



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea Magistrale

**Clima affettivo negli scambi diadici: l'influenza della regolazione
affettiva materna nel determinare la qualità degli scambi interattivi
tra madre e bambino**

Affective climate in dyadic relationship: the influence of maternal affective regulation in
determining the quality of interactive exchanges between mother and child

Relatrice

Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: Silvia Maino

Matricola: 2015068

Anno Accademico 2021/2022

Sommario

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1: LA FUNZIONE GENITORIALE: UNO SGUARDO ALLA RELAZIONE GENITORE – BAMBINO	6
1.1 Genitorialità.....	6
1.1.1 Introduzione	6
1.1.2 Definizione.....	6
1.1.3 Contributi teorici: la Teoria dell’attaccamento e la prospettiva dell’Infant research .	11
1.1.4 Le funzioni della genitorialità	14
1.1.5 Gli stili genitoriali	18
1.2 Transizione alla genitorialità: accenni.....	21
1.2.1 Introduzione: la coppia.....	21
1.2.2 Definizione: la Transizione alla Genitorialità.	25
1.2.3 Modello di Belsky	27
1.3 Valutazione della funzione genitoriale.....	29
1.3.1 Le misure di valutazione della genitorialità	29
1.3.2 Le Scale della disponibilità emotiva: EAS.....	32
CAPITOLO 2: PSICOPATOLOGIA E GENITORIALITA’	36
2.1 La Teoria della regolazione affettiva di Daniel Hill.....	36
2.1.1 L’affetto: definizione.....	36
2.1.2 La regolazione affettiva nella relazione diadica	37
2.1.3 Regolazione affettiva e Teoria dell’attaccamento	38
2.1.4 Regolazione affettiva disturbata.....	42
2.2 La regolazione emotiva secondo la prospettiva di James J. Gross.....	44
2.3 Regolazione emotiva materna ed effetti sulla genitorialità e sullo sviluppo infantile.....	46
2.4 Ansia e genitorialità	48

2.5	Depressione e genitorialità	50
2.6	Tendenza alla dipendenza e genitorialità	51
2.7	Effetti del COVID-19 sulla genitorialità	54
2.8	Conclusione.....	55
CAPITOLO 3: CO-GENITORIALITÀ, LA FIGURA DEL PADRE		56
3.1	Introduzione	56
3.2	Definizione e caratteristiche della paternità	59
3.3	Il ruolo del padre	61
3.4	Interazione padre – figlio ed effetti sullo sviluppo infantile	64
CAPITOLO 4: LA RICERCA		68
4.1	Introduzione preliminare.....	68
4.2	Obiettivi e ipotesi della ricerca.....	68
4.3	Partecipanti.....	70
4.4	Procedura.....	71
4.5	Strumenti	73
4.6	Valutazione supplementare di controllo sull’impatto della pandemia COVID-19	76
CAPITOLO 5: I RISULTATI DI RICERCA.....		78
5.1.	Analisi descrittive delle variabili demografiche e delle variabili di interesse	79
5.1.1	Analisi descrittive delle variabili demografiche.....	79
5.1.2	Analisi descrittive delle variabili di interesse.....	79
	Regolazione emotiva materna: DERS.....	79
	Qualità delle interazioni diadiche madre – bambino: EAS	80
	Ansia di tratto e ansia di stato STAI-Y	82
	Depressione BDI-II	84
	Figura paterna: il supporto del padre.....	85
5.2	Correlazioni preliminari tra variabili di interesse e variabili demografiche (età della madre ed età del bambino)	88
5.3	Correlazioni tra la regolazione emotiva materna e la qualità dell’interazione diadica	90

5.4 Correlazioni tra la regolazione emotiva materna e il benessere materno	91
5.5 Correlazione tra il benessere materno e qualità dell'interazione diadica	92
5.6 Correlazione tra la figura paterna e lo stato ansioso della madre.....	94
CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	96
6.1 Discussione dei risultati	96
6.1.1 Regolazione emotiva e qualità dell'interazione diadica.....	96
6.1.2 Regolazione emotiva e benessere materno.....	97
6.1.3 Benessere materno e qualità dell'interazione diadica	98
6.1.4 Benessere materno e impatto della presenza del padre	99
6.2 Conclusione.....	100
6.3 Limiti e direzioni future	101
BIBLIOGRAFIA.....	102
SITOGRAFIA	106

INTRODUZIONE

Fin dal momento in cui un bambino viene al mondo si trova completamente immerso e assorbito in un contesto relazionale composto dalle sue figure genitoriali. La relazione che si viene ad instaurare gradualmente tra il piccolo e i suoi genitori rappresenta un evento indescrivibile per la rilevanza che riveste. Infatti, è proprio all'interno di questo contesto relazionale che il bambino può inizialmente sentirsi al sicuro e soddisfare i suoi bisogni primari e poi, successivamente, acquisire un insieme di competenze che gli serviranno per progredire lungo il corso della sua linea evolutiva affrontando la vita.

Tutto questo è imprescindibile dalla capacità delle sue figure di accudimento di prendersi cura di lui. La qualità dei comportamenti di cura messi in atto dal caregiver primario del bambino, solitamente la madre, ma non è detto che debba essere per forza lei, è strettamente influenzata dalla sua regolazione emotiva che, quando è adeguata, permette alla madre di relazionarsi nei confronti del proprio bambino nel migliore dei modi.

Va da sé che lo stato di benessere psichico provato dalla madre, alla cui base è possibile riscontrare la presenza di una buona capacità di automonitoraggio emotivo, le permette di sintonizzarsi con i bisogni del bambino e di rispondervi in modo disponibile e adeguato. Al contrario, uno stato di disagio psicologico, che può essere determinato dalla presenza di una sintomatologia a carattere ansioso o depressivo, condizioni psichiche alla cui base si possono trovare dei deficit sul piano della regolazione emotiva, può avere un impatto significativo influenzando negativamente la qualità della relazione tra la mamma e il suo bambino.

Inoltre, è importante sottolineare la fondamentale presenza del padre del piccolo come supporto alla compagna. Infatti, la letteratura scientifica mette in luce come la presenza attiva e costante del proprio partner rappresenti per la madre una fondamentale fonte di supporto in grado di garantire all'unità familiare uno stato di benessere psicologico e di serenità.

Alla luce di queste premesse teoriche, il presente elaborato si propone di indagare la relazione tra alcune variabili psicologiche che riguardano la madre, in primis la sua capacità di regolazione emotiva, e alcuni aspetti contestuali, quali il ruolo e il contributo

fornito dal padre, e la loro influenza nel determinare la qualità dell'interazione diadica materno – infantile.

Partendo da un'accurata analisi della letteratura condotta in questo ambito, il presente elaborato si struttura come segue: all'interno del primo capitolo viene approfondita la tematica della genitorialità, nel secondo capitolo viene affrontato il costrutto della regolazione emotiva e la rilevanza che assume nel determinare lo stato di benessere psicologico della madre, nel terzo e ultimo capitolo teorico viene analizzata la figura del padre e l'importanza del suo ruolo all'interno dell'intero nucleo familiare. Nel quarto capitolo vengono presentati in modo dettagliato e schematico gli obiettivi e le ipotesi di ricerca a cui il presente lavoro cerca di dare risposta, nel quinto capitolo vengono descritti i risultati ottenuti dalle analisi statistiche condotte sui dati raccolti e infine, nel sesto capitolo, quello conclusivo, vengono discussi i risultati ottenuti in riferimento agli obiettivi e alle ipotesi precedentemente enunciati con un'accortezza finale relativa ai limiti presenti nel lavoro proposto e alle possibili direzioni future per la ricerca.

CAPITOLO 1: LA FUNZIONE GENITORIALE: UNO SGUARDO ALLA RELAZIONE GENITORE – BAMBINO

1.1 Genitorialità

1.1.1 Introduzione

Fin dal momento del parto, in realtà anche prima della nascita biologica del neonato e cioè quando la madre e il padre iniziano a pensare e immaginare di avere un figlio e quindi diventare genitori, il bambino si trova completamente immerso in un mondo interattivo e relazionale composto da figure significative (in inglese “caregivers”) che si prendono cura di lui (“to give”, fornire e “care”, cura) per favorirne la crescita e il benessere. A questo proposito è interessante osservare come la parola “cura” possa essere ricondotta etimologicamente a due origini che rimandano a due stati interni della persona: da un lato ci riferiamo a questo termine con l’intento di esprimere che qualcosa ci “sta a cuore” e dall’altro questa parola vuole riferirsi al fatto di “stare in guardia” rimandando allo stato di sollecitudine che si prova nei confronti di qualcosa o qualcuno, in questo caso il bambino, per cui ci si preoccupa (<https://www.etimo.it/?term=cura>). È proprio in virtù della fondamentale importanza che questo ambiente, così unico e speciale, riveste per il bambino, che ho scelto di soffermarmi e approfondire in questo primo capitolo il tema della “Funzione Genitoriale” poiché è proprio all’interno di questo contesto che essa si esplicita e prende forma.

1.1.2 Definizione

La genitorialità, nel senso più ampio del suo significato, è una funzione di cura complessa e in continua evoluzione che si riferisce alla possibilità e capacità di occuparsi, nel senso proprio di prendersi cura (da un punto di vista fisico, ma soprattutto affettivo), di qualcun altro, cioè di una persona altra rispetto a sé. Può essere considerata una specie di “posizione” psichica e relazionale (Simonelli, 2014) che fa protendere una persona al di fuori di sé nella direzione di un “altro”, con l’obiettivo di cogliere e accogliere i suoi bisogni, di comprenderli e di rispondervi in modo adeguato rispettando quella che è la sua soggettività. Questo “altro”, in questo specifico caso un bambino, ma potrebbe benissimo essere per esempio un anziano o un malato, è una persona che ha bisogno di avere accanto qualcuno in grado di soddisfare i suoi bisogni dal momento in cui si trova

in una condizione di asimmetria per età, capacità, livello di sviluppo e possibilità fisiche/psicologiche.

Questa funzione di cura, che ci spinge verso un'altra persona, è in parte una capacità intuitiva e innata, in parte è una competenza che si apprende e si modifica nel corso del tempo: dipende dalle proprie esperienze di cura che si sono ricevute precocemente e muta in base alle diverse relazioni nelle quali ci si cimenta nella cura dell'altro. Da un lato, essa rappresenta una dote intuitiva e innata perché le primissime espressioni di competenze genitoriali possono essere osservate fin dalla prima infanzia nei comportamenti che il bambino mette in atto in modo spontaneo. Questo avviene grazie allo sviluppo delle competenze intersoggettive e allo sviluppo della Teoria della mente (che permette di attribuire stati mentali, in termini di credenze, intenzioni, emozioni, desideri ai comportamenti propri e altrui) che cominciano a prendere forma a partire dal termine del primo anno di vita il bambino (Sempio et al., 2005). Dall'altro lato, la genitorialità è in costante evoluzione e non coincide tanto con il fatto di avere un bambino, e quindi essere genitori, quanto piuttosto col fatto di essere stati, a nostra volta, dei figli, e quindi aver avuto dei genitori che si sono preoccupati per noi e aver fatto, in questo senso, esperienza di cura. È questo il nocciolo della genitorialità: la possibilità di sviluppare a nostra volta una capacità di cura poggia sulle cure e le premure ricevute precedentemente da qualcun altro (Simonelli, 2018). In questo senso, le capacità genitoriali che si vengono a sviluppare a partire dal fatto che siamo stati immersi in un ambiente di cura sufficientemente sensibile e responsivo, affondano le proprie radici nella storia di cura che ognuno di noi ha ricevuto fin dalla più tenera età, grazie a degli adulti che sono stati capaci di prendersi cura di noi (ibidem). Questa specifica caratteristica della funzione genitoriale richiede di prestare particolare attenzione alle capacità di cura attivate da genitori che, in epoche precoci, sono stati bambini poco riconosciuti, visti e amati. Infatti, in casi sfavorevoli, l'aver vissuto in un ambiente di cura poco sensibile e responsivo potrebbe aver generato e trasferito nelle future capacità genitoriali dell'adulto quella carenza e inadeguatezza, ricevute da piccoli, relative alla capacità di cogliere, interpretare e rispondere adeguatamente alle richieste di bisogno manifestate dall'altro (Simonelli, 2014).

Un aspetto centrale della funzione genitoriale consiste nel fatto che essa poggia su basi biologiche ma prescinde da esse trascendendo di conseguenza il legame biologico. Questo significa che il perno attorno al quale ruotano le varie competenze che questa funzione racchiude in sé, è rappresentato dalla relazione affettiva tra individui: ci si prende cura dell'altro non solo in quanto figlio, ma specialmente in quanto essere che si trova in uno stato di difficoltà. A questo proposito possiamo descrivere la genitorialità come una funzione che è in parte indipendente dalla possibilità di avere un figlio (generatività biologica), che rappresenta solo una delle sue molteplici forme, importante ma non necessariamente essenziale (Fava Vizziello, 2003). Su questa linea consideriamo la capacità di preoccuparsi di un'altra persona e di prendersene cura, essere strettamente in associazione con il tipo di relazione che gli individui contribuiscono a costruire in interazione con le loro caratteristiche personali. A questo livello possiamo prendere come esempio casi di affidamento o di adozione.

Parlando brevemente di adozione, Antonioli, Fava Vizziello, e Volpe (2004) la definiscono un "incontro tra due mancanze" in cui possiamo osservare da un lato la mancanza di genitori biologici da parte del bambino, dall'altro l'assenza di un figlio biologico da parte della coppia intenzionata ad adottare. Nei contesti di adozione la genitorialità viene via via a costituirsi nell'incontro con un figlio che è biologicamente nato da un'altra coppia, dove il fulcro è rappresentato dalla possibilità, da parte della coppia adottante, di accettare il bambino come figlio proprio senza tentare di violarne la storia personale, ma, al contrario, desiderando di riconoscersi come una parte di un percorso comune che tiene in considerazione la diversità dell'origine di provenienza senza cercare di modificarla (Salcuni, 2014). Sul piano psicologico l'adozione rappresenta una specifica modalità di creare dei legami affettivi, in cui il bambino adottato, che ha quindi sperimentato una storia di mancanze e rotture affettive con delle precedenti figure adulte, si trova in una condizione di estrema sensibilità e fragilità che lo rende psicologicamente vulnerabile. Necessita di un genitore sostitutivo stabile e costante, un nuovo adulto di riferimento, che lo aiuti a elaborare la perdita vissuta permettendogli di riorganizzare il suo mondo interno e di legarsi a lui prevenendo in questo modo la possibilità che vengano a svilupparsi alcuni esiti psicopatologici sfavorevoli (Bowlby, 1980; Fava Vizziello, Simonelli, 2004). Uno studio si è occupato di indagare l'interazione mamma – bambino in condizione di adozione e non, quando i

bambini avevano un'età di 4 anni. Gli autori hanno confrontato famiglie adottive, in cui la condizione di adozione era precedente ai 5 mesi di età del bambino, e non adottive in merito a: comportamento infantile, materno e diadico. Dai risultati è emerso che sia la coppia mamma – bambino biologica sia quella adottiva mostravano un funzionamento di tipo adattivo. Inoltre, non sono state evidenziate particolari differenze nell'autostima, nel livello di intelligenza e nella competenza adattiva dei bimbi. In aggiunta, è stato osservato come le madri adottive avessero manifestato soddisfazione genitoriale e livelli di sostegno sociale uguali se non addirittura superiori a quelli delle madri non adottive. Per contro, i risultati dello studio hanno evidenziato una differenza riguardante i bambini adottati, che si mostravano essere meno compiacenti e positivi verso la madre, comportando di conseguenza una qualità diadica inferiore. I risultati del presente studio sono in linea con la letteratura che afferma il fatto che l'adozione entro i primi 6 mesi di vita all'interno di un contesto domestico positivo rappresenta un fattore protettivo rispetto allo sviluppo del bambino, che viene considerato paragonabile a quello di bambini non adottati (McCall, van IJzendoorn, Juffer, Groark, & Groza, 2011; Suwalsky, Padilla, Yuen, Horn, Bradley, Putnick, Bornstein, 2015).

Proseguendo con la definizione della genitorialità, possiamo considerare la stessa un ambito parzialmente indipendente e autonomo rispetto ad altre aree della personalità e in generale rispetto a molteplici domini di funzionamento della persona, anche se, tuttavia, bisogna sottolineare come essi non siano del tutto scissi l'uno rispetto all'altro (Cramer, Palacio Espansa, 1994). Questo significa che in un caregiver avente una qualche forma di patologia, più o meno severa, la funzione genitoriale non è necessariamente compromessa a causa della condizione patologica in corso; infatti, il genitore può mantenere in ogni caso un buon livello di cura e sensibilità nei confronti del suo bambino. Allo stesso modo, questa caratteristica intrinseca della genitorialità può comportare che anche un adulto ben funzionante e integrato nel suo contesto di riferimento possa non avere le capacità adeguate e le risorse necessarie che gli permettono di occuparsi del suo bambino nel migliore dei modi (Simonelli, 2014).

La funzione genitoriale viene inoltre definita “processuale”. Questo significa che tende ad evolvere nel tempo, non è data una volta per tutte, ma muta in relazione alla situazione e alla specifica persona nei confronti della quale queste capacità di cura vengono attivate.

La cura che, in questo caso un adulto di riferimento attiva nei confronti del figlio, assume una particolare forma in relazione alla sua storia, alla sua capacità di cogliere i segnali di bisogno dell'altro e alla sua sensibilità; il tutto all'interno di una specifica relazione, che è quella con il suo bambino (Manzano, Palacio Espansa, Zilkha, 1999).

Stern (2004b) definisce la genitorialità come una funzione "intersoggettiva" intendendo come essa si strutturi e prenda forma in relazione ai sistemi intersoggettivi che caratterizzano gli individui che sono coinvolti nell'interazione. Considerare la funzione genitoriale in quest'ottica ci permette di comprendere e osservare come le capacità di cura che l'adulto di riferimento mette in atto vengono a co-costruirsi all'interno di un processo interattivo dinamico e reciproco. Riconoscere la soggettività del bambino e considerarlo un agente attivo nella relazione col suo caregiver comporta il fatto di valorizzarne le caratteristiche evolutive, fisiche e psichiche, le sue capacità interattive e il suo temperamento. In sintesi, possiamo dire che il caregiver attiva particolari forme di cura e protezione in relazione ai segnali che il bambino fornisce all'interno di un dinamico sistema di azione e retroazione in cui il contributo di entrambi gli attori (genitore e bambino) coinvolti nell'interazione concorre a definire la qualità del contesto che personalizzerà la loro relazione (Beebe, Lachmann, 2022).

La funzione genitoriale è una funzione "relazionale" che, come ho precedentemente evidenziato, protende alla relazione con l'altro-diverso-da-sé (Simonelli, 2014). Essa è infatti osservabile a partire dai comportamenti che vengono esplicitati nel corso dell'interazione in quanto le funzioni di cura hanno a che fare con il fatto di stare con l'altro. La genitorialità, infatti, si colloca a livello d'interazione, nello specifico è insita e identificabile all'interno di quell'insieme di comportamenti collocabili nell' "hic et nunc" (nel qui ed ora) della relazione tra il bambino e il suo adulto di riferimento (Simonelli, 2018). I comportamenti che definiscono la qualità interattiva tra i due protagonisti sono semplici ma di grande rilievo, e vengono attuati quotidianamente: sorridere, prendere in braccio, fare una carezza sono azioni che, nella loro apparente semplicità, costituiscono la relazione stessa che la mamma, con i suoi comportamenti di cura, e il bambino, con le sue caratteristiche, vanno man mano a definire attraverso scambi ripetuti. Un'immagine rappresentativa che facilita la comprensione di questo fondamentale aspetto della genitorialità è quella del muro, ovvero la relazione, che viene via via a definirsi e

solidificarsi a partire da piccoli mattoncini, i comportamenti di cura di cui sopra, che danno al muro la sua particolare forma e unicità (Simonelli, 2014).

1.1.3 Contributi teorici: la Teoria dell'attaccamento e la prospettiva dell'Infant research

Nel corso degli anni, la conoscenza in merito alla funzione genitoriale e all'assetto diadico adulto – bambino è stata notevolmente ampliata da numerosi approcci teorici e di ricerca (Tambelli, 2010). I due principali contributi teorici sono rappresentati da un lato dalla Teoria dell'attaccamento, che affonda le radici a partire dagli studi di Bowlby e dall'altro spicca la prospettiva dell'Infant research.

La Teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) è la principale cornice teorica che ha permesso di spiegare lo sviluppo del legame genitore – bambino. A partire dagli studi etologici di Lorenz, Bowlby sosteneva come i comportamenti di cura, in risposta agli stimoli infantili manifestati dal bambino, fossero influenzati da una predisposizione biologica che agiva in termini di facilitazione della formazione del legame di attaccamento al fine di garantire la sopravvivenza del piccolo. Infatti, i comportamenti parentali rappresentano un fattore estremamente rilevante per lo sviluppo e la sopravvivenza dell'essere umano e, Bowlby, a questo proposito, sosteneva l'importanza della presenza di almeno un adulto di riferimento in grado esercitare una funzione di cura e protezione nei confronti di un bambino poiché la primissima infanzia rappresenta un periodo di estrema vulnerabilità per il piccolo (ibidem). Sulla base di osservazioni dirette relative al modo in cui i bambini piccoli si comportano in determinate situazioni, Bowlby (1969) descrive alcuni modelli di relazioni che si verificano in modo sistematico nella prima infanzia, sostenendo come modelli relazionali simili possano essere osservati anche in fasi di vita successive. Inoltre, l'autore, studiando il tipo di interazione messa in atto dalla diade genitore – bambino, cerca di comprendere il precoce funzionamento di personalità dell'individuo che risulta essere di particolare importanza poiché influenza la capacità di prendersi cura dell'altro. Attraverso le sue osservazioni, Bowlby è riuscito a rilevare un particolare pattern comportamentale, definito "sistema comportamentale dell'attaccamento". Questo sistema viene attivato dal bambino in situazioni specifiche che gli procurano disagio, pensiamo per esempio all'allontanamento della madre o altre condizioni di stress quali la fame, la stanchezza o il dolore (De Carli, Simonelli, 2018). Questi comportamenti di segnalazione, come possono essere il pianto, un vocalizzo ma

anche un comportamento di ricerca attiva, ad esempio il fatto gattonare o alzare le braccia nella direzione del caregiver, hanno un obiettivo ben preciso: quello di ottenere la vicinanza dell'adulto di riferimento al fine di ricevere protezione. In una situazione ottimale, in risposta a questi segnali di prossimità e richiesta di bisogno messi in atto dal bambino, viene ad attivarsi, nel genitore, il sistema di Parenting o Caregiving che, appunto, è in stretta relazione col sistema dell'attaccamento (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978; George, Solomon, 1999). Con l'attivazione di questo sistema, il caregiver mette in atto un repertorio comportamentale composto, per esempio, dal fatto di prendere in braccio il bambino, cullarlo, coccolarlo, sorridergli, che è funzionale a rassicurarlo e tranquillizzarlo fornendogli cura e protezione (George, Solomon, 1999). Le esperienze ripetute di attivazione del sistema comportamentale di attaccamento e della successiva disattivazione dello stesso, conseguente alle risposte di cura fornite dal caregiver (che permettono al bambino di tornare a un precedente stato di regolazione interna, funzionale a riprendere le attività che stava svolgendo precedentemente) permettono al bambino stesso di crearsi un insieme di aspettative interne relative alle risposte che il suo comportamento suscita sull'adulto (Cassidy, 1994). In sintesi, possiamo dire che la qualità delle cure che il bambino riceve a partire dalle risposte dell'adulto ai suoi segnali va a determinare e strutturare la qualità del legame di attaccamento del bimbo nei confronti del genitore, influenzando di conseguenza il senso di fiducia che il piccolo ripone nell'adulto nei momenti in cui avrà bisogno di lui (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978). Detto in altre parole, quando il genitore fornisce al bambino risposte sensibili e responsive ai segnali inviati dal figlio durante i momenti quotidiani di interazione con lui, il piccolo riesce a costruirsi delle aspettative in merito all'accessibilità del suo adulto di riferimento nelle situazioni di stress e disagio e alla sua disponibilità ad occuparsene in maniera adeguata. Queste aspettative che il bambino si costruisce via via che procede nella conoscenza interattiva con l'adulto vengono definite da Bowlby (1972, 1980) "Modelli Operativi Interni" (MOI) che l'autore descrive come un insieme di rappresentazioni, idee e aspettative inerenti a sé, all'altro e a sé in interazione con l'altro, che permettono di organizzare le informazioni rilevanti per il sistema di attaccamento e assolvono al compito di velocizzare la codifica della realtà e rispondere alle situazioni sociali (Bowlby, 1969; Bretherton, Munholland, 2016). Le esperienze relative alla disponibilità emotiva del suo caregiver, che il bambino sperimenta ogni giorno nel corso

delle interazioni con lui, vanno a costituire una sorta di organizzazione psichica interna stabile, formata da aspettative, emozioni, desideri ecc., che diventerà poi la base su cui il bambino costruirà nuovi rapporti interpersonali (Cassidy, 1994). A tal proposito è stato ipotizzato che le valutazioni che l'adulto fa in merito ai propri vissuti precoci di attaccamento, all'accessibilità e sensibilità del suo caregiver primario e la considerazione di quanto queste esperienze impattino sul suo funzionamento attuale, si organizzano in rappresentazioni stabili ("stati della mente") inerenti all'attaccamento costruito con il proprio genitore (Main, Goldwyn, 1985-1996). Secondo gli autori questi stati mentali influenzano significativamente il modo in cui l'adulto, una volta diventato genitore, risponde ai segnali infantili emessi dal suo bambino facilitando o meno lo sviluppo di un legame di attaccamento sicuro. Infatti, l'espressione delle modalità di parenting, oltre a dipendere dalla specifica relazione diadica del genitore con il suo bambino, è estremamente influenzata dalle sue esperienze passate di attaccamento con i suoi genitori (Venuti, Simonelli, Rigo, 2018).

