivandolo dal seguire il suo personale ritmo. Ne derivano in concreto interruzioni e azioni da parte della madre, orientate al suo proprio volere e obiettivo, e non a quelli del figlio. Inoltre, l'intrusività è caratterizzata da comportamenti in cui le madri sono iper-controllanti e iper-coinvolute durante le interazioni. L'intrusività viene associata da un lato ad alti livelli di comportamenti guidati da emozioni negative nel figlio, dall'altro a bassi livelli di sviluppo cognitivo. Un alto grado di intrusività è collegato a un grado più basso di tendenza al gioco, scarso calore, sensibilità e uso di rinforzo positivo verso il bambino, che correlano positivamente con quello che sarà negli anni a venire il suo sviluppo di scrittura, lettura e comportamento sociale (Léniz-Maturana et al., 2023). L'esperienza di un parenting meno supportivo e più intrusivo, infatti, aumenta il rischio di problemi comportamentali in bambini prescolari. Oltre all'influenza di stressors contestuali associata a svantaggi socioeconomici, il comportamento genitoriale deriva anche da interazioni reciprocamente rinforzate tra genitore e figlio. Alla qualità delle cure sono anche riconducibili le caratteristiche temperamentali del bambino, tra cui la sua tendenza ad avere paura, che può essere misurata da espressioni di distress, o la tendenza a non avere paura, misurata dall'intensità dei comportamenti di approccio. I bambini mostrano variabilità nelle

risposte di paura: il distress da paura è dato da reazioni emozionali negative in situazioni che tipicamente evocano effettivamente paura, l'immunità alla paura è indicizzata invece da alti livelli di comportamento di approccio in circostanze che dovrebbero intimorire. Non sono due estremi di uno spettro della responsività alla paura, dal momento che rientrano in aree diverse del temperamento, e livelli di arousal fisiologico. Lavorano però insieme nell'influenzare lo sviluppo del comportamento del bambino in situazioni di paura, ma potrebbero essere collegate al parenting laddove richiedono diversi tipi di risposta nella gestione del comportamento del figlio. Bambini di sei anni che mostrano più paura sono figli di madri che rispondono loro con comportamenti intrusivi e iper-protettivi, minimizzando sì la manifestazione di paura del figlio, ma anche le sue opportunità di regolare gli affetti. L'obiettivo sembra in questi casi essere la protezione del figlio, ottenuta o scoraggiando le reazioni alla paura che hanno conseguenze negative sia sociali che personali, o proteggendo i figli da esperienze di distress. Il comportamento non supportivo o intrusivo dei genitori però aumenta il rischio di disadattamento per bambini paurosi e senza paura, minando lo sviluppo di regolazione emozionale e nelle interazioni sociali. Le madri inibiscono specificamente la tendenza a essere impavidi se c'è rischio che il figlio si introduca in situazioni pericolose, e un temperamento di assenza di paura è riconducibile a bambini che non imparano solitamente le conseguenze di comportamenti dannosi, il che invita i genitori a un comportamento più controllante. Bambini senza paura attivano genitori più vigili, e se tendono anche frequentemente all'approccio inducono comportamenti severi e meno supportivi nei figli.

In più, figlie femmine sembrano più paurose dei maschi, in particolare quando si indagano con procedure osservative anziché self report. Le ragazze potrebbero avere più paura non solo per questioni temperamentali, ma perché i genitori sono più tolleranti di manifestazioni di paura di parte loro, anziché da parte di figli maschi. Bambini di due anni, ma non bambine, con maggiori espressioni di paura manifestano più ricerca di prossimità nelle interazioni con le madri, che però sono meno responsive quando appunto i figli si mostrano molto spaventati (Barnett & Scaramella, 2017).

CAPITOLO 3

Ruolo dei fattori di rischio associati al disturbo da somatizzazione persistente nei genitori

Questo terzo capitolo serve ad approfondire i fattori di rischio associati al disturbo, ma, a differenza di quanto descritto nel primo capitolo, si riporta la loro manifestazione nei genitori. Saranno quindi indagati ansia, coping e regolazione emotiva, ognuno con la distinzione tra genitori non somatizzanti e genitori somatizzanti, per poi concludere brevemente con un riepilogo della relazione tra ansia, strategie di coping e regolazione emotiva nel caregiving, e Sensibilità e Non intrusività dei genitori.

3.1. Ansia

Sappiamo che l'ansia è un'esperienza collegata all'emozione della paura, che si calcifica e prepara l'individuo a un pericolo non reale o percepito come sproporzionalmente pericoloso. Vediamo allora come si manifesta l'ansia e che forma assume nella porzione di vita in cui la persona esercita il parenting.

3.1.1 Ansia in genitori non somatizzanti

Lo stile genitoriale iper-protettivo e controllante è solitamente considerato alla base di un vissuto ansioso dei figli verso l'ambiente, che considerano, a partire da istigazioni degli adulti, come dannoso, da evitare. In questo modo viene limitata l'autonomia e la possibilità per il bambino di sviluppare la fiducia e le competenze per gestire potenziali sfide (Clarke et al., 2013). I disturbi d'ansia in particolare godono infatti di aggregazione familiare: i geni giocano un ruolo senz'altro fondamentale nello spiegare differenze individuali nei livelli di ansia, ma oltre alla ereditabilità, ci sono fattori familiari coinvolti nella trasmissione da genitore a bambino, come la relazione coniugale, il comportamento genitoriale e le credenze dei genitori sul figlio. L'eccessivo controllo dei genitori è collegato ad ansia nei bambini, nella forma di iper-coinvolgimento ossia l'eccessiva intromissione nella vita del figlio, con aiuti non necessari, disincentivandone l'indipendenza. Al contrario un comportamento genitoriale stimolante è dato da un incoraggiamento verso il figlio affinché esca dalla comfort zone, tendendo sempre d'occhio la sua sicurezza, ed è espresso sia fisicamente che in area socio emozionale, spingendo il piccolo a sfidare i suoi limiti e quindi non soccombere all'ansia. Date le differenze nell'agire la cura che si riscontrano tra madri e padri, possono esserci differenze anche nell'ansia che esercitano nella relazione con il figlio. Sappiamo che le madri passano più tempo con il bambino, in particolare in attività di cura, mentre i padri si dedicano maggiormente ad attività di gioco. Nel corso dell'evoluzione, uomini e donne hanno sviluppato una sorta di specializzazione,

entrando in contatto con diverse sfide della sopravvivenza e della riproduzione: i padri si sono sviluppati per lo più verso la competizione sociale e il cogliere occasioni e sfide, mentre le madri sono più efficienti in cura, nutrimento e legame intimo. Quindi i padri eserciterebbero una sorta di protezione esterna, mentre le madri una protezione interna, verso l'omeostasi. Al netto di queste differenze, sia il comportamento dei padri che delle madri può finire per indurre ansia nei figli. Ipercoinvolgimento sia materno che paterno sembrano esserne infatti responsabili, ma se un parenting stimolante da parte dei padri riduce l'ansia nel figlio, quando lo esercita la madre l'ansia sociale in particolare risulta incrementata, dal momento che si andrebbero a scardinare quelle predisposizioni evolutive citate sopra, e il bambino finirebbe per sentirsi meno protetto da disagi interni al corpo. È stato ipotizzato inoltre che l'ansia nei genitori stessi influenzi il comportamento di parenting: genitori ansiosi mostrerebbero infatti più comportamenti che provocano ansia, come ad esempio l'ipercontrollo. Studi recenti si sono dedicati all'analisi di comportamenti di madri con disturbo d'ansia. Nell'interagire con il bambino, sono più ansiose e meno coinvolte le madri con disturbo d'Ansia Sociale rispetto a madri non ansiose, ma la loro performance è valutata alla stregua di madri con Ansia Generalizzata. Queste ultime non sono più ansiose di madri sane ma sono meno ingaggiate nel rapporto con il figlio. Sembrano esserci, oltre a questi, altri effetti che supportano differenze nei comportamenti d'ansia delle madri, a seconda di quale sia l'area di vita intaccata dal disturbo. In contesti di danno sociale o non sociale, madri con ansia sociale mostravano più ansia espressa rispetto sia a madri sane che a madri con ansia generalizzata. Tutti e tre i gruppi mostravano intrusività, promuovevano l'evitamento e il modelling positivo. Genitori con ansia sociale mostrano meno calore, più criticismo e più dubbi sulla competenza del figlio, e simili livelli di concessione dell'autonomia e di ipercontrollo. In genitori di bambini di 10-15 mesi, l'ansia generalizzata delle madri è associata negativamente a parenting stimolante e positivamente a ipercoinvolgimento, e queste relazioni valgono per i padri nel caso dell'ansia sociale. Il comportamento paterno stimolante è associato negativamente con l'ansia del figlio, mentre se è esercitato dalla madre ne è fortemente collegato (Möller et al., 2015). Avere genitori ansiosi aumenta il rischio di personali tendenze ansiose, anche quando fattori come il salario percepito e una storia di depressione nei genitori vengono covariati. Questa maggiorata predisposizione si trova però solo quando la madre ha avuto un passato di disturbi d'ansia, e risulta addirittura raddoppiata sia in figli che in figlie. Bambini di madri con comorbidità di ansia e depressione hanno invece un rischio triplicato per disturbi d'ansia. Per comprendere questa trasmissione sembra che fattori individuali più che familiari spieghino la varianza non descritta da fattori genetici (McClure et al., 2001). Oltre al temperamento e all'insicurezza dell'attaccamento, certi fattori genitoriali sono importanti fattori di rischio per un successivo sviluppo di ansia nel figlio,

in particolare di natura sociale. Due dimensioni della genitorialità, già citate, sono impattanti: la prima è una mancata promozione di autonomia, associata a iperprotezione e ipercontrollo, limitando la percezione che il bambino ha del saper gestire le proprie difficoltà. La seconda è la comunicazione che il genitore rivolge al figlio per parlargli del mondo: questo processo può avvenire osservando gli altri agire comportamenti più o meno spaventati o trasmettendo informazioni negative. Comportamenti genitoriali negativi occorrono con ansia del bambino più probabilmente se lui è inibito, a sostegno delle prospettive secondo cui l'influenza tra madre e bambino è reciproca. I comportamenti però di per sé non sono ancora il cuore che veicola le tendenze ansiose da madre a figlio, e potrebbe invece essere più accurato guardare alle cognizioni sottostanti certe interazioni. Le convinzioni e i pensieri sull'ambiente circostante che le madri sviluppano sono trasferite facilmente nei bambini soprattutto di età scolare, che li assumono come bias alla luce dei quali interpretano gli eventi. Rispetto a genitori di bambini non ansiosi, ad esempio, genitori di figli ansiosi mostrano loro stessi delle particolarità nei discorsi: approvazioni o incoraggiamenti dell'evitamento di potenziali pericoli, commenti catastrofici, meno riferimento a stati emozionali positivi e meno inviti a parlare di emozioni negative. La conseguenza è un aumento di sintomi e cognizioni negative nel bambino in funzione di tale conversazione: bambini piccoli in particolare sono più dipendenti dai genitori nel comprendere e attribuire significato a eventi futuri e imprevedibili. Quando poi iniziano la scuola, questo passaggio è particolarmente insidioso se le conversazioni con le madri socialmente ansiose sono connotate da cognizioni negative, che vanno ad aumentare la paura nel figlio stesso. Date quindi le numerose aree in cui prende piede questo stile comunicativo è possibile parlare di una Narrative negativa delle madri, intendendo un'unità strutturale con chiari collegamenti tra i componenti, anziché comunicazioni più frammentate e sconnesse tra loro. Molti aspetti delle conversazioni sembrano caratteristiche stabili dello stile interattivo assunto da questi genitori, andando a creare una cornice coerente entro cui il figlio comprende la struttura causale e temporale delle esperienze, e crea collegamenti tra gli stati interni e i comportamenti. Se infatti il genitore elabora l'esperienza del figlio, non solo ne provvede un significato ma anche lo aiuta nelle circostanze in cui certe emozioni emergono, supportando il bambino nella comprensione di sé e nella formazione delle aspettative verso l'ambiente e delle risposte da formulare verso di esso. La natura della narrativa attuata dal genitore è un predittore del futuro funzionamento del figlio: stati mentali comunicati dall'adulto predicano la comprensione delle emozioni, la comprensione della teoria della mente e gli scambi con i pari durante interazioni sociali (Murray et al., 2014).

3.1.2 Ansia in genitori somatizzanti

Nonostante siano davvero scarse le ricerche già condotte sulla relazione tra somatizzazione e ansia nella genitorialità, ci sono evidenze in particolare attorno al passaggio dalla gravidanza alla maternità. Sintomi somatici come insonnia, stanchezza durante il giorno e sonnolenza, sono validi indicatori di depressione durante la gravidanza, mentre nel primo e terzo trimestre la qualità del sonno predice per lo più la depressione successiva al parto. Se è vero che molti sintomi somatici durante la gravidanza sono associati a complicazioni psicopatologiche dopo il parto, un fattore altrettanto notevole sembra essere la Paura del parto, che collegherebbe aspetti della gravidanza e difficoltà psicologiche incontrate dalle donne. Questa paura è collegata sia al timore del dolore che è certo si proverà all'espulsione del figlio, che alla possibilità che il piccolo nasca con difetti congeniti o con compromissioni dovute a complicazioni in sala parto. La prevalenza di questo vissuto varia in Europa tra 1.9% e 14%, e in realtà una parte di questa paura è da considerarsi adattiva. Allorché una buona parte delle donne è in grado di integrare e gestire questa emozione, altre ne esperiscono un livello di intensità tale da interferire con il loro benessere mentale e la futura relazione con il figlio. L'ansia generale come tratto risulta avere un certo effetto sullo sviluppo di questa paura, su una maggiorata vulnerabilità alla depressione e fragilità emozionale. La paura del parto potrebbe inoltre nascondere in sé una paura più estesa del ruolo di madre: queste preoccupazioni profonde e identitarie vengono tradotte in una paura più concreta e in qualche modo gestibile, che può essere associata a stress, ansia, depressione e mancanza di supporto sociale.

