



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia clinico-dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Associazioni tra sintomi ansiosi, sintomi depressivi e funzionamento psicologico in un gruppo di adolescenti non clinici e rispettivi genitori

**Interplay between anxious symptoms, depressive symptoms and
psychological functioning in a sample of non-referred adolescents and their
parents**

Relatrice

Prof.ssa. Daniela Di Riso

Correlatrice

Prof.ssa Marta Tremolada

Dott.ssa Silvia Spaggiari

Laureando: DEVIS FASAN

Matricola: 2057783

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO 1 - ADOLESCENZA E REGOLAZIONE EMOTIVA	9
1.1. Aspetti evolutivi ed eventi critici.....	9
1.1.1. Cambiamenti fisici e sessuali	9
1.1.2. Cambiamenti cognitivi e sviluppo del pensiero	10
1.1.3. Cambiamenti identitari ed emotivi	13
1.1.4. Emancipazione emotiva dalla famiglia ed autonomia	16
1.2. Sintomi di ansia in adolescenza.....	20
1.2.1. Ruolo, manifestazioni dei sintomi ansiosi e influenza sul funzionamento dell'adolescente.....	20
1.2.2. Fattori di rischio e protezione	25
1.3. Sintomi di ansia da separazione in adolescenza	28
1.3.1. Legame di attaccamento e ansia da separazione	28
1.3.2. Ruolo dei sintomi di ansia da separazione	29
1.3.3. Differenze di genere	32
1.3.4. Impatto sullo sviluppo dell'identità	34
1.3.5. Modificazioni neurobiologiche	35
1.4. L'attivazione emotiva nei genitori di adolescenti	37
1.4.1. Stili genitoriali e regolazione emotiva genitoriale e dell'adolescente ...	37
1.4.2. Ruolo e funzioni dei sintomi ansiosi genitoriali	40
1.4.3. Sintomi di ansia di separazione dei genitori	41
1.4.4. Sintomi depressivi genitoriali	44

CAPITOLO 2 - LE RICERCHE IN LETTERATURA	47
2.1 Studi sull'autonomia emotiva dell'adolescente	47
2.2 Studi su ruolo, manifestazioni ed impatto identitario dei sintomi d'ansia in adolescenza	48
2.3 Studi sull'ansia da separazione in adolescenza ed attaccamento.....	49
2.4 Studi sulla regolazione emotiva dei genitori di adolescenti.....	52
CAPITOLO 3 - RICERCA.....	55
3.1 Obiettivi ed ipotesi.....	55
3.2 Metodologia	55
3.2.1 Campione	55
3.2.2 Procedura.....	59
3.2.3 Strumenti	60
CAPITOLO 4 - RISULTATI.....	63
Analisi statistiche.....	63
4.1 Prima ipotesi.....	65
4.2 Seconda ipotesi	70
CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE.....	73
5.1 Limiti, sviluppi futuri e implicazioni cliniche.....	80
CAPITOLO 6 - CONCLUSIONI	83

ABSTRACT

Obiettivi: questo studio ha l'obiettivo di esplorare la possibilità di costruire un modello che riassume le variabili di adattamento psicologico dell'adolescente, sintomi ansiosi e depressivi genitoriali. Inoltre, si vuole esplorare i possibili profili che emergono dal modello, oltre all'associazione fra variabili sociodemografiche e sintomi internalizzanti, sia nei genitori che nei ragazzi; in questi ultimi, inoltre, viene indagata la sintomatologia ansiosa.

Metodo: lo studio ha visto la partecipazione di 460 adolescenti e relativi genitori. Gli adolescenti hanno un'età compresa fra i 13 e i 18 anni ($M= 15.326$; $DS= 1.559$). Ai ragazzi sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998, 2002), *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS – 27; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009), *Strengths and Difficulties Scale* (SDQ; Goodman, 1997).

I genitori, invece, hanno compilato i seguenti questionari: *Adult Separation Anxiety* (ASA; Manicavasagar et al., 1997, 2003), *Parental Separation Anxiety Scale* (PSAS; Dashiff et al., 2008; Morrison et al., 2012), *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ - 9; Spitzer et al., 1999), *General Anxiety Disorder – 7* (GAD – 7; Spitzer et al., 2006), *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS – 12; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009).

Risultati: dalla cluster analysis emerge la presenza di 4 gruppi, con sofferenza psicologica appartenente ad almeno un soggetto nella famiglia. È emerso la presenza di un gruppo con sofferenza nell'adolescente, un secondo gruppo dove la sofferenza è nei padri ma non nella madre e nei figli adolescenti, un terzo gruppo dove la sofferenza è sia nella madre che nei figli; infine, vi è un quarto gruppo caratterizzato da un profilo sano di funzionamento. Inoltre, il genere è l'unica variabile sociodemografica ad essere statisticamente significativa. Infine, nel valutare i sintomi ansiosi degli adolescenti emerge che tutte le scale dello strumento sono statisticamente significative.

Conclusioni: la ricerca ha permesso di confermare la presenza di 4 cluster nella popolazione di riferimento; i risultati ci hanno permesso di confermare l'ampia letteratura sull'associazione sintomatologica fra madre e relativi figli e la presenza nel genere femminile. Si è potuto esplorare il ruolo dei sintomi ansiosi nel campione adolescenziale, trovando come la sintomatologia ansiosa si manifesti in diverse modalità negli adolescenti.

Goals: This study aims to explore the possibility of constructing a model that summarizes the psychological adaptation variables of adolescents, parental anxious and depressive symptoms. Furthermore, it seeks to investigate the potential profiles emerging from the model, as well as the association between sociodemographic variables and internalizing symptoms in both parents and adolescents. Additionally, in the case of adolescents, anxious symptomatology is examined.

Method: The study involved the participation of 460 adolescents and their respective parents. The adolescents were between the ages of 13 and 18 (M= 15.326; SD= 1.559). The following instruments were administered to the adolescents: *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998, 2002), *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS – 27; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009), *Strengths and Difficulties Scale* (SDQ; Goodman, 1997). On the other hand, parents completed the following questionnaires: *Adult Separation Anxiety* (ASA; Manicavasagar et al., 1997, 2003), *Parental Separation Anxiety Scale* (PSAS; Dashiff et al., 2008; Morrison et al., 2012), *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ - 9; Spitzer et al., 1999), *General Anxiety Disorder – 7* (GAD – 7; Spitzer et al., 2006), *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS – 12; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009).

Results: from the cluster analysis, four groups emerged, each with psychological suffering present in at least one family member. The groups identified are as follows: a group with psychological suffering in the adolescent, a second group where suffering is present in fathers but not in mothers or adolescent children, a third group where suffering is present in both mothers and adolescent children. Finally, a fourth group characterized by a healthy functioning profile. Moreover, gender is the only sociodemographic variable that is statistically significant. Lastly, when assessing the anxious symptoms in adolescents, all scales of the instrument were found to be statistically significant.

Conclusions: The research has confirmed the presence of four clusters within the reference population. The results have allowed us to affirm the extensive literature on the association of symptoms between mothers and their respective children, as well as the presence in the female gender. It was possible to explore the role of anxious symptoms in the adolescent sample, finding that anxious symptomatology manifests in various ways among adolescents.

INTRODUZIONE

L'adolescenza, dal latino *adolescens*, è la fase evolutiva della vita di un ragazzo che prevede numerosi cambiamenti: biologici, fisici, psicologici, oltre che nel rapporto con i pari e con i genitori. A livello temporale, l'inizio coincide con la pubertà mentre la fine viene spesso fatta coincidere con il passaggio alla vita adulta, caratterizzata soprattutto dall' autonomia economica. Questa fase evolutiva spesso viene narrata come una fase caratterizzata da eventi negativi di cambiamento e di scelte di vita. Si aggiunge anche l'esplosione, nella maggior parte dei casi, della ricerca di relazioni esterne alla famiglia, un campo dove si può mettere in pratica la capacità relazionale acquisita nella famiglia stessa (P. Albiero, 2022).

Il presente lavoro si pone l'obiettivo principale di analizzare le associazioni che sussistono fra i sintomi ansiosi e depressivi in un gruppo di adolescenti e l'attivazione e regolazione emotiva dei rispettivi genitori, considerando l'influenza sintomatologica dei genitori nei confronti dei rispettivi figli (Waters et al., 2012; Tyrell et al., 2019).

Nello specifico verrà analizzato il benessere emotivo e comportamentale dell'adolescente attraverso lo strumento SDQ. Saranno valutati i sintomi ansiosi e depressivi dei genitori mediante, rispettivamente, dello strumento self-report GAD e PHQ.

Il lavoro di ricerca che segue è introdotto, nel *Capitolo 1*, da un riepilogo della letteratura in merito ai principali cambiamenti in diversi ambiti degli adolescenti; a questo si accosta anche una ricerca approfondita sui sintomi depressivi ed ansiosi negli adolescenti, focalizzandoci anche sui sintomi di ansia da separazione. Nell'ultimo paragrafo, invece, si approfondiscono le sintomatologie appena descritte, ponendo particolare attenzione ai genitori degli adolescenti.

Il *Capitolo 2*, di contro, si focalizza brevemente sulle principali ricerche inserite in letteratura sui costrutti descritti precedentemente, descrivendole dal punto di vista metodologico e statistico.

I *Capitoli 3, 4 e 5* si concentrano sulla ricerca descritta sopra, descrivendo prima la parte più teorica che riguarda gli obiettivi, le ipotesi e il metodo, per passare ai risultati ed alla conclusione.

CAPITOLO 1 - ADOLESCENZA E REGOLAZIONE EMOTIVA

In questo primo capitolo si prenderanno in considerazione i principali cambiamenti che caratterizzano l'età adolescenziale, sia a livello fisico che a livello psicologico, oltre che ad analizzare l'aspetto dell'autonomia emotiva e personale dalla famiglia. Nello specifico verranno poi presi in analisi i sintomi di ansia durante questa fase evolutiva, studiando il loro ruolo, come influenzano l'adolescente e cosa può favorirli. Un ulteriore approfondimento verrà posto alla sintomatologia di ansia da separazione in adolescenza, prendendo in considerazione anche il ruolo dell'attaccamento e l'impatto nell'identità dei ragazzi in questa fase. Infine, verrà posta enfasi sull'attivazione emotiva dei genitori degli adolescenti, in particolare sul ruolo e sulle funzioni e gli effetti che l'attivazione può avere nel rapporto con i figli.

1.1. Aspetti evolutivi ed eventi critici

1.1.1. Cambiamenti fisici e sessuali

Dopo l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi ha inizio la fase della pubertà, che precede quella dell'adolescenza vera e propria. È importante distinguere queste due fasi, in quanto, l'adolescenza comprende al suo interno la pubertà, che coincide con l'inizio della maturazione e dei primi cambiamenti. Quest'ultimi sono molto repentini e riguardano la crescita del peso e della statura, il collocamento del grasso corporeo, oltre alle modifiche al sistema circolatorio e respiratorio. Infine, è importante sottolineare le modifiche ai caratteri sessuali secondari.

Nelle femmine crescono i primi peli, il seno e si ha il menarca; nei maschi si manifesta la prima eiaculazione, oltre alla crescita del pene e dei peli e alla muta della voce, che diventa più profonda.

La crescita del corpo è dettata dalla presenza degli estrogeni e del testosterone, che porta la statura ad aumentare di circa 10 cm all'anno sia per i maschi che per le femmine. Nei maschi il peso aumenta per la muscolatura mentre nelle femmine per l'accumulo di grasso. Si hanno delle modificazioni del corpo come le spalle e i fianchi, la forma della faccia, la mandibola. Altri cambiamenti tipici di questo periodo riguardano la crescita degli organi interni (Özdemir, Utkualp & Pallos, 2016).

Un altro importante aspetto da considerare durante il periodo dell'adolescenza è quello della sessualità, come mettono in evidenza Kumar Kar e colleghi (2015), prendendola in analisi con un approccio bio-psico-sociale. L'aspetto biologico è influenzato dai cambiamenti ormonali, dai cambiamenti fisici e dei caratteri sessuali secondari descritti sopra; l'ambito psicologico fa riferimento alla personalità dell'adolescente; infine, nell'aspetto sociale vengono analizzati come i genitori vivono la loro sessualità, la relazione coniugale e l'influenza della cultura in cui vive l'adolescente (Kar SK, Choudhury A. & Singh AP., 2015).

Clark et al. (2021) confermano l'influenza sociale attraverso il gruppo dei coetanei che acquisiscono sempre più importanza rispetto alla famiglia e diventano un nuovo modello da seguire, sia per i comportamenti che riguardano la sessualità che per gli atteggiamenti in generale (D. Angus Clark et al., 2021).

Inoltre, Magnusson e colleghi (2019) ci ricordano che ci possono essere situazioni in cui non sono utilizzati degli adeguati metodi contraccettivi, con conseguente aumento di genitorialità in età adolescenziale, oltre all'esposizione a malattie sessualmente trasmesse, in particolare in questo periodo di sperimentazione dell'adolescenza (B. M. Magnusson, et al., 2019).

1.1.2. Cambiamenti cognitivi e sviluppo del pensiero

Lo sviluppo del cervello è contemporaneo alla nascita e dura fino alla fine dell'adolescenza per alcuni processi. Fra questi durante l'età adolescenziale troviamo lo sviluppo della corteccia prefrontale, che ha lo scopo di coordinare le funzioni esecutive del comportamento (P. Albiero, 2022).

Grazie allo sviluppo delle nuove tecnologie per lo studio del cervello, Casey e colleghi (2008) hanno scoperto come ci sia la mielinizzazione degli assoni in questo preciso periodo, che comporta un aumento della sostanza bianca, responsabile di aumentare la velocità e la tipologia di comunicazione fra neuroni.

Dall'altro lato invece si ha l'aumento di produzione di materia grigia poiché si crea il fenomeno della formazione di sinapsi, culminando in una fase di pruning delle sinapsi formatesi (Hensch, 2004; Sur, Rubinstein, 2005).

Le funzioni esecutive fanno riferimento a dei percorsi cognitivi che permettono l'esecuzione di comportamenti. Alcuni esempi di queste funzioni possono essere: l'attenzione, la memoria di lavoro, la regolazione emotiva e del comportamento, la risoluzione di problemi, la pianificazione di azioni che assieme permettono l'esecuzione di un'azione con un fine ben preciso, valutando tutto il percorso, dall'inizio alla sua conclusione (Alvarez & Emory, 2006). Le funzioni esecutive si possono distinguere in due livelli: quelle fredde sono caratterizzate da un processo di comprensione delle informazioni e di reazione mediato, attento e di bassa velocità; quelle calde, invece, sono l'opposto, ossia comprensione e attivazione delle informazioni senza mediatori, quindi in maniera diretta (P. Albiero, 2022).

Nelson et al. (2005) propongono un approccio teorico per comprendere come vengono integrati gli stimoli sociali. Questo approccio prevede tre nodi: di detezione, affettivo e cognitivo-regolatore. Le informazioni sugli stimoli sociali passano tutti e tre i nodi, collegati a regioni cerebrali differenti. Le funzioni esecutive sono collegate ai nodi; quelle fredde al nodo cognitivo-regolatore, quelle calde al nodo affettivo (Nelson et al., 2005).

Parte delle funzioni esecutive fredde, come quello del controllo delle reazioni emotive e l'inibizione del comportamento sono già mature intorno ai 14-15 anni, altre invece maturano in maniera completa solo alla fine dell'adolescenza (Conklin et al., 2007). Le funzioni esecutive calde, invece, vengono fatte corrispondere alla capacità dell'individuo di fare una scelta e deve analizzare e comprendere il coinvolgimento emotivo proprio ed altrui (Wallis, 2007).

Per poter parlare di cambiamenti che riguardano il pensiero degli adolescenti sicuramente si deve ricordare Piaget e gli stadi dello sviluppo cognitivo. Jean Piaget basa la propria teoria su quattro stadi:

- Stadio sensomotorio, da 0 a 2 anni. Il bambino considera il sé e l'ambiente che lo circonda tutt'uno, l'esplorazione avviene attraverso il movimento e i 5 sensi, che creano un circolo di ricompensa nelle azioni. Con il passare del tempo il bambino distingue l'ambiente dal sé, oltre che ad acquisire la costanza dell'oggetto.

- Stadio preoperatorio, da 2 a 7 anni, suddiviso in stadio prelogico dai 2 ai 4 anni e stadio intuitivo dai 4 ai 7. In generale in questo stadio il bambino riesce a riprodurre un oggetto a livello mentale, quindi a rievocarlo. Nel primo sottostadio il pensiero è autocentrato, senza considerazione del pensiero dell'altro, oltre che con mancanza di ragionamento. Nel sottostadio intuitivo il bambino intuisce le parole ed i ragionamenti ma è ancora ancorato alla rigidità del pensiero.
- Stadio delle operazioni concrete, da 7 a 12 anni. Le operazioni a cui si fanno riferimento sono quelle di trasformare la realtà e di manipolarla. Inoltre, comprende l'aspetto delle operazioni matematiche sugli oggetti, acquisisce la capacità di classificare, anche se non estendendola a tutti i costrutti, ma solo a quelli che conosce.
- Stadio delle operazioni formali, da 12 a 15 anni. In questa fase l'ormai adolescente si distacca dal dato che deve avere fondamento di realtà per aprirsi a dati psicologici come ricordi, idee, concetti astratti. Riesce a confrontare diverse idee, ragionando con le ipotesi. Introduce capacità logiche per affrontare discussioni anche su elementi astratti, integrando la deduzione. (Santrock et al., 2021).

Altri autori post-piagetiani come Pascual-Leone (2013) affermano come la teoria possa essere integrata pensando al fatto che le capacità cognitive aumentano in ogni fase evolutiva, oltre al fatto che gli stadi rappresentano dei costrutti troppo rigidi rispetto alla plasticità del cervello.

Byrnes (2006) afferma come la scuola e l'ambito educativo contribuiscano allo sviluppo delle abilità cognitive. In questo cambiamento è importante sottolineare anche il ruolo dei neuroni, soprattutto nel lobo frontale. Vengono poi analizzati quali possono essere i fattori che favoriscono lo sviluppo cognitivo come, ad esempio, la motivazione al compito, le emozioni e come queste possono guidare o interferire con il raggiungimento dell'obiettivo.

Un'altra importante conquista di questo periodo è il ragionamento per relazioni, come sottolinea Dumontheil (2014); infatti, questo viene esplorato e

confermato con le matrici di Raven, che per risolvere necessitano di comprendere le relazioni sottese, a cui contribuisce anche la memoria di lavoro.

1.1.3. Cambiamenti identitari ed emotivi

Il più importante psicologo che si occupò di identità fu Erikson, che diede una lettura psicosociale all'identità, che può essere compresa conoscendo l'aspetto biologico, psicologico, sociale e il periodo storico in cui questa persona sta crescendo. Questi elementi vanno presi in considerazione assieme, in quanto ognuno contribuisce a definire l'identità. Vi sono poi delle correnti teoriche successive alla teoria di Erikson che hanno a che fare con gli approcci storici e quelli narrativi. (Kroger, 2006).

Fra i diversi costrutti che Erikson ci propone è importante ricordare quello della moratoria psicosociale dove l'adolescente sperimenta diverse identificazioni con le figure adulte con l'obiettivo di trovare la miglior identificazione. Erikson ci ricorda come nell'adolescente è presente un'identità poco salda, oltre a ruoli non definiti, in quanto si trova in una fase di formazione della propria persona e di conseguenza le domande sulla propria identità sono molte, oltre a risposte vaghe e confuse. Altri autori successivi come Côté e Levine muovono delle critiche all'approccio di Erikson in quanto sembra lasciare in disparte il ruolo dell'ambiente nella formazione e nel cambiamento dell'identità dell'adolescente, oltre che all'interazione fra persone-ambiente (*ibidem*).

È importante ricordare che lo sviluppo dell'identità dell'adolescenza è influenzato anche dai contesti extra familiari. Si sottolinea come anche l'etnia possa avere un ruolo importante, in particolare, a definire un'autostima positiva e quindi di appartenenza in termini identitari, soprattutto nelle minoranze che convivono con una maggioranza etnica. Per quanto riguarda le differenze di genere nel processo di cambiamento identitario, dalle revisioni di letteratura sembrano non esserci delle differenze, se non per la moratoria psicosociale e raggiungimento dell'identità che sono caratteristiche di cambiamento associato maggiormente alle donne.

Un altro importante psicologo che si concentrò sugli studi dell'identità fu Marcia. L'autore continua la teoria di Erikson integrandola sull'aspetto dell'esplorazione e la salienza percettiva dei gruppi e l'impegno nelle attività

una volta scelta l'alternativa. Lo stesso autore sostiene come l'identità si formi passando per quattro stati: diffusione (esplorare ma con poco impegno), blocco (si ferma l'esplorazione), moratoria (non scelta tra diverse alternative) e identità realizzata (impegno sulle alternative presenti) (*ibidem*).

Dalle ricerche di Klimstra e colleghi emerge come per i maschi l'identità sia stabile nel tempo e meno capacità di rivalutazione mentre per le femmine si è notato come siano state più sensibili sulla dimensione dell'esplorazione in profondità della scelta identitaria. (Klimstra et al., 2010).

Crocetti e colleghi idealizzano una teoria per la valutazione della formazione identitaria. I due costrutti principali della teoria fanno riferimento all'*impegno* (scelta dell'identità) ed *esplorazione* (nelle sottodimensioni: profondità esplorativa e rivalutazione dell'impegno). La prima sottodimensione fa riferimento all'esplorare e scegliere una certa identità, cercando informazioni, valutando l'importanza. La seconda, invece, fa riferimento al confronto della scelta rispetto ad altre alternative. Questa teoria ci permette di integrare l'idea molto importante che una volta identificato con una certa identità è possibile per l'adolescente cambiare identificazione, valorizzando anche quella che è la capacità positiva dell'adolescente di ragionare deduttivamente ed inferendo i risultati (Crocetti et al., 2008 b).

Tanti et al. (2011) sostengono che essendo l'adolescenza un momento di passaggio, ad esempio fra scuola elementare e scuola media e fra quest'ultima e la scuola superiore, possa causare una rottura nella continuità dell'identità dell'adolescente. Quest'ultimo trovandosi con numerosi gruppi sociali diversi fra loro dimostra allo stesso come la sua identità sia diversa dagli altri e quindi tenda ad assumere un'identità sociale per collimare con le aspettative dei pari ed essere incluso in un gruppo. Infatti, secondo la Teoria dell'identità sociale di Tajfel&Turner l'identificazione in un gruppo garantisce l'autostima all'individuo oltre che a incentivare la formazione dell'identità (Tanti et al., 2011).

Un ulteriore piano di analisi che riguarda l'identità è sicuramente l'identità di genere. L'identità di genere è un aspetto che si forma fin dall'infanzia e passa attraverso i giochi, i ruoli, l'identificazione con le amicizie. Alcuni studi

riportano come il contesto in cui vive l'adolescenza influenza l'identità di genere a seconda di quanto un contesto sia influenzato dai contenuti di genere. Se questi sono rigidi e poco flessibili, portano ad un aumento di stereotipi di genere (Steensma et al., 2013).

Lo sviluppo emotivo ha inizio dal primo anno di vita, in cui si provano ed esprimono una quantità ridotta di emozioni, quelle primarie, e man mano che l'età aumenta si acquisiscono emozioni più complesse, soprattutto quando nasce la consapevolezza di sé, attorno al secondo anno di età. Alcune di queste emozioni secondarie sono, ad esempio, vergogna, imbarazzo, invidia. Lo sviluppo identitario e cognitivo dell'adolescente permette anche una maggiore elaborazione e comprensione delle emozioni (Rosenblum G. D., 2006).