Un secondo contributo importante nella comprensione dei meccanismi sottostanti la funzione genitoriale e il legame di attaccamento del neonato nei confronti del suo caregiver è rappresentato dalla prospettiva teorica e di ricerca dell'Infant research, sviluppatasi intorno agli anni '70 del secolo scorso (Venuti, Simonelli, Rigo, 2014). L'interesse primario di questo approccio consiste nell'indagine e nella comprensione delle relazioni precoci che vengono a delinearsi a partire dai primi incontri interattivi tra l'adulto e il bambino (ibidem). Questa prospettiva ha il merito di aver messo in luce come la spinta a creare e mantenere relazioni, che è innata nel bambino, costituisca un aspetto centrale nell'organizzazione dell'esperienza psicologica infantile, la quale deriva dalla qualità degli scambi interattivi tra il bimbo e il suo adulto di riferimento (Beebe, 1986; Beebe, Lachmann, 1988; Beebe, Stern, 1977; Emde, 1980; Sander, 1983; Stern, 1995). All'interno di questi scambi interattivi, la prospettiva teorica dell'Infant research attribuisce al bambino un ruolo attivo, quello di un soggetto indipendente e dotato di un proprio stato mentale ed emotivo, in grado di esercitare un'influenza significativa nella strutturazione della qualità relazionale che contribuisce a costruire con il genitore. È possibile considerare queste dinamiche relazionali come un sistema bi-direzionale che vede da un lato un bambino attivo e propositivo, che, con le sue caratteristiche, modula gli scambi interattivi con il caregiver e, dall'altro, un genitore che ha un ruolo importante

nella lettura dei segnali manifestati dal bambino e che deve essere in grado di utilizzare per porsi nei confronti del figlio come regolatore esterno di supporto (Tronick, 1989). Infatti, durante i momenti di interazione tra genitore e bambino si osserva un processo continuo di co-regolazione tra i due, tramite il quale il bimbo impara ad organizzare e dare un senso ai suoi stati interni attraverso il supporto fornito dal caregiver (Venuti, Simonelli, Rigo, 2014).

In conclusione, per ribadire l'importanza del focus sull'interazione genitore – bambino che questo capitolo è intenzionato ad approfondire, è interessante osservare il fatto che l'interazione diadica si colloca su molteplici livelli oltre a quello psichico. Infatti, il modello neurobiologico della funzione genitoriale sostiene come l'adulto di riferimento non solo è predisposto a sintonizzarsi emotivamente sui bisogni del bambino rispondendovi in modo adeguato e funzionale al suo sviluppo, ma lo fa interagendo in modo sincrono e contingente ai segnali emessi dal piccolo, coinvolgendo le componenti centrali (cervello) e periferiche (cuore, col ritmo cardiaco) del sistema nervoso (Rigo, 2018). Inoltre, è importante sottolineare il fatto che un aspetto essenziale che determina la qualità degli scambi diadici tra il genitore e il bambino è rappresentato dalla sensibilità emotiva con cui il caregiver primario coglie e risponde ai segnali infantili permettendo l'instaurarsi di una relazione calda e ricca di scambi affettivi positivi. Nel considerare gli scambi diadici non bisogna trascurare il contributo apportato dal bambino stesso, che fin da subito mostra caratteristiche innate (ad esempio la semplice configurazione del volto infantile che rappresenta per l'adulto uno stimolo saliente) e capacità che hanno lo scopo di garantirsi che il genitore si prenda cura di lui e lo protegga (ibidem).

1.1.4 Le funzioni della genitorialità

Com'è stato sottolineato nel precedente paragrafo, la funzione genitoriale consiste nella "Capacità di prendersi cura di un altro al di fuori di sé, intercettando i suoi bisogni e rispondendo in modo adeguato alla natura del bisogno, all'età, al livello di sviluppo, alle caratteristiche specifiche dell'altro, entro un contesto sociale e culturale specifico" (Simonelli, 2014). La genitorialità è una funzione complessa in quanto racchiude al suo interno una moltitudine di compiti che implicano, per esempio, il fatto di accudire fisicamente il bambino e proteggerlo sia in termini fisici sia affettivi. In generale, si

possono individuare otto specifiche funzioni parentali che rientrano nel costrutto della genitorialità (Visentini, 2006).

La *funzione protettiva* consiste nella capacità del genitore di fornire al bambino un ambiente sicuro in cui crescere e progredire nelle tappe del suo sviluppo e di garantirgli protezione. A livello teorico, Bowlby (1988) concettualizza questa funzione con il costrutto di “base sicura”, che definisce come la “caratteristica più importante dell’essere genitori”. Esso implica che il caregiver sia un adulto disponibile, premuroso e attento; quindi, in grado di facilitare l’incontro esplorativo con l’ambiente circostante al suo bambino, in virtù del fatto che egli si possa sentire protetto e sicuro al fine di allontanarsi dalla madre e cimentarsi nel gioco. Quanto più il bambino è piccolo, tanto più i comportamenti di protezione e cura attivati dal genitore devono essere intensi e tempestivi. Va da sé che, via via che il figlio cresce e diventa grande, il genitore deve sempre più incentivare l’esplorazione riducendo e modulando i comportamenti di parenting.

La *funzione affettiva* ha a che fare con la capacità del genitore di comprendere lo stato affettivo del suo bambino e di sintonizzarsi con i suoi bisogni. È una forma precoce di empatia che si riferisce ad aspetti che regolano la qualità dell’interazione affettiva. Questa specifica capacità del genitore è di fondamentale importanza per il bambino a livello di costruzione e strutturazione del Sé e per lo sviluppo della sua successiva capacità di relazionarsi con altre persone (Tambelli, Vismara & Volpi, 2012).

La *funzione regolativa* implica la capacità del genitore di leggere i segnali affettivi manifestati dal suo bambino e, attraverso i comportamenti di parenting, aiutarlo a regolare i suoi stati interni fungendo da regolatore esterno e accompagnando il figlio a sviluppare le sue abilità di autoregolazione (Tronick, 1989). Infatti, il bambino per imparare a regolare autonomamente i propri stati emotivi e organizzare le sue esperienze ha bisogno che prima la regolazione di questi venga esercitata dal suo adulto di riferimento attraverso comportamenti di etero-regolazione e co-regolazione (ibidem). Per regolare i suoi stati interni inizialmente il bambino oltre ad accedere a delle risorse comportamentali autoregolarie (tra cui succhiarsi il dito) ha anche bisogno di un sistema di regolazione aggiuntivo, quello fornito dal genitore, che si inserisca in questo processo regolatorio implementando le sue capacità di autoregolazione, che sono per natura limitate. Quando

il caregiver primario del bambino risponde in modo appropriato, è quindi sensibile e tempestivo ai bisogni del piccolo, quest'ultimo fa un'esperienza relazionale positiva ed è in grado di mantenere una buona regolazione di sé e della relazione col genitore. La regolazione del bambino avviene quindi all'interno di scambi interattivi con l'adulto di riferimento. Per cui, all'interno di un'interazione ideale, ai primi segnali di disagio manifestati dal bambino, il genitore risponde prontamente e in modo disponibile sincronizzandosi con le esigenze del figlio. A seguito del successo dell'intervento del genitore, il bambino ritorna a uno stato di omeostasi precedente e fa esperienza di stati affettivi positivi a seguito di un iniziale senso di disagio. In realtà, nelle normali interazioni quotidiane si possono osservare molteplici momenti di non coordinazione e sincronia della risposta materna (chiamate anche "rotture"), in cui predomina un'affettività negativa (Gianino, Tronick, 1988). È fondamentale che questi "errori interattivi" in cui si verifica una mancanza di coordinazione vengano riparati al più presto affinché il bambino possa costruirsi una rappresentazione mentale della sua interazione con la madre ben regolata e riparabile. Infatti, i continui scambi interattivi tra lei e il suo bambino permettono a quest'ultimo di sviluppare un insieme di aspettative e rappresentazioni sul mondo relazionale (Beebe, Lachmann, 2002b). In sintesi, si osserva che normalmente il bambino sperimenta momenti di affettività positiva, a cui seguono istanti caratterizzati da affetti negativi e la successiva trasformazione di questi in affetti positivi determinati dalla riparazione affettiva che il caregiver attua in seguito a una mancanza di coordinazione degli stati affettivi reciproci (Gianino, Tronick, 1988; Tronick, 1989, 2007).

La *funzione normativa* consiste nella capacità del caregiver di fornire dei limiti, dei confini e delle regole flessibili che permettano al bambino di fare esperienze, sviluppare la sua autonomia interiorizzando allo stesso tempo le regole e le norme e di tollerare il senso di frustrazione provato in relazione a questi vincoli. Questa funzione si declina specificatamente in due sotto-funzioni: da un lato quella che consiste nel fatto di essere attendibili, affidabili e coerenti, che implica la capacità di stabilire delle regole stabili nel tempo, seppur flessibili, che strutturino l'ambiente di crescita in modo prevedibile. La seconda funzione consiste nel porsi come un limite che permette di contenere l'onnipotenza del bambino, il quale si sente rassicurato quando percepisce che c'è

qualcuno più forte e resistente di lui nel senso che è in grado di non far strabordare i suoi vissuti (Visentini, 2006).

La *funzione predittiva* fa riferimento alla capacità dell'adulto di prevedere la successiva tappa di sviluppo del figlio, così da adeguare il modo in cui si rapporta a quest'ultimo in relazione a quelle che sono le sue tappe di crescita evolutiva. Questa funzione permette al genitore di adeguarsi e di porsi in maniera ottimale rispetto alle competenze che il bambino sta sviluppando. A livello teorico possiamo ritrovare questo concetto all'interno del costrutto di "Zona di sviluppo prossimale" introdotto da Vygotskij (1935). Con questo concetto teorico l'autore intendeva indicare il gap tra quello che il bambino può imparare autonomamente e quello che invece può apprendere grazie a un adulto che si pone nei suoi confronti come una guida senza però sostituirsi a lui (Santospirito, 2020).

La *funzione significativa o riflessiva/mentalizzante* permette al genitore di attribuire un significato agli stimoli manifestati dal bambino in termini di stati interni e comportamentali e alle situazioni in generale. Si riferisce nello specifico alla funzione di "Reverie" di Bion (1962), e comporta il fatto che il caregiver sia in grado di sintonizzarsi e comprendere i bisogni manifestati dal bambino e valorizzarli al fine di restituirgli un significato. Questo processo facilita il reciproco mutuo rispecchiamento tra il genitore e il suo bambino e rappresenta per il piccolo una prima possibilità di integrazione psicosomatica che lo porterà gradualmente a sviluppare e acquisire i primi schemi di interazione.

All'interno della *funzione rappresentativa* il passaggio trasformativo da bambino immaginario a bambino reale che si verifica nella mente di due adulti che si accingono a diventare genitori è di importanza cruciale. Questa funzione permette all'adulto di riferimento che accudisce il bambino di creare delle rappresentazioni coerenti e coese, flessibili e adeguate del figlio e di aggiornarle via via che cresce (Barnes & Olson, 1985).

La *funzione triadica* si riferisce alla capacità del genitore di far entrare il bambino in una relazione in cui è presente anche una terza persona, solitamente il padre, che deve porsi nei confronti del bambino in una maniera sufficientemente stabile e affidabile cosicché egli possa comprendere e accettare che esiste altro oltre al suo rapporto favorito con la madre. Si è soliti osservare la funzione genitoriale privilegiando la componente diadica

genitore – bambino, tuttavia ci sono prove che sostengono l'importanza di considerare la genitorialità come un sistema che poggia su basi triadiche e implica la presenza di entrambi i partner in interazione col figlio (Simonelli, 2014). Lo spostamento del focus attentivo dalla dimensione diadica della genitorialità verso una direzione triadica, che includa quindi la presenza di un terzo nella relazione tra la mamma e il bambino, ha implicato una visione della famiglia, non più attraverso molteplici sottocomponenti (mamma – bambino o papà – bambino) ma nell'ottica di una “famiglia come insieme” unitario (ibidem). In questo senso Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery (1999) hanno sostenuto una prospettiva che concettualizza una relazionalità di tipo triadico che è insita e in evoluzione fin dai primi giorni di vita del bambino. Questa visione ritiene la triade madre – padre – bambino un sistema primario e centrale per lo sviluppo delle competenze interattive nel bambino lungo tutto il primo anno di vita dello stesso. In modo equivalente, McHale, Fivaz-Depeursinge (1999) hanno evidenziato come la competenza triangolare precoce non si viene a costituire tardivamente, ma è una capacità di base su cui poggia la motivazione sociale. A dimostrazione di questo aspetto si è osservato che a 3-4 mesi di età il bambino è capace di guardare contemporaneamente a due persone distinte mostrando di essere intenzionato a stare in interazione con tutte e due inserendosi, quindi, all'interno di un sistema di comunicazione che coinvolge tre persone (Tremblay-Leveau, 1999; Nadel e Tremblay-Leveau, 1999).

1.1.5 Gli stili genitoriali

Le funzioni genitoriali e i comportamenti di parenting assumono un'ampia gamma di sfumature qualitative. L'insieme dei comportamenti e degli atteggiamenti con cui il genitore si relaziona con il suo bambino sono raggruppabili all'interno di specifiche modalità interattive e relazionali prevalenti, che orientano e influenzano la relazione tra il genitore e il figlio. In altre parole, definiamo lo “stile genitoriale” come l'insieme delle modalità educative con cui i genitori si rapportano ai figli e che hanno un impatto notevole sulla loro salute mentale e sul loro sviluppo poiché lo stile interattivo adottato va a influenzare il clima emotivo della relazione incidendo sia sui comportamenti finalizzati a ottenere uno specifico risultato educativo sia su quelli non finalizzati che consistono in gesti, modalità di esprimere gli affetti e cambiamento del tono della voce (Darling & Steinberg, 1993). Secondo Maccoby & Martin (1983) gli stili genitoriali si possono classificare a partire dalla combinazione di 2 dimensioni che vedono implicati, da un lato

“Controllo e Richieste” e dall’altro “Sostegno e responsabilità” (figura 1.1). Dall’incrocio che deriva da queste due dimensioni e, nello specifico, dagli alti o bassi livelli presenti all’interno di ciascuna di esse, si osservano quattro diversi stili genitoriali.



Figura 1.1. De Graaf et al., 2010; Steinberg, (2014)

Come è possibile osservare nello schema sopra collocato, lo *stile autorevole* (nella tabella in alto a destra) si compone contemporaneamente di alti livelli di controllo e di supporto che i genitori esercitano nei confronti dei loro figli. Questa tipologia di caregivers esercita una strategia educativa basata sul fatto di guidare le attività del bambino in modo razionale e orientato al problema incentivando la dimensione comunicativa attraverso un dialogo con cui si condivide con il figlio le ragioni sottostanti le scelte educative nei suoi confronti. Valorizza la sua dimensione creativa e autonoma adottando una posizione ferma e decisa nei punti di divergenza senza mai reprimere il figlio con i suoi bisogni e le sue esigenze evolutive (Baumrind, 1971). Questo specifico stile genitoriale genera un clima affettivo familiare all’interno del quale il bambino cresce sviluppando alti livelli di competenza sociale, benessere psicofisico, autostima, senso di autoefficacia, buona riuscita scolastica e un minor numero di comportamenti a rischio per la sua salute (De Graaf et al., 2010; Steinberg, 2014). I risultati dello studio della Baumrind (1971) hanno rilevato come i bambini immersi in questo contesto familiare si rivelano essere più autonomi, soddisfatti, maggiormente impegnati nel gioco e nell’esplorazione a fronte di genitori sensibili a cogliere i bisogni espressi dal bambino ed emotivamente caldi e accoglienti nella relazione con loro. Inoltre, tale stile genitoriale presenta numerosi e

notevoli effetti positivi a lungo termine; infatti, all'interno di questo contesto familiare i ragazzi adolescenti hanno l'occasione di sperimentare un senso di autonomia grazie alla guida e al supporto fornito da genitori che esercitano una cura flessibile in relazione alle loro esigenze (Cicognani, 2012). Ecco, quindi, che la relazione con gli adulti di riferimento rappresenta una "palestra" all'interno della quale accrescere le proprie competenze psicosociali (comunicative, relazionali, ecc.) da sfruttare anche nelle relazioni con altre persone (ibidem).

Lo *stile autoritario* è caratterizzato da alti livelli di controllo esercitati dal genitore sul figlio e da scarso sostegno, si tratta di genitori estremamente rigidi e severi (De Graaf et al., 2010; Steinberg, 2014). Come sottolinea la psicologa dello sviluppo Diana Baumrind nel suo articolo "*Current patterns of parental authority*" (1971) il genitore che adotta uno stile genitoriale di tipo autoritario ha la tendenza a controllare e modellare i comportamenti del figlio per renderli conformi a uno standard assoluto e rigido di condotta che viene stabilito da un'autorità superiore e indiscutibile. Il genitore autoritario valorizza l'obbedienza e inibisce l'autoaffermazione del figlio attraverso strategie punitive. Non fornisce spiegazioni né permette la negoziazione di regole di condotta, al contrario ritiene che ciò che dice sia legge e che il figlio debba accettare le sue decisioni in funzione di un rispetto estremo per l'autorità, la conservazione dell'ordine e della struttura tradizionale. All'interno dello studio dell'autrice è stato osservato che i bambini, figli di genitori autoritari, si sono dimostrati essere scontenti, ritirati, distaccati e controllanti e meno calorosi nelle relazioni.

Lo *stile negligente o trascurante* è tipico di quei genitori che esercitano simultaneamente un basso controllo e un basso livello di sostegno. È frequente che, in tali condizioni, i figli siano lasciati soli ad affrontare le loro sfide evolutive.

Infine, lo *stile permissivo (o indulgente)* caratterizza quei genitori estremamente tolleranti e ininfluenti che esercitano un basso controllo educativo e alti livelli di sostegno e supporto. Questa modalità relazionale rende i figli meno autonomi e impegnati nell'esplorazione dell'ambiente, li porta ad adottare un atteggiamento di scarso auto-controllo e ad essere generalmente poco esigenti e calorosi nelle interazioni con gli altri (Baumrind, 1971).

1.2 Transizione alla genitorialità: accenni

1.2.1 Introduzione: la coppia

Voglio introdurre il presente paragrafo con una premessa che, nonostante possa sembrare apparentemente banale, in realtà assume una connotazione molto importante per la situazione storica e sociale della nostra società attuale. All'interno di questa sezione, infatti, mi occuperò di discutere la dimensione di coppia e genitoriale prendendo in esame unicamente il modello tradizionale di famiglia, che la vede composta di un uomo e di una donna, pur consapevole di quanto questa visione familiare sia estremamente limitata e limitante.

Il momento iniziale, in cui si origina e prende forma la coppia romantica, si verifica quando avviene una scelta condivisa e consenziente di un uomo e di una donna che sono entrambi interessati a una conoscenza reciproca e, successivamente, a una frequentazione (Norsa, Zavattini, 1997; Righetti, Sette, 2000). Questa preferenza che ha portato entrambi i partner a piacersi e scegliersi avviene sulla base di un principio di somiglianza o, al contrario, di differenza (Malagoli Togliatti, Lubrano Lavadera, 2002). È a questo livello che i due partner vivono la prima delle 4 fasi evolutive della dimensione di coppia (Pica, 2017): l'*infatuazione*. È una fase caratterizzata da una forte attrazione pulsionale che spinge i due amanti a mostrare le loro qualità spesso ponendo in secondo piano i propri limiti e difetti. Si tratta di quel momento in cui l'altro viene idealizzato, in cui si massimizzano le somiglianze e si minimizzano e sminuiscono le diversità e, spesso, il legame intenso che viene a delinarsi porta la coppia a vivere questa iniziale luna di miele per conto proprio, isolandosi dal mondo esterno. Dopo pochi mesi, subentra la fase dell'*innamoramento*, durante la quale l'interesse aumenta e la conoscenza reciproca diviene più intensa e profonda permettendo di trovare nel partner un complice degno di fiducia con il quale mostrarsi per quello che si è, fragilità e limiti compresi. È una fase in cui non si è ancora propriamente innamorati dell'altro in quanto si è ancora auto-centrati e si cercano quei punti in comune che permettano di far combaciare l'altro a un modello mentale soggettivo di un partner. Segue poi la fase della *differenziazione*, il momento clou che spesso va a definire la successiva evoluzione del legame di coppia. È a questo punto che i due decidono di entrare nel ruolo mettendosi in gioco e impegnandosi in questo rapporto, di scegliersi non solo per gli aspetti in comune ma di vedersi per quello

che si è realmente. All'idealizzazione dell'altro prende il posto una visione completa e reale del partner, che viene via via ad aggiustarsi in base agli scambi che caratterizzano la coppia. Il clima di profonda affettività che nasce durante questi momenti porta alla fase segnata dall'*amore*. Questo sentimento si alimenta attraverso l'affetto, l'intesa e la complicità che i due partner provano e condividono via via che approfondiscono la loro conoscenza; questo porta a vedersi con uno sguardo più maturo e permette di proiettarsi nel futuro condividendo un progetto di vita insieme. Nel suo modello trifasico, Sternberg (1986) ritiene che l'amore nasca grazie al susseguirsi di tre aspetti, che conducono alla maturazione di tale sentimento: passione, intimità e impegno. Così come ogni tappa evolutiva importante richiede all'individuo di affrontare e superare specifici compiti evolutivi, lo stesso accade per la coppia (Scabini, 1995). Cinque sono i principali compiti di sviluppo che riguardano la coppia: in primis ciascun partner, con le proprie peculiarità, contribuisce a definire l'*identità di coppia*, che deriva dall'esito positivo del processo di separazione e individuazione della coppia stessa rispetto alle famiglie d'appartenenza (Malagoli Togliatti, Angrisani Barone, 2000; Scabini, Cigoli, 2000). Il secondo compito riguarda l'*organizzazione della vita di coppia*, in cui i partner si impegnano in una negoziazione reciproca di impegno, ruoli e compiti individuali definendo i loro spazi. Un aspetto importante che viene richiesto alla coppia consiste *nell'adempimento dei compiti evolutivi, in quanto figli, nei confronti dei propri genitori*. Ciò si traduce nella necessità del singolo partner di ridefinire il legame di attaccamento con i propri genitori, stabilire nuovi confini tra la famiglia d'origine e il suo rapporto con il partner attuale in una situazione di sano equilibrio (Malagoli Togliatti, Lubrano Lavadera, 2002; Sponchiado, 2001) al fine di non rimanere negativamente coinvolti all'interno di quella che Scabini e Cigoli (2000) definiscono "ragnatela per le generazioni". Inoltre, nel corso degli anni alla coppia spetta un compito fondamentale per il mantenimento del benessere psicologico di entrambi i partner che è quello di *rilanciare il rapporto* soprattutto nei momenti di crisi, la quale è da intendere come una transizione temporanea che, in quanto tale, può scombussolare il legame di coppia che deve riorganizzarsi e aggiustarsi in base alla situazione. Come ultimo aspetto, ma non per importanza, è fondamentale che la coppia non trascuri i *rapporti sociali*, coltivando e condividendo occasioni di incontro con i propri amici per non correre il rischio di isolarsi e diventare un nucleo a sé.