Rimane però che questa paura sia un forte fattore di predisposizione per la depressione postparto, soprattutto in donne senza una storia di depressione precedente: se quelle che hanno vissuto depressione potrebbero infatti essere più in contatto con le loro difficoltà emozionali, sono proprio le donne che faticano a riconoscerle quelle che esprimono difficoltà e timori attraverso la paura del dolore corporeo. Sembrerebbe esserci quindi un'interazione complessa tra i sintomi somatici durante la gravidanza, la paura di partorire e la depressione postparto. La differenza risiede nel fatto che i sintomi somatici sono un veicolo di sofferenza attraverso il corpo, mentre la paura del parto è indirizzare le sofferenze verso un'emozione, la paura, rivolta al corpo. La paura del parto potrebbe mediare la relazione tra sintomi somatici preparto e sintomi ansiosi postparto: vomito e paura di partorire sono infatti significativamente correlati sia all'ansia postparto che a sintomi depressivi (Tambelli et al., 2022). La sigla NVP vale per sintomi di Nausea e Vomito durante la gravidanza: sia fattori biologici che psicologici contribuiscono all'accumularsi di NVP. Disturbi ansiosi e depressivi sono associati a questi sintomi somatici in particolare: gravidanze non pianificate o non desiderate, una relazione negativa con il partner, eventi di vita stressanti, l'immigrazione, scarsa educazione,

giovane età, disturbi alimentari e sovrappeso sono associati a sintomi NVP più intensi. Per quanto riguarda le determinanti psicologiche quindi, la nausea sembra essere un potenziale sintomo somatico di distress e di stati depressivi. È importante, dunque, nell'amministrare la severità di questi sintomi riportati dalle donne, tenere conto dell'esistenza di tali comorbidità. La depressione prima della gravidanza, e tra le settimane dodicesima e quattordicesima di gestazione, è infatti collegata a aumento di nausea e vomito. Questa evidenza è in linea con la teoria della componente cognitiva di NVP formulata da Goodwin, ed è addirittura possibile che la depressione sia reattiva a nausea e vomito. Donne tra il quarto e il quinto mese di gravidanza riportavano più sintomi NVP se depresse, rispetto a gestanti non depresse, al netto dei valori di gonadotropina corionica hCG. Alti punteggi nella Edinburgh Depression Scale (EDS) nello stesso periodo erano inoltre i più forti predittori di intensi sintomi NVP (Dekkers et al., 2020).

3.2. Strategie di coping

Il secondo fattore di rischio che teniamo in considerazione sono le strategie di coping, e prima di indagare le manifestazioni in caso di somatizzazione ci soffermiamo sulla loro espressione nella genitorialità tipica.

3.2.1 Strategie di coping in genitori non somatizzanti

La teoria di Lazarus e Folkman (Folkman & Lazarus, 1988a, 1988b) assume che lo stress emerga da transazioni reciproche, ossia l'interazione con uno stressor non è una reazione o una risposta, bensì una transazione tra l'intensità di disagio percepita e il benessere (Folkman et al., 1991). Vale a dire che le persone si sentono stressate solo quando valutano che una situazione sta esaurendo le loro risorse mentali (Folkman et al., 1986). La maggior parte degli studi che valutano il modo con cui i genitori fronteggiano le situazioni di stress prendono in considerazione popolazioni di caregivers che si dedicano a figli a sviluppo atipico o con patologia organica da grave a infausta. Genitori di figli con autismo, ad esempio, hanno alti punteggi nei comportamenti di coping fondati su distanziamento ed evitamento o fuga, che rispecchiano un evitamento sia fisico che mentale delle difficoltà, ricorrente in personalità non-costruttive. Genitori di figli tipici invece mostrano alti punteggi in autocontrollo, supporto sociale e problem solving, che invece ritornano in personalità costruttive. Sia Spitz che Mahler consideravano lo sviluppo dell'autismo altamente connesso con qualità dei genitori, che spesso sembravano distanzianti come tratto di personalità, inducendo il figlio ad avere relazioni inadeguate con l'oggetto e una costanza dell'oggetto inefficiente. È stata poi condannata questa prospettiva colpevolizzante e unilaterale, ed è stato dimostrato il contrario, sicché è vero che genitori di figli con ASD (spettro dell'autismo) sviluppano una reazione distanziante e fuggitiva, ma in

risposta a una tensione nel sistema familiare che si sviluppa facilmente laddove uno dei figli rientri nello spettro autistico (Sivberg, 2002). Nel caso in cui il figlio sia invece affetto da patologia genetica, come la talassemia, i genitori tendono a un coping orientato al problema anziché orientato all'affetto provato, sicché c'è un buon atteggiamento verso lo stress ma va gestito meglio (Saldanha, 2015). I genitori sembrano inoltre riportare frequentemente psicopatologia, di cui depressione in modo più diffuso: la maggior parte si mostrava infatti fatalistica verso la malattia ed era altrettanto ricorrente la strategia di evitamento (Prasomsuk et al., 2007). Nel caso di bambini con Diabete mellito i genitori attraversano la prima fase di valutazione della beneficita o maleficita dell'evento, e la seconda fase di decisione circa la propria capacita di gestire e sopportare l'esperienza, e minimizzare le conseguenze negative. È possibile osservare differenze nel coping più ricorrente in padri e madri: le madri sono più partecipative nel provvedere cure primarie e nel gestire i regimi sanitari dei figli (Anderson & Auslander, 1980), mentre i padri sarebbero più propensi a strategie di distanziamento dagli stressors tipici emergenti dalla diagnosi di diabete, dato che fanno fatica a sentirsi coinvolti nella cura quotidiana del bambino. Entro la coppia, il coping può essere simmetrico se entrambi usano la stessa strategia, complementare se un attore usa frequentemente una strategia che invece l'altro usa di rado. Genitori di bambini con diabete mellito usano per lo più strategie simmetriche (Barbarin, 1985). Un altro elemento di nota è il sesso dei figli affetti: le madri si sentono più fiduciose quando le figlie sono malate, e anche i padri considerano essere coinvolti in attività con la famiglia più utile a fronteggiare la malattia, quando affligge figlie femmine. È interessante osservare che le madri rispetto ai compagni usano più strategie di coping, e pressoché le stesse, anche nel caso di patologia molto severa, come cancro o fibrosi cistica: in particolare meno distanziamento e più pianificazione di risoluzione del problema, rispetto ai partner uomini. Questi ultimi si servono per lo più di ricerca di informazioni attendibili, e meno strategie di evitamento o fuga. In generale, i genitori cercano di rimanere ottimisti e sperano per l'efficacia delle cure: una strategia frequente nei padri sembra essere informarsi con dati medici aggiornati per saper gestire le emergenze (Azar & Solomon, 2001).

3.2.2 Strategie di coping in genitori somatizzanti

La specifica per cui gli studi si concentrano per lo più sul coping di genitori con figli malati vale anche per campioni di genitori tendenti a somatizzare: è possibile individuare relazioni tra la somatizzazione di genitori e il coping di cui si servono verso la malattia dei figli. La letteratura suggerisce che un coping evitante o passivo è utilizzato quando le persone sentono di avere poco controllo sugli eventi e il loro corso. Genitori di figli con malattie croniche possono infatti percepire che l'andamento della malattia sia inalterabile e quindi siano abbandonati al loro destino. Il fatalismo

correla positivamente con somatizzazione e depressione a indicare che i genitori che ricorrevano a spiegazioni riguardanti il destino riportavano più sintomi somatici. La passività correla positivamente con sintomi generici (GSI) indicando più psicopatologia in questi adulti. L'evitamento, fuga e passività correlano anch'essi con la somatizzazione, e in presenza di sintomi somatici risulta scarso problem solving. Associati a passività ci sono ansia e rabbia-ostilità, a testimoniare che l'adattamento passivo alla situazione genera sentimenti più rabbiosi, rispetto a una presa di posizione attiva per gestire la situazione (Rao et al., 2004). Nel caso di figli con disabilità (DD), si individua una correlazione negativa tra stigma e auto efficacia dei genitori, questo anche in relazione alla variabile discriminazione, opportunità educazionali e supporto sociale dell'ambiente in cui il nucleo è inserito. C'è una relazione positiva significativa tra stigma e stress in tutte le sue componenti coniugale, genitoriale ed economico, nei padri, che percepiscono un crescente fardello derivante da aumento di stress, a seguito del senso di stigmatizzazione. Esiste anche una relazione positiva significativa tra stress e somatizzazione: crescere un adolescente con disabilità richiede sforzi fisici e mentali, che appesantiscono il funzionamento genitoriale. Il peso sui padri causa stress persistenti che possono portare a deterioramento del benessere mentale percepito: la somatizzazione è ancora più ricorrente nei soggetti di estrazione economica a basso reddito, con difficoltà socioeconomiche e alti livelli di disoccupazione. La somatizzazione può emergere in modo specifico nelle culture che inducono vissuti di stigma verso le disabilità, e questa è la ragione per cui l'espressione somatica si intensifica in padri di bambini disabili (Kabiyea & Manor-Binyamini, 2019).

3.3 Regolazione emotiva

La letteratura suggerisce che genitori che offrono cure con modalità calorose e supportive permettono ai figli di sviluppare competenze emozionali e regolazione (Morris et al., 2011; Eisenberg et al., 1998), motivo per cui è importante chiedersi come si dispieghi la regolazione emotiva nel caso di genitorialità sia tipica, che con tendenze a somatizzare.

3.3.1 Regolazione emotiva di genitori non somatizzanti

In una review che considerava il ruolo della regolazione delle emozioni nel parenting, Rutherford e collaboratori propongono che "la autoregolazione dei genitori ha un obiettivo funzionale nel facilitare una risposta sensibile e comportamenti di cura, a prescindere dallo stato affettivo del figlio" (Rutherford et al., 2015). Le capacità dei genitori di regolare le emozioni dovrebbero avere effetti a cascata sulla regolazione e sugli aggiustamenti socio-emozionali che i figli operano su di sé. La socializzazione dei genitori, su piano emozionale, include comportamenti che indicano al bambino il

riconoscimento e l'espressione delle emozioni: sono risposte supportive se riflettono i sentimenti e guidano i bambini a usare il problem solving, incoraggiando l'espressione di affetti e insegnando efficaci strategie di auto consolazione. Al contrario, non sono supportive le risposte punitive o che limitano la comprensione che il piccolo può avere di quello che prova. Il calore e il supporto nell'interazione con i figli, concomitanti con un uso molto raro di ostilità, coercizione, rifiuto, risultano in figli più felici: più comportamenti positivi, e meno negativi, sono associati a minori sintomi internalizzanti nei figli e più comportamenti prosociali nei pari. La capacità dei genitori di regolare le emozioni è in chiara continuità con le competenze di cura, con immediato effetto sull'autoregolazione dei figli stessi: adulti che mostrano più capacità di regolazione emotiva sono più calorosi e meno ostili con i figli, e se hanno migliore accesso a strategie di gestione degli affetti, anche i loro figli avranno meno problemi di regolazione e meno sintomi internalizzanti o esternalizzanti. Un'attenzione particolare va posta anche sulla funzione riflessiva di cui l'adulto si serve per capire e rispondere alle emozioni del figlio: si tratta infatti della capacità di comprendere il comportamento a partire dalla considerazione dei suoi stati mentali, assumendone la prospettiva. Questa capacità sarebbe un perno fondamentale per la capacità di adattamento delle emozioni e per facilitare uno sviluppo ottimale nel bambino (Zimmer-Gembeck et al., 2022). Possiamo chiederci invece che cosa si possa osservare nel caso in cui questa funzione non sia efficacemente sviluppata e applicata nella relazione con un figlio.

3.3.2 Regolazione emotiva di genitori somatizzanti

Molti studi nell'area dei sintomi somatici hanno valutato il riconoscimento delle emozioni altrui, dal momento che è più facilmente rilevabile rispetto a guardare a quanto una persona comprenda gli stati personali. Fin dai primissimi studi sull'alessitimia, ci sono evidenze di associazione tra consapevolezza emozionale e processi psicosomatici: difficoltà a nominare le emozioni e a riconoscere gli stati mentali altrui sono ricorrenti in disturbi psicosomatici, nel dolore cronico e nei disturbi da conversione (Ballespí et al., 2019). Dato che le precoci interazioni tra genitore e figlio sono veicolate da scambi non verbali, è continuamente richiesto agli adulti di interpretare il mondo interiore dei piccoli a partire dai loro comportamenti e segnali affettivi. La capacità riflessiva del genitore ha un ruolo cruciale nella capacità dei figli stessi di mentalizzare, e con un rispecchiamento dell'emozione del piccolo, il genitore dovrebbe porre le fondamenta per la regolazione degli affetti e l'auto-controllo. Madri con maggiore tendenza a sopprimere le emozioni riportano livelli più alti della cosiddetta "pre-mentalizzazione", cui sono legate anche sottoscale del DERS afferenti a difficoltà di regolazione. La pre-mentalizzazione è una condizione in cui i genitori possono fare fatica a

riconoscere gli stati mentali dei figli, inducendoli a sviluppare insensibilità. La soppressione dell'espressione può portare a disregolazione emotiva, diventando un ostacolo alla mentalizzazione durante le interazioni con il proprio bambino. Madri che sopprimono molto le emozioni hanno figli che riportano più emozioni negative, non riuscendo a assumere una prospettiva sensibile alle tappe di sviluppo, durante le interazioni. Dato che la mentalizzazione è più difficile quando le emozioni sono estreme, non deve sorprendere che madri che faticano ad auto regolarsi hanno anche una mentalizzazione inefficiente, che correla inversamente con comportamenti costruttivi e cooperativi con i piccoli. Madri con difficoltà a regolarsi, dunque, hanno anche più tendenza a pre-mentalizzare. La bontà della funzione riflessiva è legata anche alla genitorialità, sicché i genitori che la usano di più godono di maggiori informazioni per rispondere adeguatamente al bambino. Quando le madri sono capaci di mitigare gli affetti, sono in grado di assicurare la sicurezza del figlio, ingaggiarsi con lui in attività sociali e giocare e comunicare con lui in maniera adeguata al suo sviluppo (Suchman et al., 2010). Madri con meno consapevolezza emozionale riportano anche bassi livelli di interesse e curiosità verso gli stati mentali del bambino: madri inconsapevoli delle loro emozioni possono essere parimenti poco in contatto con quelle dei figli, e esserne poco interessate (Schultheis et al., 2019). Un'assenza di feedback responsivo sensibile e di aiuto nella regolazione emozionale può giocare un ruolo nella validazione di esperienze emozionali dolorose, entro il legame di attaccamento. Madri che riportano dolore cronico sono più concentrate sul disagio corporeo proprio e altrui, anziché sugli stati mentali, e rischiano di attribuire ai figli dolori e disagi fisici che non hanno. La somatizzazione rappresenta un deficit o possibilmente una difesa che impedisce la rappresentazione mentali di distress psicologico e conflitto psichico, entrambi su piano cognitivo e affettivo. Genitori con alti livelli di somatizzazione possono fare fatica nel mentalizzare quando si occupano dei figli, rischiando di influenzare lo sviluppo dei bambini per vie subdole e sottili, nella auto regolazione, cognizione sociale, nel pensiero astratto e in particolare nella mentalizzazione (Glaus et al., 2022).