Nel passaggio fra infanzia e adolescenza, come già indicato sopra, aumentano le capacità cognitive che permettono una diversa elaborazione emotiva. Le emozioni, con l'acquisizione del pensiero operatorio concreto, possono essere elicitate anche da idee, pensieri, eventi futuri e passati; inoltre, i ragazzi sono in grado di valutare i loro stati emotivi e quelli altrui. Un altro importante cambiamento è quello ormonale che determina uno squilibrio nelle emozioni e nell'umore. Gli autori sottolineano anche come i passaggi della scuola tipici dell'età adolescenziale sono fonte di stress e che potrebbero modificare la percezione delle emozioni. (*ibidem*)

Ulteriori ricerche di Larson e colleghi affermano come gli adolescenti abbiano una migliore percezione delle emozioni rispetto agli adulti, anche se riportano un maggior numero di emozioni negative. Gli adolescenti, però, riportano emozioni positive in maniera estrema rispetto agli adulti; quest'ultimi però hanno maggior controllo emotivo (Larson et al., 1990).

Nel corso della crescita molti ragazzi imparano a distinguere l'emozione provata internamente da quella manifestata nel contesto inserito, negando quindi magari la reale emozione o mascherandola anche con espressioni facciali differenti.

Un altro importante traguardo che diventa sempre più esplicito è quello dell'empatia, composta da una parte cognitiva ed una emotiva. Gli autori però

sostengono come l'acquisizione dell'empatia non è traducibile in comportamenti di supporto emotivo dell'altro (Rosenblum G. D., 2006).

Saarni e colleghi affermano come gli adolescenti siano in grado di modificare l'espressione emotiva a seconda del contesto, dimostrando quindi anche delle capacità di controllo. (Saarni et al., 2006).

Larson e colleghi affermano come provare emozioni forti e in maniera frequente porta ad un aumento del rischio di problemi di salute mentale, soprattutto per quei disturbi che riguardano la regolazione emotiva. (Larson et al., 2002).

Analizzando le differenze di genere le femmine sembrano essere più sensibili ai sintomi depressivi rispetto ai maschi (Weinstein et al., 2007).

Ricerche successive affermano come gli adolescenti preferiscano convivere con emozioni negative rispetto a quelle positive (McLaughlin, 2015).

Rispetto, invece, alla regolazione emotiva, la strategia di rivalutazione cognitiva dell'emozione, gli adolescenti la manifestano in maniera peggiore rispetto agli adulti ed ai bambini (Silvers et al., 2012).

1.1.4. Emancipazione emotiva dalla famiglia ed autonomia

La conquista dell'autonomia è un elemento fondante l'identità dell'individuo, che ha inizio da quando è bambino e prosegue per tutto il ciclo della vita, fino all'anzianità dove vengono meno le capacità cognitive e/o fisiche. Durante l'adolescenza il ruolo dell'autonomia è fondamentale per l'adolescente che si trova ad affrontare delle modifiche al corpo, all'identità e sul piano sociale. In particolare, il processo di avvio all'autonomia non è distaccato dall'ambiente sociale in quanto il ragazzo in primis deve differenziarsi dalle relazioni genitoriali. (P. Albiero, 2022)

Harter (1999) sostiene che l'autonomia è influenzata dall'ambiente sociale; infatti, i messaggi provenienti dall'esterno che riguardano l'identità del ragazzo hanno un'importanza notevole per l'adolescente, perché con questi si identifica, accentandoli o rifiutandoli. Alla fine dell'adolescenza il ragazzo è in grado di definirsi come persona, oltre che a stabilire i valori e gli atteggiamenti personali. (Harter, 1999).

Steinberg afferma come l'autonomia possa essere studiata come autonomia emotiva, ossia cambiamento delle relazioni emotive con i genitori, come autonomia comportamentale, cioè lo sviluppo del processo decisionale autonomo, ed infine l'autonomia valoriale ossia avere un insieme di norme e valori che permettono di compiere delle scelte nel miglior modo possibile. (Steinberg, 2002).

Il processo di autonomia non è un percorso semplice, in quanto implica cambiamenti veloci, con duplici atteggiamenti. L'autonomia può essere vista come un obiettivo ultimo dell'adolescenza oppure come un qualcosa da posticipare perché paurosa.

Il costrutto dell'autonomia è stato studiato con due visioni differenti: la prima come autonomia e successiva separazione, la seconda viene interpretata come continuità e negoziazione dei rapporti (P. Albiero, 2022).

Il primo filone teorico è rappresentato dagli studi di Anna Freud e Peter Blos. Anna Freud studiò lo sviluppo con un modello evolutivo che vede nella pubertà e nell'adolescenza l'attivazione di conflitti repressi durante la fase infantile che vengono espressi nel rapporto con i genitori, dai quali l'adolescenza cerca un distacco favorendo, invece, il rapporto con i pari. L'autrice sostiene come le pulsioni dell'Es incrementino mentre l'Io e le sue difese abbiano un ruolo secondario, decrementando. Questo sbilanciamento fra Es ed Io causa discontinuità nella funzionalità dell'adolescente, che cercherà in tutti i modi di emanciparsi dai genitori, anche mettendo in atto dei comportamenti denigratori nei loro confronti. Ne emerge, quindi, che Anna Freud vede l'autonomia adolescenziale come un allontanamento dai genitori, distruggendo i rapporti creati fino a quel momento. In questo senso un processo di evoluzione simile è segnale di una crescita sana (A. Freud, 1958).

Peter Blos si concentra più che sul distacco, sull'individuazione dai genitori che segna l'autonomia. Questa fase ha dei cambiamenti sul piano cognitivo, ossia integra il costrutto di carattere che si riferisce alla personalità come esito di forza individuali ed ambientali. L'autore nel descrivere la fase evolutiva dell'adolescenza si concentra sulla separazione-individuazione, costrutto preso dalla psicoanalista Mahler. Infatti, l'adolescente rifiuta l'idea che ha di sé

costruita attraverso i giudizi dei genitori, favorendo nuove conoscenze ed amicizie all'esterno, acquisendo una nuova identità, dei confini delimitati (P. Blos, 1962).

Il secondo filone teorico si concentra sull'affermare come l'autonomia sia un processo caratterizzato da gradualità, negoziazione dei rapporti con i genitori, da asimmetrico a simmetrico. Si aggiungono anche elementi di flessibilità del processo, affermando come si possa esplorare sia nuove relazioni all'esterno che anche avere dei buoni rapporti con i genitori (P. Albiero, 2022).

Sulla base di questo filone teorico possiamo trovare il modello di Youniss & Smollar che affermano come l'adolescente da un lato cerca di individuarsi, distaccandosi dai genitori, pur mantenendo con loro un contatto e un rapporto emotivo. Il modello può essere analizzato come un continuum in cui agli estremi: da un lato c'è poca individualità (ne consegue conflitto con l'adolescente) e dall'altro in cui manca il rapporto con i genitori. In ogni caso il conflitto è un elemento fondamentale per la crescita e lo sviluppo dell'individualità (Youniss, Smollar, 1985).

Un altro modello basato sulla negoziazione dei rapporti è quello di Allen. Studia lo sviluppo dell'autonomia dell'adolescenza su due dimensioni, quella dell'autonomia (favorendole/inibendola) e quella della connessione (favorendola/inibindola). L'autonomia fa riferimento al costrutto di essere indipendente dagli altri, fare dei ragionamenti che abbiano senso per sé e che lo differenziano dai pari, la connessione, invece, fa riferimento alla dimensione della validazione dell'altro, delle sue idee e dei pensieri. Il processo sano di maturazione dell'adolescente si realizza con il favorire autonomia e connessione, differente invece quando entrambe o una delle due dimensioni sono inibite (Allen, McElhaney, 2001).

Fuligni (1998) afferma come, a livello di differenze culturali, gli adolescenti con origine messicana e filippina abbiano più rispetto per il genitore, mentre per gli adolescenti Cinesi l'autonomia è una conquista tipica di un'altra fase evolutiva (Fuligni, 1998).

Ranni e colleghi (2020) affermano come non vi siano differenze di genere per quanto riguarda sia l'autonomia emotiva che la valutazione che gli stessi adolescenti danno della propria autonomia. (Ranni et al., 2020).

Allen e Loeb (2015) sostengono come l'autonomia stabilita con i genitori influenzi anche il rapporto con i coetanei, in particolare, se c'è difficoltà da parte dell'adolescente di distanziarsi e creare la propria autonomia, ne consegue che le esperienze con i pari saranno più limitate. I genitori possono limitare lo sviluppo dell'autonomia quando i ragazzi crescono in un contesto difficile, diventando così una forma di protezione dai contesti difficili. Infine, se i genitori riescono a far esprimere ai figli il dissenso, rispetto al tema delle autonomie, in maniera equilibrata e ragionata, avranno maggiore successo nelle relazioni con i pari (Allen & Loeb, 2015).

Garber et al., (2001) affermano come l'autonomia emotiva del figlio possa essere influenzata negativamente da sintomi depressivi materni, oltre che a predisporre più facilmente a sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Garber et al., 2001).

Autori come Van Petegem e colleghi (2012) affermano che l'indipendenza dell'adolescenza ha come effetto un'esposizione maggiore ai problemi comportamentali. Inoltre, quando un adolescente prende una decisione sulla propria autonomia ne consegue un miglior risultato in termini di crescita per il ragazzo, differentemente, invece, quando le scelte sono controllate e modificate dai genitori hanno come conseguenza difficoltà nei rapporti con gli altri e con i genitori stessi (Van Petegem et al., 2012).

Cook e colleghi (2018) confermano le ricerche precedenti, cioè gli atteggiamenti inibitori dei genitori nei confronti dell'autonomia dei figli hanno come conseguenza un aumento nei sintomi internalizzanti, mentre quando il genitore rifiuta la relazione con il figlio, aumenta la sintomatologia esternalizzante. Gli stessi ricercatori hanno poi esteso la ricerca sul costrutto del controllo psicologico del genitore, comportamento che riduce l'autonomia e la capacità relazionale, con conseguente aumento di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Cook et al., 2018).

1.2. Sintomi di ansia in adolescenza

1.2.1. Ruolo, manifestazioni dei sintomi ansiosi e influenza sul funzionamento dell'adolescente

Zahn-Waxler et al. (2000) sostengono come la capacità soggettiva dell'adolescente a rielaborare positivamente situazioni di stress e il fatto che anche in presenza di sintomi il soggetto non è compromesso in altri ambiti, permette di distinguere disturbi d'ansia e la sintomatologia ansiosa non clinica (Zahn-Waxler et al., 2000).

Si prenderanno in considerazione, seppur brevemente, alcune teorie sull'interpretazione del sintomo ansioso.

Freud nel 1936 affermava come il desiderio di aggressività verso le figure genitoriali e pulsioni inconsce giustificavano la sintomatologia ansiosa (Freud, 1936).

Altri psicologi, come Bowlby e Ainsworth, sostengono che l'ansia può essere spiegata da modalità interattive non funzionali nella coppia genitore-figlio e dipende anche dall'attaccamento che si stabilisce fra loro. Nell'attaccamento, in particolare quello insicuro, è collegato a maggiore ansia sia nei bambini che negli adolescenti.

Studi successivi affermano anche l'importanza dell'aspetto genetico e quello della cognizione. In particolare, il processo di valutazione degli stimoli o delle situazioni nei soggetti ansiosi è distorto; gli autori, inoltre, sottolineano che nelle relazioni sociali, i soggetti attivano meccanismi di controllo.

Gli studi sui gemelli confermano anche la responsabilità genetica sull'ansia, oltre che al ruolo del temperamento del ragazzo (Zahn-Waxler et al., 2000).

Rapee e colleghi (2009) affermano come molti sintomi ansiosi in realtà ricadono in più diagnosi di disturbo ansioso, perché probabilmente non c'è una linea chiara di demarcazione fra patologia e sintomatologia e quindi pochi sintomi possono ricadere in disturbo ansioso conclamato (Rapee R.M. et al, 2009).

Glover e colleghi (1999) dichiarano come la sintomatologia ansiosa possa essere influenzata da condizioni socioeconomiche: la povertà aumenta la possibilità di manifestare sintomatologia. Altri fattori che espongono

maggiormente sono la bassa istruzione materna e l'assenza del padre in famiglia. Inoltre, quando la famiglia è di grandi dimensioni, è più spesso correlata a sintomi ansiosi negli adolescenti (Glover et al., 1999).

Alcuni autori, come Washington (2009) sostiene che i ragazzi hanno un plateau di competenza nel risolvere e affrontare i problemi e le sfide che l'ambiente presenta, oltre al quale si manifesta lo stress, con conseguenza sul piano fisico e psicologico di un ragazzo. L'acquisizione di strategie di coping per affrontare situazioni nuove e stressanti si hanno durante l'infanzia e condizionano come verranno affrontate le situazioni durante l'adolescenza e l'età adulta. Le situazioni che possono attivare meccanismi di risposta stressogena possono essere, ad esempio, situazione nuove non programmate, cambiamenti imprevedibili o anche l'anticipazione del fallimento. Durante l'infanzia e l'età adolescenziale, manifestazioni di stress o sintomi ansiosi possono essere attivati dal contesto scolastico ed extra-scolastico (con i pari, ad esempio), oppure dal contesto familiare. Essendo l'adolescenza un periodo di transizione e cambiamenti, come descritto precedentemente, è inevitabile che le preoccupazioni nelle relazioni sociali aumentino e possano causare attivazioni emotive, con conseguente crescita di stress ed ansia (Washington, 2009).

Schmidt e altri autori (2010) affermano come i sintomi ansiosi possano essere spiegati dal costrutto di sensibilità ansiosa (AS), ossia una proprietà cognitiva stabile che limita l'esperienza dell'adolescente alle novità su diversi livelli. AS può anche spiegare le sensazioni corporee in risposta all'innalzamento dell'attivazione emotiva, in particolare quella ansiosa e di panico. Questo costrutto può essere ritrovato in termini temporali prima della manifestazione di sintomatologia oltre che prima di una diagnosi di disturbo d'ansia. È associato anche alla sintomatologia da post-stress traumatico. In generale il costrutto di AS predispone anche ad altri numerosi sintomi che potrebbero sfociare successivamente in disturbi e psicopatologie, sia in età infantile che adolescenziale (Schmidt et al., 2010).

Per quanto riguarda le differenze di genere nella sintomatologia ansiosa in adolescenza Lewinsohn e colleghi (1998) affermano come la sintomatologia si manifesti soprattutto nelle femmine, questo succede a causa di aspetti genetici

o biologici, oltre che all'influenza degli stereotipi e i ruoli di genere presenti nella società. Durante lo sviluppo e fino ai 6 anni la sintomatologia rimane pressoché uguale in entrambi i generi, dopo i sei anni questo si differenzia favorendo le femmine. Questo viene confermato anche perché l'esordio della sintomatologia è nello stesso periodo per entrambi. Assieme alla sintomatologia ansiosa si manifesta anche quella depressiva che è prevalente soprattutto nel genere femminile, forse per un'abitudine a ruminare su pensieri ed emozioni associata maggiormente al genere femminile (Lewinsohn et al., 1998).

La differenza di genere nelle manifestazioni sintomatologiche può essere letta secondo un approccio biopsicosociale; a livello biologico la spiegazione è sul piano dei cambiamenti ormonali e gli effetti degli androgeni, ormoni in maggioranza presenti nelle ragazze. La disparità nei ruoli di genere sembra andare a spiegare il livello psicologico; a livello sociale, i ragazzi crescono con dei valori, credenze, atteggiamenti e comportamenti che si rifanno ad un dualismo femminile versus mascolino. Ad esempio, nelle femmine è più accettato ed incoraggiato l'espressione delle emozioni, mentre nei maschi questo viene svalutato, in quanto non è coerente con il ruolo di genere assegnato secondo il modello culturale. Ricerche successive confermano l'idea che le femmine abbiano livelli più alti di sintomatologia ansiosa rispetto ai maschi, motivato da più aspetti. Gli autori confermano che le ragazze narrano di sé in linea con gli stereotipi di genere che riguardano il mondo femminile, quindi, ad esempio, più empatiche, gentili. In generale, valutando anche il costrutto dell'autostima, quando questa è bassa e c'è un alto livello di femminilità, i sintomi ansiosi si manifestano in maniera più forte (Palapattu et al., 2006).

In generale esse manifestano più sintomatologia di ansia generalizzata, sintomi di panico e di ansia sociale, oltre che a manifestare sintomi medi o alti in termini di intensità, soprattutto all'inizio. Inoltre, la sintomatologia ansiosa si manifesta in maniera diversa, a seconda del periodo evolutivo, manifestando, quindi, continuità eterotipica. Le femmine manifestano anche maggiore sensibilità e stress sociale forse per la centralità che il rapporto con i pari ha per

le femmine rispetto ai maschi. Altre ricerche longitudinali dimostrano che, nel passaggio dall'adolescenza precoce alla tarda adolescenza, la sintomatologia ansiosa diminuisce per le femmine, mentre per i maschi rimane la stessa. Ovviamente se il livello di sintomatologia ansiosa è molto elevato già durante i primi anni di adolescenza, questa aumenta negli anni successivi (Ohannessian et al., 2017).

Gli studi di Khesht-Masjedi (2019) e colleghi hanno permesso di approfondire l'influenza negativa dei sintomi depressivi ed ansiosi nella carriera scolastica, in quanto chi manifesta questi sintomi generalmente ha maggiori pensieri intrusivi, limitando la capacità cognitiva (Khesht-Masjedi et al., 2019).

Hale III et al. (2008), attraverso il loro studio longitudinale, affermano come nell'adolescenza ci sia una diminuzione della sintomatologia di ansia di separazione, ansia sociale e sintomi di panico sia in ragazzi che in ragazze, mentre la sintomatologia di ansia generale cresce nelle ragazze. Fra queste, dimostrano dei livelli più alti di sintomatologie i ragazzi in giovane adolescenza rispetto alle ragazze nell'età media dell'adolescenza (Hale III et al., 2008).

Van Oort e colleghi (2009) sostengono che l'aumento di ansia nel periodo adolescenziale, in particolare quello verso la fine dell'adolescenza, sia dovuto alla percezione di insicurezza sul proprio futuro e le paure nella transizione all'età adulta. Inoltre, questi autori hanno incluso anche la sintomatologia ossessivo-compulsiva nella ricerca, dimostrando come questi sintomi rimangano stabili durante tutta l'adolescenza, soprattutto per le ragazze, collegata anche alla sintomatologia depressiva (Van Oort et al., 2009).

Generalmente chi manifesta sintomi depressivi, ha anche alti livelli di sintomi di ansia sociale, soprattutto nelle femmine e nella famiglia mono genitoriale. Oltre all'ansia sociale, con i sintomi depressivi si manifestano anche sintomi psicosomatici dovuti all'ansia. Il fenomeno del bullismo, inoltre, si manifesta soprattutto su coloro che hanno alti livelli di sintomatologia depressiva ed ansiosa (McLaughlin & King, 2015).

I sintomi somatici sono associati maggiormente alle femmine, in quanto sono spiegati da un'alta sensibilità all'ansia del genere femminile (Voltas et al., 2016).

Chi manifesta sintomatologia ansiosa e depressiva generalmente utilizza maggiormente delle strategie di regolazione emotiva disadattive (evitamento, ruminazione, repressione). L'utilizzo di strategie adattive (rivalutazione cognitiva, accettazione, risoluzione) porta a maggior successo scolastico, un buon funzionamento con i pari, oltre che stabilità psicologica in età adulta.

La rivalutazione consiste nella rivalutazione del significato dello stimolo. La strategia di risoluzione comporta la modifica di situazioni negative in positive, scegliendo altre strade, mentre l'accettazione fa riferimento al processo di far scorrere le emozioni senza porre un freno.

Per quanta riguarda le strategie disadattive c'è l'evitamento, cioè evitamento del mondo interno ed esterno. La repressione, invece, ha degli esiti negativi a lungo termine sulla salute psicologica. Infine, la ruminazione è la concentrazione sulle cause e gli effetti di un'azione o emozione.

In adolescenza, le strategie adattive sono correlate negativamente con i sintomi depressivi ed ansiosi, viceversa, chi mostra sintomi ansiosi o depressivi utilizza maggiormente delle strategie disadattive (Schäfer et al., 2017).

Mazzone et al. (2007) sostengono come l'ansia coinvolga il fallimento scolastico per le femmine e problemi comportamentali per i maschi, oltre che di interruzione scolastica precoce, questo però accade solo se supera dei livelli normali (Mazzone et al., 2007).

Morin e colleghi (2010) affermano come lo sviluppo dell'ansia può essere favorito da esperienze di violenza diretta ed indiretta, soprattutto se questa si manifesta nel contesto scolastico. Inoltre, ci sono evidenze che affermano che i sintomi ansiosi sono maggiormente associati a problemi di dipendenza da sostanze, anche in età adolescenziale. Questo utilizzo è associato ad un modo per fermare il dolore o l'esperienza dei sintomi ansiosi (Morin et al., 2010).

Vine e colleghi (2011) sostengono che i quartieri poveri influenzano la sintomatologia depressiva ed ansiosa, soprattutto nelle ragazze. Oltre a questo, i ragazzi che sono soggetti a condizioni sociali ed economiche precarie

manifestano maggior sintomi di ansia da separazione. I ragazzi esposti a situazioni di povertà socioeconomica (SES) dimostrano avere minore capacità di gestione dello stress. Associato ad un basso SES vi è anche l'effetto dell'invidia (Vine et al., 2011).

1.2.2. Fattori di rischio e protezione

Per quanto riguarda i fattori di rischio, il fatto di avere un basso status socioeconomico e di appartenere ad un'etnia minoritaria influiscono sulla sintomatologia ansiosa. Anche a livello genetico, attraverso gli studi sui gemelli, si è potuto dedurre che questo influisce sulla sintomatologia, soprattutto nelle manifestazioni somatiche dei sintomi ansiosi. Anche i sintomi depressivi possono essere elementi di rischio per lo sviluppo successivo di ansia.

Fra le varie situazioni vulnerabili, l'inibizione comportamentale sembra essere centrale, ossia ritiro o eccessiva attivazione di fronte a nuovi stimoli. Inoltre, anche la sensibilità ansiosa (AS) sembra avere un ruolo importante in quanto coinvolge anche l'esperienza del corpo (battito cardiaco, sudorazione), soprattutto per sintomi di attacchi di panico negli adolescenti.

Nella sintomatologia ansiosa giocano un ruolo fondamentale anche le influenze ambientali; fra cui gli eventi di forte stress o l'iperprotezione. Anche i traumi hanno loro importanza, soprattutto in situazioni di abuso o separazione (Merikangas, 2005).

Altri autori, come Bosquet & Egeland (2006) affermano come la disregolazione emotiva è collegata all'ansia durante l'infanzia, ma soprattutto se c'è alta reattività agli stimoli questo può avere conseguenze anche in età adolescenziale. L'attaccamento insicuro è un precursore dell'incapacità di regolare le emozioni, causando poi problematicità nei sintomi ansiosi, sia nell'infanzia che nell'adolescenza, che viene anche proiettata nelle relazioni esterne, fungendo da copione.

Altri fattori, ad esempio, sono la scarsa capacità nello sviluppo delle relazioni con i pari ed a scuola. Anche le componenti cognitive possono avere un ruolo, soprattutto nell'interpretazione degli stimoli, anche nella loro origine della relazione di attaccamento (Bosquet & Egeland, 2006).

Anche ricerche successive confermano l'ipotesi che l'attaccamento sicuro porta ad una maggiore relazione positiva con i pari oltre che ad un'adeguata regolazione emotiva. Kerns e Brumariu (2007) affermano come l'attaccamento sicuro possa mitigare sensazione di ansia quando il genitore non è presente fisicamente, mentre gli attaccamenti insicuri sono associati a sintomi ansiosi o sintomi in generale internalizzanti, soprattutto in adolescenza. Gli stessi autori affermano come la sintomatologia ansiosa dipenda dal temperamento che il ragazzo manifesta in infanzia ed al momento attuale (Kerns & Brumariu, 2014).

Dooley e colleghi sostengono che altri fattori di rischio possono essere salute mentale dei genitori, esperienze di discriminazione e razzismo, bassa coesione familiare, genitori critici, poche relazioni con i pari, assenza di un'adeguata relazione con gli adulti che possano supportarli nella crescita e nelle difficoltà. A questo si aggiungono il fattore del basso livello di istruzione materno (Dooley et al., 2014).