Poiché la qualità del rapporto di coppia influenza il benessere psicofisico dei singoli membri emerge quanto sia importante considerare un insieme di variabili che possono andare a sostenere o ostacolare il legame tra i due (Bradbury, Fincham, Beach, 2000; Dyrdal, Roysamb, Nes et al., 2011; Proulx, 2007). La soddisfazione di coppia (Fincham, Bradbury, 1987 a.) assieme alla stabilità di coppia sono due dimensioni molto importanti che, nel loro insieme, vanno a definire il benessere e la qualità della relazione che, come sottolineano diversi autori, non coincide con una completa assenza di insoddisfazione in quanto rappresenta un costrutto che include al suo interno sia aspetti positivi ma anche aspetti negativi (Fincham, Beach, Kemp-Fincham, 1997). Sul piano cognitivo ed affettivo, alcune delle variabili che vanno a delineare la qualità del legame di coppia, sono rappresentate da un lato dalle aspettative che entrambi i componenti della coppia ripongono sul rapporto stesso e questo vale soprattutto in relazione alla distanza tra queste aspettative e il legame reale che caratterizza la coppia (Kelley, Burgoon, 1991; Orbuch, Veroff, Holmberg, 1993). Dall'altro, anche le credenze che entrambi i partner maturano in relazione al proprio ruolo all'interno della coppia hanno un peso nel definire la qualità relazionale tra i due poiché, in una situazione di accordo, danno un enorme contributo alla costruzione di un legame soddisfacente (Cox, Owen, Lewis et al., 1989; Kluwer, Heesink, Van de Vliert, 1996, 1997). Al contrario, un'ottica tradizionale rispetto alla suddivisione dei ruoli e dei compiti ad essi connessi, che spesso vede la donna in una condizione svantaggiosa (Gottman, 1994), può influenzare negativamente il legame di coppia aumentando l'insoddisfazione verso la relazione. Inoltre, poiché il tipo di attaccamento che l'individuo adulto ha sviluppato nei confronti dei genitori della famiglia di origine porta con sé degli strascichi che si manifestano sul piano relazionale in funzione dei MOI che il bambino è stato in grado di sviluppare a partire dalle relazioni coi suoi caregivers primari, va da sé che un attaccamento di tipo sicuro rappresenta un fattore protettivo per il legame di coppia favorendo una maggiore soddisfazione relazionale dal momento che il bambino, ora adulto indipendente, grazie alla sensibilità e al calore emotivo parentale che ha determinato il clima affettivo tra i loro scambi relazionali, si è potuto costruire delle rappresentazioni positive delle relazioni: capaci di fornire sicurezza e protezione (Hazan, Shaver, 1987). Sul piano delle variabili interattive e dei processi interpersonali (Bradbury, Fincham, Beach, 2000) il tipo di comunicazione adottato dalla coppia nei momenti di scambio ha un forte valore predittivo nel determinare la

soddisfazione del rapporto di coppia (Litzinger, Gordon, 2005; Noller, Feeney, 1998). Infatti, secondo diversi autori una buona capacità comunicativa ha un ruolo di protezione rispetto alla qualità e alla stabilità del legame di coppia (Hinde, 1995; Fenney, Noller, Ward, 1997; Kelley, Berscheid, Christensen et al., 1983; Moss, Schwebel, 1993) dal momento che permette ai due partner di esprimere positivamente le proprie credenze e opinioni senza sentirsi giudicati, limitando quindi la possibilità di eventuali fraintendimenti; inoltre, accresce la possibilità di svelarsi all'altro senza timore (Noller, Feeney, Peterson, 2001). Infine, un aspetto molto importante nella definizione della qualità del legame di coppia è rappresentato dalla dimensione della sessualità che, oggi più che mai (Bozon, 2001), rappresenta una specifica e imprescindibile modalità per rinnovare il legame di coppia (Bozon, 2001; Christopher, Sprecher, 2000).

Questo insieme di aspetti, più numerosi altri di cui non ho fatto menzione per il quantitativo informativo, interagiscono tra loro andando a definire e determinare la qualità del legame che via via prende forma in una coppia. Tale passaggio è estremamente importante e delicato per il fatto che il benessere che i due partner provano nello stare insieme andrà poi a influenzare da un lato il modo in cui i due vivranno quel periodo particolare di transizione alla genitorialità dettato dal desiderio di diventare genitori e, dall'altro, le capacità co-genitoriali e i comportamenti parentali che i due genitori assumeranno nel momento in cui nascerà il loro bambino (Parolin, Sudati, 2014).

Come sottolineato, una relazione di coppia caratterizzata da un legame stabile e qualitativamente positivo è imprescindibile per lo sviluppo di una co-genitorialità adeguata a prendersi cura e sostenere lo sviluppo del bambino. Il concetto di co-genitorialità rimanda all'alleanza e al supporto reciproci che caratterizzano due partner che si accingono a rivestire il ruolo di genitori, con tutti i compiti e le responsabilità ad esso relativi (McHale, 2007). Per il successo e la buona riuscita nell'accudimento di un figlio è infatti indispensabile non solo una soddisfacente relazione tra i due coniugi ma soprattutto una solida e coerente alleanza e stabilità co-genitoriale (ibidem). McHale (2007) sottolinea come questa particolare dimensione della relazione di coppia, appunto quella co-genitoriale, venga a definirsi in relazione a due aspetti: da una parte, la *solidarietà* si riferisce alla possibilità della coppia di concepirsi come un "team solido" caratterizzato da sintonia, collaborazione, affettività positiva e reciproca valorizzazione mentre dall'altra, l'equa *divisione del lavoro tra i partner* permette il riassetarsi dei ruoli

precedentemente stabiliti nei primissimi mesi che seguono la nascita del figlio riorganizzando l'assetto familiare in funzione delle necessità nel nuovo membro familiare che in questo momento necessita di tutte le cure e attenzioni possibili. In conclusione, è importante ricordare quanto sia importante la qualità, in termini di soddisfazione e stabilità di coppia, del legame tra i due partner dal momento che ha un ruolo imprescindibile nell'influenzare le capacità genitoriali successive.

1.2.2 Definizione: la Transizione alla Genitorialità.

Il momento in cui si diventa genitori non coincide con l'effettiva nascita biologica del figlio (Candelori, Mancone, 2001). Infatti, il percorso di transizione alla genitorialità si avvia nel momento in cui una coppia, formata da un uomo e da una donna, inizia a negoziare l'idea e la possibilità di avere un bambino; consiste in un processo che si sviluppa sia a livello intrapsichico, che avviene quindi individualmente, sia matura all'interno di una prospettiva di coppia (ibidem). L'importante decisione di diventare genitori comporta la disponibilità della coppia coniugale ad aprire e allargare i propri confini per includere un nuovo membro familiare, accettando e promuovendo il cambiamento che comporta la transizione da una relazione a due a una relazione a tre (Candelori, Mancone, 2001). L'arrivo di un figlio dà avvio a una fase caratterizzata da cambiamenti che, in quanto tali, determinano una crisi che necessita di una riorganizzazione e rielaborazione di alcune dinamiche che si collocano sia all'interno dell'individuo sia all'esterno, coinvolgendo quindi il legame di coppia, il rapporto della coppia con le famiglie di origine e più in generale la sfera sociale allargata (Giannakoulas, 1996; Cowan, Cowan, 1992; Del Carlo Giannini, Del Papa, Ceccarelli, 1981). La genitorialità è connessa a un lungo processo di elaborazione delle proprie relazioni affettive primarie, infatti durante il percorso di transizione alla genitorialità, nell'adulto che si accinge a diventare padre o madre emergono delle fantasie che riguardano le proprie relazioni con i rispettivi caregivers primari e questo percorso richiede una rielaborazione interna delle stesse e in generale del proprio passato dal momento che, a partire da queste fantasie il futuro genitore si costruisce delle rappresentazioni mentali che lo vedono coinvolto nella relazione con il nascituro (Candelori, Mancone, 2001). Un esempio specifico che coinvolge la figura materna in questo periodo di transizione e cambiamento riguarda il fatto che durante la gravidanza la mamma va incontro a quella che Stern (1995) chiama "costellazione materna primaria" intendendo una sorta di

ristrutturazione psichica che viene a svilupparsi durante il periodo gestazionale che aiuta la madre a prepararsi a diventare il caregiver di riferimento del futuro bambino. L'autore la definisce un costrutto triadico in quanto le rappresentazioni attivate si collocano su tre piani distinti: una prima raffigurazione mentale coinvolge la madre d'origine ("madre della madre"), lei stessa in quanto madre ("donna come madre") e se stessa in relazione con suo figlio ("madre nella relazione col suo bambino"). Nell'insieme, questo processo individuale che si sviluppa internamente alla madre prevede che lei possa ripercorrere la relazione passata col proprio genitore. Se da un lato questa caratteristica materna permette l'attivazione di alcune dimensioni fondamentali per un buon parenting, tra cui quella di disponibilità emotiva, dall'altro può mettere momentaneamente a repentaglio la relazione di coppia in quanto questo insieme di vissuti intrapsichici che la donna vive, comporta inevitabilmente di collocare in secondo piano il proprio partner anche in funzione di un altro importante costrutto che prende forma nella donna in questo delicato momento evolutivo: la "preoccupazione materna primaria". Winnicott (1956) descrive questa particolare condizione materna come una sorta di malattia temporaneamente normale e auspicabile che porta la mamma ad essere estremamente sensibile e attenta allo stato e ai bisogni primari del suo neonato al fine di garantirne l'adattamento (Zampiglia, 2021). Possiamo quindi considerare questo stato materno come simbiotico, in cui la mamma è perfettamente assorbita dai bisogni del figlio e allineata ai suoi stati fisiologici (Parolin, Sudati, 2014). Successivamente, quando il bimbo inizia a crescere e dipendere un po' meno dal contenimento materno, è bene che la madre metaforicamente guarisca da questa malattia. In sintesi, questo particolare momento evolutivo vissuto dalla coppia desiderosa di avere un bambino può rappresentare da un lato una sorta di "Luna di miele" caratterizzata da un'immensa gioia, attesa e condivisione, dall'altro, invece, la transizione alla genitorialità porta con sé un insieme di cambiamenti sia individuali sia di coppia che possono costituire un momento di difficoltà e crisi per la relazione stessa (Cowan, Cowan, 1988). In questo senso, un fattore protettivo che aiuta i partner ad affrontare positivamente questo periodo di transizione è rappresentato da una buona alleanza co-genitoriale che si esplicita in una comunicazione efficace e una condivisione dell'esperienza sia fisica sia emotiva provata che fornisce un supporto notevole alla coppia (Parolin, Sudati, 2014).

1.2.3 Modello di Belsky

Nel 1988 Belsky propose un modello teorico, definito “Modello processuale delle determinanti della genitorialità” (figura 1.2) che prende in considerazione un insieme di fattori che, esercitando tra loro un’influenza reciproca, incidono sulla transizione genitoriale determinando di conseguenza la funzione di parenting. Questi fattori riguardano tre categorie di aspetti: da un lato si colloca ciascun genitore, ognuno con le proprie origini ontogenetiche, risorse psicologiche e funzionamento di personalità, dall’altro è necessario considerare il bambino con le sue caratteristiche individuali e infine, come terzo aspetto, è importante prendere in esame il contesto sociale all’interno del quale è inserita la famiglia. Questo insieme di fattori, definiti anche “determinanti della genitorialità” (ibidem) possono costituire dei possibili fattori di rischio o di protezione in quanto, irrompendo nella relazione genitore – bambino, vanno a esercitare un impatto diretto e indiretto sia sul benessere psicosociale del genitore sia sullo sviluppo del bambino.

La storia personale del genitore così come il suo funzionamento di personalità esercitano un ruolo importante nello sviluppo delle sue capacità di prendersi cura di qualcun altro e nelle modalità in cui esse vengono attivate e manifestate. Nello specifico, le esperienze di cura che il genitore ha potuto sperimentare da piccolo all’interno della sua relazione con i propri adulti di riferimento, come già ampiamente discusso, lo ha portato a crearsi delle aspettative in merito a ciò che egli ritiene essere un buon genitore (Main, Goldwyn, 1985-1996) che necessariamente influenzeranno la sua relazione futura con il proprio bambino (Haft, Slade, 1989).

In secondo luogo, anche il bambino, con le sue peculiarità, ha un enorme potere nell’influenzare la qualità degli scambi interattivi che egli contribuisce a determinare. Il bambino, infatti, possiede specifiche caratteristiche (quali l’età, il genere, il livello di sviluppo, l’aspetto fisico e il temperamento) che, nel loro insieme e in associazione alle capacità parentali dei genitori, influenzano il clima affettivo e la strutturazione della relazione genitore – bambino. In particolare, numerosi studi hanno potuto osservare come il tipo di temperamento che il bambino possiede può facilitare o rendere particolarmente difficile lo scambio diadico influenzando quindi la possibilità del genitore di occuparsi di lui (Rigo, Porreca, 2018). A questo proposito definiamo il temperamento un fattore che

assegna a ciascuno una specificità propria relativa alla reattività emotiva, motoria e attentiva agli stimoli, e una specifica modalità di regolazione dell'attenzione e dei comportamenti (Hong, Park, 2012; Putnam, Lesa, Rothbart, 2001; Rothbart, 2007). A dimostrazione di quanto influente sia il temperamento del bambino nel determinare la qualità relazionale col proprio caregiver, alcuni studi hanno mostrato che la presenza di tratti temperamentali piuttosto difficili sono associati a un parenting qualitativamente meno ottimale attivato dal genitore (Campbell, Taylor, 1979; Milliones, 1978).

Come è stato precedentemente introdotto, anche la relazione di coppia (su cui ora non mi soffermerò in quanto è stata già ampiamente trattata nel soprastante paragrafo) e il contesto sociale più ampio all'interno del quale essa è inserita esercitano un importante contributo nell'influenzare le funzioni genitoriali messe in atto dai caregivers. La rete sociale può fornire alla coppia genitoriale diversi tipi di supporto, che vanno dall'aiuto pratico e concreto, fino al sostegno emotivo, informativo e affiliativo (Santinello, Prezza, 2002). Un aspetto importante è rappresentato non solo dalla quantità di sostegno che la coppia coniugale e genitoriale percepisce, ma soprattutto dalla qualità. Questo implica che il supporto sociale possa essere avvertito anche in termini negativi, per esempio in senso disturbante quando è particolarmente intrusivo (Parolin, Sudati, 2014). In generale, però, il supporto sociale percepito quando è positivo e adeguato rappresenta un importantissimo sostegno per la continuità della relazione di coppia e il benessere provato dai partner (Cox, Paley, 1997; Rusbult, Davis, Finkel et al., 2004).

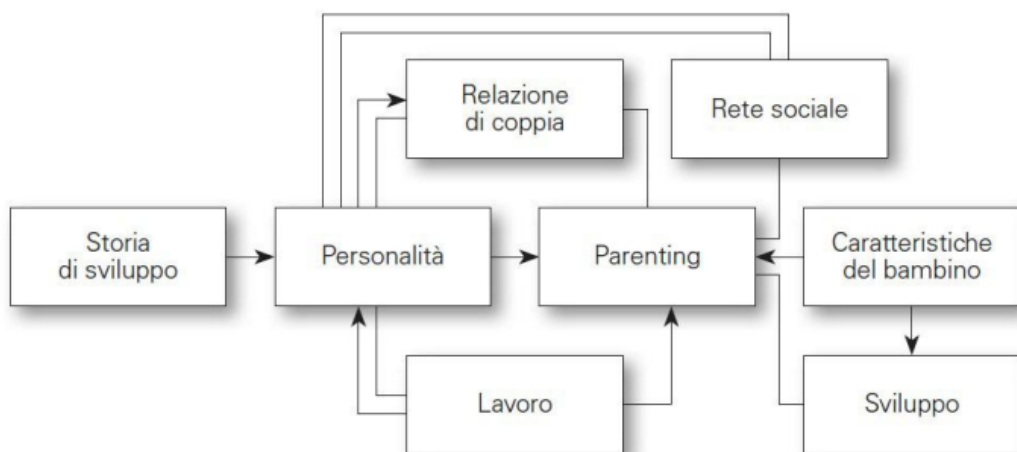


Figura 1.2. A process model of determinants of parenting. (Belsky, 1984)

1.3 Valutazione della funzione genitoriale

La funzione genitoriale viene tradizionalmente definita in relazione a due specifiche dimensioni: rappresentazionale e interattiva (Simonelli, 2018). La prima rimanda a un insieme complesso di aspettative ed emozioni ad esse connesse, pensieri, idee, credenze e sentimenti che dominano la mente del genitore e che si vengono a costituire sulla base delle proprie esperienze di cura passate ricevute dai propri genitori e che hanno un ruolo in quanto influenzano le relazioni con altri individui, compreso il bambino futuro. La seconda dimensione, quella interattiva, si riferisce a un'ampia gamma di comportamenti che si possono studiare perché attuati nel momento presente (nel qui ed ora) dello scambio interattivo tra un adulto e il suo bambino e che, nel loro insieme, concorrono a determinare la base strutturante della loro relazione. In questo senso, valutare la funzione genitoriale significa osservare e studiare come si sta svolgendo, a livello interattivo-comportamentale e di clima affettivo, una specifica interazione genitore – bambino in cui sia l'uno che l'altro contribuiscono con le proprie caratteristiche individuali a determinare questi aspetti peculiari della loro relazione (Simonelli, 2014). Una valutazione precoce di eventuali anomalie che risiedono precocemente nella relazione diadica è di fondamentale importanza se consideriamo la psicopatologia infantile come un fallimento relazionale che impedisce al bambino di sintonizzarsi in modo adattivo al suo ambiente di riferimento. Di conseguenza la funzione di parenting diviene il focus clinico e di ricerca privilegiato poiché viene considerata l'espressione sintomatica di modelli relazionali disadattivi alla base degli scambi interattivi con il bambino (Sameroff, Rosenblum, McDonough, 2004).

1.3.1 Le misure di valutazione della genitorialità

Nella valutazione della funzione genitoriale è importante prestare un'attenta osservazione ad alcuni aspetti, quali: il mondo rappresentazionale dei genitori, con specifico riferimento alla propria storia di esperienze di cura passate e al bambino (Stern, 2004a); la considerazione del genitore relativa alle proprie relazioni importanti e, infine, la qualità delle interazioni reali, che si osservano nel qui ed ora della relazione (Simonelli, 2014).

Per perseguire tale osservazione, sono stati messi a punto una molteplicità di strumenti clinici che permettono di indagare diversi aspetti della genitorialità su cui poi,

eventualmente, basare un intervento clinico. Di seguito vengono presentati quelli più comuni per la valutazione della genitorialità.

Per quanto riguarda il primo punto orientativo, quello relativo al mondo rappresentazionale interno dell'adulto, si privilegia il colloquio sulla funzione genitoriale come metodologia di indagine. Attraverso la tecnica della narrazione, l'adulto ha la possibilità di ricostruire e narrare la storia di quello che ritiene essere il suo percorso verso la genitorialità e ciò permette al clinico di comprendere sia le caratteristiche sia il processo di sviluppo della sua funzione di cura (Simonelli, Fava Vizziello, Bighin et al., 2007). Alla base vi è la visione per la quale le esperienze di cura vissute precocemente portano l'individuo a costruirsi dei modelli mentali relativi alla relazione con le figure di accudimento primarie che funzionano poi come una guida per le successive relazioni importanti (per esempio quella con il partner e con il futuro figlio) (Simonelli, 2014). L'utilizzo di tale strumento è particolarmente indicato per la comprensione di situazioni nelle quali è necessario indagare il grado di rischio che caratterizza una certa modalità di cura che il genitore adotta nell'accudimento del figlio e in occasioni in cui è necessario indagare se i sintomi psicopatologici mostrati da un bambino possono essere strettamente correlati alla qualità dello stile interattivo che domina quella diade genitore – bambino (ibidem). Il colloquio sulla funzione genitoriale consiste in un colloquio per aree finalizzato alla comprensione profonda di alcune tematiche e aspetti ad esse relativi, quali:

- La *storia dell'adulto*, in cui si indagano le rappresentazioni interne dell'adulto in merito alla considerazione, da un lato, di sé come individuo degno e meritevole d'amore e, dall'altro, come genitore capace di accudire e fornire amore a un'altra persona, in questo caso il figlio. Comprendere questi aspetti è importante per osservare se è possibile cogliere un certo grado di continuità tra la propria storia passata come figlio bisognoso di cure e le attuali problematiche nella funzione di parenting con il proprio bambino.
- L'idea che la persona ha di sé *in quanto genitore* del suo bambino, che si riferisce specificatamente all'esperienza che l'individuo prova in relazione al fatto di poter generare un bambino sano uscendo dal ruolo e dalla posizione di figlio per i suoi genitori (Lebovici, 1993) e alla sua capacità di fornire le risorse necessarie per supportare lo sviluppo del proprio bambino. Questo punto è importante per

comprendere il nesso esistente tra l'esperienza passata del genitore e la percezione che ha di sé come adulto in grado di prendersi cura di qualcuno.

- La *relazione di coppia*, in cui si cerca di comprendere come sia avvenuta la scelta dell'altro come partner, la rappresentazione e considerazione di lui/lei come genitore e come sono stati suddivisi i ruoli e i compiti relativamente alla cura del figlio.
- Il *bambino*. Quest'area mira alla conoscenza delle aspettative e delle idee, del genitore, relative alla crescita del figlio con riferimento sia a un futuro prossimo sia più distante.

Un altro strumento molto diffuso nell'analisi di questo primo aspetto rappresentativo della funzione genitoriale consiste nell'Intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza, che è stata pubblicata in Italia nelle diverse versioni IRMAG (Ammaniti, Candelori, Pola et al., 1995) o Mate-R (Fava Vizziello, Invernizzi, 1997) e viene applicata in molteplici ricerche sul tema di cui sopra (Ammaniti, 1992; Ammaniti, Candelori, Pola et al., 1995; Fava Vizziello, Antonioli, Cocci et al., 1993). L'obiettivo sottostante consiste nella valutazione della qualità delle rappresentazioni mentali dei genitori sia prima del momento della nascita del figlio, sia durante lo sviluppo della relazione con il bambino nei primi mesi di vita (Ammaniti, Stern, 1991).

Per quanto riguarda la valutazione della dimensione interattiva, entro la quale si manifesta la funzione genitoriale, vengono utilizzate una molteplicità di metodologie finalizzate ad analizzare i comportamenti e la qualità del tono affettivo che si manifestano nel qui ed ora degli scambi relazionali. All'interno di questo contesto, un esempio di strumento utilizzato nella valutazione della co-genitorialità in gravidanza è il Lausanne Trilogue Play (LTP) prenatale che si rifà al modello teorico della Family Alliance, il quale considera i vari aspetti della dimensione familiare integrandoli all'interno di un unico approccio strutturale. Lo strumento LTP prende le mosse da alcuni contributi teorici relativi alla co-genitorialità che è possibile riscontrare a partire da alcuni studi condotti nell'ambito (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Gli autori sostengono la possibilità di osservare e valutare il costrutto della co-genitorialità (definita da McHale nel 2007 come il grado di accordo e sostegno che due genitori raggiungono nel momento in cui adempiono al loro ruolo genitoriale) già in gravidanza. Infatti, in questo periodo è

importante osservare le rappresentazioni agite attuate dai futuri genitori (Simonelli, Bighin, 2002) poiché la qualità degli schemi interattivi applicati risulta essere una caratteristica piuttosto stabile durante tutto il primo anno di vita del bambino (Weber, 2002). L'intento sottostante allo strumento è quello di indagare la qualità delle rappresentazioni agite dai futuri genitori in quanto forniscono numerose informazioni relativamente al loro modo di essere genitori e alla futura relazione col il figlio (Bighin, 2014). Il Lusanne Trilogue Play prenatale è una situazione semistandardizzata di role-play, creata specificatamente per famiglie primipare (cioè in attesa del primogenito), che coinvolge la madre in gravidanza, il padre e un bambolotto e viene loro chiesto di giocare a "fare i genitori" (Bighin, 2014). Osservare i comportamenti messi in atto dai genitori durante la procedura offre al clinico la possibilità di osservare ed analizzare le loro capacità di cura implicite attraverso dei comportamenti "intuitivi" (Papoušek, Papoušek 1987), come la presa in braccio, una carezza o semplicemente il fatto di parlare direttamente al bambino, che sono considerati essere alla base delle loro future capacità interattivo-relazionali con il nascituro (Bighin, 2014). L'LTP prenatale, somministrabile a partire dal quinto mese di gravidanza, prevede un setting triangolare in cui la madre e il padre e il seggiolino (in cui verrà collocato il bambolotto) sono disposti in modo tale da formare un triangolo equilatero e ai genitori viene chiesto di giocare con la bambola secondo uno specifico schema che prevede quattro fasi interattive per una durata totale di 5 minuti. Grazie alla videoregistrazione della seduta è possibile una valutazione dettagliata attraverso a uno schema di codifica con cinque variabili, che sono: vivacità ludica, struttura del gioco, comportamenti intuitivi genitoriali, cooperazione di coppia, clima affettivo (Carneiro, Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, 2006). L'applicazione di questo strumento permette di osservare quali siano i comportamenti che rappresentano un fattore protettivo o di rischio per la futura relazione con il figlio così da applicare, sulla base di essi, una possibile correzione o supporto.