3.4 Relazione tra ansia, strategie di coping e regolazione emotiva nel caregiving, e Sensibilità e Non intrusività dei genitori

Descritto come variano i fattori di rischio nel caso di somatizzazione presente o assente, possiamo adesso, a conclusione di questo capitolo, comprendere come ognuno di essi influenzi e contribuisca a Sensibilità e Non Intrusività, secondo la spiegazione contenuta nel capitolo 2.

3.4.1 Ansia, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting

Comportamenti ansiosi di una madre verso il figlio sono spesso connotati da ridotta sensibilità: alcune madri ansiose si mostrano infatti iper-reattive nelle interazioni, cadendo nell'intrusività, insensibilità, iperprotezione e controllo. In altri casi, l'ansia si può esprimere come distacco, scarsa reattività, ritiro e appiattimento degli affetti. Madri ansiose tendono quindi a uno dei due estremi nelle interazioni con i figli, e mostrano di perdersi i segnali che il figlio invia, circa i suoi stati di disagio, disappunto o interesse verso, ad esempio, un gioco (Kaitz & Maytal, 2005). Queste madri possono essere riluttanti a interessarsi al figlio o, al contrario, possono finire per proporre stimolazioni insistenti e ripetitive, ignorando i segnali che il figlio manda, come ad esempio non voler giocare a un dato momento (Ojo et al., 2021). Madri ansiose si mostrano più apertamente critiche verso i figli, sono reticenti a esprimere apertamente ciò che provano e riportano di sentirsi più tesi e stressati quando vedono il figlio fare giochi potenzialmente rischiosi. Più che i comportamenti genitoriali, sembrano essere gli affetti a inibire le attività dei figli: le interazioni tra le parti risultano infatti meno calorose e positive, dal momento che è supportata meno l'autonomia, e più critica e catastrofizzanti, rispetto a interazioni tra figli e genitori non ansiosi. L'ansia materna sarebbe dunque il principale contribuente alla riduzione di calore affettivo, e il controllo che ne consegue riduce le opportunità che il piccolo ha di sviluppare nuove competenze a partire dall'esplorazione del mondo. Questo stile genitoriale riduce il senso di controllo percepito dal figlio e quindi ne incrementa gli stati ansiosi (Lindhout et al., 2006).

3.4.2 Strategie di coping, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting

Quando i bambini, in particolare in età prescolare, si comportano in modi non congruenti con le aspettative e gli obiettivi, le madri possono provare emozioni negative e sgradevoli che aumentano lo stress. Ne consegue che le strategie con cui questo stress è fronteggiato sono devolute al mantenimento di un contesto affettivo in cui la madre possa sviluppare una buona relazione con il figlio. Il modo in cui le madri pensano e si rivolgono alle emozioni è un buon predittore del loro comportamento, e di conseguenza la gestione delle loro stesse emozioni è un predittore di come rispondono alle emozioni dei figli (Dix, 1991). Madri con uno stile di coping coinvolto possono sentirsi meno attivate o stressate dal pianto del figlio, e anzi approcciarvisi come a un problema che possono risolvere, avvalorando risposte sensibili alle emozioni negative dei figli. Possono anche validare le emozioni e la risoluzione di problemi emozionali e tentano deliberatamente di istillare queste competenze nei bambini piccoli, aiutandoli a intervenire in modo proattivo nei confronti delle emozioni provate. Madri con un coping style poco coinvolto, di contro, si sentono maggiormente

agitate dalle emozioni sgradevoli dei figli, e reagiscono ritirandosi o rispondendo in modo scontroso, nel tentativo di ridurre al minimo il contatto con lo stressor, minando la sensibilità. Coerentemente, i genitori che validano e gestiscono a tutti gli effetti le loro emozioni negative sono anche in grado di farlo con quelle dei figli, e sono più responsivi rispetto a quei genitori che approcciano i vissuti emozionali in modo opposto. Quando si guarda alla modalità specifica di coping, la strategia di rivolgimento al problema è associata nelle madri a migliori comportamenti affiliativi, come giocare e mostrare affetto durante il primo anno di vita del figlio (Gudmundson & Leerkes, 2012). Classificando il coping in attivo e passivo, sembra che la prima alternativa sia associata ad outcome positivi in campioni di neomamme. Occuparsi di un figlio è un compito molto richiestivo, che necessita di una buona gestione di risposte emozionali negative, ragione per cui il cervello delle madri si adatta per ridurre la reattività allo stress nel periodo post parto (Klampfl & Bosch, 2019). Il coping attivo, rispetto a stili passivi, è associato a effetti adattivi sia psicologici che neurali: un suo uso prevalente è infatti associato a meno ansia, sintomi depressivi e stress genitoriale, oltre che ad attivazioni neurali di aree coinvolte nella motivazione e nella regolazione di emozioni (SN, ACC, IFG), all'ascolto del pianto infantile. Stili attivi di coping sono in generale protettivi rispetto all'impatto negativo dell'esposizione allo stress, nel periodo postparto. I meccanismi alla base possono essere i seguenti. L'uso di strategie attive potrebbe supportare una regolazione emotiva più efficiente: reappraisal cognitivo e reframing sono associati a ridotte attivazioni fisiche ed emotive, consentendo alle madri di regolarsi in circostanze stressanti. Una seconda spiegazione può essere che l'uso maggiore di coping attivo protegga da umore negativo: sintomi depressivi sono associati a una scarsa connettività tra amigdala e nucleo accumbens all'ascolto del pianto infantile. Infine, una terza via potrebbe prevedere sistemi neurali che supportano sia un coping attivo che la motivazione alla genitorialità: il coping attivo è sostenuto da risposte comportamentali di approccio, e amplificazione di emozioni positive (Kim, 2022).

3.4.3 Regolazione emotiva, Sensibilità e Non Intrusività nel parenting

La genitorialità rivolta alla sensibilità, e a non intervenire in desideri e volizioni del figlio, si esprime nel proporre ai figli esperienze di autonomia, aumentare le probabilità di successo del figlio durante l'esplorazione del mondo, esprimere affetto e validazione, mostrare interesse per bisogni ed emozioni e promuovere una interazione con il piccolo che sia centrata su di lui (Leerkes et al., 2004). Genitori con basso distress psicologico sono più capaci di orientare i loro comportamenti di cura, mentre sono meno responsivi e sensibili gli adulti percossi da maggiore stress. Coerentemente con la teoria di Dix

(Dix, 1991), secondo cui la regolazione delle emozioni è il processo centrale con cui i fattori esterni determinano il comportamento genitoriale, lo stress mentale finisce per influenzare la capacità del caregiver di modulare e controllare le emozioni in modo adeguato. A cascata, sono impattati la bontà di risposta ai segnali infantili, la contingenza temporale di questa reazione, il calore e il supporto mostrati. La regolazione dell'emozione è fortemente connessa alla genitorialità sensibile, in misura anche maggiore rispetto al possibile stress mentale del genitore, ed è quindi da considerarsi il cuore dell'attività genitoriale. Laddove si esperisca distress psicologico e una reazione emotiva ad esso, è la capacità di regolare quello stato a determinare la possibilità di organizzare, orientare e attuare un parenting sensibile e adeguato. La performance di sensibilità, non intrusività e regolazione ricade sui figli, anche con effetti a lungo termine: imparano infatti a regolarsi osservando i tentativi di autoregolazione messi in atto dai loro genitori. Se l'adulto non è capace di regolarsi adeguatamente, potrebbe fare fatica a rispondere allo stress del figlio in modo funzionale, rischiando anzi di proporre una strategia regolatoria maladattiva. La regolazione del genitore, quindi, precede la sua capacità di organizzare i comportamenti sensibili a supporto dello sviluppo di regolazione emozionale propria del suo bambino (Carreras et al., 2019). L'intrusività dell'adulto si può manifestare nel "riguardo" che il genitore ha in maniera condizionata (PCR), ossia nella pratica per cui l'adulto manifesta affetto più significativo quando il figlio incarna i suoi desideri, e meno affetto quando invece li disattende (Rogers, 1959). Questo rinforzo può portare i bambini a comportarsi in modi che i loro genitori ritengono appropriati, e può minare l'autostima, l'esplorazione e l'autoregolazione. Si potrebbe pensare che PCR rivolto all'espressione delle emozioni, come ad esempio genitori che insistono perché i figli esprimano le emozioni negative, induca a una sana accettazione di ogni affetto e consenta autenticità e contatto con se stessi. Secondo la SDT però, forzare un bambino a esprimere e condividere vissuti personali potrebbe anche istillare un vissuto di intrusione e coercizione, e ne deriva che conseguenze negative nella regolazione emotiva dipendano da questa pratica di controllo subdolo, anziché dalla negatività delle emozioni espresse (Roth & Assor, 2012).

CAPITOLO 4

Metodo

In letteratura, gli studi sono maggiormente focalizzati sul funzionamento dell'individuo adulto somatizzante, ma c'è una scarsità di evidenze e di approfondimento in merito alla declinazione del funzionamento affettivo di individui che mostrano una tendenza alla somatizzazione nel contesto della genitorialità, e quindi il potenziale impatto sul comportamento genitoriale.

Per la qualità dei comportamenti interattivi, se si confrontano queste madri con madri sane o problematiche a livello organico, le madri somatizzanti mostrano una generale riduzione in responsività e divertimento reciproco. Sono anche meno espressive, emotivamente più piatte e meno coinvolte nel gioco (Craig et al 2004). Persone che somatizzano tendono a ricorrere, con una certa consistenza, a specifiche strategie di coping, volte alla passività rispetto all'attivazione, a fronte di situazioni stressanti (Rao et al., 2004). Il determinismo o fatalismo correla positivamente con Somatizzazioni, vale a dire che chi somatizza maggiormente ricorre anche di più a spiegazioni fatalistiche in merito alle disgrazie. Altre correlazioni positive emergono tra Somatizzazione e atteggiamenti di Fuga ed Evitamento. Il Problem Solving, come strumento per fronteggiare le situazioni svantaggiose, risulta in correlazione negativa con la Somatizzazione, anche se questo trend non mostra forte significatività (Rao et al., 2004). Questa premessa induce a chiedersi come, a partire da un funzionamento affettivo di questo tipo, si strutturi l'interazione tra una madre tendente a somatizzare e figli nel primo periodo postparto, a 4 mesi di età del piccolo.

Lo studio di questa tesi ha come obiettivo esaminare l'influenza della somatizzazione materna sulla relazione con il figlio durante i primi mesi di vita, e il potenziale contributo di alcuni fattori di rischio precoci. Più precisamente:

- (i) si è valutata la qualità delle interazioni madre-bambino durante una sessione di gioco libero, qui operazionalizzata come disponibilità emotiva, per esaminare la variabilità associata alla tendenza a somatizzare;
- (ii) si è valutato, inoltre, se l'applicazione di strategie di coping evitanti e le capacità di regolazione emotiva si differenzino in base alla tendenza a somatizzare, in modo significativo;
- (iii) si è voluto indagare infine il contributo di somatizzazione, disregolazione emotiva e stili di coping disadattivi come potenziali predittori dei comportamenti genitoriali materni durante le sessioni interattive. Per l'ultimo obiettivo, le qualità emotive del comportamento materno sono

operazionalizzate nelle due scale Sensibilità e Non-Intrusività, scelte dalle Scale di disponibilità emotiva EAS.

4.1 Partecipanti

Ai fini del presente studio sono state reclutate quarantadue madri, di età media 33 anni ($M = 33.52$, $DS = 4.12$). Il reclutamento è stato possibile a partire da gruppi partecipanti a corsi di preparazione al parto, e tramite volantini e pubblicizzazioni su social media. Delle quarantadue madri, dodici rientravano nel criterio di avere una storia di vita connotata da somatizzazione persistente, e dunque sono state assegnate al gruppo somatizzante. Sono state escluse le madri che rientravano in uno dei seguenti criteri escludenti: presenza di un già diagnosticato disturbo mentale grave, che non fosse il disturbo da somatizzazione persistente, gravi condizioni congenite nel bambino o nascita pretermine, sia nel gruppo di donne tendenti a somatizzare, che in quello di donne non somatizzanti.