Un altro aspetto che può risultare come fattore di rischio nella sintomatologia ansiosa è quello della comunicazione. Quando si parla di comunicazione aperta fra genitore e adolescente si intende la libera comunicazione fra la famiglia, dimostrando fiducia e soddisfazione nel rapporto con i genitori, non interferendo con la sintomatologia ansiosa, in particolare con il padre.

La risoluzione di problemi condivisa genitore-adolescente fa riferimento alla strategia condivisa di risoluzione di problemi e aiuta nella relazione padre-adolescente, diminuendo la sintomatologia ansiosa.

Infine, una terza modalità studiata è quella della co-ruminazione genitore-adolescente, associata a sintomatologia internalizzante. Questa modalità di pensiero prevede la concentrazione su aspetti negativi del problema senza trovare una via di uscita che possa risolvere e arrivare all'obiettivo di risoluzione. I risultati permettono di affermare che con il padre i sintomi depressivi sono associati alla ruminazione, ma non quelli ansiosi. A lungo andare questa modalità comunicativa, invece, porta ad aumento della sintomatologia sia ansiosa che depressiva (Ioffe et al., 2020).

Altri autori sottolineano come la mancata cura delle emozioni del bambino porti un aumento dell'ansia che si mantiene anche in adolescenza, oltre ai problemi relazionali con i pari.

Fra i fattori di protezione possiamo trovare, ad esempio, attuare comportamenti pro-sociali e la vicinanza fisica ed emotiva genitoriale (Konac et al., 2021).

Altri fattori protettivi individuati da Dolley e colleghi sono l'ottimismo, la soddisfazione della propria vita, identità e soddisfazione verso il proprio corpo, collegata anche alla dimensione dell'autostima ed infine la resilienza (Dolley et al., 2014).

Un importante fattore di protezione per i sintomi ansiosi, sottolineato da Barcaccia et al. (2022), è la mindfulness, ossia l'accettazione dei pensieri, sensazione e sentimenti senza giudicarli ed accettandoli quando si palesano. Un altro fattore di protezione è l'auto rassicurazione e la capacità di auto-consolarsi nei momenti più difficili. Importante è anche il contesto sociale, quando questo è rassicurante può ridurre la sintomatologia depressiva ed ansiosa (Barcaccia et al., 2022).

Llorca e colleghi (2022) affermano come meccanismi di coping positivi e una migliore gestione delle proprie emozioni siano associati ad una riduzione dei sintomi ansiosi (Llorca et al., 2022).

1.3. Sintomi di ansia da separazione in adolescenza

1.3.1. Legame di attaccamento e ansia da separazione

Pioniere della ricerca sull'attaccamento è John Bowlby. Per lo studioso ci sono due tipi di pulsioni: quella alimentare e quella della relazione con la madre, quest'ultima caratterizzata da dipendenza. Per altri psicoanalisti, come Melanie Klein, l'oggetto primario intorno al quale il bambino si organizza e si muove nel mondo è il seno materno, che diventa oggetto primario.

Il comportamento di attaccamento può essere definito come quel tipo di comportamento che permette di mantenere la prossimità e la vicinanza con le figure significative; queste figure permettono l'esplorazione dell'ambiente in maniera sicura, fungendo da porto sicuro nel momento in cui l'esplorazione diventa pericolosa. Quando questo accade, il bambino ricerca il conforto e richiede cura al caregiver. Dall'età evolutiva il costrutto dell'attaccamento può essere esteso anche all'età adulta, in quanto questo comportamento può attivarsi in situazioni di emergenza.

Altri studi di Bowlby riguardano il tema dell'ansia da separazione, cioè i sintomi che si manifestano quando c'è una perdita o il rischio di una perdita o separazione momentanea dalla figura di attaccamento. L'autore sottolinea come l'attivazione dell'ansia di separazione sia un segnale adattivo di fronte ad un rischio di perdita proprio come gli animali quando rispondono a degli stimoli potenzialmente pericolosi. Con questo approccio è possibile, quindi, comprendere che quando vi è una minaccia di separazione o esperienze di separazioni precoci, è molto facile che un bambino manifesti preoccupazioni eccessive rispetto alla distanza e alla possibile perdita del caregiver. Di fronte alle minacce di distanziarsi dal bambino, quest'ultimo, ma soprattutto, gli adolescenti, possono manifestare della rabbia che a lungo andare può portare alla formazione di meccanismi non pienamente adattivi.

Altre situazioni in cui si può manifestare sintomatologia di ansia da separazione possono essere quelle in cui si verifica la genitorialità invertita, ossia il figlio prende il ruolo di genitore e quindi sviluppa una forte necessità di prendersi cura della madre, declinando la possibilità di creare relazioni sociali all'esterno (Bowlby, 1982).

Nel corso della storia della psicologia si sono susseguiti diversi approcci allo studio dell'ansia da separazione. Freud per primo sosteneva come la sintomatologia ansiosa fosse eccitazione sessuale non scaricata, con conseguente permanenza della libido nel bambino. Freud poi parla anche della Teoria dell'ansia segnale riferito a tre possibili configurazioni: a) si manifesta quando c'è un'eccessiva presenza di stimoli e poco spazio pratico per scaricare la tensione accumulata, b) incapacità di godere della sessualità in maniera permanente, c) la terza configurazione è proposta da Spitz che invece sostiene che il trauma narcisistico può spiegare la sintomatologia ansiosa.

Rank, successivamente, sosteneva che l'ansia di separazione nell'età evolutiva era il risultato del ripetersi del trauma della nascita, nel quale c'è il desiderio di ricongiungersi con l'utero.

Melanie Klein, invece, parla di angoscia di separazione in riferimento all'ambivalenza nell'atteggiamento dei bambini nei confronti della madre, in particolare il bambino può pensare al fatto che la scomparsa della madre può essere sua responsabilità, con sviluppo di paranoie di distruzione della stessa. La stessa autrice parla poi dell'ansia di persecuzione, proiettata nella madre, cioè il bambino spiega la partenza della madre come una punizione per il suo comportamento cattivo. Altri autori come James, Suttie e Hermann spiegano che i sintomi che si manifestano possano essere una modalità di rottura non riparata rispetto all'attaccamento (Bowlby, 1961).

1.3.2. Ruolo dei sintomi di ansia da separazione

A partire dai tre anni i bambini iniziano a sperimentare la paura dell'abbandono e l'ansia di separazione dalle proprie figure genitoriali, che si manifesta con l'inizio della scuola materna o primaria. Questa paura, reale o immaginaria, può manifestarsi anche durante l'adolescenza, ad esempio, nella fascia d'età fra i 12 e i 16 anni, in cui vi è il 3,6% di adolescenti che soffrono di qualche sintomo di ansia da separazione, in particolare le adolescenti femmine. Solitamente nell'infanzia la sintomatologia si manifesta soprattutto con il rifiuto scolastico e preoccupazioni generiche sui propri genitori, mentre in adolescenza la sintomatologia si manifesta a livello somatico e con il rifiuto scolastico. Le ricerche, inoltre, sostengono come soffrire d'ansia da

separazione espone ad altre problematiche riguardanti i sintomi ansiosi, come ad esempio, agorafobia e sintomi di panico. Nel valutare gli adolescenti sono emersi i fattori che predispongono maggiormente alla sintomatologia, ad esempio: il temperamento del ragazzo, la sua storia scolastica, i rapporti con i pari a scuola e con gli insegnanti. Ovviamente il processo è anche influenzato dall'aspetto biologico e genetico della famiglia, come la sintomatologia ansiosa e depressiva genitoriale (Masi et al., 2001).

Alcune ricerche ci permettono di sostenere che i sintomi d'ansia da separazione possano predire una maggior probabilità di esperire sintomi di panico o agorafobia nell'età adulta, soprattutto considerando la variabile dell'ansia di separazione in merito al rifiuto scolastico. A livello familiare i genitori di figli con ansia di separazione manifestano maggiormente sintomi di panico o agorafobia, oltre che a sintomi depressivi (Gittelman & Klein, 1984).

Flakierska-Praquin e colleghi (1997) affermano come la paura della scuola possa essere collegata anche a sintomatologie molto più invalidanti e su altri ambiti, soprattutto per sintomi depressivi ed ansiosi (Flakierska-Praquin et al., 1997).

Poulton et al. (2001) sostengono come le separazioni dai genitori non programmate, impreviste, ad esempio la morte o la malattia siano collegate maggiormente a sintomi ansiosi di separazione rispetto a separazioni programmate come la scuola. A questo si aggiunge anche la condizione socioeconomica (SES); quando questa è bassa risulta essere un fattore di rischio per l'ansia di separazione. Quando un alto SES è collegato ad un'esperienza di separazione ma vi sono adeguate risorse, c'è una minore probabilità di sviluppare sintomi di ansia di separazione successivamente. Gli autori sostengono anche come i sintomi di ansia da separazione riportati da adolescenti di 11 anni siano collegati alla paura di separazione della madre quando questi erano più piccoli. Anche il fatto di sperimentare la perdita dei genitori nella giovane adolescenza (undici anni) porta a soffrire maggiormente di sintomi di ansia da separazione all'età di 18 anni. Altri fattori che sembrano contribuire ai sintomi d'ansia da separazione sono ad esempio, la paura delle madri di rimanere da sole e in generale da altri fattori ambientali. In generale

l'ansia di separazione misurata a 3 anni non era correlata a quella di 11 e 18 anni, mentre fra queste due c'è un'alta corrispondenza. Ovviamente le separazioni programmate permettono di non sviluppare sintomatologia da separazione genitoriale (Poulton et al., 2001).

Ferdinand e colleghi (2006) affermano come nella fascia d'età fra gli 8 e 11 anni con sintomi di ansia sociale siano anche collegati a sintomi di ansia da separazione, mentre nella fascia d'età fra i 12 e i 18 anni si differenzia manifestando alti livelli di sintomi d'ansia sociale e bassi di ansia da separazione o viceversa (Ferdinand et al., 2006).

Sperimentare ansia da separazione durante l'infanzia e l'adolescenza predispone maggiormente a disturbi alimentari e rispecchia anche un attaccamento insicuro (Troisi et al., 2005).

Ricerche successive sostengono come provare sintomatologia di ansia da separazione durante l'infanzia esponga a sintomi d'ansia in generale in età adolescenziale e adulta, soprattutto nella sintomatologia da panico, specialmente manifestata con la separazione o divorzio dei genitori. Quando gli adolescenti sono esposti a costanti separazioni questo crea in loro un meccanismo di stress che viene manifestato con sintomi di panico. Quando la sintomatologia è combinata si riduce la qualità di vita degli adolescenti, oltre che a manifestarsi con un alto livello di sintomi. In alcuni casi, quando si presentano sintomi esternalizzanti o atteggiamenti aggressivi, c'è un maggior atteggiamento di rifiuto del genitore oppure manifestando lamentele per le richieste o sulle regole date. Inoltre, la ricerca conferma che in questi casi ci sono stati più eventi di separazione (Doerfler et al., 2008).

Andando a valutare una possibile spiegazione dei sintomi dell'ansia da separazione la letteratura suggerisce la centralità del comportamento genitoriale. In questo senso i genitori che non favoriscono l'autonomia o che manifestano poco affetto sono associati allo sviluppo di ansia e altre difficoltà, come l'attaccamento ansioso. Anche quei genitori iperprotettivi o con comportamenti invischianti nelle scelte dei figli (scelta dell'abbigliamento, delle attività) possono far sviluppare dei sintomi di ansia da separazione. Quando si manifestano questi sintomi i bambini e gli adolescenti tendenzialmente hanno

limitate esperienze con i pari e sono più esposti ad isolamento sociale nel futuro. Si manifestano molto anche sintomi somatici come mal di testa, nausea, mal di pancia, oltre che a difficoltà del sonno, soprattutto se devono dormire soli. Le scelte dei genitori per non far soffrire ulteriormente il figlio possono avere conseguenze anche sull'intero sistema della famiglia, come sull'altro genitore e su eventuali figli (Ehrenreich et al., 2008).

Ulteriori ricerche affermano come l'attaccamento preoccupato predisponga a maggiori sintomi internalizzanti e anche ad ansia di separazione (Mabilia et al., 2019).

1.3.3. Differenze di genere

Francis e colleghi (1987) hanno trovato che non vi sono forti differenze che riguardano il genere e l'età degli adolescenti nella manifestazione dei sintomi. In particolare, però, i ragazzi più giovani nell'età adolescenziale manifestano maggiori pensieri e sintomi di ansia da separazione rispetto al gruppo di adolescenti con età maggiore. Quest'ultimi presentano conseguenze maggiori sul piano somatico e della scuola (Francis et al., 1987).

Weems et al. (2005) sostengono che i sintomi di ansia, in particolare quelle di ansia da separazione, diminuiscono con la crescita del bambino e che nel corso dell'adolescenza i sintomi di ansia da separazione possono trasformarsi. L'ansia di separazione sembra manifestarsi durante la prepubertà, mentre in adolescenza si manifestano sintomi di paura sociale (Weems et al., 2005).

Le femmine manifestano maggiore sintomatologia ansiosa da separazione rispetto ai maschi, diminuendo con l'età. Questa differenza di genere può essere spiegata poiché i genitori manifestano maggior tolleranza rispetto ai sintomi delle figlie, rispetto ai sintomi dei figli. La sintomatologia, pur diminuendo con la crescita, si manifesta di più sempre nelle femmine.

Ricerche successive di Orgilés et al. confermano che le femmine manifestano maggiore sintomatologia ansiosa rispetto ai maschi, in quasi tutti i domini ansiosi tranne per quelli che riguardano le ossessioni e compulsioni (Orgilés et al., 2011, 2012).

In una ricerca di Santarossa e colleghi (2019) emerge come la sintomatologia ansiosa da separazione si manifesta maggiormente nei maschi quando questi si

riconoscono nella varianza di genere (VG), riferita al concetto di interessi, giochi e di identificazioni, come con vestiti e capigliatura diversi rispetto a quelli del genere assegnato. Va precisato che questo concetto è non completamente sovrapponibile al concetto di disforia di genere, in quanto questa avrebbe conseguenza su diversi ambiti della vita. Inoltre, chi ha VG dimostra anche numerosi sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e problemi con i pari, soprattutto nei maschi. Ovviamente l'esposizione a sintomi è anche influenzata dalla genitorialità; quando questa è flessibile ed adattabile si hanno dei buoni esiti negli adolescenti. Quando, invece, i genitori sono molto controllanti, limitando lo sviluppo di autonomia, sono intrusivi o i genitori riportano sintomi internalizzanti le conseguenze sono maggiori sullo sviluppo della sintomatologia. In questo senso anche le norme sociali di genere possono influenzare lo sviluppo di sintomatologia internalizzante. In ogni caso sia nei maschi che nelle femmine la sintomatologia ansiosa da separazione è presente quando ci sono forti conflitti nella relazione genitore-adolescente.

Quando i maschi hanno dei livelli alti di sintomatologia ansiosa sembrano essere correlati a maggiori problemi con i pari, risultati peggiori a scuola e i genitori con uno stile educativo autoritario o permissivo. La spiegazione che le ricercatrici danno della prevalenza sintomatologica nei maschi è che poiché i maschi assumono degli atteggiamenti più femminili (ad esempio, nei giochi), li predispone ad una maggiore sensibilità all'ansia da separazione. L'attaccamento sicuro può rappresentare un fattore di protezione per l'adolescente, oltre che un approccio più libero sugli stereotipi di genere e i ruoli che devono avere maschi e femmine all'interno della società (Santarossa et al., 2019).

Ricerche più recenti, come quella di Mohammadi et al. (2020), affermano come non ci siano differenze di genere, quanto più ci sia maggior sintomatologia in chi proviene dalla città rispetto alla campagna. Anche chi utilizza alcool o fuma ha maggiore associazione con la sintomatologia ansiosa, anche nei casi di compromissione cognitiva si associa un maggior punteggio di sintomatologia, oltre che a sintomi depressivi materni (Mohammadi et al., 2020).

1.3.4. Impatto sullo sviluppo dell'identità

Bartle-Haring e colleghe (2002) affermano come i sintomi di ansia di separazione genitoriale impattano lo sviluppo dell'identità e la crescita dei figli adolescenti, anche dal punto di vista dell'attaccamento. Questo lo si può sostenere grazie anche all'approccio sistemico della famiglia che sostiene come l'adolescente sia influenzato da tutti i membri. Analizzando la letteratura emerge come quando le madri soffrono dalla separazione dei figli, questi hanno un'identità non definita e chiara o comunque provano molta confusione sul tema identitario, mentre la sintomatologia paterna non sembra avere effetti sull'identità dell'adolescente. Inoltre, quando l'identità risulta poco chiara vi è anche un effetto di congelamento nell'abilità dei figli all'esplorazione dell'ambiente, riducendo le esperienze nuove (Bartle-Haring et al., 2002).

Dagli studi sull'evoluzione sintomatologica emerge come i sintomi siano stabili anche dopo il follow-up a 18 mesi, soprattutto per il genere femminile. Possiamo trovare, soprattutto in infanzia, continuità con sintomatologia di iperattività e/o disattenzione e sintomi oppositivi provocatori. Inoltre, vi è un aumento di sintomatologia ansiosa e depressiva in generale. Si segnalano anche difficoltà di linguaggio e discorso. Gli studi di follow-up in età adolescenziale ed adulta confermano la presenza di problematiche depressive ed ansiose (Foley et al., 2004).

Inoltre, alcuni studi ci dicono come l'esposizione all'ansia da separazione dell'adolescente è maggiormente correlata a diagnosi di disturbo bipolare di tipo I in età adulta, oltre che a dipendenza da alcool e depressione maggiore nelle femmine. Si segnala anche la presenza di sintomi di agorafobia e di attacchi di panico (Brückl et al., 2007).

Silove e colleghi (2011) sostengono come l'esperienza di ansia di separazione durante l'infanzia o l'adolescenza porti allo sviluppo di disturbi di personalità nell'età adulta, in particolare nel cluster C. Questa evoluzione è mediata da elementi genetici e biologici, oltre che da genitorialità negativa, con conseguente insicurezza nella crescita (Silove et al., 2011).

Baldwin et al. (2016) confermano che l'impatto sull'identità riguarda anche il sé e la propria autostima, che in questi casi sarà bassa, forte auto critica e

difficoltà nell'attribuzione di significato ai comportamenti dei genitori, oltre che ad un disinvestimento nelle relazioni esterne alla famiglia (Baldwin et al. 2016).

La letteratura sottolinea come l'ansia di separazione giochi un ruolo fondamentale nel mettere in crisi l'identità, soprattutto anche nella fase dell'adulto emergente, a cavallo fra l'età adulta e la fine dell'adolescenza. Nella popolazione generale, però, questa non spiega totalmente la crisi dell'identità, ma risultano essere comunque significative (Bassi et al., 2021).

1.3.5. Modificazioni neurobiologiche

Kallen e colleghi (2008) confermano che vivere dei lunghi e prolungati periodi di stress aumenta il livello di cortisolo nel corpo, con conseguente disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). L'aumento di cortisolo può essere innalzato anche a causa di sintomi di ansia sociale o di separazione dai genitori, rappresentando questi sempre dei momenti di difficoltà, soprattutto in adolescenza. Quando si manifestano sintomi d'ansia il cortisolo aumenta fino a creare problemi del sonno, in quanto vi è uno sbalzo eccessivo nel livello dell'ormone, da poco presente ad un innalzamento repentino dopo il risveglio. Gli adolescenti che manifestano alti punteggi nella sintomatologia da separazione ma bassi nei sintomi somatici sono associati a punteggi più alti nell'ansia da separazione, oltre che ad un'iper-attivazione dell'asse HPA (Kallen et al., 2008).

Brand et al. (2011) confermano l'aumento dell'attività dell'asse HPA e relativa secrezione di cortisolo nei ragazzi con sintomatologia ansiosa da separazione. Anche quando il momento di separazione dalla figura di attaccamento è solo nominata o indotta a pensare, si vede un innalzamento dell'attività dell'asse HPA e produzione di cortisolo. Inoltre, sembrano esserci differenze di genere per quanto riguarda le modificazioni ormonali nei sintomi ansiosi da separazione; in particolare, le femmine hanno maggiore secrezione dell'ormone soprattutto quando si ha l'anticipazione del pensiero di separazione. Invece, nella separazione vera e propria dalle figure di attaccamento entrambi rispondono con alti livelli di produzione di cortisolo (Brand et al., 2011).

La letteratura suggerisce come sintomi di ansia o depressione nell'età prescolare portino ad alterazioni dell'amigdala e del circuito prefrontale nel periodo scolastico e in prima adolescenza. In generale con i sintomi ansiosi c'è una disattivazione di aree della corteccia dorsolaterale e prefrontale. In questo senso anche l'amigdala è attivata quando vi è una forte disregolazione emotiva. Sintomi di ansia di separazione durante l'età prescolare compongono un sistema particolare in cui c'è forte attivazione dell'amigdala e della zona prefrontale, mentre nella zona ventromediale questa associazione è negativa, collegata anche alla riduzione di attività dell'asse HPA (Carpenter et al., 2015). Altri autori, come Lebowitz et al. (2016), affermano come l'ossitocina misurata con la saliva risulta essere inferiore per gli adolescenti con sintomi di ansia da separazione, corrispondente anche nella relazione madre-ragazzo. Inoltre, quando nell'adolescente vi è una ridotta produzione di ossitocina risulta esserci maggiore dipendenza nei confronti delle figure di attaccamento (Lebowitz et al., 2016).

Inoltre, sembra che alterazioni che riguardano l'ossitocina, la serotonina, la dopamina, il GABA possano spiegare la sintomatologia di ansia da separazione. A livello di attività corticale, dalle fMRI emerge come ci siano alterazioni nella funzionalità cortico- limbica (Schiele et al., 2020).

1.4. L'attivazione emotiva nei genitori di adolescenti

1.4.1. Stili genitoriali e regolazione emotiva genitoriale e dell'adolescente

Gli stili genitoriali possono essere riassunti in tre categorie: autorevole, autoritario e permissivo. Nello stile autorevole i genitori manifestano alto controllo e regolazione emotiva, garantendo un senso di sicurezza al figlio e aiutandolo nella gestione di pensieri e situazioni negative. Nello stile autoritario, invece, vi è sempre un alto controllo ma i genitori risultano essere poco accudenti a livello emotivo, non riuscendo a prendersi cura dei bisogni emotivi dei figli. Differentemente, i genitori con stile educativo permissivo manifestano un basso controllo nei figli ed un alto livello di accudimento emotivo e gli adolescenti non hanno un'adeguata regolazione emotiva e comportamentale.

La regolazione emotiva, invece, fa riferimento alla capacità di modulare emozioni positive e negative, insieme a processi cognitivi e comportamentali. In questo senso i genitori con la relazione che instaurano con i figli adolescenti hanno la possibilità di modulare la regolazione emotiva della prole, influenzandola. In questo senso se i genitori sono in grado di creare un rapporto equilibrato espone in maniera minore a problemi esternalizzanti, garantendo un attaccamento sicuro e una buona regolazione emotiva.

Inoltre, madri e padri utilizzano differenti stili educativi a seconda del genere dei figli. Generalmente i padri utilizzano uno stile autoritario, mentre le madri autorevole.

A seconda dello stile educativo ne consegue un'adeguata regolazione emotiva. Nel caso delle madri, utilizzare uno stile autorevole è collegato con una buona regolazione emotiva nei figli adolescenti, mentre quando lo stile è autoritario si ha una difficoltà nella regolazione emotiva, come anche nel caso la madre adotti uno stile permissivo.

Nel caso dei padri, di recente interesse della letteratura, lo stile autorevole risulta in linea con una buona regolazione emotiva, mentre lo stile autoritario e permissivo risulta essere negativo per la capacità regolativa del figlio.