1.3.2 Le Scale della disponibilità emotiva: EAS

La disponibilità emotiva (Biringen, Robinson, 1991; Biringen, 2008; Biringen, Easterbrooks, 2012) è un costrutto relazionale molto importante all'interno della dimensione genitoriale e rappresenta una misura del livello di qualità comunicativa e di sintonizzazione che è possibile osservare nella diade genitore – bambino. Si riferisce alla capacità di condivisione emotiva presente all'interno di una relazione sana e appagante

per entrambe le parti (Biringen & Easterbrooks, 2012). Il costrutto di disponibilità emotiva trae origine da tre contributi teorici di riferimento:

All'interno della *teoria dell'attaccamento* si enfatizza l'importanza del concetto di sensitivity come caratteristica materna imprescindibile per cogliere e interpretare i segnali manifestati dal bambino e rispondervi in maniera appropriata e congrua al suo livello di sviluppo (Bowlby, 1969, 1973; Ainsworth et al. 1978). Per uno sviluppo infantile sano è fondamentale la presenza di un caregiver primario in grado di fornire protezione e conforto (Bowlby, 1969-1980) ponendosi nei confronti del bambino come una "base sicura" necessaria a promuovere i comportamenti esplorativi del figlio (Ainsworth et al., 1978).

La *teoria delle emozioni* (Emde, 1980; Mahler, Pine, Bergman, 1975) contribuisce alla definizione del costrutto della disponibilità emotiva sottolineando l'importanza della capacità materna di valorizzare le emozioni infantili condividendo con il proprio bambino gli affetti positivi (Emde, 1999). Questo aspetto si riscontra anche all'interno della relazione che prende forma tra il terapeuta e il paziente, in cui il clinico deve sincronizzarsi sugli stati interni dell'individuo focalizzandosi sugli scambi emotivi e il tono affettivo che emergono nella relazione (Biringen, Robinson, 1991). La teoria delle emozioni, inoltre, sostiene la presenza di un genitore in grado di sintonizzarsi con gli stati emotivi del bambino e porsi nei suoi riguardi come un regolatore esterno in grado di modificarne gli affetti negativi (Tronick, 1989).

Le *teorie sistemico-transazionali* apportano il loro contributo teorico evidenziando da un lato il fatto che la relazione sia da intendere come un sistema inteso non semplicemente come la somma delle singole componenti di cui è composto (Von Bertalanffy, 1968) e, dall'altro, il ruolo attivo del bambino che, con le sue caratteristiche individuali, arreca un enorme contributo all'interno della relazione con i suoi adulti di riferimento (Sameroff & Fiese, 2000).

Solo intorno alla fine degli anni '90 del secolo scorso, grazie agli studi di Biringen e Robinson (1991) il costrutto di disponibilità emotiva viene applicato nella ricerca nell'ambito dell'osservazione e valutazione degli scambi interattivi tra il caregiver e il bambino.

Prima di proseguire con la descrizione dello strumento a mio avviso è importante sottolineare che la disponibilità emotiva rappresenta un costrutto che è in sé relazionale, implicando quindi che la qualità degli scambi affettivi che si possono osservare durante uno scambio diadico non dipende esclusivamente da un caregiver emotivamente disponibile nei confronti del figlio ma anche il bambino si dimostra essere più o meno disponibile emotivamente nei confronti del genitore attraverso atteggiamenti che coinvolgono o meno l'adulto (Easterbrooks, Biringen, 2005; Villotti, Bentenuto, Venuti, 2014). Infatti, entrambi i membri della diade apportano il loro contributo alla qualità del clima affettivo all'interno delle loro interazioni.

Le *Emotional Availability Scales* (EAS) rappresentano l'esito di un lavoro di operazionalizzazione del costrutto teorico della disponibilità emotiva (EA) condotto da Biringen e Robinson (1991). Si tratta di uno strumento clinico e di ricerca finalizzato a valutare la disponibilità emotiva diadica di una specifica diade genitore – bambino. Si compone di sei dimensioni che, nel loro insieme, indagano la qualità emotiva degli scambi interattivi considerando sia il contributo materno sia quello del bambino.

Le scale che fanno specifico riferimento alla madre sono:

- 1) La *sensibilità*, si riferisce alla capacità dell'adulto di essere emotivamente connesso ai bisogni del bambino e quindi in grado di leggere e rispondere adeguatamente ai segnali da lui manifestati (Biringen, 2004). Due aspetti fondamentali che sono implicati all'interno di questa prima scala riguardano, da un lato, l'appropriatezza dell'esperienza affettiva e, dall'altro, l'autenticità della stessa. Ciò implica che la risposta del caregiver non debba essere forzata ma spontanea.
- 2) La *strutturazione* riguarda la capacità del genitore di porsi come una guida nei confronti del piccolo strutturando le attività in cui egli si cimenta, e di fornire delle regole e dei limiti flessibili rispetto al comportamento del bambino, senza limitarne l'autonomia.
- 3) La *non intrusività* ha a che fare con la capacità del caregiver di non intrudere, cioè di non porsi in modo invasivo nel gioco del bambino ma mostrandosi sempre disponibile nei suoi confronti, così che il bambino sia in grado di capire che, qualora ne senta il bisogno, può sempre rivolgersi e fare riferimento al suo

caregiver. Intrudere significa, in questo caso, ostacolare e limitare l'autonomia del bambino intromettendosi nelle sue attività.

- 4) La *non ostilità*, che l'adulto può manifestare in modo implicito (covert) o aperto (overt), prende in considerazione gli atteggiamenti e le modalità con cui il genitore si rivolge al bambino mostrandosi paziente, sereno e disponibile. Nello specifico si osservano le espressioni genitoriali che possono lasciar trapelare affettività negativa.

Le scale che si rivolgono al bambino fanno riferimento a:

- 5) La *responsività* del bambino nei confronti dell'adulto. La scala prende in considerazione la volontà del bambino di coinvolgersi con il suo caregiver dopo che quest'ultimo lo ha esplicitamente invitato all'interazione e, inoltre, la capacità del piccolo di esplorare autonomamente il contesto circostante rispondendo all'adulto di riferimento con atteggiamenti in cui è possibile osservare disponibilità affettiva nei suoi confronti. In generale, vanno esaminate manifestazioni di piacere verso l'interazione, la qualità e la regolarità delle emozioni.
- 6) Il *coinvolgimento* dell'adulto da parte del bambino. Questa scala valuta il desiderio e la conseguente capacità del bambino di richiamare il caregiver all'interno dell'interazione con lui per condividere assieme il gioco in cui si sta cimentando o semplicemente perché l'adulto lo guardi.

In conclusione, per una buona valutazione della funzione genitoriale, nelle sue due componenti, rappresentazionale e interattiva, è importante tenere a mente che l'approccio migliore è sempre quello che integra varie metodologie permettendo una visione globale e ad ampio raggio del costrutto teorico.

CAPITOLO 2: PSICOPATOLOGIA E GENITORIALITA'

2.1 La Teoria della regolazione affettiva di Daniel Hill

A Daniel Hill (2015) va attribuito il merito di aver dato vita a una teoria della regolazione affettiva a partire dall'integrazione di una moltitudine di contributi teorici, quali: teoria dell'attaccamento, neurobiologia affettiva dello sviluppo, neurobiologia dello sviluppo sociocognitiva, studi emozionali, studi madre-bambino e psicoanalisi dello sviluppo. Il suo testo *“Teoria della regolazione affettiva: un modello clinico”* è stato giudicato essere un tentativo riuscito di integrazione e sintesi di teorie tradizionali assieme a un corpus di informazioni più recenti relative alla regolazione degli stati del Sé (Offredi, 2017). All'interno del suo volume, Hill sottolinea l'importanza della regolazione affettiva per l'organizzazione del nucleo corpo – mente al fine di raggiungere un'esperienza soggettiva integrata, e afferma inoltre come l'organizzazione interna del Sé di un individuo sia strettamente dipendente dallo stato affettivo che prova: regolato, in casi favorevoli, o caotico e disregolato, in situazioni sfavorevoli.

2.1.1 L'affetto: definizione.

Uno stato emotivo interno si manifesta esteriormente tramite l'“affetto”, che consiste in un segnale sociale (Sauter, Eisner, Ekman et al., 2009). Infatti, le emozioni e la loro rivelazione agli altri individui hanno come fine ultimo quello della comunicazione interpersonale (ibidem). L'espressione affettiva si distingue preliminarmente in affetti “primari” e “categoriali” (Hill, 2017). L'affetto primario consiste nella rappresentazione somatica dello stato del corpo, al contrario, ci riferiamo agli affetti categoriali quando consideriamo le 7 emozioni universali che Darwin (1872) aveva individuato essere: vergogna, tristezza, gioia, rabbia, sorpresa, paura e disgusto. Possiamo considerare l'affetto come l'essenza del nostro essere. A questo proposito, quando l'affetto è regolato, ci troviamo in uno stato di omeostasi in cui stiamo bene e funzioniamo in modo ottimale rispondendo in maniera adattiva e funzionale alle richieste ambientali. In sintesi, diamo il meglio di noi. Viceversa, quando l'affetto è non regolato, siamo immersi in uno stato di profonda caoticità e disregolazione, all'interno del quale viene meno il nostro senso di agentività e autenticità così come la flessibilità delle nostre risposte, che diventano input automatici. Nel 1994 Allan Schore introduceva la sua opera più famosa inerente alla

teoria della regolazione sostenendo che “nulla è più fondamentale per la sopravvivenza della regolazione dell’organismo”. Infatti, preservare la regolazione affettiva nel passaggio da uno stato di disregolazione a uno di regolazione è di fondamentale importanza per un funzionamento ottimale (Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012). Di conseguenza una disfunzionalità a livello di regolazione affettiva può condurre a degli esiti di sviluppo psicopatologico nefasti.

2.1.2 La regolazione affettiva nella relazione diadica.

La regolazione affettiva è un processo che nasce e si sviluppa a partire dalla relazione precoce con il proprio caregiver. Fin dalla nascita il bambino, pur essendo dotato di abilità di autoconsolazione primitive, necessita della presenza di un adulto sufficientemente sensibile che lo aiuti a regolare i suoi stati interni ponendosi nei suoi confronti come un regolatore esterno di supporto. Inizialmente la regolazione affettiva del bambino, che costituisce il focus primario delle cure attuate dal genitore, avviene attraverso il contatto fisico e solo più tardi, evolve nella forma di scambi impliciti grazie ai quali il bambino internalizza le esperienze di regolazione diadica che ha potuto sperimentare nel corso di scambi relazionali ripetuti con la propria figura di accudimento (Hill, 2017). Di conseguenza, è di fondamentale importanza che il clima emotivo presente nella relazione diadica tra una mamma e il suo bambino sia caldo, all’interno del quale una madre “sufficientemente buona” (Winnicott, 1947) è in grado di sintonizzarsi affettivamente sugli stati interni del figlio non solo rispecchiandoli ed enfatizzandoli, ma soprattutto attribuendovi dei significati a partire dai quali il bambino potrà gradualmente dare avvio allo sviluppo del suo Sé (Stern, 1998). Winnicott non parla di una madre perfetta e impeccabile, ma descrive una madre vera e autentica che con le sue ansie e preoccupazioni riesce comunque ad essere per il suo bambino una figura di riferimento capace di assolvere alle sue funzioni materne e di essere per lui fonte di sicurezza e amore. Una madre capace di sintonizzazione affettiva permette al bambino di amplificare i suoi stati emotivi positivi, di gestire e ridurre l’impatto di quelli negativi e allo stesso tempo di accrescere le sue capacità di autoregolazione già esistenti ma rudimentali (Siegel, 2013). Infatti, a questo proposito Hill sottolinea come la regolazione degli stati affettivi condivisi all’interno della diade procuri una sensazione vitalizzante e come questo valga anche per gli affetti che hanno una valenza negativa; infatti, se sono comunque condivisi con la madre c’è comunque un riscontro positivo in quanto il figlio vive l’esperienza di

essere ascoltato, riconosciuto e curato per quello che prova e per ciò che sente. La sintonizzazione materna all'interno degli scambi interattivi diadici è un prerequisito fondamentale per il successivo sviluppo delle competenze di regolazione del bambino (Schoore, 1994) e di conseguenza gli permette di organizzare e strutturare la propria mente (Siegel, 1999). Tuttavia, va sottolineato come lo sviluppo delle capacità di regolazione affettiva del bambino dipenda strettamente dalla competenza emotiva del suo caregiver primario.

2.1.3 Regolazione affettiva e Teoria dell'attaccamento

La Teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) rappresenta un contributo fondamentale per la comprensione dell'origine dello sviluppo delle capacità di regolazione affettiva in un individuo. Infatti, attraverso le relazioni precoci di attaccamento il bambino ha la possibilità di apprendere particolari modalità, o stili, di regolazione affettiva grazie alla presenza di un caregiver emotivamente disponibile e costante (Cassidy, 1994). La teoria dell'attaccamento ha rappresentato un terreno fertile per la nascita e lo sviluppo di successive teorie e costrutti.

Intorno agli anni '60 del secolo scorso, Mary Ainsworth, un'allieva promettente di John Bowlby, ha condotto degli studi per i quali si è potuto osservare e studiare un insieme di specifiche modalità interattive e comportamentali con cui le madri rispondevano allo stato di disregolazione del proprio bambino in una situazione in cui il bambino era particolarmente spaventato. Utilizzando una metodologia chiamata "Strange Situation Procedure" (SSP) la Ainsworth ha potuto osservare nei comportamenti del bambino e del suo adulto di riferimento un insieme di aspetti (ad esempio se il bambino fa riferimento al genitore per cercare conforto e come risponde e si pone di conseguenza l'adulto) che le hanno permesso di individuare quattro modalità con cui la diade si relaziona dopo una temporanea separazione. I pattern di attaccamento sono presentati di seguito con un focus particolare sul comportamento materno, in risposta del quale il bambino adotta una particolare modalità di regolazione dei propri stati affettivi.

Attaccamento sicuro. Nelle relazioni in cui il legame madre – figlio è caratterizzato da un senso di fiducia e sicurezza che il bambino ripone nel genitore osserviamo un caregiver emotivamente disponibile, sensibile e responsivo verso i bisogni e le richieste di vicinanza del piccolo e un maggiore coinvolgimento nella relazione con lui (Belsky,

Rovine & Taylor, 1984; Maslin & Bates, 1983). Grazie alla sua resilienza affettiva la madre è capace di intuire il disagio provato dal figlio nel momento strutturato di separazione e di rispondervi in modo empatico e comprensivo sintonizzandosi con gli stati interni del bambino (Hill, 2017). È ponendosi in questo modo nei confronti del proprio bambino che una madre “sufficientemente buona” (Winnicott, 1947) aiuta il figlio a servirsi di queste esperienze relazionali positive per regolare i propri stati interni (Siegel, 2013). Sulla base di questi scambi qualitativamente positivi per il bambino, egli può via via sviluppare delle strategie di regolazione emotiva basate sulla possibilità di esprimere i propri stati emotivi negativi e di chiedere la vicinanza del caregiver per farsi consolare. A lungo andare il bambino è in grado di acquisire sicurezza in se stesso e fiducia nelle relazioni con gli altri e ciò gli permette di mantenere e coltivare relazioni calde e intime, una buona capacità di adattamento alle richieste dell’ambiente circostante e competenza socio-affettiva. Quindi, un attaccamento di tipo sicuro funge da base per lo sviluppo della resilienza affettiva, una dimensione fondamentale della capacità di regolazione. Il costrutto di resilienza affettiva viene definito da Cicchetti (2010) come l’abilità di un individuo di recuperare un funzionamento ottimale a seguito di un’esposizione a uno stato di disregolazione indotto da una situazione stressogena. È evidente, quindi, quanto sia importante che un genitore sia in grado di ripristinare e mantenere uno stato di regolazione personale al fine di poter regolare quello del proprio figlio, che è troppo piccolo per potersi regolare autonomamente (Hill, 2017).

Attaccamento insicuro-evitante. A fronte di un caregiver non disponibile affettivamente e non responsivo, che si spazientisce di fronte agli stati di disregolazione del figlio e ne minimizza i bisogni mostrando avversione per il contatto fisico ed esprimendo poco le proprie emozioni, il bambino per acquisire autoregolazione deve affidarsi unicamente alle proprie capacità sviluppando una strategia di regolazione emotiva basata sull’evitamento al fine di ridurre al minimo le esperienze di distacco da parte di una madre definita dalla Ainsworth come “distanziante”, caratterizzata da rifiuto nei termini di intrusione verbale e fisica rispetto alle attività del figlio (Belsky e Isabella, 1991). La mancanza di responsività emozionale rimanda frequentemente a un’affettività piatta e sterile che si riscontra tipicamente all’interno della depressione (Hill, 2017). Nello specifico il bambino impara a direzionare la sua attenzione e il suo interesse verso l’ambiente e il gioco (che però risulta essere qualitativamente poco vitale) al fine di non precludersi la

vicinanza del genitore in situazioni future di maggiore disagio. Tuttavia, la calma manifestata dal bambino nei momenti di gioco ed esplorazione è solamente apparente dal momento che, in realtà, è stata smentita da misure fisiologiche dello stress, quali un battito cardiaco o il ritmo del respiro accelerati (Fox, Hane, 2008). A lungo termine il bambino con un attaccamento di questo tipo mostra lontananza dal genitore, un generale disinteresse per le relazioni sociali, sentimenti di sfiducia e tendenza all'isolamento e soprattutto, a livello affettivo, una scarsa consapevolezza dei propri sentimenti e stati affettivi.

Attaccamento insicuro-ambivalente. La relazione di attaccamento è caratterizzata dalla presenza di genitori incoerenti e inaffidabili le cui capacità di regolazione affettiva risultano essere limitate e dominate da un profondo senso di insicurezza e confusione (Siegel, 2013). La madre risulta essere imprevedibile, poco sensibile e sintonizzata sulle richieste di protezione e vicinanza manifestate dal figlio e maggiormente concentrata sui propri bisogni che sono prioritari rispetto a quelli del figlio (Isabella, 1993). Di conseguenza il bambino, per potersi autoregolare, adotta una strategia di regolazione emotiva basata sull'amplificazione delle espressioni di disagio al fine di garantirsi una risposta immediata da parte del caregiver. Nel bambino è facilmente osservabile una frequente oscillazione tra un comportamento di vicinanza e di allontanamento nei confronti del genitore (Siegel, 2013) che riflettono lo stato interiore di paura e rabbia nei suoi confronti (Hill, 2017). L'iper-vigilanza mostrata dal bambino rispecchia lo stato di ansia provato in relazione all'effettiva disponibilità del caregiver e il terrore di poter essere da lui abbandonato.

L'ultimo pattern di attaccamento individuato, tardivamente rispetto ai precedenti tre (Main, Solomon, 1986), è l'*attaccamento disorganizzato/disorientato*. Questo pattern relazionale si caratterizza per la presenza di figure genitoriali incapaci di procurare sicurezza e conforto al bambino, in quanto mostrano atteggiamenti profondamente ambivalenti (Siegel, 2013). È possibile osservare madri che si trovano in uno stato affettivo non regolato, spesso con una perdita di controllo. Questo stato caotico materno amplifica la paura del figlio che percepisce il suo caregiver primario come una fonte di sicurezza e di terrore contemporaneamente (Hill, 2017). A fronte di questo atteggiamento genitoriale, il bambino mostra comportamenti che sono difficili da interpretare, spesso

contraddittori e incostanti, quali: movimenti disorganizzati, mal indirizzati o incompleti, stereotipie o posture anomale, espressioni di congelamento. In generale, non è possibile individuare una strategia di regolazione emozionale poiché il mondo interno del bambino è largamente frammentato (Siegel, 2013). Come è stato evidenziato in diversi studi, un attaccamento tale predispone facilmente a diversi disturbi mentali, quali: il disturbo borderline di personalità, disturbi dissociativi e il disturbo da stress post-traumatico (Dozier, Stoval, Albus, 1999; Liotti, 1992; Lyons-Ruth, Jacobovitz, 1999; Lyons-Ruth, Melnick, Bronfman et al., 2003). Inoltre, la letteratura suggerisce una forte associazione tra questo tipo di pattern di attaccamento e la presenza di esperienze di trascuratezza e abusi (Carlson, Cicchetti, Barnett et al., 1989; Liotti, 2004; Ogawa, Sroufe, Weinfeld et al., 1997).

Gli stili di attaccamento appena esaminati dipendono da esperienze di scambi interattivi ripetuti all'interno dei quali il genitore si è posto nei confronti del bambino come una guida per la regolazione dei suoi stati affettivi offrendosi come modello per la propria regolazione affettiva (Sroufe, 1995). Lo stile con cui il bambino ha imparato ad esprimere le sue emozioni e a regolare i propri affetti nella relazione con il suo adulto di riferimento ha la tendenza a ripresentarsi all'interno di altre relazioni affettive che il bambino, una volta diventato ragazzo e poi adulto, costruirà con altri significativi (Grazzani, 2014). Numerosi studi longitudinali hanno mostrato la possibile stabilità dell'attaccamento durante tutto l'arco della vita evidenziando il fatto che i pattern di attaccamento osservabili a partire dall'applicazione nella SSP in infanzia, erano strettamente correlati ai risultati emersi dall'*Adult Attachment Interview* (AAI) utilizzata in età adulta (Van IJzendoorn, 1995; Hesse, 1999). In aggiunta, i risultati di altri studi che hanno indagato l'intergenerazionalità dell'attaccamento, hanno sottolineato delle correlazioni tra lo stile di attaccamento misurato nel genitore attraverso l'AAI e il pattern di attaccamento rilevato nel figlio tramite la SSP (Hill, 2017). Tuttavia, è importante considerare che, nonostante le forti correlazioni mostrate dagli studi condotti in letteratura, l'attaccamento del genitore non predice in toto il pattern di attaccamento rilevato nel figlio in quanto entrano in gioco altre componenti che esercitano un ruolo nella trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento, tra cui il contesto di vita del bambino, fattori ambientali e molti altri (Venuti, Simonelli, Rigo, 2018).

L'AAI (George, Kaplan, Main, 1985; Main, Goldwyn, 1998; Main, Kaplan, Cassidy, 1985) consiste in un'intervista semistrutturata, rivolta all'adulto, che fornisce una misura di ciò che prende forma nella sua mente nel momento in cui si viene ad attivare il suo sistema di attaccamento (Hill, 2017). Nello specifico, lo strumento misura la coerenza narrativa dell'adulto durante le risposte che fornisce all'esaminatore che somministra l'intervista e indaga le sue relazioni precoci di attaccamento. Grazie all'uso di questo strumento è stato possibile osservare che le persone con pattern di attaccamento sicuro si caratterizzano per la loro capacità di mantenere il proprio stato affettivo regolato nel momento in cui fanno emergere i propri ricordi relativi alle esperienze relazionali passate con il proprio caregiver; al contrario gli individui con attaccamento di tipo evitante mostrano una narrazione scarna di informazioni che riflette lo stato di disattivazione verso i ricordi stressanti associati alle proprie relazioni precoci (Hill, 2017). Infine, gli adulti con attaccamento preoccupato sono contraddistinti per la comune tendenza a distorcere gli accadimenti enfatizzandoli e portando in seduta un insieme di contraddittorietà che rispecchiano le loro risposte di iper-attivazione allo stress (Hill, 2017).