4.2 Procedura

Le partecipanti incluse nel progetto hanno firmato il modulo di consenso informato. In questo studio, a quattro mesi postparto è stata condotta su ogni madre una intervista semi-strutturata, con l'obiettivo di esplorare la presenza di somatizzazione persistente. Le diadi, quindi le madri con i loro figli, hanno poi partecipato a una sessione di gioco libero, della durata di venti minuti. Queste interazioni erano videoregistrate, in modo da poter valutare, in seguito e in separata sede, la qualità della Disponibilità Emotiva (EA) entro la diade. Infine, è stato inviato alle madri un questionario da compilare online, per raccogliere, attraverso misure self-report, informazioni sul benessere psicologico e sulle caratteristiche sociodemografiche. Il protocollo di ricerca è stato approvato dalla Commissione Comitato Etico della Ricerca Psicologica - Università di Padova, e condotto nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki.

4.3 Materiale

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research DCPR-R ISS

La versione italiana de Criteri diagnostici per la ricerca psicosomatica-Revised (DCPR-R ISS; Fava et al., 2017) è un'intervista semi strutturata clinimetrica, che indaga quattordici sindromi psicosomatiche (*Sovraccarico allostatico, Nosofobia, Ipocondria, Tanatofobia, Negazione di malattia, Somatizzazione persistente, Sintomi di conversione, Reazione da anniversario, Sintomi somatici secondari a un disturbo psichiatrico, Demoralizzazione, Umore irritabile, Comportamento di tipo A, Alessitimia*). Il presente studio si concentra sul dominio di Somatizzazione Persistente, che afferisce alla presenza di reali sensazioni fisiche o sintomi corporei, come affaticamento, dolore, fiato

corto), senza eziologica organica. L'intervista fa riferimento a comportamenti che hanno connotato gli ultimi dodici mesi, al momento della compilazione, e ogni item è completato con una risposta di tipo "sì/no". Nel tentativo di valutare il funzionamento psicosociale, la DCPR-R ha mostrato notevoli qualità psicometriche tra cui l'attendibilità inter-rater, validità di costrutto e predittiva (Galeazzi et al., 2004).

Emotional Availability Scales EAS

Le Scale di Disponibilità Emotiva (EAS, 4th Edition; Biringen, 2008) sono usate per valutare la dinamica relazione di un'interazione tra genitore e bambino, basandosi sulla responsività emozionale di ognuno dei due attori, e la conseguente sintonizzazione dell'altro. Le quattro scale per la valutazione dell'adulto sono *Sensibilità*, ossia una appropriata responsività del genitore, ossia sintonizzazione, tempismo, flessibilità, nei confronti dell'espressione emozionale del bambino. *Strutturazione* è la scala per valutare l'abilità di guidare e dare contenimento e progressione alle attività del figlio. *Non-intrusività* è il comportamento del genitore che non nega l'autonomia del bambino, e quindi non cade in iper-direttività, iper stimolazione, interferenza. *Non-ostilità* è l'assenza di risposte ostili come alzare la voce, segnali di rabbia, impazienza, noia. Le due scale per valutare il bambino sono *Responsività*, dunque quanto il piccolo risponde emotivamente e socialmente al genitore, e *Coinvolgimento*, ossia l'inclusione del genitore nella sua attività, rivolgendo domande, guardandolo. Ogni scala può ottenere un punteggio da 1 a 7, di cui più il punteggio è alto, più il comportamento è ottimale. Le EAS hanno proprietà psicometriche robuste tra cui la validità e l'attendibilità soprattutto entro campioni italiani (Biringen, 2014).

Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS

La scala per le Difficoltà di regolazione emotiva (DERS; Gratz & Roemer, 2004) è stata usata per valutare le capacità di regolazione emotiva. Essa include 36 item e 6 sottoscale: *Non accettazione della risposta emozionale* è la tendenza a provare emozioni negative secondarie di fronte alle emozioni negative primarie che qualcun altro mostra; *Difficoltà a coinvolgersi in un comportamento diretto a un compito* è la difficoltà di condurre a termine un impegno quando si fronteggiano emozioni negative; *Difficoltà di controllo dell'impulso* insorgono nel mantenimento del controllo durante emozioni negative; *Mancanza di consapevolezza emozionale*, ossia l'incapacità, e la tendenza a non riconoscere e attenersi alle emozioni; *Accesso limitato a strategie di regolazione emotiva* è la credenza che non si possa fare molto per regolare le emozioni; *Mancanza di chiarezza emotiva* indica quanto le persone sono consapevoli e sicure di ciò che provano. I punteggi possono essere riportati per ogni sottoscala o come un totale, in cui punteggi alti suggeriscono problemi maggiori nella

regolazione. In questo studio, si sono considerati solo i punteggi totali. La DERS ha mostrato importanti proprietà psicometriche con robusta consistenza interna, validità di costrutto e validità predittiva ed è stata ampiamente utilizzata per valutare le capacità di regolazione emotiva (Gratz & Roemer, 2004). La scala gode anche di applicabilità cross-culturale, e la versione italiana è stata validata in un campione non clinico (Giromini et al., 2012).

Coping Orientation to Problems Experienced Inventory COPE-NVI

La versione italiana del Questionario per il Coping orientato ai problemi vissuti (COPE-NVI; Sica et al., 2008) è stato usato per misurare diverse strategie di coping usate a fronte di situazioni difficili o stressanti e si basa sul questionario COPE di Carver, Scheier & Weintraub (1989). Esso consiste di 60 item presentati in una scala Likert a 4 punti, da 1 “*Io solitamente non ...*” a 4 “*Io ... sempre*”. Il COPE-NVI è scindibile in quattro sottoscale: Supporto sociale, ossia la ricerca di supporto e comprensione dalla rete sociale di riferimento; Evitamento sono le strategie che comprendono il ritiro da ogni tentativo di reagire; Atteggiamento Positivo indica un'accettazione della realtà e una ricerca di una prospettiva ottimistica di approccio al problema; Problem Solving è la pianificazione attiva per trovare soluzioni; Rivolgimento alla religione è l'utilizzo della propria fede spirituale per trovare conforto. Punteggi più alti in una certa sottoscala indicano una maggiore frequenza nell'uso di quella strategia, e solo la sottoscala dell'Evitamento è stata inclusa in questo studio. La COPE-NVI gode di proprietà psicometriche stabili entro campioni italiani (Sica et al., 2008).

Beck Depression Inventory

La versione italiana del Beck Depression Inventory (BDI; Sica et al., 2006) è stato incluso per valutare la gravità di sintomi depressivi riportati spontaneamente, definiti secondo i criteri del DSM-IV, entro le due settimane precedenti. Il questionario contiene 21 item con risposte riferite su una scala a tre punti da 0 a 63: punteggi maggiori afferiscono a sintomi più gravi.

State-Trait Anxiety Inventory

La versione italiana validata del State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Pedrabissi & Santinello, 1989) è stata usata per valutare gli aspetti di ansia sia di stato che di tratto. Il questionario self-report consiste di 40 item divisi equamente su due dimensioni: Ansia di Stato è una risposta di ansia temporanea che riflette come una persona si sente in quel momento; l'Ansia di Tratto è una propensione stabile a sentirsi ansiosi, in generale, nel tempo. La misura è rilevata su una Likert a 4 punti con punteggio totale da 20 a 80 per le dimensioni Stato e Tratto: punteggi più alti segnalano ansia più severa.

4.4 Analysis Plan

Nell'analizzare i dati raccolti, per prima cosa si ha condotto un'analisi preliminare per comprendere le caratteristiche e la distribuzione del campione. L'analisi descrittiva è servita a esaminare la frequenza, le distribuzioni standardizzate, la media e la varianza delle variabili demografiche (livello di formazione, stato civile, stato socioeconomico, pianificazione della gravidanza, altri figli) e delle variabili di interesse (disponibilità emotiva di madre e bambino, regolazione emotiva della madre, evitamento come strategia di coping della madre e benessere psicologico della madre). Successivamente sono state svolte delle analisi preliminari. Al fine di individuare possibili variabili confondenti tra quelle di interesse, è stata applicata una correlazione bivariata di Pearson: in particolare, le variabili di interesse sono Somatizzazione, Sensibilità materna, Non-Intrusività materna, Evitamento, capacità globali di Regolazione Emotiva, mentre le potenziali variabili confondenti sono Depressione, Ansia di Stato e Tratto. Sono stati poi applicati t-test per trovare eventuali differenze significative nella disponibilità emotiva tra madri somatizzanti e non somatizzanti (psicosomatiche vs non-psicosomatiche). Per tutte le scale EAS sono stati condotti t-test per trovare qualsivoglia differenza tra le modalità di rilevazione dell'interazione diadica, cioè se di persona in laboratorio, o su Zoom. Infine, sono state svolte delle analisi di regressione multivariata per testare se Somatizzazione, Coping di Evitamento e Regolazione Emotiva siano potenziali predittori delle seguenti variabili dipendenti (DVs): Sensibilità e Non-Intrusività (due scale materne EAS). I risultati sono considerati significativi a una soglia $p < 0.05$. Le ipotesi dei modelli sono state verificate per ognuno di essi. È stata condotta un'analisi di effetti marginali per i modelli statisticamente significativi, per comprendere la relazione tra le variabili dipendenti e indipendenti. L'intera analisi dei dati è stata condotta con la versione RStudio 2023.12.1.

4.5 Risultati

4.5.1 Caratteristiche sociodemografiche del campione

Sono state rilevate le caratteristiche sociodemografiche, sintetizzate nella Tabella 1, delle partecipanti per Livello di istruzione, Stato civile, Stato socioeconomico, Pianificazione della gravidanza, ossia se fosse stata programmata con il partner oppure no, e Primiparità, quindi, se fosse la prima gravidanza oppure no.

Tabella 1*Statistica descrittiva di Variabili Sociodemografiche*

Variabili	frequenza (%)	media/rango	DS	mediana	min	max
Età della madre	-	33.62	4.13	33.5	25	43
Nazionalità (Italiana)	41 (98%)	-	-	-	-	-
Livello di formazione	-	4.38	0.91	5	3	6
Stato civile	-	2.52	0.67	3	1	4
<i>Single</i>	3 (7%)	-	-	-	-	-
<i>Convivente</i>	15 (36%)	-	-	-	-	-
<i>Sposata</i>	23 (55%)	-	-	-	-	-
<i>Separata/divorziata</i>	1 (2%)	-	-	-	-	-
<i>Vedova</i>	0 (0%)	-	-	-	-	-
Stato socioeconomico	-	3.07	0.95	3	1	5
<i>Basso</i>	1 (2%)	-	-	-	-	-
<i>Medio-Basso</i>	9 (21%)	-	-	-	-	-
<i>Medio</i>	23 (55%)	-	-	-	-	-
<i>Medio-Alto</i>	4 (10%)	-	-	-	-	-
<i>Alto</i>	5 (12%)	-	-	-	-	-
Gravidanza pianificata (sì)	35 (83%)	-	-	-	-	-
Altri figli (sì)	16 (38%)	1.38	0.49	1	1	2

4.5.2 Statistiche Descrittive della Disponibilità Emotiva delle Madri

La Tabella 2 mostra il numero di osservazioni, il punteggio medio e la deviazione standard, rilevati misurando la disponibilità emotiva di madri con e senza sintomi somatici, a quattro e dodici mesi postparto. Nel campione, di cui facevano parte 42 madri, tra tutte le scale di disponibilità emotiva, quella che in media ha riportato punteggi più alti è la Non-Ostilità. Al contrario, la scala con punteggi più bassi è quella della Strutturazione, mentre la scala Non-Intrusività è invece risultata quella con maggiore variabilità di esiti. Focalizzandosi sulla presenza o assenza di sintomi somatici, le differenze tra i due gruppi di madri emergono in corrispondenza della scala Strutturazione: questa appare infatti maggiormente influenzata dalla Presenza di sintomi somatici.

Tabella 2*Statistiche Descrittive delle Scale della Disponibilità emotive Materna e del Bambino*

Scale	<i>Psicosomatiche</i>			<i>Non-Psicosomatiche</i>		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Sensibilità	12	5.21	0.33	30	5.62	0.74
Strutturazione	12	4.33	0.39	30	5.65	0.71
Non-Intrusività	12	6.08	1.08	30	6.32	0.93
Non-Ostilità	12	6.79	0.33	30	6.88	0.31
Responsività del bambino	12	5.68	0.87	30	5.72	0.76
Coinvolgimento del bambino	12	5.27	1.01	30	5.41	0.73

4.5.3 Statistiche Descrittive dei questionari self-report

Nella Tabella 3 è possibile leggere il numero di osservazioni, il punteggio medio e la deviazione standard rilevati misurando aspetti di regolazione emotiva, strategia di coping di evitamento e benessere delle madri, con e senza sintomi psicosomatici. A proposito della generale capacità delle madri di regolare le emozioni, il presente campione dimostra come madri tendenti a somatizzare abbiano una maggiore difficoltà nel regolare le emozioni, rispetto a madri senza somatizzazione. Per quanto riguarda invece l'uso di strategie di evitamento, non sono emerse differenze significative tra i gruppi. Il benessere generale delle madri, infine, è stato misurato a partire dalla somministrazione del Beck Depression Inventory e dello State-Trait Anxiety Inventory: madri con sintomi psicosomatici mostrano punteggi più alti in tutte le misurazioni, confermando livelli significativamente peggiori di benessere emozionale.