In generale, se i genitori non sono attenti rispetto ai bisogni educativi ed emotivi dei figli le conseguenze possono essere relative alla disregolazione emotiva, oltre che ad alti livelli di sintomi esternalizzanti (Jabeen et al., 2013). Come già accennato nel primo paragrafo una delle più importanti sfide degli adolescenti è quella dell'indipendenza emotiva e la gestione delle emozioni stesse, diventando in grado di utilizzare degli stili di regolazione emotiva (ER) adattivi. I genitori, in questo cruciale momento, contribuiscono come modello di gestione emotiva, soprattutto se le emozioni del ragazzo vengono spinte ad essere espresse, dando un significato positivo alle stesse. I genitori, invece, che cercano di sopprimere la libera espressione delle emozioni dei figli sono associati ad esiti più negativi in generale, rispetto a genitori che favoriscono l'espressione, con conseguente benessere psicosociale, buon successo scolastico e con i pari.

In questo senso il costrutto di supporto dell'autonomia da parte del genitore fa riferimento ad uno stile di sostegno normativo (comunicazioni chiare), ambiente positivo (clima di interazione con il figlio per il suo supporto) e sostegno all'autonomia. Il sostegno all'autonomia e a scelte autonome è garantito attraverso la dimostrazione di empatia, che aiuta nelle scelte fra diverse opzioni in maniera razionale. In particolare, questo costrutto fa riferimento all'interesse incondizionato e sincero del genitore nell'emotività del figlio, soprattutto quella negativa.

La regolazione emotiva fa riferimento ad un insieme di strategie conscie e inconscie per regolare gli stati emotivi. L'integrazione è una forma di regolazione più adattiva, favorendo un interesse nel bambino nel proprio mondo interiore. Quando invece si utilizzano strategie disadattive, come soppressione o disregolazione sono tecniche che riducono l'importanza dell'esperienza emotiva.

In questo senso il supporto all'autonomia materno risulta essere collegato a strategie adattive di regolazione emotiva. Nel caso di disregolazione emotiva, invece, i genitori hanno dei comportamenti che inibiscono l'autonomia.

Il supporto materno sembra ridurre la sintomatologia depressiva nei figli adolescenti, oltre ad aumentare l'autostima e la capacità di regolare la

tristezza. Quando invece, il supporto genitoriale non c'è, risulta una svalutazione della componente emotiva da parte dell'adolescente. Lo stile di regolazione emotiva adattivo è collegato maggiormente ad un supporto all'autonomia del figlio da parte del genitore (Brenning et al., 2015).

Rutherford et al. (2015) sostengono come la capacità di gestione della frustrazione del genitore risulta essere un modello per la regolazione di fronte agli stress delle figlie femmine. Inoltre, il gruppo di ricerca sostiene come la sintomatologia internalizzante ed esternalizzanti sia maggiormente collegata a modalità educative autoritarie.

Gli stessi autori parlano di un modello a tre di influenza nella regolazione emotiva. La prima via fa riferimento alla capacità del figlio di osservare come i genitori regolano le emozioni e attraverso questo imparare le strategie copiandole. La seconda via, invece, è come i genitori si atteggiavano fra loro e come ognuno media con il figlio. Quando non vi è un equilibrio nell'attenzione verso il figlio (ipo o iper-attenzione ai momenti negativi e di difficoltà o a quelli positivi), questo ne trae difficoltà nella regolazione emotiva. La terza via di analisi riguarda l'attaccamento genitori-figlio e l'attaccamento romantico nella coppia. In particolare, in quelle famiglie in cui c'è un elevato grado di conflitto fra coniugi, i figli crescono con maggiori difficoltà nella regolazione emotiva. Inoltre, se la relazione genitoriale è caratterizzata da elementi positivi allora i figli saranno in grado di regolare maggiormente le emozioni, come quelle di gelosia verso i fratelli.

Un'altra fonte di influenza sulla regolazione emotiva riguarda l'attaccamento. Quando questo è sicuro, allora si ha una maggior capacità di regolazione emotiva adattiva nei figli.

La mindfulness sembra essere una buona strategia per regolare la relazione con i figli, riducendo lo stress nella famiglia aiutando lo sviluppo di funzioni esecutive, adibite al controllo e regolazione delle emozioni. Inoltre, questa tecnica ha dei risultati positivi anche nella capacità di regolazione emotiva genitoriale (Rutherford et al., 2015).

1.4.2. Ruolo e funzioni dei sintomi ansiosi genitoriali

Fin dall'infanzia gli effetti della sintomatologia ansiosa genitoriale possono svolgere un ruolo importante sul futuro del ragazzo. In particolare, sia i sintomi ansiosi che depressivi post-partum influenzano negativamente il legame materno con il figlio, riducendo la sensibilità della madre alle cure del figlio, oltre che alla capacità regolativa emozionale. Per quanto riguarda le differenze di genere, le femmine sembrano essere maggiormente influenzate dai sintomi ansiosi e depressivi materni in termini di interazioni peggiori, oltre che a maggiori difficoltà di riparazione degli errori interattivi. I maschi, invece, acquisiscono maggiore capacità di regolazione emotiva quando la relazione di cura emotiva viene meno (Müller et al., 2016).

Niditch e Varela (2011) sostengono come la sintomatologia ansiosa materna possa contribuire, insieme all'età del figlio, ad un disaccordo sul livello ansioso dei figli e dei genitori. In questo senso i figli riportano un maggior livello di ansia rispetto a quello valutato dalla madre, soprattutto se questi sono più giovani. I figli con età maggiore, invece, riportano meno ansia rispetto a quello valutata dalla madre, dimostrando, quindi, una minore capacità di dipendere dal giudizio e coinvolgimento genitoriale, in particolare materno (Niditch & Varela, 2011).

Waters et al. (2012) affermano come i sintomi ansiosi degli adolescenti sono influenzati dalle modalità comportamentali dei genitori. In particolare, si sottolinea come i genitori abbiano un ruolo cruciale nell'insorgenza e il mantenimento degli stessi sintomi, rappresentando quindi un fattore di rischio. Gli stessi genitori con sintomatologia ansiosa fanno aumentare la probabilità di soffrire d'ansia ai figli, soprattutto per le madri verso le figlie femmine. Nell'insorgenza dei sintomi nei figli ha un ruolo anche l'attitudine ansiosa dei genitori nelle sfide della vita, oltre alla modalità di crescita adottata dai genitori. Le madri che riportano maggiore sintomatologia ansiosa sono collegate ad una maggior ansia dei figli. Inoltre, la sintomatologia ansiosa nei figli è influenzata anche da uno stile di cura ansioso e di iperprotezione materna. Anche la percezione che i figli hanno sulla capacità di

gestione dei genitori influenza la loro sintomatologia ansiosa (Waters et al., 2012).

Altri fattori che influenzano gli esiti sintomatologici degli adolescenti riguardano, ad esempio, il calore genitoriale, uno stile autoritario, la disciplina dura (Yap et al., 2014).

Manoochehri e Mofidi (2014) affermano che fenomeni di elevato stress materno sfocino in maggiore sintomatologia ansiosa, influenzando sia la famiglia che i figli, soprattutto nella loro interazione. Le madri con sintomi ansiosi sono meno calorose e dimostrano meno affetto ai figli, oltre ad evitare lo sviluppo dell'autonomia (Manoochehri et al., 2014).

I genitori di adolescenti con sintomatologia ansiosa generalmente manifestano anche intrusività del pensiero, minore calore nelle cure ed esprimono ansia in maniera maggiore (Waite & Creswell, 2015).

I sintomi ansiosi materni sono collegati ad una maggiore difficoltà nell'utilizzo di strategie regolative degli stati emotivi, fungendo quindi da modello negativo per i figli, che a loro volta utilizzeranno strategie negative (Kerns et al., 2017).

1.4.3. Sintomi di ansia di separazione dei genitori

Hock e colleghi (1989) definiscono l'ansia di separazione materna come una sensazione negativa che si prova dopo l'esperienza di separazione, manifestando preoccupazione e tristezza. Generalmente le madri che riportano un maggiore livello di sintomi da separazione manifestano anche minore fiducia confronti delle babysitter, dando loro consigli su come vorrebbero che i figli fossero allevati. (Hock et al., 1989).

McBride e Belsky (1988) affermano che la sintomatologia di ansia da separazione è influenzata dai ruoli di genere nella cultura di appartenenza e dal lavoro della madre. In particolare, le madri lavoratrici sembrano essere maggiormente collegate ad una maggiore sintomatologia. Altri fattori che influenzano lo sviluppo dell'ansia sono un maggiore livello di amicizie, bassa autostima, attaccamento insicuro-evitante (McBride & Belsky, 1988).

Hock e Schirtzinger (1992) affermano come i sintomi di ansia da separazione e sintomi depressivi possano trovare una spiegazione a livello culturale

analizzando i ruoli di genere nella società, soprattutto se riferiti alle differenziazioni dei lavori in base al genere. Inoltre, alti livelli sintomatologici sono collegati ad incapacità della madre di distaccarsi dal figlio. In questi casi le madri valutano loro stesse come meno capaci di svolgere la funzione genitoriale (Hock & Schirtzinger, 1992).

Nella cultura occidentale, per la maggior parte dei casi, il ruolo educativo e di crescita dei figli è della madre. Fattori come soddisfazione lavorativa, autonomia, ruoli di genere possono influenzare l'aiuto del padre nella gestione dei figli. Dalla letteratura emerge che i padri riportano sintomi di ansia da separazione proprio come le madri, inoltre, quando i padri percepiscono sintomi ansiosi nella madre, questi riportano maggiore sintomatologia ansiosa da separazione (Deater-Deckard et al., 1994).

Dagli studi di Hock et al. (2003) emerge come l'ansia di separazione, partendo dall'infanzia, possa essere rappresentata da un modello a tre fattori: il primo rappresenta l'esperienza di ansia provata dalla madre quando essa è distante dal bambino, il secondo è rappresentato dalla percezione che hanno i figli della separazione ed il terzo fattore, invece, fa riferimento alle preoccupazioni genitoriali in merito al lavoro. Con la crescita del figlio, in particolare quando questo arriva nell'età adolescenziale, il genitore cambierà modalità di manifestazione della sintomatologia ansiosa, verso i costrutti tipici di quell'età come autonomia, conflitti, capacità decisionale sulla propria vita, rapporto con i pari che diventa più centrale ed i primi amori.

Poiché il conflitto fra genitore e figlio è centrale nel periodo dell'adolescenza questo rappresenta anche un importante elemento per stabilire i confini relazionali, soprattutto quando l'attaccamento è sicuro perché quest'ultimo permette di risolvere i problemi in maniera più adattiva e matura. Dalle ricerche emerge come i fattori caratterizzanti l'ansia di separazione genitoriale fanno riferimento all'ansia rispetto alla distanza (AAD) collegata all'aumento del controllo genitoriale e alla riduzione dell'autonomia dell'adolescente. L'altro fattore, invece, riguarda l'essere confortati da una base sicura (CSBR) ossia la capacità dei genitori di essere accessibili durante l'adolescenza, sia a livello emotivo che a livello fisico. Quando questa

dimensione riporta alti livelli c'è un maggior funzionamento positivo, anche se con maggior sintomi depressivi ed ansiosi. L'ansia di separazione materna può essere influenzata da fattori derivati dal bambino, come il temperamento, coliche o problemi generali di salute. Quando i genitori manifestano tratti ansiosi sembrano vivere la separazione in maniera meno adattiva (Hock et al., 2003).

Soenens et al. (2006) affermano come i genitori che riportano sintomatologia ansiosa da separazione sono maggiormente collegati ad esperienze di attaccamento negativo con i propri genitori, solitamente caratterizzati da troppa vicinanza e dipendenza. Inoltre, si è dimostrato come l'ansia di separazione e il perfezionismo maladattivo dei genitori hanno un ruolo cruciale sul controllo psicologico. Il controllo psicologico è una modalità relazionale che viene messa in atto con l'ansia genitoriale relativa alla separazione e alla distanza, oltre che alla paura per il raggiungimento delle autonomie (Soenens et al., 2006).

L'uso eccessivo di controllo psicologico da parte del genitore è collegato con una maggiore sintomatologia internalizzante e sintomi depressivi negli adolescenti (Soenens et al., 2010).

Ricerche successive confermano che i sintomi paterni da separazione con i figli sono fortemente collegati all'ansia da separazione della madre e quella in generale della relazione fra i coniugi, mentre quella materna è influenzata da fattori di personalità e da ruoli sociali (Kins et al., 2013).

In linea anche con i sintomi ansiosi, le madri riportano maggiore sintomatologia da separazione rispetto ai padri (Peleg et al., 2015).

Sackl-Pammer e colleghi hanno trovato come i genitori di adolescenti con sintomi di ansia rispetto alla separazione mostrino maggiormente sintomi ansiosi, disturbi dell'umore e psicopatologie in generale. I padri, nello specifico, mostrano sintomi ossessivo-compulsivi mentre le madri hanno sofferto di qualche fobia specifica (Sackl-Pammer et al., 2015).

Wuyts et al. (2017) affermano come le madri con ansia di separazione sono meno supportive nello sviluppo delle autonomie dei figli, anche quando questi temi vengono solamente discussi (Wuyts et al., 2017).

1.4.4. Sintomi depressivi genitoriali

In questo paragrafo verranno presi in considerazione i sintomi depressivi genitoriali. Gli effetti dei sintomi depressivi genitoriali possono essere combinati con diversi altri fattori: genetici, esposizione intrauterina, regolazione emotiva, modelli genitoriali disfunzionali e possono avere esiti diversi nei ragazzi. Quando i genitori presentano questi sintomi ne consegue che la crescita e la cura dei figli diventa più difficile, con disadattamento nei figli. La madre generalmente ha più influenza nell'autostima e nella gestione emotiva, mentre il padre coinvolge più l'ambito delle amicizie e del confronto con i pari. Inoltre, è stato riconosciuto il ruolo dei sintomi genitoriali come responsabili di problematiche internalizzanti ed esternalizzanti nei ragazzi. Inoltre, i genitori sembrano essere maggiormente intrusivi, ostili, arrabbiati e meno coinvolti nei confronti dei ragazzi (Elgar et al., 2007).

Manczak et al. (2017) sostengono che il collegamento fra sintomi depressivi genitoriali e dell'adolescente possono essere spiegati da comportamenti genitoriali negativi come controllo e poca accettazione. Inoltre, fattori strutturali come la routine familiare, ad esempio l'orario del sonno, i pasti consumati assieme, possono influenzare la sintomatologia depressiva genitoriale e dei figli. Quando la routine familiare è alterata ne consegue anche una difficoltà nella regolazione emotiva dei figli, oltre che a manifestazione di sintomi depressivi (Manczak et al., 2017).

Tyrell e colleghi (2019) affermano come l'influenza dei sintomi depressivi genitoriali abbia conseguenze sia in adolescenza che nei giovani adulti. La misura di sintomi depressivi materni e paterni fra i 10 e 15 anni dei figli può tracciare traiettorie di difficoltà internalizzanti o esternalizzanti. Inoltre, sintomi depressivi materni sono collegati a basso adattamento nei figli, problematiche internalizzanti, problemi con i pari e a livello sociale, con conseguenze negative dal punto di vista scolastico. I sintomi depressivi paterni, invece, hanno effetti a livello internalizzante ma soprattutto esternalizzante, come deficit dell'attenzione e iperattività, delinquenza e problematiche di condotta. Inoltre, è coinvolta anche la struttura familiare; quando ci sono famiglie mono genitoriali gli esiti dei figli sono più negativi

e riportano maggiore sintomatologia sia internalizzante che esternalizzante. Proseguendo la letteratura riporta che la sintomatologia materna coinvolge maggiormente problemi internalizzanti sia in maschi che nelle femmine, mentre la sintomatologia paterna riporta maggiori problemi esternalizzanti ma solo nelle femmine, anche se in generale la sintomatologia paterna è un forte predittore di problemi esternalizzanti negli adolescenti (Tyrell et al., 2019).

Per quanto riguarda l'analisi della depressione materna presa singolarmente, questa è collegata a fattori di disuguaglianza sociale, eventi negativi nel corso della vita e situazioni di liti familiari; inoltre, espone al rischio di problemi comportamentali distruttivi nei bambini e hanno maggiore sintomatologia depressiva. Le madri, inoltre, hanno la tendenza a sovrastimare i sintomi depressivi dei figli rispetto ai livelli riportati dagli stessi, sia femmine che maschi. La letteratura sembra suggerire che quando la madre ha sintomi depressivi i figli maschi sono coinvolti nella misura minore delle figlie femmine, sia in infanzia che all'età di 16 anni. La spiegazione della differenza di genere può essere fatta risalire al fatto che le figlie sono più sensibili ai sintomi materni, oltre che ad una maggiore sintomatologia nelle ragazze in generale nell'età adolescenziale (Fergusson et al., 1995).

Luoma e colleghi (2001) hanno trovato come la depressione materna è associata a maggior sintomi internalizzanti nei figli, oltre che ad avere una continuità eterotipica, per cui i sintomi depressivi materni cambiano a seconda dell'età dei figli. Anche i genitori, in ogni caso riportano maggiore sintomatologia internalizzante. Quando entrambi riportano continuità sintomatologica manifestano irritabilità, agitazione ed aggressività (Luoma et al., 2001).

Olino e colleghi (2015) affermano come madri con sintomi depressivi manifestano meno calore, conforto e atteggiamenti di attaccamento e sono collegati a maggior sintomatologia depressiva negli adolescenti. Le madri che manifestano pochi atteggiamenti positivi come validazione emotiva, emozioni positive ed un alto livello di emozioni negative come conflitti e controllo sul figlio hanno una maggiore probabilità di avere dei figli

adolescenti con sintomi depressivi, oltre che ad esporli a vulnerabilità emotiva e cognitiva di fronte agli eventi stressanti.

Inoltre, quando le madri riportano sintomi depressivi nei figli, queste sono maggiormente esposte a storie di depressione in passato (Olinò et al., 2015). O'Connor et al. (2017) sostengono che i sintomi depressivi, internalizzanti ed esternalizzanti materni attuali possono essere un elemento di valutazione della salute psicologica del figlio adolescente, invece che valutare la pervasività e la presenza dei sintomi nel passato. Quando i sintomi materni sono trattati e compresi, si riduce anche la sintomatologia dei figli. Inoltre, quando vi è un'esperienza sintomatologica più cronica i figli manifestano maggiore sintomatologia esternalizzante rispetto alle madri con brevi episodi depressivi (O'Connor et al., 2017).

Rispetto ai sintomi depressivi paterni la letteratura porta pochi studi. Questo può essere spiegato dal fatto che solitamente la cura e i sintomi depressivi sono maggiormente collegati ad il ruolo materno rispetto ai padri, oltre alla difficoltà dei ricercatori di contattare e seguire i padri nella somministrazione. Inoltre, la depressione paterna è associata ad un rischio maggiore di psicopatologia nei figli, oltre che a sintomi di depressione ed ansia. I sintomi depressivi paterni sembrano essere in qualche misura collegati alla depressione materna, oltre che a differenze di genere dei figli. Infatti, i figli maschi sembrano essere maggiormente coinvolti nella depressione materna e a situazione di minore vulnerabilità per le figlie femmine. Dalla ricerca di Reeb et al. (2014) emerge che i sintomi depressivi paterni permettono di vedere l'evoluzione sintomatologica dei figli in una linea di 8 anni, dalla pubertà fino alla fase dei giovani adulti. In più i sintomi depressivi paterni sono predittivi di sintomi internalizzanti, quindi sia ansiosi che depressivi. La ricerca permette di confermare che l'influenza dei sintomi depressivi paterni non si limita all'infanzia, ma dura fino alla fase di transizione verso l'età adulta (Reeb et al., 2014).

CAPITOLO 2 - LE RICERCHE IN LETTERATURA

In questo secondo capitolo verranno analizzate le principali e più importanti ricerche svolte in letteratura in merito all'autonomia emotiva e all'emancipazione dell'adolescente, verranno poi mostrati degli studi che coinvolgono i sintomi di ansia in adolescenza e il loro ruolo, manifestazioni e le conseguenze sull'identità dell'adolescente, oltre che nello specifico i sintomi di ansia da separazione e la loro associazione con l'attaccamento. Infine, verranno presi in considerazione quegli studi che hanno approfondito il tema della regolazione emotiva genitoriale, soprattutto per i sintomi internalizzanti come ansia e depressione.

2.1 Studi sull'autonomia emotiva dell'adolescente

Lamborn e Steinberg (1993) conducono uno studio per valutare gruppi di adolescenti e di come questi si muovono nel mondo dell'autonomia personale. In particolare, gli autori descrivono quattro gruppi di adolescenti: individuati (adolescenti autonomi a livello emotivo e con genitori supportivi), ambivalenti (in cui manca la componente di autonomia e il supporto genitoriale), distaccati (c'è l'autonomia emotiva ma i genitori non sono supportivi), connessi (c'è bassa autonomia emotiva ed alto supporto genitoriale).

I ragazzi individuati hanno un'identità abbastanza stabile, hanno trovato un giusto equilibrio fra l'essere connessi con i genitori e lo sviluppo dell'autonomia. I distaccati raggiungono l'indipendenza emotiva più perché i genitori non erano emotivamente disponibili, con basso adattamento e alto malessere a livello psichico. I ragazzi connessi, invece, hanno contatto emotivo con i genitori senza la parte di autonomia. I ragazzi ambivalenti sono quei ragazzi che non hanno autonomia emotiva ma si considerano indipendenti dai genitori, negando la necessaria dipendenza dai genitori (Lamborn&Steinberg, 1993).

Meyers et al. (1996) studiano l'adolescente e la sua autonomia in riferimento ai confini familiari che permettono lo sviluppo dell'autonomia. Infatti, è emerso che quei confini elastici, permeabili e chiari e dove emerge coesione fra i membri della famiglia ci sia maggiore capacità di adattarsi alle nuove richieste e allo sviluppo degli adolescenti (Meyers et al., 1996).

Garber e colleghi (2001) attraverso la loro ricerca longitudinale sull'autonomia e la regolazione emotiva adolescenziale hanno trovato, con gli strumenti valutativi tipo

CBCL, EAS e Family Relationship Index (FRI), che le competenze di regolazione emotiva sono influenzate da sintomi materni depressivi. Quando le madri manifestano sintomi depressivi, allora i figli generalmente manifestano più sintomatologia internalizzante ed esternalizzante (Garber et al., 2001).

Cook et al. (2018) affermano che lo stress nella vita dell'adolescente influenza sulle problematiche sia internalizzanti che esternalizzanti, coinvolgendo anche l'autonomia emotiva. Se la famiglia fa esprimere l'autonomia e i ragazzi rispondono facilmente allo stress allora ci sono meno rischi per le problematiche internalizzanti ed esternalizzanti. Per arrivare ad affermare questo le ricercatrici hanno utilizzato sia questionari report base che analisi di discussioni fra genitori e adolescenti della durata di otto minuti, poi codificate con il sistema ARCS. Inoltre, per la valutazione dello stress è stato utilizzato il pulsossimetro. Infine, gli adolescenti hanno valutato il loro mondo interiore attraverso la Child Behavior Checklist Scale (YSR) (Cook et al., 2018).

2.2 Studi su ruolo, manifestazioni ed impatto identitario dei sintomi d'ansia in adolescenza

Un campione di latino-americani frequentanti le scuole superiori in America è stato testato con la BSI, ossia una versione ridotta della SCL per la valutazione della sintomatologia in generale, è stata poi valutata la sensibilità all'ansia (AS) con il CASI. Emerge come la sensibilità ansiosa e i sintomi ansiosi siano moderati da altri fattori come il genere, il contesto sociale di crescita, la sensibilità ansiosa e la cultura (Varela et al., 2006).

Nello studio longitudinale di Oort et al. (2009) emerge che in cinque anni i sintomi ansiosi decrescono durante l'adolescenza precoce per incrementare, invece, in tarda adolescenza e in età adulta. I risultati sono emersi grazie alla valutazione dei sintomi sia ansiosi che depressivi con la RCADS e la YSR dei ragazzi (Oort et al., 2009).

Schmidt e colleghi (2010) attraverso la RCADS, ossia lo strumento per la valutazione dei sintomi ansiosi e depressivi negli adolescenti e la CASI per la valutazione della sensibilità all'ansia, affermano come l'AS esponga al rischio maggiore di sintomi ansiosi, di psicopatologie o sintomi più pervasivi sul funzionamento dell'adolescente, ricadendo in futuro nei disturbi (Schmidt et al., 2010).