2.1.4 Regolazione affettiva disturbata

In un contesto di attaccamento sicuro, la presenza di un caregiver ben regolato affettivamente, sensibile ed emotivamente accessibile garantisce al bambino lo sviluppo della resilienza affettiva, concetto visto in precedenza, e della tolleranza affettiva. Quest'ultima rappresenta un aspetto basilare per la regolazione dell'affetto. In figura 2.1 è possibile osservare le "finestre di tolleranza" (Odgen, Minton, 2000; Siegel, 1999; Schore, 2012), ovvero i confini all'interno dei quali stati emotivi di diversa entità ed intensità non compromettono l'adattività del funzionamento dell'organismo (Siegel, 2013); per esempio, possiamo provare una rabbia intensa senza però disregolarci (Hill, 2017). Quando, però, lo stato affettivo provato oltrepassa questi margini di tolleranza e l'individuo si trova in uno stato di iper-attivazione o ipo-attivazione, il funzionamento adattivo viene compromesso. Dunque, è possibile comprendere l'importanza rivestita da una buona regolazione affettiva che, appunto, permette di mantenere l'individuo in uno stato di omeostasi permettendo la totale integrità dello stesso. Infatti, deficit a livello di tolleranza e resilienza affettiva possono assumere la forma di una particolare sintomatologia psichiatrica, come è possibile osservare negli stati d'ansia o di depressione (Hill, 2017).

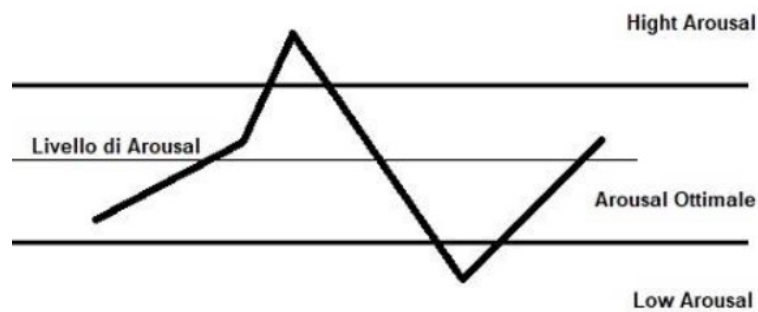


Figura 2.1. Finestra di tolleranza (Odgen, Minton, 2000).

Come sostiene Hill (2017), una regolazione affettiva precoce carente si colloca alla base di traumi relazionali, che l'autore definisce come "l'esposizione a stati cronici di trascuratezza e di disregolazione affettiva all'interno del contesto della relazione di attaccamento". La presenza di un caregiver emotivamente poco disponibile e competente, con delle difficoltà nelle proprie capacità di regolazione affettiva interagisce con un bambino che interiorizzerà a sua volta queste carenze di regolazione (ibidem). Inoltre, Hill (2015) sosteneva che la disregolazione affettiva osservata nell'adulto avesse origine da profonde carenze a livello delle capacità di regolazione affettiva che il bambino ha potuto sperimentare all'interno della relazione precoce di attaccamento di tipo insicuro con il suo adulto di accudimento primario.

In particolare, l'esperienza di una profonda carenza di empatia, accessibilità emotiva e connessione emozionale vissuta in epoche precoci, ha portato il *caregiver distanziante* a provare uno scarso senso di fiducia nei confronti delle relazioni e di conseguenza a fare esclusivamente affidamento sulle proprie capacità di autoregolazione. L'adulto tende a stabilire un contesto socio-emotivo sterile, caratterizzato dall'evitamento di affettività positiva e condivisione di stati di gioia e da un generale stato di disattivazione. Questa situazione rappresenta lo scenario perfetto per una depressione di tipo subclinico (Hill, 2017).

Nei momenti di forte stress, il *caregiver preoccupato* è sconvolto da un'affettività molto intensa che, a causa delle sue scarse capacità di autoregolazione, non sa tollerare e gestire, e di conseguenza molte volte si affida al proprio bambino per potersi regolare. Questo tipo di caregiver è fortemente concentrato sui propri bisogni di regolazione a causa della paura dell'abbandono che lo perseguita e questo lo porta a porre in secondo piano o a non

considerare le necessità del figlio. Nonostante la loro grande sensibilità, il fatto di essere poco competenti sul piano emotivo, li porta ad essere disponibili nei confronti dei bisogni del proprio bambino in modo incoerente e instabile generando in loro le stesse angosce di abbandono che portano con sé dalle relazioni precoci con i loro genitori (Hill, 2017).

Il *caregiver disorganizzato* fatica a regolare il proprio stato affettivo e a sostare in uno stato di omeostasi in quanto è soggetto a provare frequenti e imprevedibili stati di iper e ipo-arousal provando, di conseguenza, intensi vissuti di rabbia e di depressione. All'interno di questo panorama generale, in situazioni di forte stress, i caregivers possono adottare atteggiamenti e comportamenti di tipo spaventato-spaventante generando nei loro bambini vissuti di altrettanta paura e confusione per il fatto che rappresentano per loro sia una fonte di rassicurazione sia una fonte di estrema angoscia e paura (Hill, 2017). Molti studi hanno sottolineato che un grande numero di loro ha sofferto in infanzia di episodi di abusi e diverse forme di trascuratezza che tendono a perpetuare nei confronti dei loro figli (Carlson, Cicchetti, Barnett et al., 1989; Cicchetti, Toth, 1995; van der Kolk, Fisler, Rita, 1994).

2.2 La regolazione emotiva secondo la prospettiva di James J. Gross

Nel 1998 James Gross definiva la regolazione emotiva come un processo attraverso il quale un individuo può influenzare le emozioni provate, il momento particolare in cui le vive e il modo in cui le sperimenta ed esprime. Questo procedimento può verificarsi sia in maniera consapevole sia in modo del tutto inconsapevole e implicito (Braunstein, Gross, & Ochsner, 2017; Koole, Webb, & Sheeran, 2015). La regolazione delle emozioni è possibile grazie a una particolare caratteristica che contraddistingue le emozioni stesse, ovvero il fatto di essere malleabili (James, 1884). Questo aspetto peculiare è cruciale in quanto fa in modo che l'individuo abbia la possibilità di modulare le emozioni che prova in una molteplicità di modi.

Il Modello Modale dell'Emozione (Barrett, Ochsner, & Gross, 2007; Gross, 1998a), in figura 2.2, fornisce una proposta di tipo cognitivo in merito alla regolazione emotiva e considera la sequenza lungo la quale scaturisce un'emozione. La sequenza "Situazione – Attenzione – Valutazione – Risposta", che il modello propone, prende avvio con il presentarsi di una particolare situazione che per l'individuo rappresenta qualcosa di

soggettivamente rilevante e con l'attenzione rivolta agli aspetti cruciali della stessa, successivamente viene data una valutazione personale a questa situazione in base alla familiarità e al valore che essa assume per la persona (Ellsworth & Scherer, 2003). Infine, alla valutazione che viene attribuita segue una risposta emotiva che genera dei cambiamenti a livello fisiologico, esperienziale e comportamentale che, a sua volta, può determinare un cambiamento nella situazione che aveva originariamente innescato una specifica risposta emotiva.

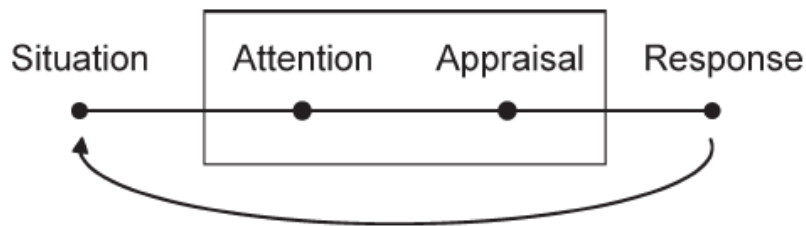


Figura 2.2. The “Modal Model” of Emotion.

From Gross and Thompson (2007).

L'individuo, sulla base dell'emozione provata e in base a quello che crede possa agevolarlo o meno, può regolare le sue emozioni attraverso un insieme di processi che gli permettono di diminuire il livello di intensità, di mantenerlo o aumentarlo in base all'emozione che sta provando e ciò avviene sulla base di un principio edonico per il quale una persona è tendenzialmente (in situazioni ottimali) motivata a diminuire le emozioni negative e a ricercare quelle positive che generano uno stato di piacere (Lewis, Haviland-Jones, Feldman Barrett, 2008). Gross (2001) riteneva che ciascuno di questi momenti implicati nell'origine di un'emozione rappresentasse una valida occasione per la regolazione dell'emozione sperimentata. In particolare, l'autore (1998) ha evidenziato cinque specifici processi di regolazione emotiva che si collocano lungo la sequenza da lui precedentemente individuata (figura 2.3): Selezione della situazione, Modifica della situazione, Distribuzione dell'attenzione, Ristrutturazione Cognitiva e, infine, la Modulazione della risposta. Gross, inoltre, distingue queste categorie collocandole su due livelli specifici in quanto le prime quattro sono “antecedent – focused” nel senso che si focalizzano sui meccanismi di regolazione messi in atto prima che si venga a generare una risposta emotiva, mentre l'ultima è di tipo “response – focused”, ovvero si verifica

quando si sta già provando una determinata risposta emotiva (Gross & Munoz, 1995; Gross & Thompson, 2007).

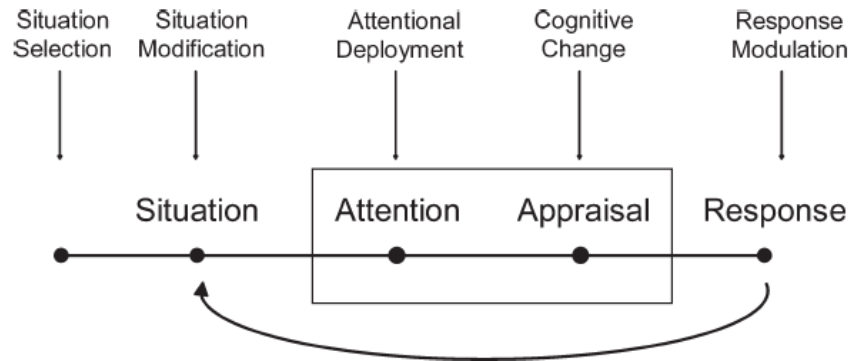


Figura 2.3. A process model of emotion regulation that highlights five families of emotion regulation strategies.

From Gross and Thompson (2007).

2.3 Regolazione emotiva materna ed effetti sulla genitorialità e sullo sviluppo infantile

Com'è già stato ampiamente indagato, il costrutto di regolazione emotiva è stato concettualizzato in modo tale da poter considerare anche la consapevolezza individuale delle proprie emozioni e la conseguente capacità di poterle regolare sia per poter perseguire i propri obiettivi personali sia per adeguarsi in modo ottimale alle richieste stimulate dalla situazione in cui ci si trova e dall'ambiente in generale (Gratz & Roemer, 2004). In questo senso, è facilmente comprensibile che uno stato di disregolazione emotiva non permette all'individuo di esercitare un controllo sulle proprie reazioni emotive per poter raggiungere tali obiettivi (Cicchetti, Ganiban & Barnett, 1991) impedendo quindi alla persona di agire in modo adattivo e funzionale (Linehan, Bohus & Lynch, 2007).

Secondo il modello di filosofia meta-emotiva dei genitori, sviluppato da Gottman e colleghi (1996), la genitorialità e le funzioni ad essa connesse sono strettamente dipendenti dai vissuti, inclusa la capacità di regolazione, che i genitori provano nei confronti delle loro emozioni e questo insieme di pensieri, atteggiamenti e sentimenti incidono profondamente sullo sviluppo infantile, ad esempio influenzando la regolazione

emotiva stessa del loro bambino (Gottman et al.,1996). A questo proposito è stato osservato che la consapevolezza del proprio stato emotivo interno, che riflette la capacità genitoriale di regolazione emotiva, è correlata all'assunzione di comportamenti emotivi e sensibili da parte del genitore (Thompson & Calkins, 1996). Il caregiver che, nella cura del figlio, mette in atto comportamenti intrinseci di emotività è in grado di significare e valorizzare i vissuti emotivi del proprio bambino, garantendogli un ambiente familiare contenitivo all'interno del quale il figlio può sentirsi sicuro nella sperimentazione dei propri stati interni e questo è stato associato ad esiti emotivi maggiormente adattivi (Gottman et al., 1996). Viceversa, una genitorialità non emotiva e supportiva contribuisce alla creazione di un contesto in cui il bambino non ha la possibilità di entrare in contatto con i suoi vissuti emotivi poiché le emozioni, in un ambiente simile, non vengono valorizzate ma, al contrario, scoraggiate o manifestate tramite un'affettività negativa (Denham, Zoller & Couchoud, 1994).

La letteratura scientifica relativa allo sviluppo socio-emotivo del bambino ha evidenziato il ruolo fondamentale dell'adulto nella graduale capacità di regolazione emotiva che il bambino acquisisce man mano che procede lungo la sua traiettoria di sviluppo (Eisenberg et al., 1998; Gottman et al., 1996). A questo proposito uno studio osservazionale ha rilevato come gli atteggiamenti materni di tipo emotivo, sono molto influenti nel determinare l'espressione delle emozioni manifestate dal bambino e la sua regolazione delle stesse in un contesto laboratoriale che prevedeva compiti che suscitassero vissuti di rabbia e tristezza in bambini con un'età compresa tra i 4 e i 9 anni (Morris et al., 2011). Al contrario, uno studio longitudinale condotto da Kim e colleghi (2009) ha osservato che una condizione di disregolazione emotiva presentata dai genitori quando il figlio aveva un'età compresa tra i 9 e i 13 anni, poteva predire un conseguente stato di disregolazione del ragazzo tra i 17 e i 19 anni (Kim, Pears, Capaldi & Owen, 2009).

In conclusione, parlando di disregolazione emotiva materna, la ricerca scientifica ha messo in luce che la presenza di difficoltà a livello di regolazione emotiva, sono correlate positivamente sia alla tendenza all'evitamento in situazioni che sollecitano una risposta emotiva intensa sia all'utilizzo della strategia di soppressione espressiva in risposta a uno stato emotivo eccessivamente intenso (Gratz & Roemer, 2004). Inoltre, come è stato già ampiamente evidenziato, la regolazione affettiva riveste un ruolo essenziale nel

mantenere uno stato ottimale di funzionamento individuale (Fonagy, Gergely, Jurist et al., 2002; Gross, Thompson, 2007; Baumeister, Vohs, 2004). Di conseguenza, è possibile far derivare diverse sindromi psicopatologiche a deficit di regolazione degli stati emozionale (Cole, Deater-Deckard, 2009; Beauregard, Paquette, Lèvesque, 2006; Austin, Riniolo, Porges, 2007; Etkin, Wager, 2007). Infatti, alcuni autori hanno evidenziato che in numerose sindromi psicopatologiche si possono ritrovare un insieme di risposte emotive inappropriate (Gross & Levenson, 1997; Thoits, 1985) e che la disregolazione emotiva può contribuire alla possibilità di sviluppo di numerose forme psicopatologiche (Rottenberg & Gross, 2003; Rottenberg & Johnson, 2007). Ad esempio, la letteratura ha evidenziato che un deficit di regolazione emotiva riveste un ruolo importante nell'aggravare alcuni disturbi quali l'uso di sostanze (Hayes et al., 1996) e il disturbo d'ansia generalizzato (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002).

2.4 Ansia e genitorialità

L'ansia viene definita come un profondo vissuto di apprensione che si prova quando si anticipa un evento che viene soggettivamente considerato pericoloso per la propria incolumità. Riguarda una minaccia che non è concretamente presente nel momento in cui ci si trova in questo stato, ma che può verificarsi nel futuro. Di per sé, l'ansia non è completamente disfunzionale, infatti, a livelli moderati riveste un ruolo adattivo. Tuttavia, quando il sistema deputato all'ansia e alla paura è disregolato, la persona può vivere un vissuto costante di forte angoscia anche in assenza di un pericolo imminente e, a lungo andare, non è esclusa la possibilità di sviluppare un disturbo d'ansia (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017).

Durante il periodo gestazionale non è infrequente la possibilità di sviluppare un disturbo d'ansia; infatti, è stato osservato un tasso di prevalenza del 21-25% per i sintomi di ansia (Campo, 2017). In questo periodo, l'ansia si rivolge nello specifico alle preoccupazioni provate dalla madre inerenti, da un lato, alla salute propria e del suo bambino e, dall'altro, ai cambiamenti del corpo che sono ovviamente riscontrabili in questo periodo (Huizink et al., 2004). Warnock e colleghi (2016) hanno osservato che l'ansia materna prenatale è associata a una riduzione del contatto fisico verso i loro neonati (Warnock et al., 2016), aspetto, questo, che abbiamo precedentemente considerato essere di estrema importanza

per lo sviluppo successivo delle abilità di regolazione affettiva del bambino. A confermare questa osservazione alcuni autori hanno osservato che l'ansia materna in gravidanza incide negativamente sul benessere infantile portando il bambino a sperimentare una maggiore affettività negativa e scarse capacità di autoregolazione (Korja et al., 2017). Precoci difficoltà a livello di regolazione emotiva possono esporre il bambino al rischio di uno sviluppo patologico successivo, per esempio per un disturbo d'ansia (Degnan & Fox, 2007; Park, Belsky, Putnam & Crnic, 1997). Sono stati condotti alcuni studi che hanno messo in luce come i sintomi d'ansia della madre la conducano ad assumere comportamenti di accudimento di tipo iper-protettivo (Bayer et al., 2006). Nello specifico, i risultati dello studio di Hakanen e colleghi (2019) hanno messo in luce il fatto che l'ansia materna in gravidanza, sperimentata in particolare nel terzo trimestre, si associ, a otto mesi del bambino, all'intrusività dei comportamenti della madre. In aggiunta, è stato osservato che comportamenti materni eccessivi o insufficienti in risposta ai segnali manifestati dal bambino possono dipendere da una generale difficoltà di regolazione affettiva del genitore (Kaitz & Maytal, 2005), aspetto che contraddistingue il disturbo d'ansia (Rodebaugh & Heimberg, 2008). Infatti, la disregolazione affettiva di un caregiver ha un peso significativo nella possibilità di sviluppare un'eventuale psicopatologia da parte del bambino (Minhnguyen et al., 2017). Anche una problematica di tipo internalizzante del genitore rappresenta un fattore cruciale e predisponente per una patologia dello stesso tipo nel bambino (Biederman et al., 2007; Field et al., 2020; Goodman & Gotlib, 1999; Murray et al., 2009). A questo proposito si è osservato che i figli di genitori che soffrono di una patologia d'ansia, rispetto ai coetanei con genitori sani, sono maggiormente esposti al rischio di sviluppare a loro volta un disturbo d'ansia (Schreier, Wittchen, Höfler & Lieb, 2008). Infine, a proposito della dimensione interattiva diadica si è osservato che l'ansia materna inficia negativamente la relazione che co-costruisce con il suo bambino e questo grava significativamente sia sullo sviluppo mentale del piccolo (a livello di funzionamento cognitivo) sia su quello fisico (Bridget et al., 2015; Davis et al., 2004; Huizink et al., 2003). Ambienti di caregiving dominati da un clima affettivo caratterizzato da ansia stressano il bambino al punto tale da poter sviluppare distorsioni cognitive e comportamenti poco funzionali (Goodman & Gotlib, 1999; Bayer et al., 2006; Dix, 1991; Murray et al., 2009; Wood et al., 2003).

2.5 Depressione e genitorialità

La depressione, in quanto disturbo dell'umore, è caratterizzata da una profonda alterazione della sfera emozionale (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017). Sintomi depressivi, quali tristezza e incapacità di sperimentare piacere rispetto alle attività che prima invece lo procuravano, sono vissuti che rientrano all'interno di un repertorio emotivo comune; in questi casi non presentano un'intensità e una gravità tale da richiedere una diagnosi a livello clinico (ibidem). Nell'adulto i sintomi della depressione si possono esprimere a livello psicologico tramite aspetti come il pensiero rimuginante, autosvalutazione e sensi di colpa, difficoltà a prendere iniziativa e ritiro sociale, mentre a livello clinico si manifestano con ipersonnia o insonnia, iper o ipofagia, rallentamento psicomotorio, perdita di energia e stanchezza (ibidem). Inoltre, quando lo stato emozionale dell'individuo è fortemente disregolato, è possibile che la depressione possa associarsi anche a una compromissione a livello percettivo, mnemonico e comportamentale (Siegel, 2014). Di conseguenza, è possibile immaginare quanto la presenza di questa tipologia di sintomi in condizione di maternità possa compromettere significativamente lo sviluppo del bambino inficiando negativamente la qualità della relazione che si instaura tra una madre e il suo bambino. Nello specifico, durante il periodo della gravidanza, gli esiti della sintomatologia depressiva della madre si ripercuotono sulla formazione del legame di "attaccamento materno fetale" (MFA) che si costruisce tra una mamma incinta e il figlio nascituro (Cranley, 1981; Condon et al., 1997; Rubertsson et al., 2015). Infatti, la depressione materna in gravidanza porta la madre a non prendersi cura del feto attraverso la mancata messa in atto di comportamenti che implicano il fatto di alimentarsi in maniera corretta, accarezzarsi la pancia e prepararsi concretamente all'arrivo del figlio procurandosi il materiale necessario per il bambino, che sono le modalità tramite cui si osserva questo legame emotivo precoce (Salisbury et al., 2003). Inoltre, nel periodo post-partum i sintomi di depressione possono condurre il caregiver ad attuare comportamenti di parenting meno ottimali rispetto alle reali necessità del bambino, sia sul piano più concreto, per esempio durante l'allattamento al seno o nelle routine del sonno (Field, 2010) ma anche e soprattutto sul piano interattivo, non cogliendo e rispondendo adeguatamente ai suoi bisogni e portando affettività negativa all'interno degli scambi interattivi con il piccolo (Lyons-Ruth, Bronfman, Parsons, 1999; Tronick, 2007). A questo proposito è stata osservata la tendenza di madri con depressione a toccare

fisicamente i figli con minore frequenza (Alvarenga et al., 2018) e affettuosità (Ferber, Feldman & Makhoul, 2008). Sempre a livello di interazione diadica precoce, alcuni autori hanno evidenziato una riduzione di sensibilità e coinvolgimento materni durante gli scambi interattivi legati a una generale difficoltà della madre a regolare e gestire le proprie emozioni (Braarud et al., 2017; Brummelte & Galea, 2016; Field, 2010; Frizzo & Piccinini, 2005), tratto peculiare delle forme psicopatologiche che si caratterizzano per l'alterazione dell'umore. Le madri che soffrono di questa sindrome depressiva, durante le interazioni con i propri figli sono meno responsive ed emotivamente sensibili ai segnali inviati dal proprio bambino (Brummelte & Galea, 2016; Choi, 2013; Edwards & Hans, 2016) e mostrano un minor numero di comportamenti affettuosi quali il sorriso, l'interazione face-to-face, il contatto fisico e la comunicazione e narrazione di storie al bambino (Brummelte & Galea, 2016). In generale, si è osservato che la condizione di depressione durante il primo periodo post-partum porta la madre ad adottare due tipologie di stile interattivo nei confronti del figlio: apatico o invadente. A questo proposito, la scarsa sensibilità della madre nei confronti dei ritmi interattivi, che nel bambino sono solitamente più lenti, porta la mamma a intervenire nel gioco e nelle attività del bambino in modo intrusivo (Weikum, Mayes, Grunau, Brain & Oberlander, 2013). In generale, la psicopatologia della madre, sia in gravidanza sia durante il post-partum, rappresenta un importante fattore da prendere in considerazione in quanto predice la possibilità di costruire modelli interattivi diadici inadeguati e minaccia lo sviluppo successivo del figlio (Alvarenga et al., 2018). Infine, madri poco reattive incrementano la possibilità che il loro bambino sviluppi nei loro confronti un attaccamento di tipo insicuro minando la fiducia che, una volta cresciuto, il figlio proverà nelle future relazioni significative e nell'ambiente relazionale in generale (ibidem). Invece, dal punto di vista dello sviluppo infantile, la depressione materna comporta effetti negativi a lungo termine a livello socio-emotivo e cognitivo (Field, 2010).