Tabella 3*Statistiche Descrittive dei Questionari self-report*

Questionari	<i>Psicosomatiche</i>			<i>Non-Psicosomatiche</i>		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
DERS: Totale	12	83.08	17.63	30	73.83	14.90
COPE: Evitamento	12	21.25	2.77	30	22.47	4.75
BDI	12	15.33	7.97	30	10.59	5.85
STAI: Stato	12	42.75	8.97	30	35.97	7.77
STAI: Tratto	12	44.75	11.37	30	37.86	9.14

Nota. DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; COPE: Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State-Trait Anxiety Inventory

4.5.4 Correlazione preliminare

Prima di eseguire le analisi, sono state condotte correlazioni preliminari per comprendere la relazione tra le variabili di interesse. La Tabella 4 mostra i risultati della correlazione preliminare tra tutte le scale di Disponibilità Emotiva, e varie misure di funzionamento emotivo, strategie di evitamento e benessere psicologico.

Sono state rilevate relazioni significative tra Somatizzazione e Strutturazione ($r = -0.69$; $p < .001$), Sensibilità e Strutturazione ($r = 0.64$; $p < .001$), tra DERS Totale e STAI: Tratto ($r = 0.65$; $p < .001$), tra DERS Totale e BDI ($r = 0.54$; $p = .012$), tra COPE: Evitamento e BDI ($r = 0.51$; $p = 0.021$), tra BDI e STAI: Stato ($r = 0.59$; $p = 0.001$), tra BDI e STAI: Tratto ($r = 0.74$; $p < .001$) e tra STAI: Stato e STAI: Tratto ($r = 0.64$; $p < .001$).

Tabella 4

Matrice della correlazione preliminare

Correlation Matrix										
Somatization		-0.28	-0.69***	-0.11	-0.13	0.26	-0.13	0.32	0.36	0.31
SENS	-0.28		0.64***	0.28	0.46	-0.16	-0.19	-0.38	-0.16	-0.14
STRUCT	-0.69***	0.64***		0.28	0.39	-0.21	0.07	-0.39	-0.29	-0.23
NONINT	-0.11	0.28	0.28		0.51*	-0.04	0.10	-0.13	0.06	-0.05
NONHOS	-0.13	0.46	0.39	0.51*		0.03	0.10	-0.06	-0.16	0.08
DERS_tot	0.26	-0.16	-0.21	-0.04	0.03		0.26	0.54*	0.35	0.65***
COPE_Avoidance	-0.13	-0.19	0.07	0.10	0.10	0.26		0.51*	0.17	0.37
BDI_tot	0.32	-0.38	-0.39	-0.13	-0.06	0.54*	0.51*		0.59**	0.74***
STAS_tot	0.36	-0.16	-0.29	0.06	-0.16	0.35	0.17	0.59**		0.64***
STAT_tot	0.31	-0.14	-0.23	-0.05	0.08	0.65***	0.37	0.74***	0.64***	

Correlation

-1.0
-0.5
0.0
0.5
1.0

4.5.5 Analisi di regressione

Sensibilità

Il Modello 1, Sensibilità, tenta di predire a 4 mesi post-partum, la Sensibilità materna, a partire da Somatizzazione, stile di coping di Evitamento e capacità generali di Regolazione Emotiva. È risultato non statisticamente significativo ($adj_R^2 = 0.04$, $F = 1.60$, $p > 0.001$, vedere Tabella 5).

Tabella 5*Prospetto dei risultati dell'analisi statistica del modello 1 - Sensibilità*

r_squared	adj_r_squared	F_statistic	p	df	df_residual
0.11	0.04	1.60	.205	3	37

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

La Tabella 6 mostra i coefficienti di regressione per il modello 1: Sensibilità.

Tabella 6*Coefficienti di regressione del modello 1 - Sensibilità*

Term	b	SE	t_statistic	p	CI_Low	CI_High
(Intercept)	6.38	0.65	9.87	< .001***	5.07	7.69
Somatization	-0.41	0.24	-1.73	.092	-0.89	0.07
COPE_Avoidance	-0.03	0.03	-1.25	.218	-0.08	0.02
DERS_tot	-0.00	0.01	-0.17	.867	-0.02	0.01

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Nella tabella:

- la colonna *b* riporta i valori delle stime dei coefficienti di regressione (incogniti) del modello
- la colonna *SE* riporta l'errore standard della corrispondente stima *b*
- le colonne *CI_Low*, *CI_High*, indicano l'intervallo di confidenza al 95% per la stima *b*

Nessun predittore è risultato significativo al livello di significatività del 5%.

L'aspettativa del presente modello è che *il livello di somatizzazione* predica, tramite il coefficiente di regressione stimato b , il livello di Sensibilità manifestata dai membri del campione. Laddove il valore di b risultasse negativo, sarebbe possibile spiegarsi che se ci sono livelli più bassi di Somatizzazione, la bontà della Sensibilità sarà preservata. Questo modello non è statisticamente significativo, ma sussiste una tendenza verso la significatività, essendo $p = 0.092$. Il valore negativo di $b = -0.41$ indica che all'aumentare del livello di Somatizzazione diminuisce il livello di Sensibilità. e viceversa, al diminuire del livello di Somatizzazione il livello di Sensibilità aumenta. Il valore di $p = 0.092$ indica che la dipendenza della Sensibilità dalla Somatizzazione potrebbe risultare significativa ad un livello di significatività del 10% ($p < 0.1$) che però generalmente non è considerato accettabile: questo in base alla convenzione nella pratica statistica per cui se $p \geq 0.05$, la discrepanza tra dato osservato e valore atteso *non è statisticamente significativa* e normalmente l'ipotesi nulla non può essere rifiutata. I valori di b per COPE e DERS sono molto prossimi allo zero: indicherebbero una scarsa dipendenza della sensibilità da questi parametri. I corrispondenti valori di p-value elevati ($p > 0.05$) indicano, inoltre, che questa dipendenza non è significativa, non lo sarebbe nemmeno ad un livello di significatività del 10% perché per questi parametri risulta $p > 0.10$.

Non intrusività

Questo secondo modello tenta di predire a 4 mesi post-partum, il livello di Non-Intrusività materna, a partire da Somatizzazione, stile di Coping di Evitamento e generale capacità di Regolazione Emotiva. È risultato non essere statisticamente significativo ($adj_R^2 = -0.06$, $F = 0.28$, $p > 0.001$, vedere Tabella 7).

Tabella 7

Prospetto dei risultati dell'analisi statistica del modello 2 - Non intrusività

r_squared	adj_r_squared	F_statistic	p	df	df_residual
0.02	-0.06	0.28	.841	3	37

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

La Tabella 8 mostra i coefficienti di regressione per il modello 2: Non intrusività.

Tabella 8*Coefficienti di regressione del modello 2 - Non intrusività*

Term	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i> _statistic	<i>p</i>	CI_Low	CI_High
(Intercept)	5.94	1.00	5.92	< .001***	3.91	7.97
Somatization	-0.15	0.37	-0.40	.692	-0.89	0.60
COPE_Avoidance	0.03	0.04	0.67	.506	-0.05	0.10
DERS_tot	-0.00	0.01	-0.30	.767	-0.02	0.02

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

L'aspettativa del presente modello è che *il livello di somatizzazione*, predica, tramite il coefficiente di regressione stimato *b*, il livello di Non-Intrusività manifestata dai membri del campione. Laddove il valore di *b* risultasse negativo, sarebbe possibile spiegarsi che se ci sono livelli più bassi di Somatizzazione, la bontà della Sensibilità sarà preservata. Questo modello non è statisticamente significativo, essendo $p=0.692$. Nel caso dei valori ottenuti al COPE_Avoidance, ossia quanto venga usata la strategia di evitamento, il valore stimato di *b* è positivo ($b = 0.03$), anche se molto piccolo rispetto al corrispondente errore standard stimato ($SE = 0.04$): questi valori indicano comunque un'incerta dipendenza della sensibilità da questo parametro, infatti il corrispondente p-value è troppo elevato ($p=0.506 \gg 0.05$) il che indica che questa dipendenza non è significativa (non lo sarebbe nemmeno ad un livello di significatività del 10% perché per questo parametro risulta $p=0.506 > 0.10$). È interessante anche notare che il corrispondente intervallo di confidenza (al 95%) per questo coefficiente risulta $[-0.05, 0.10]$ che contiene il valore zero quindi non si può escludere l'ipotesi nulla, dunque, da questi dati non si può affermare che ci sia una relazione significativa. Si osserva che in generale per il valore numerico della stima del coefficiente di regressione *b* non ha senso affermare se sia "grande" o "piccolo" perché il valore numerico dipende dall'unità di misura e dalla scala di misura della variabile dipendente e della variabile esplicativa. Parlare di valore "piccolo" ha senso solo se le variabili del modello sono state standardizzate o se ci si riferisce a coefficienti di regressione standardizzati: solo in questo caso ha senso fare confronti sui valori numerici dei coefficienti. Al contrario, ha senso confrontare il valore di *b* e considerarlo piccolo in funzione del corrispondente

errore standard SE , poiché entrambi sono nella stessa unità di misura. Quindi per valutare la significatività di ciascun coefficiente conviene sempre riferirsi al p-value del t-test ed al relativo intervallo di confidenza: se l'intervallo di confidenza (al 95%) per un determinato coefficiente risulta includere il valore zero, non si può escludere l'ipotesi nulla al livello di significatività del 5%; in questi casi non si può affermare che ci sia una relazione significativa.

CAPITOLO 5

Discussione

5.1 Riassunto degli scopi

Gli obiettivi dello studio contenuto in questa tesi possono essere riassunti come di seguito.

- (i) Si è voluta valutare, innanzitutto, la qualità delle interazioni madre-bambino durante una sessione di gioco libero, qui operazionalizzata come disponibilità emotiva, per esaminare la variabilità associata alla tendenza a somatizzare;
- (ii) si è valutato, inoltre, se l'applicazione di strategie di coping evitanti e le capacità di regolazione emotiva si differenzino in base alla tendenza a somatizzare, in modo significativo;
- (iii) si è voluto indagare infine il contributo di somatizzazione, disregolazione emotiva e stili di coping disadattivi come potenziali predittori dei comportamenti genitoriali materni durante le sessioni interattive. Per l'ultimo obiettivo, le qualità emotive del comportamento materno sono operazionalizzate nelle due scale Sensibilità e Non-Intrusività, scelte dalle Scale di disponibilità emotiva EAS.

5.2 Discussione dei risultati

- (i) In merito al primo obiettivo, i dati raccolti descrivono una concentrazione del livello di Sensibilità del campione tra i punteggi 4.5 e 6 della scala, a testimoniare come la maggior parte delle donne reclutate non riporti punteggi estremi. L'intento è stato correlare i punteggi di Sensibilità e tendenza alla Somatizzazione. Quanto emerge dalle correlazioni non è statisticamente significativo, quindi anche se una debole tendenza esiste, non si può ammettere che, in questo campione, ci sia una relazione tra Somatizzazione e Sensibilità materna. L'aspettativa era che madri somatizzanti, con difficoltà a regolare i propri affetti, riportassero livelli di sensibilità piuttosto scarsi. Questo è dovuto alla letteratura che indica che madri con sintomi somatici mostrano anche difficoltà a interagire con i figli in modo caloroso e sensibile (Lamela et al., 2017). Si ricordi la teoria di Dix (Dix, 1991), secondo cui la regolazione affettiva influenza le capacità del genitore di modulare e controllare le emozioni. Da questa regolazione sono infatti impattati la bontà di risposta ai segnali infantili, la tempestività di questa reazione, il calore e il supporto mostrati. La regolazione dell'emozione è fortemente connessa alla genitorialità sensibile ed è da considerarsi il cuore dell'attività genitoriale. Se l'adulto non è in grado di regolarsi adeguatamente, potrebbe fare fatica a rispondere allo stress del figlio in modo funzionale (Carreras et al., 2019). La debole tendenza notata nella relazione tra Somatizzazione

e Sensibilità può essere ricondotta a un potenziale legame tra somatizzazioni e comportamento di cura sensibile, che però non emerge dal campione non clinico di questo studio. Allorché madri con disregolazioni emotive notevoli faticano a rimanere calorose e responsive verso i figli, madri meno disregolate potrebbero essere maggiormente sensibili nelle interazioni diadiche.

Riguardo la Non-Intrusività, la correlazione preliminare che è stata condotta, suggerisce una debole relazione tra Non-Intrusività e Non-Ostilità, a partire dai punteggi ottenuti dalle partecipanti alle due sottoscale, e non emerge alcuna relazione significativa tra Non-Intrusività e Somatizzazione. Questa evidenza risulta contraria alle aspettative nei confronti di questa correlazione. La letteratura, infatti, suggerisce una relazione tra alessitimia e Non-Intrusività, a indicare che più la madre fatica a identificare le emozioni e nominarle, più sarà intrusiva verso il figlio (Ahrnberg et al.,2012). Ci si attendeva, dunque, nei confronti di questa correlazione di rilevare una relazione notevole tra Somatizzazione e Non-intrusività, essendo i tratti alessitimici associabili a sintomi somatici (Ballespí et al., 2019). Quanto emerso invece non è in linea con questa aspettativa. Tratti alessitimici, che comportano difficoltà a identificare e descrivere emozioni e stati interni, e altresì un pensiero molto concreto, possono avere impatto negativo sulla qualità della cura rivolta dalla madre verso il figlio (Ahrnberg et al.,2012). Ahrnberg e collaboratori individuano infatti un'associazione tra forti tratti alessitimici in madri, e debolezza della loro capacità di mentalizzare i figli (Ahrnberg et al.,2020). Per comprendere gli stati affettivi e gli indizi del bambino, la madre deve saperlo vedere come un individuo, con propri stati interni, bisogni e pensieri. La letteratura citata indica che i tratti alessitimici associati a somatizzazione potrebbero essere alla base di un caregiving insoddisfacente, di cui è manifestazione l'intrusività. Le madri reclutate entro il campione mostrano sintomi somatici, ma non tanto gravi da meritare rilevanza clinica; dunque, la valutazione della loro interazione con i figli non restituisce indizi di forte intrusività, che potrebbe testimoniare il caregiving insoddisfacente. La debole relazione tra Non-Intrusività e Non-Ostilità potrebbe forse meritare la riflessione per cui se i tratti alessitimici predicono maggiore ostilità materna, e maggiore intrusività (Ahrnberg et al.,2012), essendo le madri del campione non alessitimiche in modo clinico, i livelli di Non-Intrusività e Non-Ostilità potrebbero essere similmente buoni. Questa non vuole essere una spiegazione della correlazione tra le due variabili, ma una riflessione sul campione in causa: laddove ci sia alessitimia, cambia la qualità del caregiving, che può essere valutato in termini di Ostilità e Intrusività, che dunque può capitare varino insieme.