Panayiotou e colleghi (2014) sostengono attraverso la loro ricerca che i sintomi di ansia sociale siano collegati non solo da una dimensione di inibizione comportamentale ma anche di sensibilità all'ansia (AS), soprattutto quando gli adolescenti utilizzano la strategia di evitamento dell'ansia. Questa ricerca è stata resa possibile grazie alla valutazione della sintomatologia ansiosa con l'ASI-16, lo SPAI per la valutazione dell'ansia sociale e altre scale che valutano la consapevolezza (Panayiotou et al., 2014).

McLaughlin et al. (2015) con un modello a classi latenti hanno studiato i diversi sintomi ansiosi nel corso del tempo. Per valutare i sintomi hanno utilizzato la MASC, che è una misura dell'ansia multidimensionale, e la PSWQ-C, che è uno strumento per la valutazione della frequenza e l'intensità delle preoccupazioni. Inoltre, è stata somministrata la CDI per la valutazione dei sintomi depressivi. Dalla ricerca è emerso che i sintomi ansiosi sono diminuiti nel corso del tempo dello studio mentre quelli depressivi sono rimasti stabili (McLaughlin et al., 2015).

Ohannessian et al. (2016) hanno indagato l'evoluzione dei sintomi ansiosi di diverso genere dall'adolescenza media fino all'entrata nell'età adulta in un periodo di due anni. Con la SCARED per la misura dei sintomi ansiosi (ad esempio sintomi di ansia generalizzata, sintomi da panico e ansia da separazione,) uniti a dati demografici è emerso, attraverso correlazioni bivariate e un modello a curva latente, che nel tempo le femmine manifestano meno sintomi ansiosi mentre i maschi si mantengono abbastanza stabili nel tempo (Ohannessian et al., 2016).

Young et al. (2019) affermano che i sintomi di ansia in adolescenza sono collegati con l'utilizzo di strategie per la gestione emotiva che fanno riferimento alla rivalutazione cognitiva, sostenuto da self report come la DERS compilata dagli adolescenti stessi (Young et al., 2019).

2.3 Studi sull'ansia da separazione in adolescenza ed attaccamento

Poulton et al. (2001) attraverso una loro ricerca sull'etologia dell'ansia da separazione hanno misurato questa variabile insieme ad altre, come l'ospedalizzazione, all'età di 3, 11 e 18 anni. All'età di 3 anni l'ansia da separazione e altre misure di sviluppo sono state valutate attraverso l'osservazione di un medico e di uno psicologo. All'età di 11 anni è stata usata la traccia di intervista della DISC-C, sulla base del DSM III. Infine, a 18 anni i ragazzi sono stati coinvolti in

un'intervista DIS che si basa su criteri del DSM III. Vengono poi analizzate le variabili indipendenti che riguardano il numero di separazioni della madre dai bambini quando questi sono piccoli, il numero di separazioni dovute a situazione di ospedalizzazione, la valutazione di separazioni genitoriali ed infine la morte di uno dei genitori. Da qui emerge che condizioni come basso livello socioeconomico e perdita di genitore fra 11 e 18 anni sono collegate a maggiore sintomatologia ansiosa da separazione. Situazioni di ospedalizzazione all'età di 9 anni, invece, non sono collegate all'ansia di separazione all'età di 18 anni (Poulton et al., 2001).

Foley et al. (2004) hanno indagato gli esiti a breve termine collegati alla sintomatologia ansiosa da separazione in un campione di gemelli. Sono stati somministrati il CAPA per la valutazione dei sintomi, sia per la versione adolescenti che per i genitori. Quest'ultimi poi sono stati intervistati per valutare la loro storia in generale soprattutto riguardante la salute psicologica. Infine, i genitori hanno compilato la DAS per la valutazione della regolazione diadica. È emerso che c'è una forte percentuale che al follow-up presenta sintomi di ansia da separazione, che si manifestano anche con disturbo oppositivo provocatorio, con sintomi riconducibili all'ADHD, sintomi ansiosi ed episodi depressivi (Foley et al., 2004).

Weems et al. (2005), con uno studio trasversale, hanno analizzato la sintomatologia ansiosa e l'espressione della paura in tre gruppi di giovani: bambini fra i 6 e i 9 anni, preadolescenti fra i 10 e i 13 e adolescenti fra i 14 e 17 anni. Per valutare i sintomi di ansia sociale e generalizzata è stata utilizzata la RCADS (sulla base dei criteri del DSM IV), completata anche dai genitori nella loro versione (RCADS-P). Inoltre, per la misura della paura è stata utilizzata la FSSC-R. Emerge che la sintomatologia ansiosa da separazione è maggiore nella fascia di età 6-9 anni mentre i pensieri di morte o la paura emerge soprattutto fra i 10 e i 13 anni ed in età adolescenziale l'ansia ha carattere più di ansia sociale (Weems et al., 2005).

Brückl et al. (2007) hanno condotto uno studio longitudinale della durata di 4 anni in cui hanno analizzato le associazioni fra sintomi di ansia da separazione a altri sintomi. Per fare questo hanno somministrato la M-CIDI per la valutazione di 48 sintomi associati alle principali etichette diagnostiche presenti nel DSM-IV in un campione di adolescenti fra i 14 e i 24 anni. È emerso che i sintomi di ansia da

separazione sono collegati a maggiore rischio per sintomi da panico e agorafobia, fobie specifiche e ansia generalizzata (Brückl et al., 2007).

Doerfler e colleghi (2008) hanno analizzato come gli adolescenti con sintomi di ansia da separazione e sintomi di panico hanno avuto maggiori episodi di separazione dai caregiver rispetto solo a chi manifesta sintomi di ansia da separazione. I questionari somministrati sono il K-SADS e YSF per i ragazzi, mentre i genitori hanno effettuato un'intervista sulla base della LEPSI, ossia un'intervista sugli eventi stressanti che hanno coinvolto la famiglia negli ultimi 12 mesi, oltre che a raccogliere informazioni biografiche sulla famiglia. Inoltre, i genitori hanno compilato la CBCL per la valutazione emotiva e comportamentale dei figli. Dalla ricerca emerge che i ragazzi con entrambi i sintomi abbiano minore adattabilità e ciò li espone a maggiori rischi rispetto a chi manifesta solo sintomi di ansia da separazione. Inoltre, le differenze sintomatologiche non sono spiegate dal numero di eventi legati alla separazione (Doerfler et al., 2008).

Orgilés e colleghi (2012) hanno impostato una ricerca sulle differenze di età e di genere nella manifestazione dei sintomi ansiosi. Nello specifico, attraverso la SCAS, uno strumento per la misura dell'ansia nei bambini. È emerso che i sintomi da separazione sono i più frequenti nel campione in esame, insieme ai sintomi somatici. Le femmine in generale hanno manifestato maggiori sintomi ansiosi tranne per i sintomi ossessivo-compulsivi.

Bassi et al. (2021) hanno esplorato la relazione fra i sintomi ansiosi da separazione, il livello di ansia generale e i tratti di personalità collegati in un campione di giovani adulti universitari. È stata valutata l'ansia da separazione con ASA-27, l'ansia di stato e di tratto con la STAI-Y e con la PAI-BOR per la valutazione dei tratti di personalità. È emerso che nel campione di giovani universitari che i sintomi di ansia e di ansia da separazione hanno un ruolo importante nell'identità dei giovani adulti e che quindi sia necessario intervenire per comprendere e dare un significato ai sintomi affinché questo campione possa poter godere di una maggiore stabilità identitaria in un periodo di transizione (Bassi et al., 2021).

2.4 Studi sulla regolazione emotiva dei genitori di adolescenti

Brenning e colleghi (2015) hanno esplorato con uno studio longitudinale di un anno, il ruolo del supporto materno e genitoriale sulla regolazione emotiva di adolescenti, intesa come integrazione, soppressione e disregolazione. Per valutare la percezione del supporto materno viene utilizzata la PAS, in particolare la sottoscala genitoriale. Viene utilizzato lo strumento ERI per la valutazione della regolazione emotiva, una scala modificata per ragazzi per la valutazione dell'autostima degli adolescenti ed infine la CDI per la valutazione dei sintomi depressivi nei ragazzi. Analizzando la relazione fra supporto e regolazione emotiva è emerso che quando si riceve e percepisce supporto materno nell'autonomia adolescenziale, i ragazzi utilizzano maggiormente integrazione delle emozioni mentre diminuiscono l'utilizzo di tecniche di soppressione (Brenning et al., 2015).

Niditch e Varela (2011) hanno approfondito gli effetti dei sintomi ansiosi materni nel rapporto con i figli. Gli esperti si sono avvalsi della CBCL per la valutazione dei ragazzi, mentre viene poi sottoposta l'intervista ADIS sia per genitori che per ragazzi per la valutazione dei sintomi ansiosi. Viene approfondita la valutazione dei sintomi ansiosi utilizzando sia il MASC per i ragazzi e anche la STAI-T per i genitori. Quello che è emerso è stato che quando l'ansia materna ha alti livelli e il ragazzo è adolescente la madre riporta sintomi più alti, mentre quando l'ansia materna è alta e il ragazzo è più piccolo, quest'ultimo riporta maggiore ansia. Se la madre riporta poca ansia allora ci sarà discrepanza fra l'ansia percepita e quella effettiva (Niditch e Varela, 2011).

Müller et al. (2016) hanno esplorato il legame fra ansia materna e comportamenti di auto consolazione dei bambini, ponendo enfasi sul genere e l'età all'interno di uno studio longitudinale. È stata valutata l'ansia materna con la SKID-I, una versione tedesca del PBQ e ICEP-R per approfondire le interazioni genitore-bambino. Dalla ricerca emerge che il legame più debole con la madre può essere un fattore di mediazione con l'ansia materna e l'uso di strategie autoconsolatorie del bambino, soprattutto quando sono femmine verso l'età adolescenziale. Analizzando invece i comportamenti autoconsolatori sono collegati maggiormente alle femmine rispetto ai maschi (Müller et al., 2016).

Sackl-Pammer e colleghi (2015) hanno esplorato le psicopatologie associate ai sintomi ansiosi da separazione dei genitori. È emerso che i genitori manifestano sintomi ansiosi e depressivi, le madri quando non presentano sintomi ansiosi soffrono maggiormente di ansia sociale e paure specifiche. I padri, invece, manifestano sintomi ossessivo-compulsivi e ansia sociale. I costrutti sono stati indagati nei genitori con l'intervista semistrutturata SCID-I, mentre nei figli è stato utilizzato la DIMICA per la valutazione della psicopatologia (Sackl-Pammer et al., 2015).

Wuyts et al. (2017) in uno studio osservativo hanno esplorato il ruolo dell'ansia di separazione materna in associazione all'autonomia adolescenziale. In particolare, sono stati misurati l'ansia di separazione materna con la scala AAD della PASAS, la tensione nelle discussioni con il PANAS e le emozioni a fine discussione. Viene anche valutata la conversazione fra madre e figlio e codificata con i precedenti strumenti. La ricerca permette di sostenere che l'ansia di separazione materna abbia influenza sulla qualità relazionale con il figlio, inoltre le madri con alta ansia da separazione risultano essere meno supportive con il figlio oltre che a sperimentare più stress e frustrazione durante le conversazioni (Wuyts et al., 2017).

Reeb e colleghi (2014) hanno studiato gli effetti a lungo termine dei sintomi depressivi paterni. In particolare, hanno misurato i sintomi internalizzanti con la SCL-90, l'ostilità paterna in termini di videoregistrazione e codificate da esperti indipendenti formati e l'IF-IRS. Viene poi anche valutata l'instabilità matrimoniale con la MII e la condizione socioeconomica della famiglia. Dalla ricerca emerge che i sintomi depressivi paterni valutati quando il figlio ha 13 anni predicono i sintomi depressivi e ansiosi all'età di 21 del figlio, controllando tutte le variabili intervenienti, come sintomi depressivi materni (Reeb et al., 2014).

O'Connor et al. (2016) hanno esplorato il ruolo dei sintomi depressivi materni nel determinare sintomatologia internalizzante ed esternalizzante negli adolescenti. È stata valutata la depressione materna con la BDI, il funzionamento generale materno con la GAF, i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti negli adolescenti con la CBCL. È emerso che la cronicità e severità dei sintomi depressivi materni predice un alto livello di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in qualsiasi età del campione, quando la sintomatologia depressiva è cronica e diventa un disturbo, c'è un maggior rischio di sintomi esternalizzanti nei figli adolescenti (O'Connor et al., 2016).

CAPITOLO 3 - RICERCA

3.1 Obiettivi ed ipotesi

Data la letteratura appena esposta, la presente ricerca si pone come primo obiettivo quello di esplorare la possibilità di costruire un modello che possa riassumere, attraverso una cluster analysis, i dati in maniera ottimale, premessa l'elevata numerosità del campione. Si immagina la possibilità di creare un modello che trovi un compromesso fra bontà statistica e complessità dei dati.

Secondariamente si vuole esplorare il ruolo delle variabili sociodemografiche raccolte in relazione alla sintomatologia generale dell'adolescente.

Sulla base degli obiettivi appena esposti, si formulano le seguenti ipotesi:

1. Si ipotizza che emergano dei profili differenti, considerando l'adattamento psicologico generale dell'adolescente, ansia e depressione sia delle madri che dei padri. Esploriamo, quindi, la possibilità di esistenza di profili differenti.
2. Si vuole esplorare se i gruppi sono significativamente diversi in alcune sociodemografiche scelte che riguardano i genitori (età, tipo di occupazione, titolo di studio e reddito) e nei ragazzi (età, genere, tipo di scuola, attività extrascolastiche). Inoltre, si vuole indagare se i gruppi sono significativamente diversi anche per quanto riguarda l'ansia dei ragazzi, misurata con lo strumento SCAS.

3.2 Metodologia

3.2.1 Campione

Il presente studio ha visto la partecipazione di un gruppo di 460 ragazzi dai 13 ai 18 anni ($M= 15.326$, $DS= 1.559$) e dei rispettivi genitori. Fra gli adolescenti che hanno partecipato 43.6 % sono maschi e 56.4% femmine.

I criteri di inclusione al campione sono i seguenti: nascita compresa fra il 2005 e il 2010, il consenso dei genitori, somministrazione nella popolazione generale. Tutti i ragazzi compresi nel campione risultano essere studenti. Nello specifico la maggior parte del campione frequenta il liceo, seguito da un istituto tecnico. La maggior parte dei ragazzi presi in considerazione frequentano attività extrascolastiche.

Per quanto riguarda l'adattamento psicologico generale dei ragazzi, misurato attraverso lo strumento SDQ, il 14.2% del campione riporta livelli clinici. Il 31.2% riporta livelli clinici di ansia, misurato attraverso la SCAS.

Di seguito, i dati appena esposti vengono sintetizzati nella *Tabella 1*.

CAMPIONE ADOLESCENTI (N=460)			
ETÀ			
M	DS	Min	Max
15.326	1.559	13.000	18.000
GENERE			
Maschile		Femminile	
43.6%		56.4%	
SCOLARITÀ			
Scuola media	Liceo	Istituto tecnico	Istituto professionale
19.8%	47.2%	23.9%	9.1%
ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE			
Frequenza		Nessuna attività	
81.5%		18.3%	
BENESSERE PSICOLOGICO			
Adattamento psicologico clinico		Livello clinico ansia	
14.2%		31.2%	

Tabella 1. Sintesi delle informazioni sociodemografiche e dei questionari del campione di adolescenti

Per quanto riguarda il campione genitoriale, si prendono in considerazione prima le madri e successivamente i padri.

Le madri del campione sono 460 ($M_{età} = 49.442$, $DS_{età} = 4.802$, $Min_{età} = 35.000$, $Max_{età} = 63.000$), le quali per più della metà del campione svolgono lavori full-time, seguito da lavori part-time ed, infine, una piccola percentuale sono disoccupate.

La maggior parte del campione delle madri ha un diploma di istituto superiore e un reddito che appartiene alla fascia media.

Per quanto riguarda il benessere psicologico delle madri dalle analisi statistiche è emerso che il 19.7% riporta livelli clinici di ansia e il 5.2% livelli clinici di depressione.

I padri considerati dal campione sono 460 ($M_{età} = 52.044$, $DS_{età} = 5.214$, $Min_{età} = 37.000$, $Max_{età} = 67.000$), i quali per il 95.5% hanno un lavoro full-time, per il 3.2% hanno un lavoro part-time e per l'1.3% risultano attualmente disoccupati.

Per i padri emerge che la maggior parte di loro ha un diploma di istituto superiore e appartiene ad una fascia di reddito media.

Analizzando il livello di benessere psicologico dei padri è emerso che il 7.9% riporta livelli clinici di ansia e il 12.8% livelli clinici di depressione.

A seguire, la *Tabella 2*, che riassume in maniera sintetica i dati appena riportati dalla ricerca.

CAMPIONE GENITORI (N=460)				
ETÀ				
	M	DS	Min	Max
MADRI	49.442	4.802	35.00	63.000
PADRI	52.044	5.214	37.00	67.000
OCCUPAZIONE				
	Full-time	Part-time	Disoccupati	
MADRI	53.8%	38.8%	7.4%	
PADRI	95.5%	3.2%	1.3%	
SCOLARITÀ				
	Diploma istituto superiore	Laurea	Diploma scuola secondaria	Diploma scuola primaria
MADRI	48.0%	31.8%	18.4%	1.8%
PADRI	47.8%	23.9%	25.7%	2.6%
REDDITO				
	Fascia alta	Fascia media	Fascia bassa	Fascia molto bassa
MADRI	7.2%	73.0%	18%	1.1%
PADRI	9.0%	76.0%	13.2%	1.3%
BENESSERE PSICOLOGICO				
	Livello clinico di ansia		Livello clinico di depressione	
MADRI	19.7%		5.2%	
PADRI	7.9%		12.8%	

Tabella 2. Sintesi delle informazioni sociodemografiche e dei questionari del campione delle madri e dei padri degli adolescenti

3.2.2 Procedura

La ricerca in questione fa parte dello studio denominato “Ansia di separazione di adolescenti in relazione ad alcuni fattori disposizionali: un contributo alla validazione italiana”.

Lo studio in questione rispetta i principi e le normative del Codice Etico AIP (Associazione Italiana di Psicologia) ed è stato approvato dal Comitato Etico della ricerca Psicologica dell’Università di Padova.

La ricerca è stata somministrata attraverso modalità paper-pencil in presenza con snowball sampling e somministrazione con diffusione online di un link.

Nella prima modalità attraverso conoscenza e segnalazione di nuclei familiari interessati si procede con un appuntamento in presenza nel quale il genitore firma il consenso informato, che sottoscrive anche il figlio. Dopo la compilazione in maniera indipendente, verranno creati dei codici di corrispondenza per ogni partecipante sulla base di informazioni fornite dalle ricercatrici. In questa maniera i partecipanti, qualora lo volessero, avrebbero modo di accedere ai dati grezzi dei questionari compilati.

Nella modalità online la condivisione della ricerca avviene per conoscenza e con un link creato appositamente ed inviato alla e-mail del genitore. Nella prima parte vi sarà una parte sul consenso informato e su tutte le informazioni che verranno richieste al figlio, oltre che agli obiettivi di ricerca e dello studio. Una volta esplicitamente acconsentito, ci accede al questionario. Alla fine della compilazione del genitore, sarà il turno del figlio che, previo consenso, potrà partecipare. Anche in questa modalità vi sarà la creazione di un codice secondo le indicazioni delle ricercatrici. In questa maniera i partecipanti, qualora lo volessero, avrebbero modo di accedere ai dati grezzi dei questionari compilati via e-mail.

Il protocollo della ricerca prevedeva di somministrare ai genitori i seguenti strumenti self report: informazioni sociodemografiche, Adult Separation Anxiety (ASA), Parental Separation Anxiety Scale (PSAS), Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9), General Anxiety Disorder – 7, Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12).

I figli adolescenti, di contro, dovevano compilare i seguenti questionari-self report: informazioni sociodemografiche, Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12), Strengths and Difficulties Scale (SDQ).

Ai partecipanti è stata garantita la massima riservatezza rispetto al trattamento e all'analisi dei dati, utilizzati in forma esclusivamente confidenziale e a scopo di ricerca; infatti, ogni genitore e adolescente creavano un codice sulla base di informazioni personali condivise affinché i dati potessero essere aggregati fra genitori e figli; il tutto è avvenuto in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea, alla Dichiarazione di Helsinki, in accordo con il Digs 196/2003 (e successive modifiche e/o integrazioni) e in modo da favorire il rispetto della protezione dei dati personali e della privacy. Oltre a questo, ai partecipanti è stata resa nota la possibilità di poter ritirare il consenso in qualsiasi momento e senza dover necessariamente fornire una motivazione.

3.2.3 Strumenti

I genitori, come anticipato, hanno compilato alcuni strumenti self-report che verranno di seguito descritti in maniera più precisa:

- Informazioni sociodemografiche: ai genitori dell'adolescente viene richiesto di descrivere alcune informazioni di tipo sociodemografico, ad esempio, età, genere, professione, titolo di studio, numero di figli ed è composto da 14 item.
- Adult Separation Anxiety (ASA; Manicavasagar et al., 1997, 2003), si tratta di un questionario self-report che valuta i sintomi dell'ansia da separazione negli adulti ed è composto da 27 item valutati su scala Likert a 4 punti.
- Parental Separation Anxiety Scale – PSAS (Dashiff et al., 2008; Morrison et al., 2012), è un questionario self-report che valuta i sentimenti di angoscia e tristezza di un genitore rispetto alla separazione dei figli adolescenti, ad esempio concentrandosi sulla mancanza dell'altra persona oppure essere preoccupati sull'altra persona. È composto da 18 item, le risposte sono su scala Likert a 6 punti e vi sono

due sottoscale: ansia da separazione genitoriale e percezione degli effetti della separazione negli adolescenti.

- Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ - 9; Spitzer et al., 1999), è un questionario self-report di 9 item che va a valutare la presenza di sintomi depressivi, viene usato sia per lo screening in popolazione che per il case-finding. È composto da due domande. La prima fa riferimento alla presenza di sintomi depressivi nelle ultime due settimane, secondo i criteri del DSM-5, valutati con una scala a 4 punti Likert che danno il punteggio totale. La seconda domanda, invece, fa riferimento alla compromissione dovuta alla sintomatologia nella vita del paziente.
- General Anxiety Disorder – 7 (GAD – 7; Spitzer et al., 2006), è un questionario self-report composto da 7 item che studia la presenza di sintomi ansiosi nel soggetto. Viene valutata su scala a 4 punti Likert e successivamente si indaga, con una domanda, quanto i sintomi siano pervasivi sul funzionamento del soggetto.
- Intolerance of Uncertainty Scale (IUS – 12; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009), è un questionario self-report di 27 item che valuta la capacità di tollerare situazioni incerte. Al genitore è richiesto di valutare quanto ciascuna affermazione proposta la descriva effettivamente e, dunque, indicare il livello di accordo. Le risposte sono su scala Likert a 5 punti.

Ai figli adolescenti viene richiesto di completare gli strumenti self-report di seguito descritti:

- Informazioni sociodemografiche: gli adolescenti dovranno riportare alcune informazioni generali di tipo sociodemografico ad esempio, età, genere, classe e tipo di scuola frequentata con 5 item.
- Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998, 2002), è uno strumento self-report composto da 45 item che valuta l’ansia in diverse manifestazioni sintomatologiche: panico e agorafobia, ansia da separazione, paura di danno fisico, fobia sociale/scolastica, sintomi ossessivo-compulsivi e ansia generalizzata. Vi sono 4 punti nella scala Likert di valutazione.

- Intolerance of Uncertainty Scale (IUS – 27; Buhr et al., 2002; Sexton et al., 2009), è questionario self-report di 27 item che valuta la capacità di tollerare situazioni incerte. Alla persona viene richiesto di valutare quanto ciascuna informazione proposta la descriva effettivamente e, dunque, indicare il livello di accordo. Le risposte sono date su una scala Likert a 5 punti.
- Strengths and Difficulties Scale (SDQ; Goodman, 1997), è un questionario self-report che valuta punti forza e di debolezza dei ragazzi nella sfera comportamentale. Lo strumento è composto da 25 item suddivisi in 5 subscale: Iperattività, Disturbi di Condotta, Problemi Emotivi, Relazioni con pari, Comportamenti Prosociali.