2.6 Tendenza alla dipendenza e genitorialità

Si ritiene che la condizione di dipendenza provenga da un deficit di regolazione a livello dei circuiti neurali della ricompensa e della risposta allo stress (Koob, 2004; Koob, Volkow, 2009). A questo proposito il modello di disregolazione ricompensa – stress propone una prospettiva entro la quale comprendere la disfunzionalità del caregiving che

viene attuato dai genitori che si trovano ad affrontare una dipendenza (Rutherford, Mayes, 2017). Questo modello sostiene che l'alterazione dei suddetti circuiti generi una genitorialità e una funzione di cura percepite come maggiormente stressanti e meno gratificanti (Rutherford, Williams, Moy, Mayes, Johns, 2011; Rutherford, Potenza, Mayes, 2013). Infatti, la presenza di anomalie a questo livello fa in modo che degli stimoli che di per sé sarebbero gratificanti, in realtà lo siano di meno (Insel, 2003). Se consideriamo il fatto che la funzione genitoriale da un lato, e alcuni tratti peculiari del volto del neonato, rappresentati dal babyschema, dall'altro, rendono il bambino agli occhi dell'adulto uno stimolo profondamente saliente motivandolo ad attivare comportamenti di parenting nei suoi confronti, in realtà il genitore dipendente percepisce questi due aspetti in modo nettamente meno piacevole, quasi una fonte che procura un forte stato di stress (Gottwald, Thurman, 1994; Burna, Chethik, Burns, Clark, 1991). Inoltre, lo stress associato alla genitorialità è strettamente correlato all'utilizzo di sostanze (Sinha, 2001) o alla messa in atto di un particolare comportamento, dal momento che l'individuo che già ha una predisposizione alla dipendenza, si appoggia all'oggetto che crea dipendenza per alleviare gli stati affettivi negativi che prova in relazione alle richieste di cura di cui necessita il bambino; queste richieste scatenano in lui il desiderio di assumere la sostanza o attuare un comportamento in quanto vengono considerati un escamotage piacevole derivante dall'esperienza pregressa di uso che ha potuto sperimentare come fonte di piacere (Rutherford, Mayes, 2017). Dal momento che i meccanismi della dipendenza coinvolgono i medesimi circuiti neurali che determinano la messa in atto e la modalità di espressione dei comportamenti di parenting (Rutherford, Williams, Moy, Mayes, Johns, 2011) è facile immaginare quanto la dipendenza materna vada a incidere negativamente sullo sviluppo affettivo e relazionale infantile attraverso una compromissione significativa del legame emotivo che viene a definirsi all'interno delle pratiche di cura e gioco osservabili nei momenti di interazione (Parolin, Simonelli, 2016). Negli scambi interattivi diadici, la madre viene descritta essere indisponibile nei confronti del bambino sia sul piano fisico sia su quello psicologico, generalmente non in grado di cogliere la prospettiva del figlio, interpretare i segnali da lui inviati, significarli e rispondervi in modo adeguato e funzionale alla sua crescita e al suo benessere creando un contesto di parenting adattivo (Capra, De Palo, Parolin, Merlin, 2014). Altri elementi caratterizzanti la non adeguatezza relazionale tra un genitore dipendente e il suo bambino sono rappresentati

dal fatto che, spesso, la madre tende a non considerare il suo bambino durante gli scambi interattivi, mostrando affetti negativi connotati da vissuti di rabbia (Eiden, Peterson, Coleman, 1999). Inoltre, alcuni autori hanno osservato nei caregivers dipendenti l'assunzione di uno stile genitoriale caratterizzato da atteggiamenti prevalentemente di tipo incoerente e ambivalente (Vizziello, Babando, Simonelli, 1997): da un lato emergono tratti autoritari e rigidi, contraddistinti da poca tolleranza e attuazione di punizione anche di tipo fisico, mentre dall'altro è possibile cogliere un atteggiamento denotato da permissione e poco controllo e supervisione (Dore, 1998; Eiden, Schuetze, Colder et al., 2011; Scaife, 2008; Hans, 2002). Altri studi aggiungono a queste connotazioni del comportamento parentale anche aspetti di intrusività e accelerazione del processo di raggiungimento dell'autonomia del piccolo (Capra, De Palo, Parolin, Merlin, 2014) determinando il rischio di una precoce condizione di adultizzazione dovuta al fatto che a causa dell'incapacità del genitore di prendersi cura sia del bambino sia di se stesso, si assiste a un'inversione di ruolo per il quale è il bambino stesso a doversi prendersi cura di sé e del genitore, solitamente la madre (Baker, Carson 1999; Strathearn, Mayes, 2010). In generale, all'interno di un contesto di dipendenza, l'ambiente di parenting si presta a dei ritmi di vita incostanti e largamente sregolati a causa del fatto che le funzioni di caregiving messe in atto dal genitore ruotano attorno all'assunzione dell'oggetto che crea dipendenza e questo aspetto contrasta in maniera significativa con il bisogno profondo di prevedibilità e strutturazione del bambino piccolo. In aggiunta, si può osservare una situazione di pesante precarietà a livello economico frequentemente associata a un livello di istruzione scarso (Capra, De Palo, Parolin, Merlin, 2014). Alla luce di ciò è di fondamentale importanza sottolineare il fatto che la dipendenza in sé non causi una compromissione totale del parenting genitoriale, infatti, riprendendo il modello di Belsky (1984) esaminato nel precedente capitolo, la funzione genitoriale non viene pregiudicata tanto da un singolo fattore, quanto piuttosto dall'effetto cumulativo di un insieme di fattori di rischio. Inoltre, è bene ricordare che in virtù del fatto che la genitorialità è una funzione parzialmente autonoma e indipendente rispetto ad altre aree della personalità (Simonelli, 2014), anche un genitore dipendente è capace di attuare nei confronti del proprio figlio comportamenti di cura e protezione (Baker, Carson, 1999).

2.7 Effetti del COVID-19 sulla genitorialità

La pandemia da COVID-19 ha provocato un insieme di cambiamenti radicali nella maggior parte delle aree della quotidianità, con delle conseguenze negative anche sulle donne in gravidanza che si sono trovate a partorire in una situazione caratterizzata da un surplus di stress oltre a quello che generalmente caratterizza il momento del parto. Infatti, è stato riportato che il COVID-19 ha apportato ulteriore stress alla condizione di maternità interferendo con l'adattamento materno – infantile post-partum sia sul piano dell'accudimento pratico, ma specialmente per quanto riguarda la dimensione relazionale con il neonato (Mayopoulos et al. 2021). A questo proposito Dekel e colleghi (2021) hanno riportato come lo stress causato dalla pandemia abbia determinato una qualità maggiormente negativa del legame madre – bambino con l'aggiunta di diverse problematiche nei momenti di allattamento al seno. Le preoccupazioni materne relative alla salute fisica propria, del bambino e l'eventuale rischio di infezione e, nel peggiore dei casi, di mortalità, che si sono intensificate soprattutto durante il lockdown, hanno innescato nella madre sintomi di ansia e depressione (Davenport et al., 2020) e stress genitoriale (Coyne et al., 2020) che hanno avuto delle ripercussioni estremamente negative interferendo sulla qualità del legame madre – bambino (Tolja et al., 2020). Uno studio condotto da Suzuki (2020) ha appunto evidenziato come il legame diadico tra la madre e il suo bambino avesse una qualità inferiore a un mese dalla nascita del piccolo tra le mamme che avevano partorito nel periodo pandemico. Lo stress genitoriale sperimentato dai caregivers durante la pandemia da COVID-19, ha avuto delle conseguenze sull'acquisizione della “genitorialità consapevole”, definita da Coatsworth e colleghi (2018) come una particolare modalità di assunzione del ruolo genitoriale caratterizzata da accettazione, sintonizzazione emotiva e compassione, per la quale sono stati riscontrati livelli più bassi (Moreira et al., 2019). I cambiamenti indotti dalla pandemia hanno aumentato il rischio di sviluppare “burnout genitoriale”, ovvero una condizione cronica di risposta allo stress legato ai compiti genitoriali (Mikolajczak et al., 2019) che porta i genitori a sperimentare vissuti di esaurimento psicofisico, per esempio compromettendo la sfera del sonno e portando a un allontanamento emotivo dal figlio (Mikolajczak et al., 2018b; Roskam et al., 2018). Questa specifica condizione genitoriale sorge a partire da alcuni fattori che la situazione pandemica da COVID-19 ha notevolmente appesantito, come l'insicurezza finanziaria e lo scarso supporto sociale

percepito a causa delle misure di restrizione (Griffith, 2020). È importante considerare il burnout genitoriale all'interno della situazione pandemica per gli effetti che comporta dal momento che riveste un impatto significativamente negativo sia a livello individuale, quindi del genitore stesso, sia della relazione con il figlio, ma specialmente a livello della salute mentale e fisica del bambino (Mikolajczak et al., 2018a, b; Mikolajczak et al., 2019). Infatti, il burnout genitoriale, quando si presenta con alti livelli, può tradursi in condizioni di abuso e trascuratezza nei confronti dei figli (Brianda et al., 2020) che hanno delle ripercussioni riscontrabili sia sul breve termine, ad esempio attraverso lesioni fisiche evidenti e non (Fortson et al., 2016), sia sul lungo termine. A questo proposito numerose ricerche sottolineano come gli effetti del maltrattamento infantile si prolungano per tutto il corso della vita (Haj-Yahia et al., 2019; Norman et al., 2012), per esempio, una volta che il bambino abusato cresce e diventa adulto, ha una maggiore probabilità di esercitare lui stesso diverse forme di violenza domestica o esserne ancora una vittima (Widom et al. 2014).

2.8 Conclusione

Un precoce deficit di regolazione affettiva può determinare una generale difficoltà a riconoscere i propri stati affettivi interni, gestirli ed esprimerli. Per esempio, l'alessitimia (una disfunzionalità dell'elaborazione affettiva), interferisce con il funzionamento dei meccanismi di autoregolazione impedendo all'organismo di ritornare a uno stato di omeostasi precedente permettendogli di funzionare al meglio e si manifesta attraverso una generale difficoltà di identificazione ed espressione dei propri stati interni. È un termine che deriva dal greco e letteralmente significa “non avere parole per le emozioni”. La condizione alessitimica, che rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo psicosomatico, è associata a un pattern di attaccamento insicuro e deriva da una precoce mancanza di riconoscimento e regolazione dei propri stati interni da parte del caregiver che è causa del mancato raggiungimento della capacità di autoregolazione affettiva (Giuliano, 2017).

CAPITOLO 3: CO-GENITORIALITÀ, LA FIGURA DEL PADRE

3.1 Introduzione

La prospettiva matrifocale ha a lungo rappresentato il focus di interesse degli studi psicologici dello sviluppo infantile. Tale prospettiva, oggi considerata estremamente limitata e riduttiva, si sta sempre più ampliando nella direzione dello studio di una struttura familiare all'interno del quale viene privilegiato uno sguardo maggiormente inclusivo che tenga in considerazione più relazioni, riconoscendo e valorizzando gradualmente la figura del padre (Venuti, Giusti, 1996). La concezione del padre è stata a lungo quella di una figura estremamente autoritaria che aveva lo specifico compito di sostenere il nucleo familiare da un punto di vista meramente economico e sociale (Benson, 1968), nettamente contrapposta a quella materna, considerata dalla letteratura la vera responsabile del clima affettivo e dell'educazione dei figli. Questo bipolarismo relativo all'immaginario collettivo delle due figure genitoriali ha iniziato a modernizzarsi e rinnovarsi solo a partire dagli anni '70 del secolo scorso. È proprio in questi anni che la società occidentale è stata lentamente trasformata da un insieme di cambiamenti di carattere sociale e culturale che hanno finalmente portato anche il padre, assieme alla madre, a collocarsi in prima linea nel favorire la crescita filiale attraverso l'assunzione di compiti e funzioni orientati alla cura della prole (Venuti, Giusti, 1996). Infatti, i cambiamenti che hanno caratterizzato questo periodo hanno avuto un'influenza significativa nelle routine familiari quotidiane (Keniston, 1977; National Academy of Sciences, 1976) e proprio per le trasformazioni che è stato possibile osservare a livello di ruoli genitoriali, della spartizione dei compiti e delle funzioni parentali, è possibile indagare il maggiore coinvolgimento della figura paterna nelle pratiche di accudimento dei loro figli (Yogman, 1982). In aggiunta, l'aumento della considerazione del ruolo di cura del padre all'interno di una molteplicità di ambiti, quali quello medico, legislativo e sociale oltre a quello psicologico, rappresenta un'ulteriore testimonianza dell'influenza di questi cambiamenti all'interno della società (ibidem). Uno degli esempi rispetto a questa molteplicità di aspetti innovativi è rappresentato dal modello della "doppia carriera", che prevedeva che, oltre al padre, anche la madre potesse essere impegnata in

un qualche tipo di attività lavorativa e ciò ha necessariamente portato a una rinegoziazione e ridefinizione dei ruoli parentali, che si sono discostati dal *dictact* tradizionale degli anni precedenti, a favore di una condizione di corresponsabilità dei ruoli e delle funzioni genitoriali che si sono maggiormente omogeneizzate (Badolato, 1993; Cigoli, 1997; Donati, 1997; Francescano 2001; Pietropolli Charmet, 1991; Scabini, 1999). Infatti, con l'entrata della donna nel mondo del lavoro e i conseguenti cambiamenti nel ruolo genitoriale paterno, il focus di interesse viene ad espandersi includendo al suo interno anche il padre, che precedentemente era stato subordinato alla figura materna, appunto quella privilegiata dagli studi condotti in letteratura (Venuti, Giusti, 1996). A questo proposito, Phares e Compas (1992) analizzando l'insieme delle ricerche pubblicate tra il 1984 e il 1992 nelle riviste scientifiche relative allo sviluppo infantile, hanno avuto l'occasione di osservare che praticamente la metà degli studi condotti nell'ambito si rivolgevano esclusivamente alle madri. Al contrario, la review condotta da Joseph Pleck, relativa alla ricerca effettuata negli ultimi vent'anni in merito al coinvolgimento paterno nei confronti dei figli, ha messo in evidenza che in realtà nell'ultima generazione esso sia aumentato di almeno un terzo, a dimostrazione del fatto che l'accessibilità e la disponibilità paterne sono in progressivo aumento (Pleck, 1997). Tuttavia, c'è da dire che la figura paterna e il ruolo che assume sono profondamente influenzati dal contesto socioculturale in cui il padre si trova immerso (Venuti, Giusti, 1996). Infatti, l'immagine che una determinata società assegna alla figura del padre o della madre sarà determinante nella funzione genitoriale che l'uno o l'altra attueranno nella cura dei propri figli, e, nello specifico, nel determinare queste differenze di genere, è importante il contributo dei modelli familiari ed educativi ricevuti (*ibidem*). A questo proposito, è bene sottolineare che il padre sceglierà di farsi coinvolgere e di mettere in atto comportamenti di cura attivi verso i figli specialmente quando la società di appartenenza approva e incentiva il fatto che l'uomo adulto adotti atteggiamenti espliciti di cura orientati all'ambiente familiare (*ibidem*). Inoltre, gli studi condotti in merito alla figura paterna che hanno coinvolto una molteplicità di contesti sociali e culturali hanno evidenziato che l'immagine del padre non può e non deve essere generalizzata ed estrapolata dal contesto di appartenenza. Ad esempio, all'interno della società anglosassone attuale è stato possibile osservare tre diverse modalità con cui il padre si rapporta con i propri figli ed è coinvolto nella loro crescita ed educazione (Lamb, 1977). In un primo caso, può co-costruire con il figlio una

relazione affettivamente molto stretta, grazie alla sua partecipazione al gioco, alla cura sia fisica sia affettiva e anche semplicemente parlando con lui o raccontandogli delle storie. Una seconda modalità fa invece riferimento al fatto che la figura paterna possa porsi nei confronti dei propri figli in modo disponibile e accessibile rispetto ai loro bisogni, ma senza essere obbligatoriamente coinvolto o attuando modalità di cura dirette. Infine, il padre può partecipare allo sviluppo del figlio semplicemente assumendo su di sé la responsabilità della crescita del piccolo e partecipandovi più o meno attivamente. Emerge quindi che anche il padre, impegnato in attività di gioco e cura nei confronti del figlio, è completamente competente rispetto ai suoi compiti di caregiving (Parke, 2002; Pruett, 1987). A questo proposito si può quindi pensare che stia sempre più emergendo un'attitudine positiva e affettuosa verso la cura dei figli da parte dei padri, a dispetto di un'originaria inibizione promossa dagli stereotipi culturali precedenti ai cambiamenti sociali di cui è stato brevemente accennato sopra (Venuti, Giusti, 1996). Tuttavia, va sottolineato che il contesto socioculturale a cui si fa riferimento quando si parla del fatto che la figura paterna viene valorizzata e collocata sotto una nuova luce, è quello delle società attualmente industrializzate e urbanizzate quali gli Stati Uniti, Gran Bretagna, Italia e Giappone (Saraceno, 1981). Infatti, è proprio all'interno di questi specifici contesti che Saraceno (1981) ha potuto osservare come i cambiamenti sociali degli anni '70 si riflettessero all'interno della modificazione dei ruoli genitoriali. Ciò nonostante, è bene sottolineare che in Italia e in Giappone la situazione è un po' diversa rispetto a quella dei paesi anglosassoni in quanto all'interno di queste due Nazioni è ancora possibile osservare, nonostante le importanti trasformazioni globali, degli strascichi considerevoli di stampo tradizionale per quanto riguarda l'assunzione del ruolo paterno che non viene propriamente collocato sotto una luce innovativa (Venuti, Giusti, 1996). Ad esempio, numerosi autori che si sono dedicati allo studio del contesto italiano, hanno suggerito che a fronte di un retaggio culturale di stampo patriarcale, l'adozione di un modello di padre fresco di rinnovamento prende piede con estrema lentezza rispetto agli altri Paesi e, in più, con grandissima variabilità tra la parte Nord e quella Sud della penisola (Bimbi, 1991; New, Benigni, 1987; Venuti, Giusti, 1996). Inoltre, secondo Pleck (1983, 1986), all'interno delle diverse società più moderne e industrializzate è possibile individuare due modelli maschili preponderanti: quello di mascolinità e quello di paternità. Da un lato emerge l'immagine del maschio considerato "moderno" che rappresenta, secondo

l'autore, il modello più innovativo del ruolo maschile. Per questo tipo di uomo, generalmente appartenente alla classe media, le interazioni e il clima affettivo all'interno del nucleo familiare rappresentano una fonte di un profondo senso di appagamento e ciò lo conduce ad attuare in modo anche manifesto i comportamenti di cura e affetto incoraggiando nell'educazione dei figli l'autonomia e il pensiero critico. Viceversa, spicca ancora il modello di maschio "tradizionale", ancorato alla classe operaia, in cui l'uomo soffre per il fatto che sia venuto meno il suo ruolo autoritario e garante della disciplina all'interno della dimensione familiare, è poco attivo e partecipa nella cura e crescita dei figli e quando è presente adotta atteggiamenti di tipo impulsivo e competitivo e, infine, tende a reperire innumerevoli occasioni di soddisfacimento al di fuori del contesto domestico.

3.2 Definizione e caratteristiche della paternità

Come è stato sottolineato nel precedente paragrafo, la figura del padre e del ruolo che egli assume all'interno del nucleo familiare in generale e, nello specifico, nella relazione con il suo bambino, sono fortemente influenzati dal contesto socioculturale entro il quale la famiglia è inserita e questa specifica condizione determina quanto il padre viene coinvolto e si lascia coinvolgere nelle pratiche di cura rivolte al figlio, stabilendo con lui un certo tipo di rapporto (Venuti, 1996). Ciò nonostante, è possibile osservare una naturale inclinazione a una paternità caratterizzata da connotati di affettuosità e sensibilità a dispetto del polimorfismo culturale che pesa sulla condizione di padre (Venuti, Giusti, 1996). In particolare, grazie alla diffusione, negli anni '70 del secolo scorso, di un modello di sviluppo che sosteneva il fatto che fin da piccolissimo il bambino fosse un agente attivo nella relazione con l'adulto di riferimento indipendentemente dal rapporto esclusivo con la madre (Schaffer, 1971, 1977; Stern, 1985), si è piano piano venuta a consolidare l'immagine di un padre sensibile, responsivo, accessibile ma soprattutto coinvolto nella relazione con il suo bambino (Biller, 1993; Lamb, 1987; Miscioscia, Nicolini, 2004).

Lo studio rivolto alla figura del padre ha preso le mosse da un interesse specifico per il costrutto di "coinvolgimento paterno" (Lamb, Pleck, Charnov et al., 1985, 1987), che si riferisce a una molteplicità di modi e forme tramite i quali il padre interagisce e si rapporta con il proprio figlio, come l'impegno, l'accessibilità e la responsabilità. Lamb (1987),

inoltre, ha aggiunto alla definizione di questo costrutto anche aspetti quali la motivazione, le abilità e competenze personali e la storia individuale, tutti fattori che, nel loro insieme, contribuiscono a determinare la relazione padre – figlio. La motivazione, per esempio, incide sulla quantità e qualità di coinvolgimento del padre all'interno delle interazioni con il bambino in quanto è strettamente associata sia alla percezione che l'uomo ha di sé in quanto padre sia all'importanza che viene conferita all'identità paterna (Ihinger-Tallman, Pasley, Buehler, 1993; Lamb, 1997; McBride, Rane, 1997), la quale può essere minacciata e decrescere dall'investimento del padre in altri ambiti della propria vita, come, ad esempio, quello lavorativo (Feldman, Nash, Aschenbrenner, 1983; Lamb, Frodi, Frodi et al., 1982; Lamb, 1987). Un'altra variabile è appunto quella relativa alla propria storia personale; infatti, l'esperienza di cura ricevuta precocemente dal padre e la relazione che egli ha, a sua volta, con il proprio padre incide in modo significativo determinando sia le modalità sia la qualità della relazione paterno – infantile dal momento che i padri che mostrano scarsi livelli di autostima e autoefficacia risultano essere meno coinvolti (Cordell, Parke et Sawin, 1980). A tal proposito è stato osservato, nel contesto italiano, che il padre attuale risente dell'assenza di una figura paterna di riferimento considerata come un modello al quale aspirare nel processo di costruzione della propria identità di marito, per la propria compagna, e, soprattutto, di padre, per il proprio bambino (Parolin, Sudati, 2014). Di conseguenza emerge come il padre italiano di oggi sia coinvolto in un profondo conflitto con quello che è il proprio ruolo paterno, in funzione del tentativo di distaccarsi dal tipo di relazione instaurata precedentemente con il proprio padre, per non ripetere lo stesso meccanismo nella relazione con il figlio, e nella conseguente sfiducia di sé all'interno del rapporto con lui (Andolfi, 2001). In aggiunta, il coinvolgimento paterno si trova in stretta relazione con la percezione del padre in merito a quanto si sente coinvolto e partecipa all'interno della relazione matrimoniale con la moglie, dal momento che più è elevato il senso di appagamento che l'uomo sente nei confronti del rapporto che sta costruendo con la compagna, migliore è la relazione che egli instaura con i propri figli (Venuti, 1996). Infatti, quando il matrimonio è caratterizzato da un clima di fiducia, affetto e calore emotivo, è stato osservato che il padre assume un insieme di comportamenti di cura qualitativamente migliori nei confronti dei loro bambini piccoli, a differenza di padri che si trovano coinvolti in una relazione matrimoniale poco soddisfacente (Cox, Owen, Lewis, Henderson, 1989). In

generale è possibile affermare che la soddisfazione provata a livello della relazione di coppia rappresenta un'importantissima fonte di supporto per la paternità poiché rappresenta un incentivo per il padre a mettere in atto una molteplicità di funzioni genitoriali adempiendo al suo ruolo di figura paterna (Belsky, 1984; Cowan, Cowan, 1988; Simonelli, Fava Vizzello, Petech et al., 2008). Inoltre, all'interno del contesto di co-genitorialità, anche la percezione della madre, relativa a quanto sente che il compagno è coinvolto nell'accudimento e nell'educazione del figlio, rappresenta un fattore molto importante dal momento che è in grado di predire la possibilità che il padre metta in atto degli atteggiamenti di partecipazione attiva rispetto alla cura per il proprio bambino (Doherty, Kouneski, Erickson, 1998; DeLuccie, 1995; Fustenberg, 1995; McBride, Rane, 1997). Ciò dimostra quanto il supporto che uno dei due genitori percepisce da parte del partner sia importante per l'assunzione di comportamenti parentali adeguati e ottimali allo sviluppo e al benessere del bambino (ibidem).