(ii) Un ulteriore interesse che ha motivato questo studio era cercare la possibile relazione tra la presenza di Somatizzazioni e i punteggi ottenuti dal campione nelle scale di valutazione delle Strategie di coping di Evitamento (COPE_Avoidance) e di Regolazione Emotiva (DERS_tot). Osservando i dati di COPE_Avoidance e DERS_tot, si noti che i punteggi ottenuti dal gruppo di partecipanti tendenti a somatizzare e dal gruppo di non tendenti a somatizzare, non differiscono in modo sostanziale, e non emergono, dalla correlazione preliminare, significatività nelle relazioni tra Somatizzazione e COPE_Avoidance, e tra Somatizzazione e DERS_tot. L'aspettativa nei confronti della relazione tra Somatizzazione e Coping di Evitamento, e tra Somatizzazione e Regolazione emotiva era di ottenere una certa significatività nella correlazione tra la presenza di somatizzazioni e l'utilizzo frequente di un coping evitante, e tra la presenza di somatizzazioni e scarse capacità di regolazione emotiva. Riprendendo Rutherford e collaboratori si può avanzare che "la autoregolazione dei genitori ha un obiettivo funzionale nel facilitare una risposta sensibile e comportamenti di cura, a prescindere dallo stato affettivo del figlio" (Rutherford et al., 2015). La regolazione delle emozioni da parte dei genitori ha effetti immediati sull'autoregolazione dei figli stessi: adulti che mostrano migliore regolazione emotiva sono più calorosi e meno ostili con i figli. Osservando i genitori che dispongono di strategie per gestire gli affetti, anche i figli apprenderanno a ovviare a problemi di regolazione e a sintomi internalizzanti o esternalizzanti. Ci sono evidenze di associazione tra consapevolezza emotionale e somatizzazione: difficoltà a nominare le emozioni e a riconoscere gli stati mentali altrui sono ricorrenti in disturbi psicosomatici, nel dolore cronico e nei disturbi da conversione (Ballespí et al., 2019). Quando le madri sanno mitigare gli affetti, sono in grado di provvedere alla sicurezza del figlio, di ingaggiarsi con lui in attività sociali e di giocare e comunicare con lui in maniera adeguata al suo sviluppo (Suchman et al, 2010). Madri con meno consapevolezza emotionale riportano invece scarsi interesse e curiosità verso gli stati mentali del bambino: madri inconsapevoli delle loro emozioni possono essere parimenti poco in contatto con quelle dei figli, ed esserne poco interessate (Schultheis et al., 2019). In merito alle strategie di evitamento, la maggior parte degli studi che valutano il modo con cui i genitori fronteggiano le situazioni di stress prendono in considerazione lo stile applicato da caregivers che si dedicano a figli con patologia organica da grave a infausta. In generale, emerge che i genitori cercano di rimanere ottimisti e sperano per l'efficacia delle cure: una strategia frequente è informarsi con dati medici aggiornati per saper gestire le emergenze (Azar & Solomon, 2001). La maggiore concentrazione degli studi, sul coping di genitori, attorno a caregivers di figli malati vale anche per campioni di genitori tendenti a somatizzare. Nel caso di questa popolazione però, evitamento, fuga e passività

correlano con la somatizzazione, e in presenza di sintomi somatici risulta scarso problem solving. Associati alla passività delle strategie utilizzate, ci sono ansia e rabbia-ostilità, a testimoniare che l'adattamento passivo alla situazione genera sentimenti più rabbiosi, rispetto a una presa di posizione attiva per gestire la situazione (Rao et al., 2004). Una possibile spiegazione ai risultati ottenuti dallo studio di questa tesi, è che le partecipanti reclutate, seppure riportino qualche episodio riconducibile a somatizzazione, non ne soffrono in modo sistematico, non rientrano nei criteri diagnostici e non costituiscono un campione clinico. Ne deriva che lo stile di coping e la regolazione emotiva che hanno sviluppato potrebbero essere più adattivi di quanto sarebbero, se le donne avessero diagnosi di Disturbo da somatizzazione persistente. Non essendo quindi somatizzanti in misura grave, i punteggi non si discostano molto dal campione di donne non somatizzanti.

(iii) Riguardo la possibile predittività da parte dei fattori di rischio Strategie di Coping e della Somatizzazione, sono state condotte le regressioni multivariate nel tentativo di dimostrare un effetto da parte di Somatizzazione, Coping di Evitamento e capacità di Regolazione emotiva, sul comportamento materno sensibile, caloroso, consistente e corretto nelle risposte verso il figlio. Il primo Modello riportato predice infatti la Sensibilità di madri dopo quattro mesi dal parto, a partire dalla loro tendenza a somatizzare, dai risultati ottenuti al COPE_Avoidance e al DERS_tot. Il modello non è risultato statisticamente significativo, anche se rimane una tendenza della sola Somatizzazione a predire lo stile sensibile. L'aspettativa era che la presenza di sintomi somatici, il coping e la regolazione emotiva fossero predittivi in modo significativo di comportamenti materni sensibili. Allorché, infatti, la somatizzazione è accompagnata da difficoltà di regolazione emotiva e di lettura e identificazione delle emozioni (Ballespí et al., 2019), ci si potrebbe attendere una relazione tra somatizzazione e sensibilità, nella direzione di una ridotta Sensibilità a carico dei fattori di rischio associati alla somatizzazione. Probabilmente, la tendenza alla significatività per l'effetto della Somatizzazione, emersa dalla regressione, non è sufficientemente forte da ammettere una significatività statistica poiché le donne reclutate entro questo campione non hanno sintomatologie che rientrino nei criteri diagnostici. Si può supporre che allorché si fossero condotte le analisi su donne con sintomi somatici clinicamente rilevanti, il funzionamento che connota le sindromi somatizzanti avrebbe forse potuto portare a risultati significativi. In un caso simile, la forte somatizzazione, il coping adottato e la regolazione emotiva sarebbero forse stati in grado di predire la sensibilità del comportamento materno.

Riguardo il Modello di predittività da parte di Somatizzazione, Strategie di coping e Regolazione emotiva, per la Non-intrusività, la letteratura riportata in questa tesi potrebbe indurre ad attendersi che laddove ci sia somatizzazione in una madre, ci sarebbe anche difficoltà a comprendere i propri stati interni e discernarli da quelli esterni (Ballespí et al., 2019). Le analisi restituiscono un valore non significativo di Non-Intrusività delle madri somatizzanti nell'interazione con i figli. La letteratura suggeriva però che madri non dotate di grandi capacità di leggere sé stessa, potrebbero ritrovarsi incapaci di comprendere anche il figlio (Subic-Wrana, 2010; Shai et al. 2023). Ne potrebbe derivare allora una fatica a sintonizzarsi con le sue intenzioni e volizioni, e si potrebbe osservare in corrispondenza una madre che interrompe le attività del figlio, si intromette, distoglie intenzionalmente l'attenzione del bambino da ciò che desidera portare avanti, confondendo i desideri del figlio con i propri. Si riprende, come anticipato, che madri somatizzanti sono inficcate dal tratto di personalità alessitimico (Nemiah & Sifneos, 1970), nei loro tentativi di contenere gli stati mentali del figlio, e quindi nelle capacità afferenti la funzione riflessiva (Subic-Wrana, 2010).

Genitori tendenti a somatizzare, che mostrano e agiscono maggiori difficoltà nella comprensione di sé (Ballespí et al., 2019), possono avere poco successo nel comprendere i vissuti altrui (Subic-Wrana, 2010). Nell'espletare la funzione genitoriale, allora, saranno forse più ricorrenti interpretazioni sbagliate ed errori che indurranno a rispondere al figlio in maniera non sintonizzata, o a intromettersi nella sua attività, nel nome di intenzioni proprie della madre che però confonde e attribuisce al bambino. Episodi di intrusività sono riconducibili proprio ad azioni di intromissione, interruzione, interferenza con le intenzioni dei figli. I dati raccolti ed esaminati per il presente studio sono valutazioni di interazioni tra madri e figli, campionate per la ricerca. Gli scambi osservati in queste occasioni erano circoscritti entro sessioni di gioco della diade. Alcuni esempi di interventi debolmente intrusivi possono essere ritrovati in queste attività, ove poteva accadere che una madre interrompesse un'azione iniziata dal bambino, non a fine educativo. Altri episodi possono essere la sostituzione dell'idea iniziale progettata dal figlio, con la proposta della madre, che quindi risultava più adulta e più vicina ai gusti di lei, anziché a quelli del bambino. Nel completare un puzzle era possibile vedere ad esempio una interruzione accompagnata da ordini quali "Non facciamo così, facciamo in questo altro modo", di nuovo senza fini educativi. La mancanza di significatività però dei risultati suggerisce che questo stile attribuibile al genitore clinicamente somatizzante, non è in realtà riscontrato nelle madri coinvolte nel campione del presente studio.

Effetti di intrusività, incomprendimento del figlio, che si potrebbero attendere da chi ha diagnosi di disturbo da somatizzazione, non ritornano in modo significativo nel caso di tendenze a somatizzare, non cliniche e dunque meno gravi. Da questa riflessione, l'aspettativa potrebbe essere un valore significativo di Non-Intrusività delle madri somatizzanti nell'interazione con i figli. Una possibile spiegazione di questa discrepanza tra aspettativa e realtà dei risultati sarebbe da individuarsi nel campione. Allorché infatti si potrebbe osservare che madri somatizzanti in modo clinicamente rilevante sono intrusive in modo sistematico, questo non è per forza vero per le madri incluse in questo campione, le quali riportano soltanto una tendenza a somatizzare, ma non sono un campione clinico e non è stata attribuita loro alcuna diagnosi di Disturbo da somatizzazione. Ne deriva che effetti di Somatizzazione su Non-Intrusività, che avrebbero forse rilevanza in un campione clinico, mostrano magnitudo molto più debole in un campione di donne non clinicamente rilevanti per sintomi somatici.

5.3 Rilevanza e applicazioni cliniche: perché è importante studiare gli effetti della somatizzazione materna sulla bontà di cura e sul benessere dei figli

Ammessa la consapevolezza che il campione di donne reclutate per questa indagine non riporta disagio di rilevanza clinica e non ha una diagnosi di disturbo da sintomi somatici, rimane importante riconoscere gli effetti di una tendenza a somatizzare, sulla bontà del ruolo di cura. La somatizzazione è infatti anticipata da, e porta a, una cascata di eventi, sul piano regolatorio, emotivo e di coping, ma anche su come questi stessi vengono agiti nell'interazione con i figli. Essere a conoscenza della portata ampia e dei significati che giacciono sotto ai sintomi somatici è quindi fondamentale per la presa in carico di situazioni che, se non supportate, portano a una trasmissione della patologia e del vissuto irrisolto, oltre a generazioni di individui che esprimono i vissuti interiori in maniera maladattiva. A partire dalla versione per genitori e figli della Diagnostic Interview for Children and Adolescents sono stati valutati i punteggi ottenuti per la diagnosi e la quantità di sintomi in certe categorie. Figli di genitori con disturbi da sintomi somatici mostrano più diagnosi psichiatriche e tentano maggiormente il suicidio rispetto a figli di genitori somatizzanti ma non in modo clinico, e figli di genitori controllo. Figli di genitori con una diagnosi da disturbo somatizzante mostrano un trend di maggiore ospedalizzazione nell'arco di vita, e risulta esperiscano maltrattamento in misura significativamente maggiore (Livingston, 1993). Lo stile di attaccamento insicuro è associato a costrutti intrecciati con la somatizzazione, tra cui l'alessitimia, che porta a difficoltà di mentalizzazione (Koelen et al., 2015). Quando bambini che hanno vissuto traumi in età precoce, entro un ambiente di cura impoverito, diventano genitori, contribuiscono al perpetrarsi dell'esposizione al trauma, che quindi subiscono i loro figli, nella forma di disregolazione emotiva e scarso controllo

degli impulsi. I figli possono quindi mostrare livelli di somatizzazione più alti rispetto a figli di genitori non traumatizzati o che non hanno difficoltà di attaccamento (Lyons-Ruth et al., 2006). È importante indagare la somatizzazione patologica, poiché l'espressione di stress dovuto a traumi in età evolutiva, nella forma di sintomi corporei, non permette all'individuo di integrare la memoria traumatica in una narrazione coerente. Ne deriva che i sintomi somatici diventano progressivamente più automatici e ripetitivi. Oltre a ciò, somatizzare impedisce di riconsolidare le tracce di queste memorie, che sottendono i sintomi, e quindi impedisce di renderle meno attivanti e dolorose (Luoni et al., 2018). Esisterebbe quindi una forma di trasmissione intergenerazionale di sintomi somatici, laddove si verifici stress post traumatico nelle madri, legato a violenza interpersonale. Da affermazioni self-report di madri somatizzanti si evincono problematiche di pensiero nei figli, come ruminazioni da blande a severe, ossessioni e pensieri che contribuiscono anche a difficoltà nel sonno (Glaus et al., 2022). Le implicazioni cliniche di queste evidenze rimandano a un bisogno di consapevolezza e cooperazione tra psichiatri, operatori sanitari e psicologi, che facilitino l'intercettazione e il trattamento di queste tendenze disfunzionali a tradurre i vissuti emotivi in sintomi somatici.