CAPITOLO 4 - RISULTATI

Analisi statistiche

Per il presente lavoro di ricerca è stata utilizzata una cluster analysis, dal momento che il campione analizzato è molto ampio e ci si aspetta che alcuni dati possano essere raggruppati per somiglianza di caratteristiche e risposte ai questionari self-report. Lo scopo di questa tecnica, quindi, è quello di raggruppare le osservazioni del campione in maniera tale che soggetti simili siano assegnati allo stesso gruppo.

Per l'analisi delle variabili è stato utilizzato il metodo K-means, il più comune algoritmo e tecnica di clustering per il raggruppamento e l'analisi dei dati, nonché utilizzato anche perché molto semplice ed efficace. Questo metodo prevede un numero casuale di K centroidi, a seconda del numero di cluster che si vogliono stabilire. Per ogni cluster (K) viene stabilito un centroide, ossia un punto all'interno dei dati raccolti, che è rappresentativo del campione. Per ogni dato poi viene calcolata la distanza rispetto al centroide, assegnando l'appartenenza al cluster più vicino. Il K-means si suddivide in due fasi. La prima permette l'assegnazione dei punti ai cluster in base alla loro distanza dai centroidi, e la successiva consiste nella ricomputazione dei centroidi come media dei punti all'interno di ciascun cluster. Questi passaggi vengono ripetuti fino a quando i centroidi convergono e il clustering diventa stabile. Questo metodo ci permette di massimizzare la differenza fra diversi cluster, e di minimizzare la variazione al suo interno. Si ottiene quindi un gruppo omogeneo all'interno e differente rispetto agli altri gruppi (Hartigan & Wong, 1979). Le variabili analizzate in questa ricerca sono: adattamento psicologico dell'adolescente (SDQ), sintomi depressivi materni e paterni (PHQ) e sintomi ansiosi di entrambi i genitori (GAD).

Come prima cosa sono state standardizzate le variabili di riferimento, trasformandole in punti z. Successivamente, per rappresentare i dati si è proceduto confrontando una soluzione a 2, 3 ed infine 4 cluster per individuare quella che rappresentasse meglio i dati.

Ogni modello viene analizzato tramite degli indici che ne indicano la bontà statistica. Di seguito vengono riportati i principali indici utilizzati per la valutazione.

- Akaike Information criterion (AIC) e Bayesian Information Criterion (BIC) sono due indici che permettono di trovare un compromesso fra bontà statistica del modello e la complessità dello stesso.

L'AIC è un indice che sintetizza sia la complessità che l'adattamento del modello stesso. L'obiettivo di questo indice è quello di selezionare un modello che minimizza la perdita delle informazioni derivanti dai dati quando lo traduco in modello. È un indice più adatto nei modelli molto ampi perché riesce a selezionare modelli che spiegano in maniera esaustiva i dati, anche se con maggiori complessità. (Akaike, 1974).

Il BIC, invece, ha come obiettivo quello di trovare un equilibrio fra la complessità del modello e la bontà. Nello specifico, l'obiettivo è quello di selezionare un modello che massimizza la probabilità dei dati considerati quando li trasforma dentro un modello, preferendo però modelli più semplici rispetto all'AIC (Schwarz, 1978).

In generale, valori BIC e AIC bassi indicano che il modello è migliore poiché si adatta bene ai dati con complessità relativamente bassa.

- L'indice di Silhouette serve ad avere una misura di validità dei cluster, ossia per valutare quanto bene le osservazioni delle variabili sono state assegnate ai cluster nel caso di utilizzo del K-means. Inoltre, valuta la coesione dei dati all'interno dei cluster e quanto si differenziano dalle osservazioni in cluster diversi. L'indice oscilla fra -1 e 1.

Quando questo è vicino a 1, significa che le osservazioni sono distribuite bene all'interno dei cluster, c'è buona coesione interna ai cluster e buona differenziazione fra cluster. Se il valore è vicino a 0, allora le osservazioni sono vicine al limite tra i cluster o potrebbero essere stati assegnati a cluster sbagliati. Infine, se il valore dell'indice è vicino a -1 significa che le osservazioni sono assegnate a cluster sbagliati. In ogni caso, quando l'indice è comunque positivo, anche se non vicino a 1, indica comunque una buona suddivisione in cluster. (Rousseeuw, 1987).

- Anche l'indice di Dunn è una misura di validità dei cluster, che però ha l'obiettivo di misurare la separazione tra i cluster rispetto alla coesione dei dati all'interno dei cluster. Concretamente, un indice di Dunn alto indica

migliore separazione fra cluster e migliore coesione interna ai cluster (Dunn, 1974).

Per quanto riguarda i numeri dei soggetti inclusi in ogni cluster è stato scelto di procedere in maniera tale da avere gruppi più omogenei nelle distribuzioni fra cluster.

Inoltre, per un'ulteriore verifica del modello preso in considerazione sono state effettuate delle ANOVA (analisi della varianza univariata) al fine di confrontare i cluster rispetto alle variabili utilizzate (SDQ dell'adolescente, PHQ e GAD genitoriale). A questo livello sono state condotte delle analisi post-hoc di confronto a coppie per vedere quali coppie differiscono significativamente tra loro, tramite il test di Tukey.

Sempre con ANOVA sono stati confrontati i gruppi dei 4 cluster in riferimento alle le variabili sociodemografiche: età dell'adolescente, della mamma e del papà.

Inoltre, è stato utilizzato il test χ^2 al fine di confrontare i cluster nelle variabili sociodemografiche: genere, tipo di scuola, attività extrascolastiche per quanto riguarda i ragazzi; occupazione, titolo di studio e reddito per quanto riguarda i genitori. Infine, con l'analisi della varianza è stata confrontata l'ansia degli adolescenti nei 4 gruppi.

4.1 Prima ipotesi

Per quanto riguarda l'analisi dei dati si prosegue, nella *Tabella 3* ad esporre la numerosità dei gruppi nei diversi modelli presi in considerazione.

Cluster	1	2	3	4
Modello 1 (2 cluster)	303	142		
Modello 2 (3 cluster)	97	109	239	
Modello 3 (4 cluster)	93	100	192	75

Tabella 3. Numerosità dei soggetti nei cluster per ogni modello testato

Di seguito verranno esposti gli indici di validità AIC, BIC, di Silhouette, di Dunn per ogni modello studiato. In *Tabella 4* vi sono tutti i dati sulle informazioni dei cluster.

Modello	AIC	BIC	Silhouette	Dunn
Modello 1 (2 cluster) N= 460	1719.080	1760.060	0.270	0.044
Modello 2 (3 cluster) N= 460	1419.090	1480.560	0.250	0.048
Modello 3 (4 cluster) N= 460	1244.920	1326.880	0.210	0.049

Tabella 4. Indici di validità dei cluster per i tre modelli studiati

Il modello migliore da scegliere, in questa ricerca, è il modello a 4 cluster. Infatti, esso presenta un indice AIC e BIC più basso rispetto ai modelli con meno cluster. Per quanto riguarda l'indice di Silhouette esso non è il migliore dei 3 modelli, ma è comunque positivo, indicando che c'è un buon raggruppamento. Anche l'indice di Dunn risulta il più elevato, confermando ciò che avevano individuato gli indici AIC e BIC. Il modello a 4 cluster risulta il migliore anche considerando la numerosità dei 4 gruppi, più omogenea rispetto agli altri modelli.

Analizzando qualitativamente il modello a 4 cluster, risulta essere il più interessante, anche considerando la letteratura. È possibile denominare un primo gruppo "sofferenza psicologica riportata dai padri" (Cluster 1) in cui c'è bassa difficoltà nell'adattamento psicologico dell'adolescente, bassa ansia e depressione materna mentre i padri riportano alta ansia ed alta depressione

Un secondo gruppo, viene denominato "sofferenza psicologica riportata dagli adolescenti" (Cluster 2) perché essi riportano maggiori difficoltà psicologiche nel funzionamento generale, sia emotivo che comportamentale. Entrambi i genitori, di contro, manifestano bassi livelli di ansia e depressione.

Il cluster 3 è denominato “profilo sano” in quanto è caratterizzato da bassi livelli di difficoltà psicologica dei ragazzi, bassi livelli di ansia nei genitori e anche bassi livelli nella depressione.

L’ultimo profilo è quello denominato “sofferenza psicologica riportata dalle madri” in quanto esse riportano alti livelli di ansia e alti livelli di depressione, i figli un livello sopra le media di difficoltà psicologiche generalizzate ed infine i padri hanno bassa ansia e bassa depressione. Tutte le informazioni appena esposte sono riassunte in *Tabella 5* e in *Figura 1*.

Cluster	SDQ_tds_a	gad7_m_total	gad7_p_total	phq_m_total	phq_p_total
Cluster 1	-0.042	-0.026	1.159	0.002	1.323
Cluster 2	1.059	-0.189	-0.242	-0.170	-0.166
Cluster 3	-0.695	-0.463	-0.411	-0.518	-0.491
Cluster 4	0.351	1.507	-0.126	1.588	-0.243

Tabella 5. Medie per ogni cluster delle variabili utilizzate

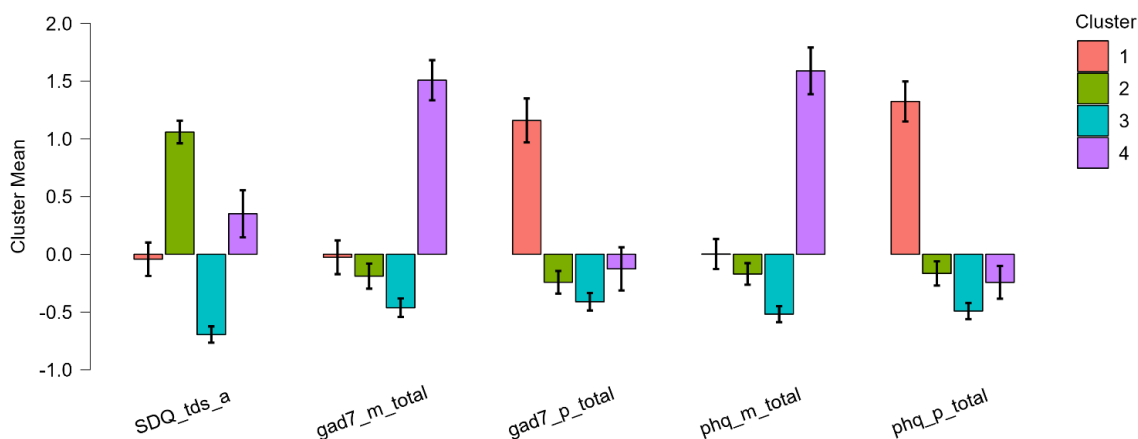


Figura 1. Grafico delle medie delle variabili considerate in relazione ai cluster

Dopo aver individuato i cluster, come ulteriore verifica della bontà del modello sono stati confrontati i gruppi nelle variabili utilizzate, tramite l'ANOVA. Dai dati esposti in *Tabella 6* emergono differenze significative tra i 4 cluster presi in considerazione per ciascuna variabile (SDQ_tds, GAD padri e madri, PHQ padri e madri).

Per quanto riguarda la variabile SDQ ossia quella che valuta il benessere psicologico dell'adolescente emerge che il gruppo con un punteggio più alto è il cluster 4, a seguire vi è il cluster 3, il cluster 1 ed infine il cluster 2.

Analizzando il punteggio totale del GAD, ossia ansia nelle madri emerge che il punteggio più alto è quello del cluster 3, a seguire troviamo il cluster 1, il cluster 4 e per finire il cluster 2. Analizzando la stessa variabile per il padre si può affermare che il cluster con il dato più alto è il cluster 1, a seguire troviamo il cluster 3, 4, e 2.

Per la variabile PHQ, che valuta la depressione nei genitori, per le madri emerge che il valore maggiore è presente nel cluster 3, successivamente il cluster 1, il cluster 4 e, infine, il cluster 2. Per i padri il cluster che sembra avere maggior peso è rappresentato dal numero 1 seguito dal cluster 4, 3 e 2. Si veda *Tabella 7* per maggiori informazioni statistiche.

	Cluster 1 N=93		Cluster 2 N=100		Cluster 3 N=192		Cluster 4 N=75		F	p- value	η^2	Post hoc
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS				
Sdq_tds_ad	12.308	5.172	8.356	3.505	14.757	6.6296	18.846	3.744	127.732	<.001	0.465	1>2, 1<3 1<4, 2<3 2<4, 3<4
Gad – 7 m	6.110	3.647	4.267	2.780	12.586	3.728	5.442	2.741	122.275	<.001	0.454	1>2, 1<3 2<3, 2<4 3>4
Gad – 7 p	9.209	4.051	3.361	2.276	4.414	3.475	4.010	2.143	87.728	<.001	0.374	1>2, 1>3, 1>4
Phq – 9 m	5.527	2.922	3.528	2.113	11.614	3.921	4.990	2.201	157.148	<.001	0.517	1>2, 1<3 2<3, 2<4, 3>4
Phq – 9 p	8.055	3.085	2.567	1.721	3.329	2.165	3.635	1.936	133.924	<.001	0.477	1>2, 1>3 1>4, 2<4

Tabella 6. ANOVA nelle variabili sdq_tds, gad m e gad p, phq m e phq p tra i 4 cluster individuati e confronti post-hoc eseguiti tramite il test di Tukey

4.2 Seconda ipotesi

Per quanto riguarda la variabile età, non emergono differenze significative tra i quattro cluster per la variabile età degli adolescenti ($F= 0.542$; $p= 0.654$), delle madri ($F= 1.026$; $p= 0.381$) e dei padri ($F= 0.340$; $p= 0.796$).

In riferimento al genere emergono differenze significative tra i vari gruppi analizzati, infatti, emerge una presenza maggiore di femmine nel cluster 4 (71.1%) rispetto agli altri ed una maggiore presenza di maschi nel cluster 2 (56.4%). I dati sono esposti in maniera sintetica in *Tabella 7*.

Per quanto riguarda il tipo di scuola ($\chi^2=11.358$; $p=0.252$) e le attività extrascolastiche ($\chi^2=8.378$; $p=0.212$) degli adolescenti, non emergono differenze significative tra i cluster.

	Cluster 1 N=93	Cluster 2 N=100	Cluster 3 N=192	Cluster 4 N=75	χ^2	P-value
	Percentuale	Percentuale	Percentuale	Percentuale		
Maschio	41.8%	56.4%	34.3%	28.9%	23.878	<.001
Femmina	58.2%	43.6%	65.7%	71.1%		

Tabella 7. Test del chi quadrato per la variabile genere nei 4 cluster

Per quanto riguarda le variabili sociodemografiche delle madri non emergono differenze significative per quanto riguarda il tipo di occupazione ($\chi^2= 6.758$; $p=0.344$), titolo di studio ($\chi^2= 7.120$; $p= 0.625$) e reddito ($\chi^2= 16.245$; $p=0.180$).

Le stesse conclusioni si possono trarre per le variabili analizzate nei padri; infatti, non emergono differenze significative per l'occupazione ($\chi^2= 7.177$; $p= 0.305$), per il titolo di studio ($\chi^2= 12.424$; $p= 0.190$) e per il reddito ($\chi^2= 6.907$; $p= 0.864$).

Confrontando i cluster nell'ansia degli adolescenti emergono differenze significative nella scala "SCAS punteggio totale" con punteggio più alto nel cluster 4, seguito dal cluster 3, cluster 1 ed infine cluster 2.

Vi sono differenze significative anche nella scala "SCAS ansia separazione" in cui il cluster con media più alta è il numero 4, a seguire si trova il cluster 3, il cluster 1 ed infine il cluster 2.

La scala “SCAS fobia sociale” è significativamente diversa tra i gruppi. Il cluster con punteggio maggiore è il cluster 4, seguito dal cluster 3, cluster 1 e cluster 2.

Anche nella scala “SCAS problemi ossessivi compulsivi” emergono differenze significative, con media più alta nel cluster 4, successivamente troviamo il cluster 3, cluster 1 ed infine cluster 2.

Si può dire lo stesso della significatività statistica della scala “SCAS panico e agorafobia”, in cui il cluster con punteggio maggiore è il 4, seguito dal cluster 3, cluster 1 ed infine cluster 2.

Anche nella scala “SCAS paura dolore fisico” si evidenziano differenze significative tra i gruppi. Infatti, il cluster con punteggio più alto è il 4, seguito dal cluster 3, ed infine cluster 1 e cluster 2.

Anche nella scala “SCAS ansia generalizzata” i 3 gruppi differiscono significativamente, il cluster con punteggio più alto è il 4, seguito da cluster 3, cluster 1 ed infine cluster 2. Di seguito la *Tabella 8* con i dati appena esposti riassunti.

	Cluster 1 N=93		Cluster 2 N=100		Cluster 3 N=192		Cluster 4 N=75		F	p-value	η^2	Post hoc
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS				
SCAS punteggio totale	32.091	13.329	23.540	9.978	35.986	15.902	44.727	17.519	52.525	<.001	0.270	1>2, 1<4 2<3, 2<4 3<4
SCAS Ansia separazione	3.429	2.504	2.458	1.815	3.757	2.758	4.596	2.827	18.548	<.001	0.112	1>2, 1<4 2<3, 2<4
SCAS Fobia sociale	7.615	3.418	5.850	2.555	8.429	3.424	9.621	3.822	32.940	<.001	0.183	1>2, 1<4 2<3, 2<4
SCAS Problemi Obsessivi Compulsivi	5.440	3.012	3.978	2.818	6.243	3.141	7.873	3.661	35.173	<.001	0.194	1>2, 1<4 2<3, 2<4
SCAS Panico e agorafobia	4.033	3.746	2.133	2.423	5.200	5.015	7.670	5.505	42.684	<.001	0.225	1>2, 1<4 2<3, 2<4 3<4
SCAS Paura dolore fisico	3.467	2.299	2.761	2.086	4.029	2.648	4.621	2.364	15.682	<.001	0.097	1<4, 2<3 2<4
SCAS Ansia generalizzata	7.989	3.287	6.426	2.667	8.058	3.455	10.340	3.800	32.134	<.001	0.182	1>2, 1<4 2<3, 2<4 3<4

Tabella 8. ANOVA nelle variabili SCAS tra i 4 cluster individuati e confronti post-hoc eseguiti tramite il test di Tukey

CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE

Il presente studio si propone di analizzare il costrutto dell'adattamento psicologico in un gruppo di adolescenti non clinici e i sintomi ansiosi e depressivi nei rispettivi genitori, in relazione alla possibilità che esistano raggruppamenti distinguibili con livelli diversi delle variabili nominate.

Considerando la prima ipotesi, si conferma la presenza di quattro gruppi con caratteristiche differenti rispetto ai costrutti analizzati. A livello generale, in ogni cluster emerge che c'è almeno una persona che riporta una polarizzazione nella sofferenza psicologia internalizzante.

Nello specifico, nel cluster "sofferenza psicologica riportata dai padri" emerge una sofferenza psicologica nei padri che però non è coordinata alla stessa sofferenza riportata dai figli e dalle madri. Inoltre, il gruppo in questione è uno dei quattro che ha minor ampiezza in termini di numerosità ed è composto da figlie femmine in maggioranza. Come anche confermano Luoma e colleghi (2013) i sintomi internalizzanti dei padri non sembrano avere un ruolo significativo nel benessere psicologico dell'adolescente a sostegno dei risultati del nostro studio, in cui i padri riportano maggiore sofferenza ma rimane relegata alla figura paterna, senza coinvolgere altri membri della famiglia.

Inoltre, anche Fjermestad et al. (2017) confermano che i sintomi depressivi ed ansiosi paterni non hanno un livello di influenza significativa sul benessere dei figli, rispetto a quelli delle madri. Fra i genitori, per di più, nel loro studio emerge un disaccordo rispetto alla sintomatologia dei figli, in cui sembra che le madri riescano a riconoscere in misura maggiore i sintomi internalizzanti nei figli.

Anche Gere e colleghi (2012) sostengono che le madri hanno un ruolo maggiore nell'influenzare il benessere psicologico dei figli rispetto ai padri. A conferma del ruolo materno nel benessere psicologico, anche Elgar et al. (2007) sostengono che il ruolo dei padri è associato maggiormente all'ambito delle amicizie e nel confronto con i pari, rispetto alla madre che, invece, ha un ruolo maggiore nella cura e nella gestione emotiva dei figli.

Nel secondo gruppo emerge il profilo di "sofferenza psicologica riportata dall'adolescente" mentre i genitori non riportano alta sintomatologia internalizzante. Questo gruppo è il secondo dei quattro per numerosità e, inoltre, è composto in leggera maggioranza dal genere maschile.

La spiegazione a questo risultato può essere tratta dagli studi di Washington e colleghi (2009) che affermano come la sintomatologia ansiosa e depressiva è collegata anche al contesto extra-familiare, quindi, scolastico o extrascolastico e delle attività. Inoltre, Van Oort et al. (2009) affermano come la sintomatologia ansiosa possa essere attivata da paure riguardanti il proprio futuro e dall'ingresso in età adulta, indicando il ruolo dei cambiamenti adolescenziali come cruciale per la comprensione dei sintomi internalizzanti in questa fase. Smokowski e colleghi (2010) aggiungono che l'adattamento psicologico è influenzato anche da fattori culturali come discriminazioni o conflitti culturali.

Inoltre, McLaughlin e colleghi (2009) sostengono il ruolo dell'aggressività dei pari nello sviluppo dei sintomi internalizzanti, oltre ad influenzare il livello generale di benessere psicologico e la regolazione emotiva degli adolescenti.

Dall'analisi emerge un terzo gruppo che è caratterizzato da un profilo sano, in cui tutti i membri della famiglia presi in considerazione hanno bassi livelli nelle variabili considerate, confermando, quindi, la natura non clinica del campione da cui è tratta questa ricerca. Inoltre, questo gruppo è quello con numerosità maggiore rispetto agli altri tre ed è composto maggiormente da femmine.

Il quarto gruppo che emerge dalle analisi è caratterizzato dalla polarizzazione nella sofferenza psicologica della madre e nei relativi figli. Le madri, infatti, riportano alta sintomatologia ansiosa e depressiva e anche i figli riportano un minor adattamento psicologico. In questo caso i padri riportano bassi livelli di sintomatologia internalizzante. Il cluster in questione è il meno ampio ed è composto maggiormente dal genere femminile. In questo gruppo, quindi, le madri riportano maggior sintomatologia ansiosa e depressiva e i figli stanno più male, rispetto al gruppo dove sono i padri a manifestare sintomi ansiosi e depressivi. Questo può suggerire che ci sia un legame più forte tra il benessere psicologico delle madri e quello dei figli, infatti, Waters et al. (2012) affermano come la sintomatologia internalizzante, in particolare quella ansiosa e depressiva della madre, rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi nei figli adolescenti, in particolare nelle figlie femmine, in maggioranza nel gruppo preso in analisi. Sembra che ci sia un maggior coinvolgimento delle madri nel regolare l'adattamento psicologico dell'adolescente come riportano gli studi di Elgar e colleghi (2007) che confermano come la madre sia ancora maggiormente coinvolta nella gestione emotiva dei figli in adolescenza. Tyrell e colleghi (2019) confermano che la sintomatologia depressiva

materna è collegata a maggiori sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli e Olino et al. (2015) confermano come le madri manifestano meno calore e atteggiamenti di attaccamento ed affettività quando depresse, riducendo l'adattamento psicologico dell'adolescente. O'Connor et al. (2017) mettono in luce che è importante valutare la sintomatologia materna, sia internalizzante che esternalizzante, in quanto questi sintomi possono avere un ruolo importante nello stabilire il benessere psicologico dell'adolescente. Hughes e Gullone (2010) confermano che c'è reciprocità nei sintomi internalizzanti fra le madri e i figli adolescenti, mentre i padri hanno un ruolo secondario.

Anche Gross e colleghi (2008) convalidano l'idea che i sintomi materni influenzano il benessere dell'adolescente.