3.3 Il ruolo del padre

All'interno del nucleo familiare e delle dinamiche relazionali che lo definiscono, i comportamenti di attaccamento e soprattutto la funzione di base sicura (che è stata approfondita del capitolo 1 del presente elaborato) messi in atto in modo alternato da entrambi i partner, assumono un'importanza essenziale in alcuni momenti particolari di vita, caratterizzati da stress e difficoltà, come accade nel caso di una gravidanza e della successiva nascita del figlio (Baldoni, Landi, 2015).

Prima ancora che il bambino venga alla luce, quindi durante il periodo di transizione alla genitorialità, anche il padre, come la madre, va incontro a un processo di ristrutturazione psichica inerente alla rielaborazione della propria storia in merito al rapporto con i propri genitori, alle fantasie e aspettative sul figlio futuro, alla riconsiderazione di sé in quanto adulto e genitore e della coppia coniugale che si accinge a diventare coppia co-genitoriale (Scopesi, 1990). Tuttavia, nel padre tutto questo insieme di cambiamenti intrapsichici che caratterizzano questo particolare momento, non sono sollecitati e supportati a livello fisico come invece accade nella madre, che porta in grembo il figlio (Di Cagno, Gandione, Massaggia, 1992). Di conseguenza, questo percorso ricco di cambiamenti e trasformazioni, che caratterizza e definisce il periodo della transizione alla genitorialità, avviene molto più lentamente e in concomitanza alla crescita del bambino (Vegetti, Finzi,

1992), per cui la percezione di sé come padre e genitore prende realmente le mosse solo con la seconda ecografia e la constatazione dei primi movimenti del piccolo in grembo alla madre (Del Carlo Giannini, Del Papa, Ceccarelli, 1981). Il concreto accertamento del fatto che si sta diventando padri culmina con la partecipazione al parto, esperienza, questa, che porta l'uomo a sentirsi veramente il padre del proprio bambino (Smorti, 1987). Il ruolo che riveste il padre durante la gravidanza della compagna è un ruolo spesso sottovalutato ma di estrema importanza e complessità in quanto implica il fatto di essere in grado di svolgere una funzione di contenimento rispetto l'insieme delle ansie materne e di tollerare il continuo processo di avvicinamento e allontanamento della compagna (Miraglia, 1992) che spesso può risultare essere una fonte di stress e frustrazione per il padre. Tuttavia, fino a poco tempo fa, gli studi e la letteratura sullo sviluppo sociale infantile non prendevano in grande considerazione il ruolo del padre, ritenendo il suo contributo nei confronti della crescita del neonato indiretti e prevalentemente di supporto ai comportamenti di cura attuati dalla madre, l'unico e inconfutato caregiver del bambino (Yogman, 1982). In realtà, più recenti ricerche hanno messo in luce quanto sia importante il ruolo e il contributo paterno già a partire dalla gravidanza (Baldoni, Landi, 2015).

Infatti, il padre deve svolgere l'importante funzione di proteggere la sua partner soprattutto nei momenti in cui si trova ad affrontare condizioni che possono mettere a repentaglio il suo equilibrio psicofisico aiutandola a mantenere un livello di difficoltà e sofferenza considerato accettabile e questo avviene in due particolari momenti della vita familiare: da un lato, durante la gravidanza e i primi mesi dopo il parto e, dall'altro, durante l'adolescenza (ibidem). Infatti, nel periodo che segue il parto non è infrequente che la madre sviluppi, come visto precedentemente, una sintomatologia a carattere ansioso o depressivo e, all'interno di questa situazione, si colloca il contributo paterno che comporta la fondamentale capacità di garantire alla compagna un senso di sicurezza e supporto emotivo (Kaitz & Katzir, 2004) svolgendo in questo senso una funzione di tipo "antidepressivo" che, alla luce della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988), può essere considerata una forma di "base sicura" che il padre si preoccupa di fornire alla compagna per preservarne il benessere (Whiffen & Johnson, 1998; Dollander, 2004; Baldoni, 2005; 2010b, 2010c, 2012). Anche se durante la prima infanzia del bambino si può pensare che il contributo paterno possa essere irrilevante dal momento che la relazione paterno – infantile non assume la stessa rilevanza di quella che il bambino e la

madre iniziano a co-costruire già a partire dalla gravidanza, in realtà il padre è impegnato in un compito di estrema importanza, cioè tutelare la stessa relazione materno – infantile occupandosi primariamente di questioni di ordine pratico in modo tale che essa possa proseguire e mantenersi lungo una traiettoria qualitativamente positiva. Quindi, la presenza di una figura paterna che si dimostra essere stabile, costante e affettivamente e concretamente presente, è in grado di svolgere un'azione di protezione che permette di garantire a tutto il nucleo familiare uno stato di benessere e serenità.

Col trascorrere del tempo e con il progressivo sviluppo del bambino, anche l'adolescenza rappresenta un momento cruciale e critico per il padre che, in questa fase, deve assolvere al notevole compito collocarsi all'interno della relazione madre – figlio come una figura di supporto, da un lato facilitando l'allontanamento di entrambi e garantendo in questo modo la progressiva autonomia ed emancipazione del figlio e, dall'altro, aiutando la compagna a inserirsi nuovamente all'interno di un rapporto di coppia in cui sentirsi appagata; durante l'adolescenza, infatti, è importante che la madre sappia rinunciare al ruolo che ha rivestito durante i primi anni di sviluppo del figlio (Baldoni, Landi, 2015). Va da sé che tutto questo può accadere se il padre non si pone nei confronti della famiglia come un ostacolo, come è possibile accada in presenza di disordini a carattere psicologico o comportamentale o, ancora, in condizione di estrema apprensione (ibidem).

In generale, secondo Scopesi (1994), Parolin e colleghi (2014) il ruolo del padre riveste un'importanza fondamentale sia sul piano affettivo sia su quello pratico dal momento che rappresenta una preziosa fonte di sostegno per la relazione madre – bambino e si inserisce in questo contesto promuovendo lo sviluppo affettivo e relazionale del figlio. Nonostante ciò, nell'attualità del contesto italiano il ruolo del padre relativo alla cura affettiva del proprio bambino è ancora permeato dagli strascichi dei modelli “tradizionali” anche se c'è da dire che, soprattutto a partire dagli ultimi anni, si sta venendo maggiormente a delineare una figura di padre che, pur con grandi ritardi rispetto ad altri Paesi occidentali, fornisce sostegno emotivo alla moglie partecipando più o meno attivamente alla gravidanza del figlio con il quale, successivamente, svilupperà interazioni di gioco attivo (Venuti, 1996).

3.4 Interazione padre – figlio ed effetti sullo sviluppo infantile

In ambito psicologico, la ricerca ha per moltissimo tempo collocato in secondo piano lo studio delle funzioni e del ruolo del padre privilegiando, al contrario, quello rivolto alla donna in quanto moglie e madre (Baldoni, Landi, 2015). Di conseguenza, l'osservazione dell'interazione tra il caregiver e il suo bambino, che si instaura fin da subito e che viene a definirsi e consolidarsi durante tutto l'arco della vita ma soprattutto nei primi anni che caratterizzano lo sviluppo del bambino, ha ovviamente riguardato la figura materna nonostante la ricerca abbia messo in evidenza che il padre e la madre tendano a mettere in atto delle modalità interattive qualitativamente diverse con il loro bambino (Venuti, Giusti, 1996). Da questo punto di vista, la specifica relazione tra un padre e il proprio figlio deve essere considerata come un sistema unico e indipendente da quello che lega il bambino alla madre (Lamb, 1977; van IJzendoorn, De Wolff, 1997), proprio per il fatto che la relazione paterno – infantile presenta alcune peculiarità che la differenziano da quella con la madre. Ad esempio, le primissime interazioni sono caratterizzate dal fatto che il neopapà utilizza un canale di stimolazione e comunicazione molto concreto e volto a suscitare uno stato di eccitazione nel bambino piccolo mentre, dal lato opposto, la madre si relaziona con il bambino con l'obiettivo di aiutarlo a mantenere costantemente uno stato di equilibrio interno attuando dei comportamenti di cura che le permettono di contenere i bisogni fisiologici del figlio (McHale, 2007). Se inizialmente gli scambi interattivi che il padre mette in atto con il bambino incoraggiano in lui la possibilità di esplorare l'ambiente attraverso una stimolazione sul piano motorio (per esempio il padre si relaziona con il piccolo dirigendo il suo sguardo e la sua attenzione verso una molteplicità di stimoli e oggetti che si trovano nell'ambiente, si sposta camminando mentre lo tiene in braccio e parla con lui) successivamente il padre si preoccupa di aiutare il figlio a sviluppare le diverse competenze sociali che gli serviranno più avanti e che gli permetteranno di relazionarsi al gruppo di amici (Venuti, Giusti, 1996). Gli studi condotti in letteratura ci dicono che il tempo che il padre impiega con il proprio bambino è in aumento e riguarda prevalentemente attività di tipo ludico (Parke, 2002). In merito a questo aspetto, è stato osservato che questo tipo di interazione giocosa, caratterizzata da un tipo di gioco spontaneo che implica il contatto fisico (Cabrera, Roggman, 2017; Kokkinaki, Vasdekis, 2015) e che vede coinvolti il padre e il suo bambino, permette a quest'ultimo di sviluppare in modo qualitativamente positivo sia un apprendimento di

tipo culturale (Tomasello, 2008) sia un insieme di abilità e competenze sul piano cognitivo, emotivo e socio-comportamentale (Cabrera, Roggman, 2017). Inoltre, da un punto di vista prettamente linguistico, è stato evidenziato come a differenza della madre, che utilizza una modalità comunicativo-linguistica modulata e prevedibile (Yogman, Dixon, Tronick et al, 1977), il padre, invece, utilizza in generale stimoli fisici e espressioni comunicative brevi e dirette; inoltre, durante i momenti di scambio interattivo e comunicativo con il bambino, tende a mostrare una modalità interattiva caratterizzata da un tipo di comunicazione lento e contenente numerosi ripetizioni di natura musicale (Blount, Padgug, 1976).

Le peculiarità, appena osservate, degli scambi interattivi tra un padre e il proprio figlio sono solo alcuni esempi che permettono di comprendere quanto il coinvolgimento del padre nelle esperienze di cura che il piccolo vive sia fondamentale per lo sviluppo dello stesso bambino (Popp, St Jerne Thomsen, 2017; Majdandžić, Möller, De Vente, Bögels, Boom, 2013). La ricerca scientifica in ambito psicologico ha sottolineato l'importanza della presenza e partecipazione attiva del padre durante le pratiche di cura e nei momenti interattivi di gioco evidenziandone alcune implicazioni che favoriscono la crescita del bambino o, al contrario, che la inibiscono e limitano qualora il padre fosse assente, poco coinvolto oppure mostrasse difficoltà a livello psicologico e comportamentale. È stato osservato che il coinvolgimento paterno conduce il bambino nella direzione dell'acquisizione di uno sviluppo cognitivo migliore, con conseguenti risultati accademici di successo (Hetherington, Cox, Cox, 1978; Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera et al., 2004), ad esempio, uno studio ha potuto rilevare che diverse modalità di gioco, quali il gioco creativo, combinato e libero (che sono tipiche dell'interazione paterno – infantile) sono correlate ai migliori esiti scolastici (Robinson, StGeorge, Freeman, 2021). In aggiunta, sul piano socio-emotivo, è stato riscontrato che il padre si inserisce nella traiettoria di sviluppo del figlio come una presenza positiva e protettiva (Chiland, 1982; Field, 1978; Golinkoff, Ames, 1979; Lamb, 1977; Langlois, Downs, 1980; Power, Parke, 1986; Yogman, 1981) dal momento che il suo contributo negli scambi interattivi con lui, offrono al bambino la possibilità di sperimentare una relazione caratterizzata da fiducia che gli permette di sviluppare progressivamente maggiore socievolezza, locus of control interno (che si associa al controllo degli impulsi), la capacità di rimandare la gratificazione immediata e, infine, un senso di responsabilità (Biller, Kimpton, 1997;

Biller, Trotte, 1994; Akande, 1994; Radin, 1982). Questi aspetti, sono stati osservati perdurare nel tempo incidendo sull'eventuale possibilità di insorgenza di difficoltà a livello comportamentale, condotte di tipo aggressivo e antisociale durante l'età scolare e adolescenziale (Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid et al., 2008). Caratteristiche interattivo-relazionali quali l'impegno, il coinvolgimento, la sensibilità e l'affetto rappresentano degli aspetti molto importanti all'interno degli scambi interattivi tra un padre e il proprio figlio dal momento che correlano con esiti di sviluppo socio-comportamentale migliori, traducendosi in interazioni positive anche a livello del gruppo amicale e nella messa in atto di comportamenti prosociali (Robinson, StGeorge, Freeman, 2021). Infatti, la disponibilità e la reattività paterne, che il bambino sperimenta interagendo con lui, rappresentano un modello interattivo da imitare anche nelle interazioni con i propri amici (ibidem). Inoltre, il coinvolgimento paterno incentiva nel bambino lo sviluppo dell'empatia e l'assunzione di una minore stereotipia a livello di ruoli sessuali (Pruett, 1983) e questi aspetti, secondo Lamb (1987), potrebbero dipendere dal fatto che il contributo paterno al clima familiare lo renderebbe maggiormente sereno con la conseguente possibilità di una più intensa disponibilità e collaborazione di entrambi i genitori nei confronti del figlio. A livello di regolazione affettiva, alcuni autori hanno dimostrato che il tempo trascorso assieme al figlio a giocare, la sensibilità e la giocosità del padre durante gli scambi interattivi con il figlio, sono associati a migliori risultati all'interno di questa area di sviluppo (Robinson, StGeorge, Freeman, 2021). Infine, a partire dalla comprensione dell'importanza del coinvolgimento paterno nelle interazioni con il proprio bambino e visti i contributi fondamentali per gli esiti di sviluppo, è facile immaginare quanto possa gravare la presenza di un padre non coinvolto o assente sullo sviluppo infantile. A questo proposito è stato osservato che la deprivazione paterna sperimentata dal piccolo rappresenta un grave fattore di rischio che il bambino incontra nel corso del suo sviluppo in quanto contribuisce a incanalare la traiettoria di sviluppo del piccolo lungo una direzione caratterizzata da maggiore disfunzionalità (Blankehorn, 1996; Booth, Crouter, 1998; Earle, Letherby, 2003; Marks, Palkovitz, 2004; Schwartz, 2001). Un semplice esempio a questo livello è riscontrabile nel fatto che la deprivazione paterna incide in modo significativo da un punto di vista negativo nell'area percettiva e motoria a causa di una difficoltà importante nella messa in atto di compiti manipolativi e

spaziali (Svanum, Bringle, McLaughlin, 1982) che abbiamo visto essere un ambito di sviluppo sollecitato dalle interazioni che vedono coinvolti il padre e il bambino.

CAPITOLO 4: LA RICERCA

4.1 Introduzione preliminare

L'elaborato proposto si colloca all'interno di un più ampio progetto di ricerca che ha come obiettivo quello di ampliare le conoscenze rispetto ai vari fattori che influenzano la capacità di regolazione emotiva materna, sia in risposta ai segnali comunicativi provenienti dal proprio bambino sia durante le interazioni diadiche in momenti di attività di gioco condivise.

4.2 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Come è stato ampiamente osservato nel corso dei capitoli precedenti, la capacità di prendersi cura di qualcun altro, aspetto che rappresenta l'essenza della funzione genitoriale, dipende strettamente dalle esperienze di cura che si sono ricevute precocemente (Fava Vizziello, 2003; Bastianoni, 2009; Simonelli, 2014). Infatti, le funzioni genitoriali e le modalità tramite le quali esse vengono espresse sono influenzate dalle esperienze di attaccamento che un genitore ha potuto sperimentare a sua volta con i propri genitori (Anders, 1989; Sameroff, Fiese, 2000; Venuti, Simonelli, Rigo, 2018) e, quindi, dal fatto di essere stati immersi fin da subito all'interno di un ambiente di cura contenitivo sufficientemente sensibile e responsivo. Come viene evidenziato dalla letteratura scientifica che si è occupata di studiare l'argomento approfondito nel presente elaborato, il fatto di non aver avuto la possibilità di vivere in un contesto familiare di questo tipo, incrementa l'eventualità che le capacità parentali attivate da un genitore siano permeate da quel vissuto di carenza e inadeguatezza relativo alla capacità di cogliere, interpretare e rispondere adeguatamente ai segnali manifestati dal bambino, che il genitore ha sperimentato precedentemente nella relazione con i propri caregivers (ibidem).

Alla luce di ciò, il presente elaborato si pone come obiettivo generale quello di indagare la relazione esistente tra alcuni fattori psicologici e contestuali e l'influenza che essi possono esercitare durante il periodo post-partum in cui il bambino ha un'età compresa tra i 6 e i 36 mesi, nel determinare la qualità del clima emotivo caratterizzante la relazione madre – bambino, coinvolti in attività di gioco libero.

In particolare, gli *obiettivi* e le *ipotesi* di ricerca presi in considerazione da questo lavoro sono stati i seguenti:

- 1) *Indagare la relazione tra la regolazione emotiva della madre, valutata tramite la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), facendo riferimento ai fattori di “consapevolezza” e “impulso” che prendono in considerazione, da un lato, la consapevolezza rispetto le proprie emozioni, dall’altro, la capacità di controllare i propri comportamenti impulsivi nel momento in cui si sperimenta uno stato emotivo negativo e il costrutto di disponibilità emotiva, valutata con le Emotional Availability Scales (EAS). A questo proposito la letteratura scientifica evidenzia l’importanza della regolazione dell’affetto per poter funzionare in maniera ottimale. Hill (2015) sottolinea infatti che solo quando ci si trova in uno stato omeostatico regolato l’individuo può assolvere ai suoi compiti e rispondere alle richieste ambientali in modo adeguato. Declinando la regolazione emotiva nell’ambito della genitorialità, viene evidenziato che l’espressione delle funzioni parentali si colloca in stretta relazione con la capacità di regolazione emotiva materna (Gottman et al., 1996; Thompson & Calkins, 1996). Sulla base dei contributi forniti dalla letteratura, si ipotizza che livelli funzionali di regolazione emotiva materna, intesi in termini consapevolezza e controllo verso il proprio stato emotivo, siano associati a una migliore qualità della disponibilità emotiva materna e infantile durante gli scambi interattivi in cui la mamma e il bambino sono impegnati in un’attività di gioco libero.*
- 2) *Valutare la relazione tra la regolazione emotiva materna e lo stato di benessere della madre, esaminato tramite le risposte assegnate a due questionari, STAI-Y e BDI-II, che valutano rispettivamente tratti di ansia e depressione. In merito a questo obiettivo, in letteratura si evidenzia che una buona capacità di regolazione affettiva è di estrema importanza al fine di raggiungere uno stato integrato a livello psicosomatico (Hill, 2015). Difficoltà sul piano della regolazione emotiva possono generare esiti negativi a livello psicopatologico, conducendo, per esempio, a una sintomatologia tipica dell’ansia o della depressione (Hill, 2017). Sulla base di queste premesse, che evidenziano il ruolo base della regolazione affettiva nel mantenimento di uno stato di funzionamento ottimale dell’individuo*

(Fonagy, Gergely, Jurist et al., 2002; Gross, Thompson, 2007; Baumeister, Vohs, 2004), *ci si aspetta che una buona capacità di regolazione emotiva materna, associata a punteggi ridotti emergenti dalla somministrazione della DERS, sia legata a uno stato di benessere psicologico materno, osservato dalla presenza di punteggi ridotti ai test STAI-Y e BDI-II.*

- 3) *Approfondire la relazione tra lo stato di benessere materno e il costrutto di disponibilità emotiva materna.* In condizione di forte stress, infatti, l'adulto si ritrova a doversi confrontare con un'affettività intensa che fatica a regolare e questo stato di disregolazione, quindi di profondo malessere psichico, lo porta a porsi nei confronti del proprio bambino in modo incoerente e instabile. Al contrario, uno stato di regolazione affettiva, inteso come uno stato interno di benessere (Hill, 2017), correla con la messa in atto di comportamenti parentali emotivi e sensibili (Thompson & Calkins, 1996). *Si ipotizza che lo stato di benessere materno si associ a una buona capacità materna di disponibilità emotiva.*
- 4) *Valutare la relazione tra la presenza della figura paterna e lo stato ansioso materno, facendo riferimento all'ansia di tratto della madre.* La gravidanza e la nascita di un bambino possono rappresentare per la madre due momenti molto stressanti e incrementare lo sviluppo di una sintomatologia a carattere ansioso; quindi, il supporto che il padre fornisce alla compagna rappresenta un fattore importante per il suo benessere (Kaitz & Katzir, 2004; Whiffen & Johnson, 1998; Dollander, 2004; Baldoni, 2005; 2010b, 2010c, 2012). *Alla luce di ciò ci si aspetta che la percezione della madre relativa alla presenza attiva del compagno, il contributo e il supporto da lui ricevuto e la qualità della relazione di coppia considerata in relazione al tempo trascorso assieme al partner rappresentino un fattore protettivo rispetto allo stato ansioso della madre.*

4.3 Partecipanti

Come è possibile osservare nella *tabella 4.1*, hanno partecipato alla ricerca 30 mamme di età compresa tra i 28 e i 44 anni (età media = 35,40 e sd = 3,93) e i loro figli, precisamente 10 maschi e 20 femmine, di età compresa tra i 6 e i 32 mesi (età media = 16,83 e sd =

7,47). I criteri di inclusione delle stesse hanno riguardato in primis l'età dei bambini mentre quelli di esclusione si sono riferiti, per quanto riguarda i bambini, ad eventuali problematiche di sviluppo come la prematurità, mentre invece, per ciò che concerne le madri stesse, si è presa in considerazione l'assenza di disturbi di tipo psichiatrico, misurata in relazione alle risposte assegnate ai test specifici, quali STAI-Y e BDI-II e, in aggiunta, paure clinicamente significative legate alla pandemia da Covid-19, valutate attraverso la somministrazione di questionari appositi impiegati allo scopo di approfondire l'impatto della pandemia sul benessere materno. La totalità delle madri (100%) è di cittadinanza italiana, tra queste 20 di loro sono sposate e conviventi (69%) mentre 9 sono conviventi (31%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, 5 madri hanno terminato la scuola superiore, 2 non hanno completato gli studi universitari, mentre 12 di loro ha terminato l'università, un solo soggetto non ha terminato il post-laurea mentre invece 10 delle partecipanti hanno completato il post-laurea.

Tabella 4.1. Numerosità campionaria (=N), valore minimo (=Min) e valore massimo (=Max), media (=M) e deviazione standard (=sd) rilevate rispetto all'età della madre e del bambino.

	N	Min	Max	M	sd
Età M	30	28	44	35,40	3,927
Età B	30	6	32	16,83	7,470

4.4 Procedura

L'iter sperimentale consta di due specifiche fasi, che vedremo una alla volta, di seguito:

FASE 1: Compilazione dei questionari.

La prima fase della ricerca consiste nella compilazione di una serie di questionari da remoto. A ciascuna madre partecipante è stata inviata una mail contenente il codice identificativo attribuitole, delle brevi istruzioni per la compilazione dei questionari e i link di accesso agli stessi. Le indicazioni consistevano nel ricordare l'importanza di compilare ciascun questionario entro 30 minuti dall'inizio della compilazione, così da evitare il rischio di poter perdere alcune risposte già inserite e, in aggiunta, di riportare,

per ogni compilazione, il codice ID assegnato. Le piattaforme online di accesso ai questionari sono: LimeSurvey e Qualtrics Survey. I questionari, che verranno adeguatamente descritti successivamente, erano: *Questionario socio-demografico*, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y), *Beck Depression Inventory* (BDI). Inoltre, sono stati somministrati due questionari volti alla valutazione dell'impatto della pandemia da Covid-19, al fine di includere all'interno del progetto di ricerca le mamme partecipanti. I due questionari che indagano aspetti relativi al Covid-19, compilati unicamente da otto mamme, sono stati: *L'intervista ad hoc sulla presenza di eventi critici associati al COVID-19* e il *Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears* (MAC-RF).

FASE 2: Videoregistrazione dell'interazione diadica.