5.4 Riflessioni conclusive

È noto dalla letteratura che sindromi da sintomi somatici siano facilmente accompagnate da una più scarsa capacità di lettura e comprensione delle proprie emozioni, di cui è parte la capacità, o incapacità, di riconoscerle e darvi un nome (Gross & Muñoz, 1995). Questo tratto definito alessitimico, stabile nel tempo, che orienta la persona nelle interazioni, è accompagnato da una ridotta bontà della funzione riflessiva (Calaresi & Barberis, 2019). Quest'ultima è l'operazionalizzazione di quel processo mentale che sottende la capacità di mentalizzare (Katznelson, 2014). Mentalizzare significa comprendere e interpretare, implicitamente ed esplicitamente, i comportamenti propri e altrui, come espressioni di stati mentali quali sentimenti, pensieri, fantasie, credenze e desideri (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Il funzionamento affettivo in persone con tendenza a somatizzare è caratterizzato da un diverso grado di alessitimia, bassa mentalizzazione e riflessività e alta disregolazione emotiva. Rimane quindi uno stile cognitivo caratterizzato da orientamento preferenziale per stimoli esterni, orientato all'ambiente. Taylor e collaboratori (Bagby, Parker & Taylor, 1994) propongono che il soggetto con tratti alessitimici sia carente nella dimensione cognitivo-esperienziale e interpersonale degli affetti. Non saper identificare adeguatamente le sensazioni corporee come manifestazioni delle emozioni può portare a interpretare erroneamente l'attivazione emotiva come un sintomo di malattia. Fonagy (Fonagy & Target, 2002) presuppone che lo sviluppo della capacità di rappresentare mentalmente le emozioni, che si acquisisce a partire dalla

relazione bambino-caregiver, sia alla base della capacità di regolare l'attivazione emozionale, permettendo di comprendere gli stati mentali propri e altrui. Dennis e collaboratori (Dennis et al., 2019) hanno trovato una correlazione positiva statisticamente significativa tra ansia e sia intensità del dolore che interferenza del dolore, e tra sintomi depressivi e di nuovo interferenza e intensità del dolore. Allo stesso tempo maggiori sintomi di ansia e depressione erano ricondotti ad alta Adverse Childhood Experience ACE materna, più frequentemente nel loro campione di madri con dolore cronico, rispetto alla popolazione generale. Guardando al ruolo genitoriale, Glaus e collaboratori (Glaus et al., 2022) hanno individuato una relazione tra alessitimia materna, in particolare nella componente "capacità di identificare le emozioni", e somatizzazione materna. Essa risulta associata a un maggiore grado di alessitimia che rimane clinicamente significativa anche dopo aver corretto per età materna e SES. Riguardo la qualità dei comportamenti interattivi materni, se confrontate con madri sane o problematiche a livello organico, le madri somatizzanti mostrano una generale riduzione in responsività e divertimento reciproco. Sono anche meno espressive, emotivamente più piatte e meno coinvolte nel gioco, elogiano meno i figli rispetto alle altre, mentre non ci sono differenze durante attività di alimentazione (Craig et al., 2004). A partire da questo funzionamento, questa tesi ha esaminato come vada a strutturarsi l'interazione tra la madre somatizzante e il bambino: in particolare se i fattori di rischio legati alla somatizzazione, quindi regolazione emotiva e strategie di coping, predicano lo stile materno Sensibile e lo stile Non-Intrusivo di interazione con i figli. Sono state quindi campionate quarantadue neomamme tendenti a somatizzare, nel periodo del quarto mese post-parto. Nessuna di queste è in condizione di somatizzazione clinicamente rilevante, e da una classificazione dicotomica Presenza/Assenza di somatizzazioni, 1/3 risultano con somatizzazione e 2/3 senza. Sono stati raccolti dati tramite i questionari per le strategie di coping COPE e per la regolazione emotiva DERS, e sono state valutate sessioni di interazione tra madri e figli tramite le scale Emotional Availability Scale EAS. Sono quindi state condotte analisi di regressione multivariabile, per verificare la significatività degli effetti delle variabili Somatizzazione, Coping di Evitamento, da COPE_Avoidance, e Regolazione Emotiva, da DERS_tot, sulle variabili Sensibilità e Non-Intrusività, da EAS. La Somatizzazione come predittiva di Sensibilità è risultata non statisticamente significativa, ma con una tendenza promettente, che suggerisce di ripetere le analisi senza le altre variabili esplicative, eventualmente fuorvianti. A riguardo della Non-Intrusività, la non significatività statistica emersa è probabilmente dovuta alla condizione non clinica delle madri, che solamente tendono a somatizzare, e non hanno diagnosi.

5.5 Limitazioni dello studio

La ricerca riportata in questa tesi soffre di qualche limitazione. È innanzitutto da sottolineare la circoscrizione geografica delle donne reclutate nel campione: nel capitolo secondo si può leggere come lo stesso stile genitoriale si esprima diversamente, a livello comportamentale, attraverso le culture, e l'applicazione delle stesse scale per valutare interazioni tra diadi genitore-figlio con retaggi diversi, avrebbe forse restituito risultati più eterogenei. Per questo motivo potrebbe non essere affidabile generalizzare le conclusioni che sono state tratte a partire dai risultati ottenuti. Una seconda criticità potrebbe essere che le madri campionate non hanno diagnosi clinica di Disturbo da somatizzazione persistente: questo non va a rendere meno validi e interessanti le analisi e i risultati, ma ha probabilmente limitato la consistenza di effetti che, se le partecipanti fossero rientrate nella popolazione clinica, avrebbero potuto essere più rimarchevoli.

5.6 Raccomandazioni per studi futuri

La letteratura riguardante gli effetti della Somatizzazione e del funzionamento associato, sull'interazione tra genitore e bambino, è ancora molto scarsa. Pur non avendo raggiunto significatività statistica, questo studio ha restituito risultati incoraggianti sull'argomento in questione. Dalle riflessioni spiegate nella discussione dei risultati, al punto 5.2, sostengo che i dati ottenuti siano un buon punto di partenza, che invita a replicare l'indagine correggendo i limiti che probabilmente hanno impedito la significatività statistica. Se infatti si replicasse l'analisi per la Sensibilità eliminando progressivamente il rumore prodotto da variabili coinvolte ma forse irrilevanti, sarebbe possibile scoprire un reale effetto della Somatizzazione su quanto una madre che la esperisce possa adottare uno stile sensibile verso il figlio. Guardando ai dati sugli effetti della Non-Intrusività, una possibilità sarebbe di replicare lo studio in futuro, assicurandosi un campione di madri al quarto mese post-parto, con somatizzazione clinicamente rilevante e possibilmente una diagnosi di Disturbo da somatizzazione. Essendo in tal caso i connotati del disagio psichico più permeanti e rientrando nei criteri diagnostici, è probabile che la magnitudo dell'effetto, che dalle analisi di questa tesi risulta statisticamente non significativo, risulterà invece maggiore al punto da raggiungere la significatività, quando replicata l'analisi di regressione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

* = opere non direttamente consultate

Adelere, A., Jepchumba, E., & Kunwar, U. (2021). Emotional changes after childbirth.

Ahrnberg, H., Korja, R., Scheinin, N. M., Nolvi, S., Kataja, E. L., Kajanoja, J., ... & Karukivi, M. (2021). Maternal alexithymic traits are related to lower maternal sensitivity and higher hostility in maternal caregiving behavior—the finnbrain birth cohort study. *Frontiers in Psychology*, 12, 704036.

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. *

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from dsm-iv to dsm-5: Somatic symptom and related disorders. *Focus*, 11(4), 525-527.

Anderson, B.J., & Auslander, W.F. (1980). Research on diabetes management and the family: A review. *Diabetes Care*, 3, 697-702 *

Annemiek van, D., Julian D, F., Onno van der, H., Maarten JM, V. S., Peter GM, V. D. H., & Martina, B. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 5628.

Austin, M. A., Riniolo, T. C., & Porges, S. W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and cognition*, 65(1), 69-76.

Azar, R., & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(6), 418-428.

Bailes, L. G., Lickenbrock, D. M., Swift, A. R., & Rios, L. J. (2024). Parental sensitivity and intrusiveness with mothers and fathers: Associations between parental behavioral activation/inhibition and infant temperament. *Infancy*, 29(4), 571–589.

- Ballespí, S., Vives, J., Alonso, N., Sharp, C., Ramírez, M. S., Fonagy, P., & Barrantes-Vidal, N. (2019). To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. *PLoS One*, *14*(5), Article e0215308.
- Barbarin, O.A., Hughes, D., & Chesler, M.A. (1985). Stress, coping, and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family*, *47*, 473-480 *
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*, *16*(4), 266-275.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 349-364.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental review*, *34*(2), 114-167. *
- Biringen, Z., Robinson, J., & Emde, R. (2008). The emotional availability (EA) scales. *Unpublished manual*, 31998. *
- Bosse, T., Pontier, M., & Treur, J. (2010). A computational model based on Gross' emotion regulation theory. *Cognitive systems research*, *11*(3), 211-230.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child development*, *72*(1), 252-270.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child abuse & neglect*, *12*(1), 51-59.*
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S., ... & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic Seizures. *Epilepsy & behavior*, *29*(1), 178-183.
- Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns, J. W., & Diedrich, L. (2007). Trait anger expressiveness and pain-induced beta-endorphin release: support for the opioid dysfunction hypothesis. *Pain*, *130*(3), 208-215*
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, *17*(2), 151-172. *

- Burns, J. W., Gerhart, J. I., Bruehl, S., Peterson, K. M., Smith, D. A., Porter, L. S., ... & Keefe, F. J. (2015). Anger arousal and behavioral anger regulation in everyday life among patients with chronic low back pain: Relationships to patient pain and function. *Health Psychology, 34*(5), 547.*
- Burns, J. W., Quartana, P., and Bruehl, S. (2011). Anger suppression and subsequent pain behaviors among chronic low back pain patients: moderating effects of anger regulation style. *Ann. Behav. Med. 42*, 42–54.*
- Carreras, J., Carter, A. S., Heberle, A., Forbes, D., & Gray, S. A. (2019). Emotion regulation and parent distress: Getting at the heart of sensitive parenting among parents of preschool children experiencing high sociodemographic risk. *Journal of child and family studies, 28*, 2953-2962.
- Castañeda López, E., Peñacoba Puente, C., & Benito Moreno, S. (2018). Is there any relation between alexithymia in parents and children?: effects on children's quality of life. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag. 2018;16*(1):103–27.
- Castelli, L., De Santis, F., De Giorgi, I., Deregibus, A., Tesio, V., Leombruni, P., ... & Torta, R. (2013). Alexithymia, anger and psychological distress in patients with myofascial pain: a case-control study. *Frontiers in psychology, 4*, 490.*
- Clarke, K., Cooper, P., & Creswell, C. (2013). The Parental Overprotection Scale: Associations with child and parental anxiety. *Journal of affective disorders, 151*(2), 618-624. *Clin. Psychol. 69*, 786-795. *
- 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*.*
- Cooke, J. E., Deneault, A. A., Devereux, C., Eirich, R., Fearon, R. P., & Madigan, S. (2022). Parental sensitivity and child behavioral problems: A meta-analytic review. *Child Development, 93*(5), 1231-1248.
- Cooper-Vince, C. E., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2014). Maternal intrusiveness, family financial means, and anxiety across childhood in a large multiphase sample of community youth. *Journal of abnormal child psychology, 42*, 429-438.

- 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.*
- 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.
- Cuomo, A., & Fagiolini, A. (2019). Disturbo depressivo maggiore e sintomi somatici.
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(6), 470-476.
- Dekkers, G. W., Broeren, M. A., Truijens, S. E., Kop, W. J., & Pop, V. J. (2020). Hormonal and psychological factors in nausea and vomiting during pregnancy. *Psychological medicine*, *50*(2), 229-236.
- Derbyshire, S. W. (1997). Sources of variation in assessing male and female responses to pain. *New Ideas in Psychology*, *15*(1), 83-95.
- De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development*, *68*(4), 571-591.*
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin*, *110*(1), 3. *
- Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry & Human Development*, *42*, 270-290.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, *9*, 241-273. doi:10.1207/ s15327965pli0904_1 *
- Ellis, A. (2013). *Che ansia!: Come controllarla prima che lei controlli te*. Edizioni Centro Studi Erickson.

- Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., Deković, M., & Van Den Boomen, C. (2019). Short-term test–retest reliability and continuity of emotional availability in parent–child dyads. *International Journal of Behavioral Development*, 43(3), 271-277.
- Erkic, M., Bailer, J., Fenske, S. C., Schmidt, S. N., Trojan, J., Schröder, A., ... & Mier, D. (2018). Impaired emotion processing and a reduction in trust in patients with somatic symptom disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 163-172.
- Fava, G., Rafanelli, C., & Savron, G. (1998). L'ansia. *Caledoscopio Italiano*, 121, 3-79.
- Fearon, I., McGrath, J. P., & Achat, H. (1996). 'Booboos': the study of everyday pain among young children. *Pain*, 68(1), 55-62.
- Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 13-30. *
- Fillingim, R. B., & Maixner, W. (1995, December). Gender differences in the responses to noxious stimuli. In *Pain forum* (Vol. 4, No. 4, pp. 209-221). Churchill Livingstone.
- Fillingim, R. B., Maixner, W., Girdler, S. S., Light, K. C., Harris, M. B., Sheps, D. S., & Mason, G. A. (1997). Ischemic but not thermal pain sensitivity varies across the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 59(5), 512-520.*
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988a). Manual of ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. *
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988b). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 309-317 *
- Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., Ironson, G., Johnson, D., & Coates, T.J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The social context of coping* (pp. 239-260). New York: Plenum Press *
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003 *
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge.*

- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 8(1), 87-114.*
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394.*
- Gallegos, M. I., Murphy, S. E., Benner, A. D., Jacobvitz, D. B., & Hazen, N. L. (2017). Marital, parental, and whole-family predictors of toddlers' emotion regulation: The role of parental emotional withdrawal. *Journal of Family Psychology*, 31(3), 294.
- Geenen, R., van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M. A., Bijlsma, J. W., & van Middendorp, H. (2012). The match–mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 45-50.*
- Glaus, J., Moser, D. A., Rusconi Serpa, S., Jouabli, S., Turri, F., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2022). Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Frontiers in psychiatry*, 13, 820652.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Archives of general psychiatry*, 66(2), 170-180.*
- Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 361-365.*
- Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child abuse & neglect*, 21(4), 391-398.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151.*
- Gudmundson, J. A., & Leerkes, E. M. (2012). Links between mothers' coping styles, toddler reactivity, and sensitivity to toddler's negative emotions. *Infant Behavior and Development*, 35(1), 158-166.
- Hadjistavropoulos, H. D., and Craig, K. D. (1994). Acute and chronic low back pain: cognitive, affective, and behavioral dimensions. *J. Consult. Clin. Psychol.* 62, 341–349. *

- Hall, N. M., Kuzminskyte, R., Pedersen, A. D., Ørnbøl, E., & Fink, P. (2011). The relationship between cognitive functions, somatization and behavioural coping in patients with multiple functional somatic symptoms. *Nordic journal of psychiatry*, *65*(3), 216-224.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, *369*(9565), 946-955.*
- Hollenstein, T., & Lanteigne, D. (2014). Models and methods of emotional concordance. *Biological psychology*, *98*, 1-5.*
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, *24*(2), 281-298.*
- Kabiyea, F., & Manor-Binyamini, I. (2019). The relationship between stress and stigma, somatization and parental self-efficacy among fathers of adolescents with developmental disabilities in the Bedouin community in Israel. *Research in developmental disabilities*, *90*, 31-40.
- Kaitz, M., & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, *26*(6), 570–597 *
- Kim, M. S., & Duda, J. L. (2003). The coping process: Cognitive appraisals of stress, coping strategies, and coping effectiveness. *The sport psychologist*, *17*(4), 406-425.
- Kim, P., Grande, L. A., Dufford, A. J., Erhart, A., Tribble, R., & Yeh, T. (2022). Trait coping styles and the maternal neural and behavioral sensitivity to an infant. *Scientific reports*, *12*(1), 14373.
- Klampfl, S. M., & Bosch, O. J. (2019). Mom doesn't care: When increased brain CRF system activity leads to maternal neglect in rodents. *Frontiers in neuroendocrinology*, *53*, 100735.*
- Koelen, J. A., Eurelings-Bontekoe, E. H., Stuke, F., & Luyten, P. (2015). Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *49*(4), 264-278.*
- Komaki, G. (2013). Alexithymia and somatic symptoms. In *Somatization and psychosomatic symptoms* (pp. 41-49). New York, NY: Springer New York.
- Koole, S. L., Van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotion. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*, *2*, 22-40.
- Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community (1993). *Arch Intern Med*.*153*:2474-80 *

- Kroenke, K., & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *The American journal of medicine*, 86(3), 262-266.
- Lamela, D., Jongenelen, I., Morais, A., & Figueiredo, B. (2017). Cognitive-affective depression and somatic symptoms clusters are differentially associated with maternal parenting and coparenting. *Journal of Affective Disorders*, 219, 37-48.
- Leerkes, E. M., Crockenberg, S. C., & Burrous, C. E. (2004). Identifying components of maternal sensitivity to infant distress: The role of maternal emotional competencies. *Parenting: Science and Practice*, 4(1), 1-23. *
- Léniz-Maturana, L., Vilaseca, R., & Leiva, D. (2023). Non-intrusive maternal style as a mediator between playfulness and Children's development for low-income Chilean adolescent mothers. *Children*, 10(4), 609.
- Lewis, M. D. (2005). Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling. *Behavioral and brain sciences*, 28(2), 169-194.
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., ... & Boer, F. (2006). Childrearing style of anxiety-disordered parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 89-102.
- Lingiardi V., McWilliams N. (a cura) (2018). PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico, Cortina, Milano
- Livingston, R. (1993). Children of people with somatization disorder. *Journal Of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 536-544.*
- Lorber, M. F., Del Vecchio, T., Feder, M. A., & Smith Slep, A. M. (2017). A psychometric evaluation of the revised parental emotion regulation inventory. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 452-463
- Luoni, C., Agosti, M., Crugnola, S., Rossi, G., & Termine, C. (2018). Psychopathology, dissociation and somatic symptoms in adolescents who were exposed to traumatic experiences. *Frontiers in psychology*, 9, 2390.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences?. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 63-86.*

- MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2006). *The emergency patient. The psychiatric interview in clinical practice*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- MacKinnon, Roger A.; Michels, Robert (1971). *The psychiatric interview in clinical practice*. 1st ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, 70(6), 716-722.
- Mazaheri M, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Afshar H. (2013). The relationship of emotional dysregulation, personality traits (psychological hardiness, interpersonal forgiveness), and pain among patients with functional gastrointestinal disorders. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences.
- Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(4).*
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama*, 277(17), 1362-1368.
- McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. M. (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent–child relationship in an Australian high-risk sample. *Journal of abnormal child psychology*, 29, 1-10.
- Mesman, J., Van IJzendoorn, M., Behrens, K., Carbonell, O. A., Cárcamo, R., Cohen-Paraira, I., ... & Zreik, G. (2016). Is the ideal mother a sensitive mother? Beliefs about early childhood parenting in mothers across the globe. *International Journal of Behavioral Development*, 40(5), 385-397.
- Möller, E. L., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2015). Parental anxiety, parenting behavior, and infant anxiety: Differential associations for fathers and mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 2626-2637.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Morris, M. D., Steinberg, L., Aucoin, K. J., & Keyes, A. W. (2011). The influence of mother–child emotion regulation strategies on children's expression of anger and sadness. *Developmental psychology*, 47(1), 213.

- Murray, L., Pella, J. E., De Pascalis, L., Arteche, A., Pass, L., Percy, R., ... & Cooper, P. J. (2014). Socially anxious mothers' narratives to their children and their relation to child representations and adjustment. *Development and Psychopathology*, *26*(4pt2), 1531-1546.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, *18*(1-6), 154-160.*
- Niven, K. (2017). The four key characteristics of interpersonal emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *17*, 89-93.
- Ojo, K. D., Snead, R., Burrell, L., Crowne, S. S., O'Neill, K. M., & Duggan, A. K. (2021). Sensitive and harsh parenting of infants: associations with maternal depression, generalized anxiety, and empathic concern. *Journal of Child and Family Studies*, *30*, 2925-2937.
- Okur Güney, Z., Sattel, H., Cardone, D., & Merla, A. (2015). Assessing embodied interpersonal emotion regulation in somatic symptom disorders: a case study. *Frontiers in Psychology*, *6*, 102902.
- Out, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2009). The role of disconnected and extremely insensitive parenting in the development of disorganized attachment: Validation of a new measure. *Attachment & Human Development*, *11*(5), 419-443.
- Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist*, *22*(3), 336-343.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, *214*, 55-70.
- Pfleeger, M., Straneva, P. A., Fillingim, R. B., Maixner, W., & Girdler, S. S. (1997). Menstrual cycle, blood pressure and ischemic pain sensitivity in women: a preliminary investigation. *International Journal of Psychophysiology*, *27*(2), 161-166.*
- PIEMONTE, R. I DISTURBI D'ANSIA.
- Pollatos, O., Dietel, A., Herbert, B. M., Wankner, S., Wachsmuth, C., Henningsen, P., et al. (2011a). Blunted autonomic reactivity and increased pain tolerance in somatoform patients. *Pain* *152*, 2157-2164. *

- Pollatos, O., Herbert, B. M., Wankner, S., Dietel, A., Wachsmuth, C., Henningsen, P., et al. (2011b). Autonomic imbalance is associated with reduced facial recognition in somatoform disorders. *J. Psychosom. Res.* 71, 232–239. 10.1016/j.jpsychores.2011.03.012*
- Porcelli, P. DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC RESEARCH (DCPR) ED ESITO TERAPEUTICO NEI DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI
- Prasomsuk, S., Jetsrisuparp, A., Ratanasiri, T., & Ratanasiri, A. (2007). Lived experiences of mothers caring for children with thalassemia major in Thailand. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(1), 13-23. *
- Rao, P., Pradhan, P. V., & Shah, H. (2004). Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 71, 695-699.
- Richter, N., Bondü, R., & Trommsdorff, G. (2022). Linking transition to motherhood to parenting, children's emotion regulation, and life satisfaction: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 36(2), 291.
- Riley III, J. L., Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fillingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74(2-3), 181-187.*
- Roth, G., & Assor, A. (2012). The costs of parental pressure to express emotions: Conditional regard and autonomy support as predictors of emotion regulation and intimacy. *Journal of adolescence*, 35(4), 799-808.
- Roth, G., Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2019). Integrative emotion regulation: Process and development from a self-determination theory perspective. *Development and psychopathology*, 31(3), 945-956.
- Russell, B. S., Adamsons, K., Hutchison, M., & Francis, J. (2022). Parents' Well-Being and Emotion Regulation During Infancy: The Mediating Effects of Coping. *The Family Journal*, 30(1), 4-13.
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14.*
- Saldanha, S. J. (2015). Stress and coping among parents of children having thalassemia. *Int J Sci Res*, 4, 849-53.

- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Sari, I. N. (2023). The Role of Hormonal Regulation and Brain Neurotransmitters in Baby Blues Syndrome: A Systematic Literature Review. *Sriwijaya Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(2), 24-29.
- Saunders, H., Kraus, A., Barone, L., & Biringen, Z. (2015). Emotional availability: theory, research, and intervention. *Frontiers in psychology*, 6, 155245.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 23, 441-448.
- Schultheis, A. M., Mayes, L. C., & Rutherford, H. J. (2019). Associations between emotion regulation and parental reflective functioning. *Journal of child and family studies*, 28, 1094-1104.
- Shai, D., Szepsenwol, O., & Lassri, D. (2023). The emotional pathway to parenthood: Parental mentalizing mediates the association between alexithymia and parental emotion regulation in the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100622.
- Simonelli, A. (2018). Maltrattamento emotivo e sintomi somatici in età giovanile adulta. Il ruolo di mediazione dello stile di attaccamento romantico in una popolazione femminile Maria Elena Brianda, Chiara Sacchi, Pietro De Carli. *
- Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*, 6(4), 397-409.
- 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.*
- Smith, G. R., Monson, R. A., & Livingston, R. L. (1985). Somatization disorder in men. *General hospital psychiatry*, 7(1), 4-8.*
- Subic-Wrana, C. (2010). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. In *Emotion regulation and well-being* (pp. 245-260). New York, NY: Springer New York.

- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & human development, 12*(6), 567-585. *
- Swartz, M. (1991). Somatization disorder. *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study, 220-257.*
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *Am J Psychiatry, 143*(11), 1403-1408.*
- Tambelli, R., Ballarotto, G., Trumello, C., & Babore, A. (2022). Transition to motherhood: A Study on the Association between somatic symptoms during pregnancy and post-partum anxiety and depression symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12861.
- Tarantino, S., Papetti, L., De Ranieri, C., Boldrini, F., Rocco, A. M., D'Ambrosio, M., ... & Valeriani, M. (2018). Maternal alexithymia and attachment style: Which relationship with Their children's headache Features and Psychological Profile?. *Frontiers in Neurology, 8*, 751.
- Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., & Fukui, K. (2013). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment, 55-62.*
- Uliaszek, A. A., Prensky, E., & Baslet, G. (2012). Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 23*(3), 364-369.*
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain, 65*(2), 123-167.*
- Van der Feltz, C. M., & van den Houdenhove, B. (2014). DSM-5: from 'somatoform disorders' to 'somatic symptom and related disorders'. *Tijdschrift voor psychiatrie, 56*(3), 182-186.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain, 14*(2), 176-182.*
- Van Wijk, C. M. G., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social science & medicine, 45*(2), 231-246.

Vujanovic, A. A., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2008). The interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in predicting anxiety-related cognitive and affective symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 803-817.*

W.H.O. (World Health Organization) (1993World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)

Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International review of psychiatry*, 18(1), 13-24.*

Wingenfeld, K., Riedesel, K., Petrovic, Z., Philippsen, C., Meyer, B., Rose, M., ... & Spitzer, C. (2011). Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), 53-58.

Wong, W. S., & Fielding, R. (2013). Suppression of emotion expression mediates the effects of negative affect on pain catastrophizing: A cross-sectional analysis. *The Clinical journal of pain*, 29(10), 865-872.

Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 301-316.

Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., and Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: applications of a dynamic model of affect. *J. Consult. Clin. Psychol.* 69, 786–795. *

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 63-82.

Zizzi, F., Italiano, D., Tammaro, P., & Mazzoleni, F. (2016). La gestione dei disturbi da sintomi somatici: una sfida complessa per il medico di medicina generale. *Società italiana di medicina generale*, 6, 35-39.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio di cuore la professoressa Paola Rigo per l'assegnazione di questo argomento di studio così vicino ai miei interessi professionali, e per l'accompagnamento nel percorso di stesura di questa tesi.

Ringrazio anche la dottoressa Bianca Filippi per la disponibilità dimostrata nei mesi.