Si può notare, inoltre, il fatto che esistono due gruppi in cui c'è sofferenza psicologica nei genitori ma che non è emerso un cluster in cui entrambi i genitori manifestano alti livelli di depressione e di ansia, come se nella coppia genitoriale non ci fosse influenza nei sintomi internalizzanti, mentre in letteratura si trovano studi che confermano l'influenza dei sintomi psicologici tra genitori nelle coppie sposate con figli, oltre al ruolo dell'insoddisfazione matrimoniale nei sintomi (Kouros et al., 2008; Rao, 2017).

In questo senso, si delinea che la sofferenza psicologica appartiene sempre ad un solo soggetto, tranne nel cluster dove c'è continuità sintomatologica fra madre e figli. In questo senso questa situazione può ritrovare riscontro nel costrutto di paziente designato, descritto dallo psicologo Bateson, secondo un approccio sistemico della famiglia. Il paziente designato è colui che nella famiglia rappresenta la persona con dei sintomi, sul quale si riversano le sofferenze psicologiche dei singoli membri, diventando il capro espiatorio (Bateson, 1977). Nel nostro campione questa situazione in cui la sintomatologia è a capo di un soggetto della famiglia si manifesta nel gruppo dei padri e quello degli adolescenti mentre nel resto del campione non emergono difficoltà psicologiche.

Complessivamente, con questa ricerca, si evidenzia l'esistenza di diversi gruppi di adolescenti e genitori in base al loro adattamento psicologico, ansia e depressione.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi l'unica variabile sociodemografica che risulta essere differente in modo significativo tra i gruppi è quella del genere degli adolescenti. Nello specifico vi è una maggiore presenza di ragazze nel cluster "sofferenza psicologica riportata dalle madri" in cui emerge maggiormente sia la sintomatologia internalizzante

delle madri che la sofferenza psicologica degli adolescenti. La letteratura sostiene che le femmine manifestano maggiormente sintomi internalizzanti rispetto ai maschi in età adolescenziale (Palapattu et al., 2006; Hale III et al., 2008). Una possibile spiegazione del fenomeno potrebbe essere che le ragazze sono abituate, a livello culturale, a gestire internamente le emozioni che le coinvolgono, mentre nei ragazzi solitamente viene incentivata l'azione fisica e l'acting out nella reazione emotiva (Alsaker, 1996).

Il cluster denominato "sofferenza psicologica riportata dagli adolescenti" ha una maggioranza di genere maschile. La letteratura afferma che i sintomi esternalizzanti coinvolgono maggiormente i maschi, mentre le femmine riportano maggiormente sintomi internalizzanti (Hoffmann et al., 2004). In generale, sia maschi che femmine manifestano malessere nel funzionamento psicologico, soprattutto nel periodo evolutivo dell'adolescenza, confermato anche dai numerosi cambiamenti ed evoluzioni di questa fase (Cicchetti&Toth, 2009). Gli adolescenti maschi manifestano minore capacità di affrontare situazioni emotive complicate, che giustificano una minore regolazione e adattamento psicologico, rispetto alle femmine (Sanchis - Sanchis et al., 2020).

Inoltre, è interessante notare che il cluster dove vi è basso adattamento psicologico degli adolescenti è composto soprattutto da maschi, mentre nel cluster dove le madri riportano maggiori sintomi internalizzanti e gli adolescenti hanno minor adattamento psicologico la maggioranza è femminile. Si potrebbe ipotizzare che la relazione mamma-figli femmina veicoli maggiormente i sintomi di malessere psicologico, cioè che la coppia madre-figlia femmina si influenzano maggiormente a vicenda rispetto alla coppia madre-figlio maschio.

Nel confronto fra le varie scale dello strumento SCAS per la misura dei sintomi dell'ansia negli adolescenti, emergono differenze significative tra i gruppi. Inoltre, a livello di analisi generale, in tutte le scale della SCAS il cluster "sofferenza psicologica riportata dalle madri" ha punteggi maggiori, a seguire troviamo il cluster "profilo sano", poi il cluster "sofferenza riportata dai padri" ed infine il cluster denominato "sofferenza riportata dagli adolescenti". Tutte le scale sono significative.

Inoltre, dal cluster "sofferenza psicologica riportata dalla madri" emerge che vi è maggiore sintomatologia ansiosa degli adolescenti, in tutte le scale, rispetto al cluster dove solo gli adolescenti hanno peggior benessere psicologico in generale. Questo potrebbe essere spiegato dal fatto della forte associazione sintomatologica esposta sopra

fra madri e relativi figli, in particolare nel cluster preso in considerazione, composto maggiormente da figlie femmine.

Nello specifico, per quanto riguarda la scala ansia da separazione è maggiore nel gruppo “sofferenza riportata dalle madri”, quello con presenza maggiore di adolescenti femmine. La letteratura riporta che genitori con sintomi depressivi e ansiosi espongono maggiormente al rischio di sviluppare ansia da separazione negli adolescenti (Masi et al., 2001). Inoltre, le madri con sintomi internalizzanti manifestano meno capacità nella gestione conflittuale con il figlio, maggiore controllo e intrusività. Questi elementi costituiscono un modello di reazione emotiva negativa nei figli adolescenti. Inoltre, l’ambiente può essere più teso a causa dei sintomi generali della madre e quindi causare nell’adolescente maggiore paura di perdita della stessa, oltre a conseguenze riguardanti gli stili di comunicazione peggiori nelle madri con sintomi ansiosi (Manoochehri et al., 2014; Kerns et al., 2017). Infatti, la scala ansia da separazione misura disagio e ansia quando vi è separazione dai caregiver o dai genitori o che possa succedere loro qualcosa di male, paura di stare da solo o di addormentarsi, paura di perdersi o di essere rapiti, rifiuto di andare a scuola o di separarsi dai genitori.

Nello specifico, gli studi, sostengono anche che assieme all’ansia da separazione tendenzialmente emerge un profilo di agorafobia o sintomi da panico, come rilevato anche in questo studio dove questi sintomi sono presenti principalmente nel cluster “sofferenza psicologica riportata dalle madri” (Gittelman & Klein, 1984).

Per quanto riguarda i risultati nella scala della fobia sociale questa si manifesta maggiormente nel gruppo dove la sofferenza è presente sia nelle madri che negli adolescenti. La scala misura la fobia sociale intesa come paura di situazioni sociali o di esibirsi in pubblico, paura del giudizio negativo degli altri, evitamento di stimoli sociali a causa dell’ansia.

La letteratura riporta come l’ansia e la fobia sociale sono sintomi maggiormente presenti negli adolescenti (Ranta et al., 2015). Chan (2010) afferma come i sintomi di fobia sociale sono maggiormente presenti nel genere femminile, in maggioranza nel nostro cluster in analisi. La letteratura riporta che ansia e depressione materna sono associate a maggior rischio di sviluppare sintomi di fobia sociale sia in infanzia che in adolescenza (Knappe et al., 2009).

Gli stessi autori affermano che i sintomi di fobia sociale negli adolescenti possono essere spiegati anche da elementi di iper-protezione e di poca rassicurazione emotiva da parte della madre, che sono caratteristiche che la letteratura riporta nei profili di madri con sintomi depressivi e ansiosi (Knappe et al., 2012), come nel cluster di riferimento.

Inoltre, Festa & Ginsburg (2011) affermano come livelli elevati di rifiuto e i sintomi ansiosi materni sono associati a maggiore fobia sociale e ansia sociale in adolescenza.

I sintomi ossessivi – compulsivi rilevati dalla SCAS sono prevalenti nel cluster dove i ragazzi hanno un minor adattamento psicologico e dove anche le madri hanno maggiori sintomi internalizzanti. La scala in questione misura le ossessioni intese come pensieri, impulsi o immagini intrusive che causano ansia e angoscia e alle compulsioni intese come comportamenti messi in atto in maniera continua in risposta alle ossessioni. Inoltre, gli studi affermano che il periodo più cruciale per lo sviluppo di questa sintomatologia è la tarda adolescenza rispetto alla preadolescenza. Questi sintomi si presentano maggiormente nei maschi durante l'infanzia, mentre nelle femmine in periodo adolescenziale – come confermato dal cluster “sofferenza psicologica riportata dalle madri”, a prevalenza femminile - e adulto (Fontanelle&Hasler, 2008).

Mathes et al. (2019) affermano come i sintomi ossessivi - compulsivi si manifestano assieme a sintomi internalizzanti nelle ragazze; dal momento che il cluster in questione è composto per maggioranza dal genere femminile, potremmo trovare spiegazione anche di come mai si associano maggiori punteggi nella valutazione dell'adattamento psicologico.

Inoltre, la letteratura afferma che i sintomi ansiosi materni hanno un ruolo centrale nello sviluppo di preoccupazioni ossessive e compulsive nei ragazzi, come anche la giovane età della madre e un alto livello di stress durante la gravidanza (Macul Ferrerira de Barros et al., 2021). Berman e colleghi (2018) sostengono che l'atteggiamento di controllo psicologico, i sintomi depressivi, lo stress vissuto dalla madre rappresentano un fattore di rischio per i sintomi compulsivi dei figli. Moreso et al. (2013) affermano come gli adolescenti che manifestano sintomi in questa scala hanno solitamente anche manifestazione di sintomatologia iperattiva e impulsiva, come infatti rilevato per questo cluster, tramite il punteggio totale del SDQ.

Per quanto riguarda la scala che valuta la componente di panico e agorafobia emerge come il con punteggi più alti sia quello denominato “sofferenza psicologica riportata dalle

madri. Questa scala permette di rilevare la presenza di attacchi di panico ricorrenti ed improvvisi, con preoccupazione sui futuri attacchi, che arriva ad essere agorafobia quando sono evitati luoghi o situazioni in cui è impossibile fuggire o ricevere aiuto.

La letteratura afferma che chi manifesta sintomi di agorafobia riporta anche esperienza di attacchi di panico, oltre a manifestare ansia da separazione (Hayward et al., 2003), sintomi che nel nostro studio risultano essere presenti in misura maggiore nel cluster “sofferenza psicologia riportata dalle madri”.

La letteratura sostiene che i sintomi di panico e agorafobia si manifestano soprattutto in età adolescenziale, soprattutto nelle ragazze, come anche confermato dalla ricerca, essendo le femmine in maggiore quantità nel cluster di riferimento. Inoltre, si associano anche sintomi agorafobici. Generalmente gli adolescenti con questi sintomi presentano sintomi ansiosi in generale, oltre che a sintomi esternalizzanti come ADHD (Pincus et al., 2014).

Anche Asselmann e colleghi (2016) affermano che il genere femminile, i sintomi depressivi ed ansiosi genitoriali, l'uso di strategie di coping a bassa efficacia sono collegati a maggiori attacchi di panico e disturbi da panico nelle figlie femmine. Hayward et al. (2004) affermano come le madri di figli con attacchi di panico hanno manifestato maggiormente episodi simili in passato.

Per la scala della paura del dolore fisico punteggi maggiori emergono nel gruppo dove sia i ragazzi che le madri provano maggiore sofferenza psicologica. La scala permette di analizzare la preoccupazione eccessiva ai sintomi derivanti da sintomi fisici, come il dolore.

In questo senso la letteratura afferma che adolescenti con sintomi di ansia generalizzata, ansia da separazione e fobia sociale manifestano preoccupazioni legate alla paura delle conseguenze fisiche dell'ansia (Crawley et al., 2014).

L'ultima scala analizzata dallo strumento si riferisce all'ansia generalizzata. Questa scala permette di analizzare la preoccupazione su eventi che riguardano la vita in generale e generalmente è associata ad agitazione, tensione muscolare, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, umore irritato.

Prendendo in considerazione questa specifica variabile la letteratura sostiene come in infanzia e in adolescenza si manifesti fra il 3% ed il 5% nella popolazione (Gale et al., 2016).

L'ansia generalizzata è presente maggiormente nel genere femminile; questo può giustificare il fatto che il gruppo in esame, cluster "sofferenza psicologica riportata dalle madri" sia composto maggiormente dal genere femminile; l'ansia generalizzata è, inoltre, associata a ridotto benessere psicologico nell'adolescente e generalmente si manifesta insieme a sintomi di ansia da separazione e fobia sociale (Keeton et al., 2012).

Rimane anche in questa scala confermato il ruolo centrale dei sintomi internalizzanti materni in associazione ai sintomi di ansia generalizzata negli adolescenti; inoltre, la letteratura afferma come siano centrali le variabili come condizione economica e sociale (quando questa è a livelli bassi, gli adolescenti manifestano maggiori sintomi). Inoltre, è centrale anche il ruolo dell'iper-controllo e iper-protezione materna nello sviluppo dei sintomi ansiosi adolescenziali (Rapee, 2011).

L'associazione fra sintomi ansiosi dell'adolescente e la sintomatologia materna può essere anche supportata dall'ipotesi di una ridotta qualità di attaccamento, soprattutto con le figlie femmine, confermando l'ipotesi per cui vi sia una corrispondenza di genere nelle manifestazioni sintomatologiche (van Eijck et al., 2012).

5.1 Limiti, sviluppi futuri e implicazioni cliniche

Per quanto riguarda i limiti della ricerca si può citare la scelta di un numero di cluster predeterminato, come impone il metodo k-means. Questo può far perdere bontà al modello nel rappresentare fedelmente i dati. La scelta delle numerosità dei cluster è stata fatta per ottenere gruppi omogenei e sufficientemente numerosi da poter essere confrontati e sulla base della letteratura. Inoltre, risulta essere un limite il fatto che il benessere degli adolescenti viene misurato con uno strumento che coglie in un'unica lettura sia sintomi internalizzanti che esternalizzanti. L'uso di strumenti diversi permetterebbe di cogliere maggiori sfumature e differenziazione rispetto ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti.

Un ulteriore limite è dato dalla somministrazione di questionari self-report, in quanto possono essere soggetti a bias o non essere totalmente oggettivi. Altri fattori che non sono stati presi in considerazione e che possono risultare fondamentali sono quelli relativi ad un maggior approfondimento del contesto extra familiare in cui è inserito l'adolescente, vista l'importanza che questo assume nell'età adolescenziale.

Per quanto riguarda gli sviluppi futuri della ricerca in questo tema si potrebbero indagare gli stessi costrutti in diverse composizioni familiari; secondariamente potrebbero essere

indagati il ruolo del contesto sociale e scolastico nello sviluppo dei sintomi sopra descritti, dal momento che l'adolescenza è un periodo di grandi cambiamenti e di acquisizione di nuove tappe evolutive, soprattutto a livello sociale; ricerche simili potrebbero essere svolte anche in contesti sociali svantaggiati per comprendere meglio il ruolo dell'ambiente di crescita nella sintomatologia ansiosa e depressiva. Ulteriori indagini potrebbero essere svolte con il costrutto dell'attaccamento e i sintomi depressivi e ansiosi genitoriali e quelli dell'adattamento psicologico dell'adolescente.

Si potrebbe porre particolare attenzione al ruolo sempre maggiore che i padri hanno nella cura e gestione dei figli e indagare se ad esso è connessa anche la sintomatologia internalizzante dei figli.

La ricerca potrebbe anche focalizzarsi sull'individuazione di differenze di genere più specifiche rispetto ai costrutti indagati. Inoltre, si potrebbe porre particolare attenzione anche a quelle variabili sociodemografiche come condizione economica, il contesto di crescita. Inoltre, potrebbe essere indagato il ruolo del costrutto dell'iper-protezione materna in riferimento al ridotto benessere dei figli di adolescenti e ai sintomi internalizzanti materni.

Per quanto riguarda le implicazioni derivanti da questa ricerca, è importante mettere in risalto il fatto che molti professionisti della salute mentale, di fronte a malessere generalizzato riportato da parte di un adolescente, indagano gli elementi di biografia delle madri, in particolare riferimento ai sintomi internalizzanti che esse possano manifestare. Oltre a questo, è importante che coinvolgano i genitori negli interventi e nella gestione del basso adattamento psicologico degli adolescenti. In questo senso un approccio sistemico risulta essere fondamentale per un maggior benessere nell'adolescente. Inoltre, è importante che i clinici tengano in considerazione le differenze di genere emerse, facendo particolare attenzione al gruppo di adolescenti femmine, anche per eventuali interventi scolastici o familiari.

Per di più, è importante che i clinici indagano maggiormente il malessere di questa fase d'età in relazione al contesto extra familiare in cui sono inseriti gli adolescenti, vista la fase di transizione importante che questa età riserva.

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONI

Il presente lavoro ci ha permesso di esplorare il rapporto fra sintomi depressivi e ansiosi e l'adattamento psicologico, in un gruppo di adolescenti provenienti dall'Italia e loro genitori.

La ricerca ci ha permesso di rilevare la presenza di 4 cluster nella popolazione di riferimento; nello specifico, esiste un gruppo che non manifesta sintomatologia – il più numeroso, essendo il campione tratto dalla popolazione generale - e negli altri 3 c'è una qualche forma di sofferenza in capo ad almeno un soggetto della famiglia. In particolare, in un gruppo i sintomi internalizzanti materni sono in associazione al basso adattamento psicologico dei figli adolescenti. Inoltre, i risultati ci hanno permesso di dare ulteriore sostegno all'ampia letteratura che supporta l'associazione sintomatologica fra madre e relativi figli. Inoltre, questo studio è in linea con gli studi precedenti in merito alla presenza maggiore di sintomatologia, soprattutto internalizzante, nel genere femminile, unica variabile sociodemografica risultata significativamente differente tra i 4 cluster.

L'indagine, oltre a ciò, ha indagato i costrutti sopra indicati con la cluster analysis, un metodo che viene utilizzato in diversi campi. Questa modalità di indagine è stata già utilizzata nel in passato nel campo della ricerca psicologica. La peculiarità di questa ricerca rispetto ad altre indagini con lo stesso metodo è che ha permesso di indagare le associazioni sintomatologiche fra genitori e figli, poco presenti nella letteratura disponibile.

BIBLIOGRAFIA

- Akaike, H. (1974). "A new look at the statistical model identification," in *IEEE Transactions on Automatic Control*, vol. 19, no. 6, pp. 716-723.
- Albiero, P. (2022). *Il benessere psicosociale in adolescenza, prospettive multidisciplinari*, Carocci Editore, Roma.
- Allen, J.P., Loeb, E.L. (2015). The Autonomy-Connection Challenge in Adolescent Peer Relationships. *Child Dev Perspect*, 9(2):101-105.
- Alsaker, F.D. (1996). Annotation the impact of puberty. *Journal of child psychology and psychiatry*. 37, 249-258.
- Alvarez, J.A., Emory, E. (2006). Executive Function and the Frontal Lobes: A metanalytic Review, in "Neuropsychol Rev", 16, pp.17-42.
- Asselmann, E., Wittchen, H., Lieb, R., Beesdo-Baum, K. (2016). Risk factors for fearful spells, panic attacks and panic disorder in a community cohort of adolescents and young adults. *Journal of Affective Disorders*. Volume 193, 2016, Pages 305-308.
- Baldwin, D.S., Gordon, R., Abelli, M., Pini, S. (2016). The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectr*. 21(4):289-94.
- Barcaccia, B., Hartstone, J.M., Pallini, S. et al. (2022). Mindfulness, Social Safeness and Self-Reassurance as Protective Factors and Self-Criticism and Revenge as Risk Factors for Depression and Anxiety Symptoms in Youth. *Mindfulness* 13, 674–684.
- Bartle-Haring, S., Brucker, P., & Hock, E. (2002). The Impact of Parental Separation Anxiety on Identity Development in Late Adolescence and Early Adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 17(5), 439–450.

- Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., Lis, A., Salcuni, S. (2021). Separation anxiety in a community sample of Italian emerging adults and its relationship with dimensions of borderline personality. *Res Psychother.* 24(1):506.
- Bateson G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. The university of Chicago Press.
- Bateson G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Biblioteca Scientifica. Adelphi, 23° edizione, Milano
- Blos P. (1962), On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation. *Free Press*, New York.
- Blos P. (1971), Adolescenza: un'interpretazione psicoanalitica. *Franco Angeli*, Milano 1971.
- Bosquet, M., Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Dev Psychopathol.* 2006 Spring; 18(2):517-50.
- Bowlby, J. (1961). "Separation anxiety: A critical review of the literature." *Journal of Child Psychology & Psychiatry*.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry.* 52(4):664-678.
- Brand, S., Wilhelm, F. H., Kossowsky, J., Holsboer-Trachsler, E., Schneider, S. (2011). Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 452-459.
- Brenning, K., Soenens, B., Petegem, S.V., Vansteenkiste, M. (2015). Perceived Maternal Autonomy Support and Early Adolescent Emotion Regulation: A Longitudinal Study. *Social Development*, 24, 561-578.

- Brückl, T.M., Wittchen H.U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychother Psychosom*; 76(1):47-56.
- Buhr, K., Dugas, M.J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*. 40(8):931-45.
- Byrnes, J. P. (2006). Cognitive Development during Adolescence. In *Blackwell Handbook of Adolescence*, Edited by Gerald R. Adams and Michael D. Berzonsky. Blackwell Publishing Ltd.
- Carpenter, K.L., Angold, A., Chen, N.K., Copeland, W.E., Gaur, P., Pelphrey, K., Song, A.W., Egger, H.L. (2015). Preschool anxiety disorders predict different patterns of amygdala-prefrontal connectivity at school-age. *PLoS One*;10(1):e0116854.
- Casey, B. J., Getz, S., Galvan, A. (2008), The adolescent brain, in “*Dev Rev*”, 28, pp. 62-77.
- Chan, V. W.S. (2010). Gender Differences Associated with Social Phobia: A Developmental Perspective. *University of Toronto Journal of Undergraduate Life Sciences*, 4(1), 503.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *J Child Psychol Psychiatr*. 50:16–25.
- Clark, D.A., Durbin, C.E., Heitzeg, M.M., Iacono, W.G., McGue, M., Hicks, B.M. (2021). Adolescent Sexual Development and Peer Groups: Reciprocal Associations and Shared Genetic and Environmental Influences. *Arch Sex Behav*. 50(1):141-160.

- Conklin, M. H., Luciana, M., Hooper, C. J. Et al (2007), Working memory Performance in Typically Developing Children and Adolescents: Behavioral Evidence of Protracted Frontal Lobe Development, in “*Dev Neuropsychol*”, 31, pp. 103-28.
- Cook, E.C., Wilkinson, K., Stroud, L.R. (2018). The role of stress response in the association between autonomy and adjustment in adolescents. *Physiol Behav.*;189:40-49.
- Crawley, S.A., Caporino, N.E., Birmaher, B. et al. (2014). Somatic Complaints in Anxious Youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 45, 398–407.
- Crocetti, E., Rubini, M., & Meeus, W. H. J. (2008). Capturing the dynamics of identity formation in various ethnic groups: Development and validation of a three-dimensional model. *Journal of Adolescence*, 31, 207–222.
- Dashiff, C.J., Weaver, M. (2008). Development and testing of a scale to measure separation anxiety of parents of adolescents. *J Nurs Meas.* 16(1):61-80.
- Deater-Deckard, K., Scarr, S., McCartney, K., & Eisenberg, M. (1994). Paternal Separation Anxiety: Relationships With Parenting Stress, Child-Rearing Attitudes, and Maternal Anxieties. *Psychological Science*, 5(6), 341-346.
- Doerfler, L.A., Toscano, P.F. Jr, Connor, D.F. (2008). Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *J Anxiety Disord.*;22(4):602-11.
- Dooley, B., Fitzgerald, A., Giollabhui, N.M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Ir J Psychol Med.*;32(1):93-105.
- Dumontheil, I. (2014). Development of abstract thinking during childhood and adolescence: the role of rostralateral prefrontal cortex. *Dev Cogn Neurosci.* 10:57-76.

- Dunn, J.C. (1974). Well-Separated Clusters and Optimal Fuzzy Partitions. *Journal of Cybernetics*, 4:1, 95-104.
- Ehrenreich, J.T., Santucci, L.C., Weiner, C.L. (2008). Separation anxiety disorder in youth: phenomenology, assessment, and treatment. *Psicol Conductual*. 16(3):389-412.
- Elgar, F.J., Mills, R.S., McGrath, P.J., Waschbusch, D.A., Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 35(6):943-55.
- F. Ferdinand R., Bongers, I.L., van der Ende, J., van Gastel, W., Tick, N., Utens, E., Verhulst, F.C. (2006). Distinctions between separation anxiety and social anxiety in children and adolescents, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 44, Issue 11, 2006, Pages 1523-1535.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. (1995). Maternal depressive symptoms and depressive symptoms in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 36(7):1161-78.
- Festa, C.C., Ginsburg, G.S. (2011). Parental and Peer Predictors of Social Anxiety in Youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 42, 291–306.
- Fjermestad, K.W., Nilsen, W., Johannessen, T.D., Karevold, E.B. (2017). Mothers' and fathers' internalizing symptoms influence parental ratings of adolescent anxiety symptoms. *J Fam Psychol*. 31(7):939-944.
- Flakierska-Praquin, N., Lindström, M., Gillberg, C. (1997). School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry*. 38(1):17-22.

- Foley, D.L., Pickles, A., Maes, H.M., Silberg, J.L., Eaves L.J. (2004) Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 43(9):1107-14.
- Fontenelle, L.F., Hasler, G. (2007) The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Jan 1;32(1):1-15.
- Francis, G., Last, C.G. & Strauss, C.C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psych Hum Dev* 18, 82–89.
- Freud, A. (1958), Adolescence, in "*Psychoanal Study Child*", 13, pp. 255-78.
- Freud, A. (1958), Adolescenza, Opere, Boringhieri, Turin, 1974, vol. 2, pp. 625-48.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Fulgini, A. J. (1998). Authority, autonomy, and parent–adolescent conflict and cohesion: A study of adolescents from Mexican, Chinese, Filipino, and European backgrounds. *Developmental Psychology*, 34(4), 782–792.
- Gale, C.K., Millichamp, J. (2016). Generalised anxiety disorder in children and adolescents. *BMJ Clin Evid*. 2016:1002.
- Garber, J., & Little, S. A. (2001). Emotional Autonomy and Adolescent Adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 355–371.
- Gere, M.K., Hagen, K.A., Villabø, M.A., Arnberg, K., Neumer, S.P., Torgersen, S. (2012). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depress Anxiety*.30(1):31-8.
- Gittelman, R., Klein, D.F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*. 17 Suppl 1:56-65.

- Glover, S.H., Pumariega, A.J., Holzer, C.E. et al. (1999). Anxiety Symptomatology in Mexican-American Adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 8, 47–57.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire; a research note. *J Child Psychol Psyc.* 1997; 38:581–586.
- Gross, H.E., Shaw, D.S. & Moilanen, K.L. (2008). Reciprocal Associations between Boys’ Externalizing Problems and Mothers’ Depressive Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 36, 693–709.
- Hale, W.W. 3rd, Raaijmakers, Q., Muris, P., van Hoof, A., Meeus, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: a 5-year prospective community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 47(5):556-564.
- Hartigan, J. A., and M. A. Wong. Algorithm AS 136: A K-Means Clustering Algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)*, vol. 28, no. 1, 1979, pp. 100–08.
- Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. (2003). The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 33(4), 733-738.
- Hensch, T. K. (2004), Critical Period Regulation, in “*Annu Rev Neurosci*”, 27, pp. 549-79.
- Hock, E., Eberly, M., Bartle-Haring, S., Ellwanger, P., Widaman, K.F. (2001). Separation anxiety in parents of adolescents: theoretical significance and scale development. *Child Dev.* 72(1):284-98.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. T. (1989). Maternal Separation Anxiety: Mother-Infant Separation from the Maternal Perspective. *Child Development*, 60(4), 793–802.

- Hock, E., Schirtzinger, M.B. (1992). Maternal separation anxiety: its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Dev.* 63(1):93-102.
- Hoffmann, M.L., Powlishta, K.K., White, K.J. (2004). An examination of gender differences in adolescent adjustment: the effects of competence on gender role differences in symptoms of psychopathology. *Sex Roles* 50:795–810.
- Hughes, E.K., Gullone, E. (2010). Reciprocal relationships between parent and adolescent internalizing symptoms. *J Fam Psychol.* 24(2):115-24.
- Ioffe, M., Pittman, L.D., Kochanova, K., Pabis, J.M. (2020). Parent-Adolescent Communication Influences on Anxious and Depressive Symptoms in Early Adolescence. *J Youth Adolesc.* 49(8):1716-1730.
- Jabeen, F., Anis-ul-Haque, M., & Riaz, M. N. (2013). Parenting styles as predictors of emotion regulation among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28(1), 85–105.
- Kallen, V.L., Tulen, J.H., Utens, E.M., Treffers, P.D., De Jong, F.H., Ferdinand, R.F. (2008). Associations between HPA axis functioning and level of anxiety in children and adolescents with an anxiety disorder. *Depress Anxiety* ;25(2):131-41.
- Kar, S.K., Choudhury, A., Singh, A.P. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *J Hum Reprod Sci.* 8:70-4.
- Keeton, C.P., Kolos, A.C. & Walkup, J.T. (2009). Pediatric Generalized Anxiety Disorder. *Pediatr-Drugs* 11, 171–183.
- Kerns, C.E., Pincus, D.B., McLaughlin, K.A., Comer, J.S. (2017). Maternal emotion regulation during child distress, child anxiety accommodation, and links between maternal and child anxiety. *J Anxiety Disord.* 50:52-59.

- Kerns, K.A., Brumariu, L.E. (2014). Is Insecure Parent-Child Attachment a Risk Factor for the Development of Anxiety in Childhood or Adolescence? *Child Dev Perspect.* 1;8(1):12-17.
- Khesht-Masjedi, M.F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R.S., Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *J Family Med Prim Care.* 8(3):799-804.
- Kins, E., Soenens B., Beyers, W. (2013). Separation anxiety in families with emerging adults. *J Fam Psychol.* 27(3):495-505.
- Klimstra, T.A., Hale, W.W. 3rd, Raaijmakers, Q.A., Branje, S.J., Meeus, W.H. (2010). Identity formation in adolescence: change or stability? *J Youth Adolesc.* 39(2):150-62.
- Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Lieb, R., Wittchen, H.U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *J Anxiety Disord.* 26(5):608-16.
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N.C., Gloster, A.T., Wittchen, H.U. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depress Anxiety.* 26(4):363-70.
- Konac, D., Young, K.S., Lau, J., Barker, E.D. (2021). Comorbidity Between Depression and Anxiety in Adolescents: Bridge Symptoms and Relevance of Risk and Protective Factors. *J Psychopathol Behav Assess.* 43(3):583-596.
- Kouros, C.D., Papp, L.M., Cummings, E.M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *J Fam Psychol.* 22(5):667-77.

- Kroger, J. (2006). Identity Development during Adolescence. In *Blackwell Handbook of Adolescence*, Edited by Gerald R. Adams and Michael D. Berzonsky. Blackwell Publishing Ltd.
- Lamborn, S. D., Steinberg, L. D. (1993), Emotional Autonomy Redux: Revisiting Ryan and Lynch, in "*Child Dev*", 64, pp. 483-99.
- Larson, R. W., Csikzentmihalyi, M., & Graef, R. (1980). Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, 9, 469–490.
- Larson, R.W., Moneta, G., Richards, M.H., Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Dev.* 73(4):1151-1165.
- Lawrence P. J., Murayama K., Creswell, C. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Anxiety and Depressive Disorders in Offspring of Parents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 58, Issue 1, Pages 46-60.
- Lebowitz, E.R., Leckman, J.F., Feldman, R., Zagoory-Sharon, O., McDonald, N., Silverman, W.K. (2016). Salivary oxytocin in clinically anxious youth: Associations with separation anxiety and family accommodation. *Psychoneuroendocrinology.* 65:35-43.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., Lewinsohn, M., Seeley, J.R., Allen, N.B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *J Abnorm Psychol.*107(1):109-17.
- Llorca, A., Malonda, E., Samper, P. (2017). Anxiety in adolescence. Can we prevent it? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 22(1):e70-e75.

- Luoma, I., Puura, K., Mäntymaa, M., Latva, R., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2013). Fathers' postnatal depressive and anxiety symptoms: An exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors, *Nordic Journal of Psychiatry*, 67:6, 407-413.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40(12):1367-74.
- Mabilia, D., Di Riso, D., Lis, A. et al. (2019). A Prediction Model for Separation Anxiety: The Role of Attachment Styles and Internalizing Symptoms in Italian Young Adults. *J Adult Dev* 26, 286–294.
- Macqueen, J. (1967). Some methods for classification and analysis of multivariate observation. *Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistic and Probability*. Vol. 4. P. 281.
- Macul Ferreira de Barros, P., do Rosário, M.C., Szejko, N. et al. (2021). Risk factors for obsessive–compulsive symptoms. Follow-up of a community-based youth cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 30, 89–104 (2021).
- Magnusson, B.M., Crandall, A., Evans, K. (2019). Early sexual debut and risky sex in young adults: the role of low self-control. *BMC Public Health*. 19(1):1483.
- Manczak, E.M., Williams, D., Chen, E (2017). The Role of Family Routines in the Intergenerational Transmission of Depressive Symptoms between Parents and their Adolescent Children. *J Abnorm Child Psychol*. May;45(4):643-656.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Compr Psychiatry*. 38(5):274-82.

- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Compr Psychiatry*. 44(2):146-53.
- Manoochehri, M., Mofidi F. (2014). Relationship between Child Rearing Styles and Anxiety in Parents of 4 to 12 Years Children, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 116, 2014, Pages 2578-2582.
- Masi, G., Mucci, M., Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 15(2):93-104.
- Mathes, B.M., Morabito, D.M. & Schmidt, N.B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep* 21, 36
- Mathes, B.M., Morabito, D.M. & Schmidt, N.B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Curr Psychiatry Rep* 21, 36.
- Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M.C. et al. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Health* 7, 347.
- McBride, S., & Belsky, J. (1988). Characteristics, determinants, and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology*, 24(3), 407–414.
- Mcelhaney, K. B., Allen, J. P. (2001), Autonomy and Adolescent Social Functioning: The Moderating Effect of Risk, in "*Child Dev*", 72, pp. 220-31.
- McLaughlin, K.A., Garrad, M.C. & Somerville, L.H., (2015) What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17:4, 403-410.

- McLaughlin, K.A., Hatzenbuehler, M.L., Hilt, L.M. (2009). Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 77(5):894-904.
- McLaughlin, K.A., King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 43(2):311-23.
- Merikangas, K.R. (2015). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 14(4):649-79, vii.
- Meyers, S.A., Stollak, G. E., Aronoff, J., Messé, L.A., Loraas, J. A., Woike, B. A. (1996), Boundary Regulation in Family and Personal Systems: Perceptions of Late Adolescents, in "*Contemp Fam Ther*", 18, 2, pp. 279-90.
- Mohammadi, M.R., Badrfam, R., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Ahmadi, N., Zandifar, A. (2020). Prevalence, Comorbidity and Predictor of Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Psychiatr Q.* 91(4):1415-1429.
- Moreso, N.V., Hernández-Martínez, C., Val, V.A., Sans, J.C. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* Volume 13, Issue 2, 2013, Pages 118-126.
- Moreso, N.V., Hernández-Martínez, C., Val, V.A., Sans, J.C. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* Volume 13, Issue 2, 2013, Pages 118-126.
- Morin J.S.A., Maïano C., Nagengast B., Marsh H. W., Morizot J., Janosz M. (2011). General Growth Mixture Analysis of Adolescents' Developmental Trajectories of Anxiety: The Impact of Untested Invariance Assumptions on Substantive

Interpretations, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 18:4, 613-648.

Morrison, S., Dashiff, C., Abdullatif, H., Moreland, E. (2012). Parental separation anxiety and diabetes self-management of older adolescents: a pilot study. *Pediatr Nurs.* 38(2):88-95.

Müller M., Tronick, E.D., Zietlow, A., Nonnenmacher, N., Verschoor S., Träuble B. (2016). Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age. *Psychopathology*; 49 (4): 295–304.

Nelson, E.E., Leibenluft, E., McClure, E.B. et al. (2005), The Social Re-Orientation of Adolescence: A Neuroscience Perspective on the Process and Its Relation to Psychopathology, in "*Psychol Med*", 35, pp. 163-74.

Niditch, L.A., Varela, R.E. (2011). Mother-child disagreement in reports of child anxiety: effects of child age and maternal anxiety. *J Anxiety Disord.* 25(3):450-5.

O'Connor, E.E., Langer, D.A. & Tompson, M.C. (2017). Maternal Depression and Youth Internalizing and Externalizing Symptomatology: Severity and Chronicity of Past Maternal Depression and Current Maternal Depressive Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 45, 557–568.

Ohannessian, C.M., Milan, S., Vannucci, A. (2017). Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence. *J Youth Adolesc.* 46(4):826-839.

Olino, T.M., McMakin, D.L., Nicely, T.A., Forbes, E.E., Dahl, R.E., Silk, J.S. (2016). Maternal Depression, Parenting, and Youth Depressive Symptoms: Mediation and Moderation in a Short-Term Longitudinal Study. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 45(3):279-90.

- Orgilés, M., Espada, J.P., Garcia-Fernández, J.M., Méndez, X., & Dolores Hidalgo, M. (2011). Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood. *Anales de Psicología*, 27(1), 80–85.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L., Piqueras, J.A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: differences by age and gender in a community sample. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 5(2):115-20. English, Spanish.
- Özdemir, A., Utkualp N., Palloş A. (2016). Physical and Psychosocial Effects of the Changes in Adolescence Period. *International Journal of Caring Sciences*, Volume 9 | Issue 2| Page 71.
- Palapattu, A.G., Kingery, J.N. & Ginsburg, G.S. (2006). Gender Role Orientation and Anxiety Symptoms Among African American Adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 34, 423–431.
- Panayiotou, G., Karekla, M., Panayiotou, M. (2014). Direct and indirect predictors of social anxiety: The role of anxiety sensitivity, behavioral inhibition, experiential avoidance and self-consciousness. *Compr Psychiatry.* 55(8):1875-82.
- Pascual-Leone, J., & Johnson, J. (2013, June). Organismic determinants of mental/executive attention explain the existence of stages. In Paper presented at *the 43th annual meeting of the Jean Piaget Society*, Chicago, USA.
- Peleg O., Miller P. & Yitzhak M.C(2015). Is separation anxiety in adolescents and parents related to parental differentiation of self? *British Journal of Guidance & Counselling*, 43:4, 413-428.
- Pesenti-Gritti, P., Spatola, C.A.M., Fagnani, C. *et al.* (2008). The co-occurrence between internalizing and externalizing behaviors. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17, 82–92.

- Peter J. Rousseeuw, P.J. (1987). Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*. Volume 20, 1987, Pages 53-65.
- Pincus, D.B., Elkins, R.M., Hardway, C.L. (2014). Intensive Treatments for Adolescents with Panic Disorder and Agoraphobia: Helping Youth Move beyond Avoidance. *Psychopathology Review*. 2014;a1(1):189-194.
- Pincus, D.B., Elkins, R.M., Hardway, C.L. (2014). Intensive Treatments for Adolescents with Panic Disorder and Agoraphobia: Helping Youth Move beyond Avoidance. *Psychopathology Review*. a1(1):189-194.
- Poulton, R., Milne, B.J., Craske, M.G., Menzies, R.G. (2001). A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behav Res Ther*. 39(12):1395-410.
- Rahmayanthi, R., Yusuf S.L.N., Ilfiandra, I., & Nurhudaya, N. (2020). Gender Differences in Predicting Adolescent Autonomy. In: *Proceedings of the 2nd International Seminar on Guidance and Counseling 2019 (ISGC 2019)*, 14-15 Oktober, Yogyakarta.
- Ranta, K., La Greca, A.M., Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M. (2016). Social Phobia and Educational and Interpersonal Impairments in Adolescence: A Prospective Study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 47(4):665-77.
- Rapee, R.M. (2012). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15, 69–80.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A., Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.*; 5:311-41.

- Reeb, B.T., Wu, E.Y., Martin, M.J., Gelardi, K.L., Shirley Chan, S.Y., Conger, K.J. (2015). Long-term Effects of Fathers' Depressed Mood on Youth Internalizing Symptoms in Early Adulthood. *J Res Adolesc.* 25(1):151-162.
- Rosenblum, G.D. and Lewis, M. (2006). Emotional Development in Adolescence. In *Blackwell Handbook of Adolescence* (eds G.R. Adams and M.D. Berzonsky).
- Rutherford, H.J.V., Wallace, N.S., Laurent, H.K., Mayes, L.C. (2015). Emotion regulation in parenthood, *Developmental Review*, Volume 36, 2015, Pages 1-14.
- Sackl-Pammer, P., Popow, C., Schuch, B., Aigner, M., Friedrich, M., Huemer, J. (2015). Psychopathology among parents of children and adolescents with separation anxiety disorder. *Neuropsychiatr.* 29(1):23-8.
- Sanchis-Sanchis, A., Grau, M.D., Moliner, A.R., Morales-Murillo, C.P. (2020). Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Front Psychol.* 26;11:946.
- Santarossa, A., Nabbijohn, A.N., van der Miesen, A.I.R., Peragine, D.E., VanderLaan, D.P. (2019). Separation anxiety and gender variance in a community sample of children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 28(12):1629-1643.
- Santrock, J. W., Deater-Deckard K., Lansford J., Rollo D., (2021). *Psicologia dello sviluppo*, IV edizione, McGraw Hill Education, Milano.
- Schäfer, J.Ö., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A.C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc.* 46(2):261-276.
- Schiel, M.A., Bandelow, B., Baldwin, D.S., Pini, S., Domschke, K. (2020). A neurobiological framework of separation anxiety and related phenotypes. *Eur Neuropsychopharmacol.* Apr;33:45-57.

- Schmidt, N.B., Keough, M.E., Mitchell, M.A., Reynolds, E.K., Macpherson, L., Zvolensky, M.J., Lejuez C.W. (2010). Anxiety sensitivity: prospective prediction of anxiety among early adolescents. *J Anxiety Disord.* 24(5):503-8.
- Schwarz, G. (1978). Estimating the Dimension of a Model. *The Annals of Statistics*, 6(2), 461–464.
- Sexton, K.A., Dugas, M.J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychol Assess.* 21(2):176-86.
- Silove, D., Marnane, C., Wagner, R., Manicavasagar, V. (2011). Brief report--associations of personality disorder with early separation anxiety in patients with adult separation anxiety disorder. *J Pers Disord.* 25(1):128-33.
- Silvers, J.A., McRae, K., Gabrieli, J.D.E., et al. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion.* 12(6):1235-1247.26.
- Smokowski, P.R., Rose, R.A. & Bacallao, M. (2010). Influence of Risk Factors and Cultural Assets on Latino Adolescents' Trajectories of Self-Esteem and Internalizing Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev* 41, 133–155.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Goossens, L. (2006). In Search of the Sources of Psychologically Controlling Parenting: The Role of Parental Separation Anxiety and Parental Maladaptive Perfectionism. *Journal of Research on Adolescence*, 16(4), 539–559.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P. (2010). Toward a domain-specific approach to the study of parental psychological control: distinguishing between

- dependency-oriented and achievement-oriented psychological control. *J Pers.*;78(1):217-56.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*. 36 (5), 545-566.
- Spence, S.H., Barrett, P.M., Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *J Anxiety Disord*. 17(6):605-25.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*. Patient Health Questionnaire. *JAMA*;282:1737-44.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 166(10):1092-7.
- Srivastava, S., Goyal, P., Tiwari, S., Patel, A. (2017), Interventional Effect Of Bhramari Pranayama on Mental Health among college Students, *International Journal of Indian Psychology*, Volume 4, Issue 2, No. 87.
- Steensma, T.D., Kreukels, B.P.C, de Vries, A.L.C., Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Gender identity development in adolescence, *Hormones and Behavior*, Volume 64, Issue 2, Pages 288-297,
- Steinberg, L., Silk, J.S. (2002), Parenting Adolescents, in M. H. Bornstein (ed.), *Handbook of Parenting (2nd ed.)*, vol. 1. Children and Parenting, Erlbaum.
- Sur, M., Rubinstein, J.L. (2005), Patterning and Plasticity of Cerebral Cortex, in *"Science"*, 310, pp. 805-10.
- Tanti, C., Stukas, A.A., Halloran, M.J., Foddy, M. (2011). Social identity change: Shifts in social identity during adolescence, *Journal of Adolescence*, Volume 34, Issue 3, Pages 555-567.

- Troisi, A., Massaroni, P., Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Br J Clin Psychol.* 44(Pt 1):89-97.
- Tyrell, F.A., Yates, T.M., Reynolds, C.A., Fabricius, W.V., Braver, S.L. (2019). The unique effects of maternal and paternal depressive symptoms on youth's symptomatology: Moderation by family ethnicity, family structure, and child gender. *Dev Psychopathol.* 31(4):1213-1226.
- van Eijck, F.E.A.M., Branje, S.J.T., Hale, W.W. *et al.* (2012). Longitudinal Associations Between Perceived Parent-Adolescent Attachment Relationship Quality and Generalized Anxiety Disorder Symptoms in Adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 40, 871–883.
- Van Oort, F.V., Greaves-Lord, K., Verhulst, F.C., Ormel, J., Huizink, A.C. (2009). The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the TRAILS study. *J Child Psychol Psychiatry.* 50(10):1209-17.
- Van Petegem, S., Beyers, W., Vansteenkiste, M., Soenens, B. (2012). On the association between adolescent autonomy and psychosocial functioning: examining decisional independence from a self-determination theory perspective. *Dev Psychol.* 48(1):76-88.
- Varela, R.E., Weems, C.F., Berman, S.L. *et al.* (2007). Internalizing Symptoms in Latinos: The Role of Anxiety Sensitivity. *J Youth Adolescence* 36, 429–440.
- Vine, M., Vander Stoep, A., Bell, J., Rhew, I.C., Gudmundsen, G., McCauley, E. (2012). Associations between household and neighborhood income and anxiety symptoms in young adolescents. *Depress Anxiety.* 29(9):824-32.

- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V., Canals, J. (2016). The three-year developmental trajectory of anxiety symptoms in non-clinical early adolescents. *Psicothema*. 28(3):284-90.
- Waite, P., Creswell, C. (2015). Observing Interactions between Children and Adolescents and their Parents: The Effects of Anxiety Disorder and Age. *J Abnorm Child Psychol*. 43(6):1079-91.
- Wallis, J. D. (2007). The Orbitofrontal Cortex and Its Contribution to Decision Making, in "*Annu Rev Neurosci*", 30, pp. 31-56.
- Wang, Y., Yan, N. (2019). Trajectories of internalizing and externalizing problems in preschoolers of depressed mothers: Examining gender differences. *J Affect Disord*. 257:551-561.
- Washington, T.D. (2009). Psychological stress and anxiety in middle to late childhood and early adolescence: manifestations and management. *J Pediatr Nurs*. 24(4):302-13.
- Waters, A.M., Zimmer-Gembeck, M.J., Farrell, L.J. (2012). The relationships of child and parent factors with children's anxiety symptoms: parental anxious rearing as a mediator. *J Anxiety Disord*. 26(7):737-45.
- Weems, C.F., Costa, N.M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(7):656-63.
- Weinstein, S.M., Mermelstein, R.J., Hankin, B.L., Hedeker, D., Flay, B.R. (2007). Longitudinal patterns of daily affect and global mood during adolescence. *J Res Adolesc*. 17(3):587-600.

- Wuyts, D., Soenens, B., Vansteenkiste, M. et al. (2017). The Role of Separation Anxiety in Mothers' Use of Autonomy Support: An Observational Study. *J Child Fam Stud* 26, 1949–1957.
- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M., Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 156:8-23.
- Young, K.S., Sandman, C.F., Craske, M.G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sci.* 29;9(4):76.
- Youniss, J., Smollar, J. (1985), Adolescent Relationships with Mothers, Fathers and Friends, *University of Chicago Press*, Chicago (IL).
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Dev Psychopathol.*12(3):443-66.