Dopo aver completato la prima fase, relativa la compilazione dei questionari, ciascuna partecipante è stata ricontattata per via telematica e invitata a partecipare alla seconda fase della ricerca. Le madri partecipanti allo studio sono state invitate ad accedere tramite link alla riunione tenuta su piattaforma Zoom per la registrazione di questa seconda fase, dopo un breve incontro preliminare durante il quale sono state fornite poche ma importanti istruzioni al fine di un ottimale svolgimento di questa fase. Le indicazioni fornite a tutte le madri partecipanti alla ricerca indicavano di giocare liberamente con i giochi messi a disposizione, scelti in base all'età del bambino (quali, per esempio, libretti, peluche, costruzioni ecc.), restando sempre all'interno dello spazio delimitato da un tappetone così da avere la certezza di essere inquadrati. Alle madri è stato anche indicato di giocare con i propri bambini spontaneamente, nel modo in cui sono soliti fare. In aggiunta, è stato gentilmente chiesto di svolgere il momento di interazione in una stanza in cui non fosse posizionata la totalità dei giochi del bambino in modo tale che il piccolo non avesse un continuo accesso a tutti i suoi giochi ma utilizzasse solo quelli scelti tra la moltitudine di quelli consigliati (quattro o cinque tra libretti, peluche, costruzioni, formine, anelli da impilare ecc.). Il momento interattivo di gioco libero aveva una durata di 20 minuti e, una volta terminato il tempo e disattivato la videoregistrazione, iniziata solo dopo aver informato la diade, questa seconda fase è terminata con il rilascio di un gadget, ovvero un attestato di partecipazione per il bambino.

Le videoregistrazioni ottenute sono state successivamente decodificate utilizzando le *Emotion Availability Scales* (EAS - Biringen & Robinson, 2008), illustrate nel corso del capitolo 1 del presente elaborato.

4.5 Strumenti

Questionario socio-demografico

Le madri partecipanti allo studio hanno effettuato la compilazione di un questionario finalizzato ad indagare una molteplicità di aspetti descrittivi della situazione familiare, quali: informazioni anagrafiche, socioculturali ed economiche in modo tale da raccogliere un insieme di informazioni di tipo sociodemografico utili a una maggiore comprensione della situazione familiare del gruppo di partecipanti prese in considerazione. Durante la compilazione del questionario socio-demografico, il soggetto si trova a dover rispondere a una moltitudine di domande relative a dati di tipo anagrafico e socio-demografico, quali: nascita, stato civile, livello scolastico e occupazionale, presenza di figli. Segue poi la compilazione di quesiti relativi allo status genitoriale. Al fine di trovare una risposta alle ipotesi indagate dal presente elaborato, vengono prese in considerazione solo alcuni di questi aspetti, in particolare:

- La percezione del supporto familiare fornito dal compagno, osservato specificatamente attraverso informazioni che indagano: la convivenza con il partner, la sua presenza e il suo sostegno durante il parto, il sostegno percepito in merito alle faccende domestiche.
- La relazione coniugale e genitoriale, attraverso informazioni inerenti alla soddisfazione dei progetti e delle decisioni quotidiane con cui parla con il marito, il tempo trascorso assieme da soli come coppia romantica e la considerazione del partner come un bravo padre.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* consta in uno strumento di autovalutazione relativo alla disregolazione emotiva che viene utilizzato con adolescenti e individui adulti. Questa scala si compone di 36 item, ciascuno dei quali viene valutato su una scala Likert a 5 punti, in cui il range va da 1 = Quasi mai, a 5 = Quasi sempre. La presenza di punteggi elevati indica una maggiore difficoltà a livello della capacità di regolazione degli affetti,

quindi maggiore disregolazione emotiva. La misura complessiva ottenuta dalla scala prevede la presenza di un punteggio globale ottenuto dalla somma di 6 sotto-scale in cui si indagano le principali componenti della disregolazione emotiva (Gratz & Roemer, 2004). I 6 costrutti corrispondono a:

- 1) *Non acceptance*, quindi la non accettazione della presenza di emozioni negative;
- 2) *Goals*, quindi l'incapacità di perseguire e raggiungere i propri obiettivi qualora si sperimentino emozioni negative;
- 3) *Impulse*, che consiste nella difficoltà a controllare i comportamenti impulsivi in presenza di emozioni negative;
- 4) *Strategies*, cioè il limitato accesso a strategie di regolazione emotiva considerate come efficaci e idonee al contesto al fine di modulare le proprie emozioni;
- 5) *Awareness*, quindi la perdita di consapevolezza delle proprie emozioni;
- 6) *Clarity*, la mancanza di comprensione della natura delle proprie risposte emotive.

A livello statistico, inoltre, è stato riscontrato che la DERS abbia un'elevata coerenza interna con la presenza di un' α di Cronbach = .93 considerando che, un valore di riferimento per tale indice che indica un grado accettabile di coerenza interna è di .7, e anche un'adeguata validità di costrutto e predittiva (Kim, Gratz & Roemer, 2004).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)

Lo *State-Trait Anxiety Inventory* è uno strumento di autovalutazione che viene comunemente utilizzato in ambito clinico per la diagnosi dell'ansia negli adulti e in ambito di ricerca per indagare il disagio manifestato dal caregiver (ad es. Greene et al., 2017, Ugalde et al., 2014). La versione più utilizzata è rappresentata dal modulo Y, che si compone di due parti contenenti ciascuna 20 item che valutano l'ansia di stato e l'ansia di tratto. La totalità degli item, 40 appunto, descrivono una molteplicità di aspetti caratteristici dell'ansia e vengono valutati su una scala Likert a 4 punti in cui 1 corrisponde a "Per nulla" e 4 equivale a "Moltissimo". La coerenza interna del test, valutata tramite l' α di Cronbach corrisponde varia da .86 e .95.

Beck Depression Inventory (BDI-II)

All'interno del presente studio di ricerca è stata utilizzata la seconda versione del *Beck Depression Inventory* (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 2006). Il BDI-II consiste in uno strumento di autovalutazione composto da 21 item volti ad indagare il livello di gravità

della depressione all'interno di popolazioni sia normotipiche sia cliniche (Piotrowski, Sherry & Keller, 1985; Beck, & Beamesderfer, 1986), lo strumento inoltre può essere somministrato a partire dai 13 anni di età. Gli item riflettono i criteri del DSM-IV per la depressione maggiore e sono valutati su una scala Likert a 4 punti, in cui il range va da 0 che corrisponde all' "Assenza del sintomo" fino a 3 che indica la presenza di una sintomatologia grave. Il punteggio del test si ottiene attraverso la somma dei più alti punteggi rilevati per ciascuno dei 21 item, i punteggi minimo e massimo sono rappresentati dai valori 0, nel primo caso, e 63, nel secondo. Punteggi superiori a 20 nella considerazione di una popolazione non clinica, indicano la presenza di depressione (Kendal, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987). Infine, la coerenza interna del test è buona ($\alpha = .84$).

Emotion Availability Scales (EAS)

Le *Emotion Availability Scales* (EAS, Biringen, 2008), attualmente alla loro quarta edizione, consistono in uno strumento finalizzato allo studio e alla valutazione del costrutto della disponibilità emotiva, definita da Biringen e Easterbrooks (2012) come "presenza ricettiva dell'adulto ai segnali emotivi del bambino", all'interno della diade genitore – bambino. Esistono due versioni dello strumento, una prima versione è utilizzata per i bambini piccoli (l'infanzia/prima infanzia) mentre l'altra versione viene utilizzata per i bambini e i giovani che si trovano in età scolare (prima infanzia/giovani). Quella di cui ci si è serviti nello studio presente è la prima versione "Infancy/Early Childhood", che valuta l'interazione tra la madre e il suo bambino che presenta un'età compresa tra gli 0 e i 5 anni. Le EAS si compongono di 6 scale che valutano le 6 dimensioni del costrutto di disponibilità emotiva, 4 di esse sono rivolte all'adulto mentre le restanti due si riferiscono al bambino. Viene data una descrizione esaustiva delle scale appena menzionate nel corso del capitolo 1 del presente elaborato. Ciascuna delle 6 dimensioni considerate è composta da 7 sotto-scale che garantiscono un'analisi più dettagliata dell'aspetto esaminato, dove la prima e la seconda sotto-scala di ciascuna dimensione che rappresentano i due aspetti più significativi della stessa dimensione, e vengono valutate con un punteggio che va da 1 a 7 mentre invece le restanti sotto-scale vengono valutate su un punteggio che va da 1 a 3. Per ciascuna delle 6 dimensioni viene attribuito un punteggio globale da 1 a 7. Normalmente, punteggi tra 5.5 e 7 indicano la presenza di una diade adeguata; punteggi che si avvicinano al 4 implicano aspetti di incoerenza o

inconsistenza nei comportamenti e nelle emozioni; punteggi tra il 2.5 e il 3 indicano la presenza di una diade complicata e, infine, punteggi tra l'1 e il 2 evidenziano un'interazione problematica. Il costrutto di disponibilità emotiva viene valutato tramite sei dimensioni divise tra l'adulto e il bambino; tuttavia, è importante sottolineare che la valutazione globale del costrutto avviene considerando la relazione diadica nel suo insieme e non aspetti relativi all'adulto e al bambino in modo distinto. Infatti, la relazione diadica viene valutata studiando le modalità con cui uno dei due membri interagisce e influenza i comportamenti e le emozioni dell'altro e viceversa. Le EAS hanno mostrato buone proprietà psicometriche sia a livello di validità sia di affidabilità e, nel complesso, rappresentano uno strumento valido atto alla valutazione della qualità della dimensione affettiva presentata da una particolare diade; sono inoltre predittive dell'adattamento socioemotivo e del tipo di attaccamento della diade.

4.6 Valutazione supplementare di controllo sull'impatto della pandemia COVID-19

Intervista ad hoc sulla presenza di eventi critici associati al COVID-19

Consiste in un breve questionario implementato appositamente per lo studio sperimentale proposto dal presente elaborato ed è finalizzato a indagare attraverso 7 domande alcune informazioni personali relative alla pandemia da COVID-19 particolarmente utili nel tentativo di dare una risposta alla seconda ipotesi proposta da questo elaborato. Le prime 6 domande richiedono una risposta bidimensionale di tipo "sì" o "no" mentre invece, la settima domanda richiede di specificare in che modo è cambiata la situazione lavorativa qualora fosse stato risposto in modo affermativo alla precedente domanda che chiedeva se, nello scenario caratterizzato dal COVID-19, si fosse presentato un cambiamento a livello lavorativo.

Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears (MAC-RF)

Il *Multidimensional Assessment of COVID-19-Related Fears* è una scala di autovalutazione sviluppata da Schimmenti, Starcevic, Giardina, Khazaal, Billieux nel 2020 al fine di valutare alcuni domini della paura considerati rilevati dal punto di vista clinico durante la pandemia da Covid-19. Il modello teorico su cui si basa il MAC-RF sostiene che le paure che si sviluppano durante una situazione pandemica derivano dall'interazione di una moltitudine di esperienze, quali quelle di tipo corporeo,

interpersonale, cognitivo e comportamentale. Si compone di 8 item, valutati su una scala Likert a 5 punti, in cui 0 corrisponde alla voce “Molto diverso da me” e 4 equivale a “Molto simile a me”, che indagano le diverse sfaccettature della paura: Paura del corpo, Paura per il corpo, Paura degli altri, Paura per gli altri, Paura di conoscere, Paura di non conoscere, Paura di agire, Paura di non agire. Il punteggio globale del questionario si ottiene dalla somma dei punteggi ottenuti ai singoli item. I punteggi del MAC-RF possono variare secondo un range che va da 0 (valore minimo) a 32 (valore massimo), e, a questo proposito, studi condotti in letteratura suggeriscono che un punteggio maggiore o uguale a 12 informa della presenza di una sofferenza a livello psicologico su una o più delle aree del funzionamento mentale, relazionale e/o comportamentale. Un punteggio pari o superiore a 20 indica la presenza di paure patologiche che necessitano di un intervento clinico più approfondito per indagare meglio la situazione.

CAPITOLO 5: I RISULTATI DI RICERCA

Nel corso del presente capitolo verranno riportati i risultati ottenuti dallo studio, relativi agli obiettivi e alle ipotesi di ricerca enunciati precedentemente. Si anticipa che i dati raccolti ed esaminati nell'elaborato sono stati analizzati tramite l'utilizzo di SPSS (*Statistical Package for Social Science*, 1968), uno specifico software statistico.

Di seguito, vengono riportate le statistiche descrittive e le analisi preliminari condotte sulle variabili demografiche e di interesse. Successivamente, invece, sono presentati i risultati emersi dalle analisi condotte rispetto agli obiettivi e alle ipotesi prefissati nel corso del precedente capitolo.

In primo luogo, al fine di indagare la relazione tra la regolazione emotiva della madre e il costrutto di disponibilità emotiva materna, sono state esaminate le correlazioni tra (1) punteggio totale DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) - prestando, in aggiunta, anche un'attenzione particolare a due delle sei sottoscale "Impulse" ed "Awareness", che si riferiscono rispettivamente alla capacità di controllo individuale dei comportamenti impulsivi e alla consapevolezza delle proprie emozioni - e (2) EAS (*Emotional Availability Scales*).

In secondo luogo, per valutare la relazione tra la regolazione emotiva materna e lo stato di benessere della madre, sono state analizzate le correlazioni tra (1) punteggio totale DERS e le due sottoscale "Impulse" ed "Awareness" e (2) STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*) e BDI-II (*Beck Depression Inventory*).

Come terzo aspetto, per approfondire la relazione tra lo stato di benessere della madre e il costrutto di disponibilità emotiva materna, sono state prese in esame le correlazioni effettuate tra (1) STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*) e BDI-II (*Beck Depression Inventory*) e (2) EAS (*Emotional Availability Scales*).

Infine, come ultimo aspetto per valutare la relazione tra la *presenza attiva* del padre (riferita dalla partecipante) e lo stato ansioso materno, sono state prese in esame le correlazioni tra (1) variabili paterne quali l'aiuto pratico nelle faccende domestiche, il supporto co-genitoriale e la qualità del tempo trascorso assieme come coppia romantica, e (2) STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*).

5.1. Analisi descrittive delle variabili demografiche e delle variabili di interesse

5.1.1 Analisi descrittive delle variabili demografiche

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive delle variabili demografiche relative all'età dei partecipanti allo studio di ricerca. La tabella 5.1 riporta la numerosità del campione, che è composto da 30 madri e dai rispettivi 30 bambini (N= 60), il range d'età di entrambi i gruppi, che si compone di un valore minimo e di un valore massimo per cui il range d'età che rappresenta le madri va da 28 a 44 anni mentre, per quanto riguarda i loro figli, i bambini hanno un'età, espressa in mesi, che va da 6 a 32. La tabella, inoltre, riporta la media (M) e la deviazione standard (sd) per entrambi i gruppi del campione preso in esame.

Tabella 5.1. Numerosità campionaria (N), valore minimo (Min) e valore massimo (Max), media (M) e deviazione standard (sd) rilevate rispetto all'età della madre e del bambino.

	N	Min	Max	M	sd
Età M (anni)	30	28	44	35,40	3,927
Età B (mesi)	30	6	32	16,83	7,470

5.1.2 Analisi descrittive delle variabili di interesse

Regolazione emotiva materna: DERS

Le statistiche descrittive riportate in questo paragrafo fanno riferimento alla regolazione emotiva materna, misurata attraverso la compilazione del DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) da parte delle madri appartenenti al campione di ricerca (N= 28). La tabella 5.2 riporta la media, la deviazione standard, il punteggio minimo e quello massimo totali ottenuti dalle risposte attribuite a ciascuna sottoscala che compone il presente strumento di ricerca e, in aggiunta, specifica gli stessi valori ma facendo riferimento particolare a 2 delle 6 sottoscale che lo compongono, quelle prese in esame per l'indagine

degli obiettivi e delle ipotesi enunciati nel corso del precedente capitolo: *Impulse* ed *Awareness*.

Tabella 5.2. Media (M), deviazione standard (sd), valore minimo (Min) e valore massimo (Max) della regolazione emotiva materna valutata sul campione (N=28).

Regolazione emotiva	M	sd	Min	Max
DERS (TOT)	70,46	23,26	39,00	134,00
DERS (IMPULSE)	10,61	4,95	6,00	23,00
DERS (AWARENESS)	8,96	5,46	3,00	24,00

Qualità delle interazioni diadiche madre – bambino: EAS

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative alla qualità dell'interazione diadica madre – bambino che è stata esaminata attraverso l'utilizzo delle EAS (*Emotional Availability Scales*). All'interno delle 2 tabelle sottostanti sono riportati i valori di media, deviazione standard, minimi e massimi (Tabella 5.3) e la percentuale di soggetti che rientra in ciascuna delle 3 categorie di punteggi individuate (Tabella 5.4).

Tabella 5.3. Media (M), deviazione standard (sd), valore minimo (Min) e valore massimo (Max) delle *Emotional Availability Scales* (EAS).

EAS	M	sd	Min	Max
Scala della madre				
<i>Sensibilità</i>	5,13	1,26	3,00	7,00
<i>Strutturazione</i>	5,12	1,14	3,00	7,00
<i>Non intrusività</i>	5,70	1,02	4,00	7,00
<i>Non ostilità</i>	6,40	0,77	4,00	7,00
Scala del bambino				
<i>Responsività</i>	5,23	1,07	2,50	7,00
<i>Coinvolgimento</i>	5,02	1,20	2,50	7,00

Tabella 5.4. Percentuale (%) di soggetti rientrante in ognuno dei range di punteggi individuati (N=30).

<i>EAS</i>	Punteggi EAS 7-5,51 %	Punteggi EAS 5-3,5 2 %	Punteggi EAS ≤ 3 %
Scala della madre			
<i>Sensibilità</i>	56,7	33,3	10,0
<i>Strutturazione</i>	43,3	50,0	6,7
<i>Non intrusività</i>	63,3	36,7	-
<i>Non ostilità</i>	93,3	6,7	-
Scala del bambino			
<i>Responsività</i>	50,0	46,7	3,3
<i>Coinvolgimento</i>	43,3	53,3	3,3

Nella valutazione della qualità dell'interazione diadica è importante osservare il fatto che punteggi diversi mettono in luce sfumature qualitativamente differenti dal punto di vista interattivo e diadico, nello specifico:

- Punteggi che rientrano in un range di 7 e 5,5 indicano la presenza di una diade adeguata e fanno riferimento a interazioni ottimali. A questo primo punto si riferisce la prima percentuale (%) presente nella tabella soprastante.
- Punteggi compresi tra 5 e 3,5 si riferiscono ad interazioni adeguate, ma mettono in risalto aspetti non del tutto funzionali, in particolar modo sottolineano la presenza di elementi problematici, ovvero di incoerenza e di inconsistenza nei comportamenti e nelle emozioni. A questo secondo punto si riferisce la seconda percentuale (%) presente nella tabella collocata sopra.
- Infine, punteggi minori o uguali (\leq) a 3 indicano la presenza di una diade complicata o addirittura problematica. A questo ultimo punto è attribuita la terza percentuale (%) presente nella tabella soprastante.

All'interno della tabella è possibile osservare le percentuali delle madri appartenenti al campione di ricerca che rientrano all'interno di ciascuna delle tre classi di punteggi appena menzionate. Per quanto riguarda le sottoscale che si riferiscono alla madre, è

possibile notare che all'interno della sottoscala relativa alla *sensibilità* il 56,7% delle partecipanti si colloca all'interno della categoria indicante la presenza di interazioni diadiche ottimali, il 33,3% si inserisce all'interno della fascia che si riferisce alla presenza di interazioni adeguate mentre il 10% del campione appartiene alla fascia complicata/problematica. Per quanto riguarda la dimensione della *strutturazione* si osserva che il 43,3% del campione si inserisce nella fascia più alta, il 50% si colloca in quella intermedia e il 6,7% in quella più bassa. In relazione alla dimensione della *non-intrusività* osserviamo, invece, che il 63,3% del campione si inserisce nella fascia più elevata mentre il 36,7% in quella intermedia e che nessuna madre si colloca nella categoria più bassa indicante la presenza di aspetti problematici all'interno della relazione con il suo bambino. Per quanto riguarda l'aspetto della *non-ostilità*, l'ultima sottoscala tra quelle che si riferiscono alla madre, osserviamo che il 93,3% del campione si colloca nella fascia più elevata, che il 6,7% si inserisce in quella intermedia e che nessuna partecipante ha un punteggio uguale o inferiore a 3 che la colloca nella fascia più bassa.

Invece, per quanto concerne le sottoscale che si rivolgono al bambino osserviamo che, relativamente alla sottoscala che indaga la dimensione della *responsività*, il 50% del campione si inserisce all'interno della fascia più elevata, il 46,7% in quella intermedia e solo il 3,3% in quella più bassa. In merito alla dimensione relativa al *coinvolgimento* è possibile osservare che il 43,3% dei partecipanti si inserisce all'interno della classe caratterizzata da un punteggio più elevato, il 53,3% in quella intermedia e, infine, il 3,3% si inserisce all'interno della fascia più bassa.

Ansia di tratto e ansia di stato STAI-Y

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative al costrutto psicologico dell'ansia, che è stato analizzato sulla base della compilazione del questionario *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-Y) da parte del campione (N=30). La tabella 5.5 riportata di seguito mostra la media, la deviazione standard ed i valori massimi e minimi che sono emersi dalla compilazione delle due sottoscale che costituiscono lo strumento clinico e che indagano, separatamente, l'ansia di tratto e l'ansia di stato.

Tabella 5.5. Media (M), deviazione standard (sd), valore minimo (Min) e valore massimo (Max) dell'ansia di stato e di tratto condotte sul campione di ricerca (N=30).

<i>Ansia materna</i>	M	sd	Min	Max
Ansia di stato	34,43	9,08	22,00	61,00
Ansia di tratto	36,13	8,79	24,00	60,00

Dalle analisi condotte (Tabella 5.6) sui punteggi relativi alla sottoscala che prende in esame l'ansia di tratto, emerge che, delle 30 (100%) madri che hanno compilato il questionario, 19 di loro, corrispondenti al 63,3% non presentano alcuna sintomatologia di tipo ansioso, mentre invece 11 di loro superano il cut-off clinico (cut-off= 40). Nello specifico, 9 di loro mostrano ansia di tratto di tipo lieve ($40 < \text{cut-off} < 50$), mentre 2 madri mostrano una sintomatologia ansiosa di grado moderato ($50 < \text{cutoff} < 60$).

Tabella 5.6. Numero e percentuale di partecipanti rientrante in ciascuna delle categorie dell'ansia di tratto (N=30).

<i>Ansia di tratto</i>	N mamme	Percentuale (%)
No sintomatologia	19,0	63,3
Sintomatologia lieve	9,00	30,00
Sintomatologia moderata	2,00	6,67
Sintomatologia grave	-	-
Totale	30,00	100,00

Invece, per quanto riguarda l'ansia di stato, quello che emerge dalle analisi che sono state condotte sui punteggi ottenuti in relazione alla specifica sottoscala relativa all'ansia di stato, è possibile osservare, come mostrato nella tabella 5.7 presentata di seguito, che delle 30 (100%) madri che hanno compilato il questionario, 22 di loro, che corrispondono al 73,3% del campione totale, non possiede alcuna sintomatologia ansiosa di questo tipo

mentre le restanti 8, che equivalgono al 26,7%, supera il cut-off clinico (cut-off= 40) mostrando di avere una sintomatologia ansiosa di diversi gradi. Nello specifico 6 madri possiedono ansia di stato di grado lieve ($40 < \text{cutoff} < 50$), 1 madre ha una sintomatologia ansiosa di grado moderato ($50 < \text{cutoff} < 60$) e la restante madre possiede ansia di stato a livello grave (cutoff=60).

Tabella 5.7. Numero e percentuale di partecipanti rientrante in ciascuna delle categorie dell'ansia di stato (N=30).

<i>Ansia di stato</i>	N mamme	Percentuale (%)
No sintomatologia	22,0	73,3
Sintomatologia lieve	6,00	20,00
Sintomatologia moderata	1,00	3,33
Sintomatologia grave	1,00	3,33
Totale	30,00	100,00

Depressione BDI-II

Di seguito vengono riportate le statistiche descrittive relative al costrutto della depressione, calcolate attraverso le risposte date agli item componenti il BDI-II (*Beck Depression Inventory*), uno strumento clinico che indaga aspetti relativi alla depressione. Come si evince dalla tabella 5.8, il questionario è stato compilato dalla totalità delle partecipanti (N= 30). La tabella stessa, inoltre, riporta anche la media, la deviazione standard, il valore massimo e quello minimo risultanti dalla compilazione dello stesso.

Tabella 5.8. Media (M), deviazione standard (sd), valore minimo (Min) e valore massimo (Max) della depressione calcolata sul campione di ricerca (N=30).

<i>Depressione materna</i>	N	M	sd	Min	Max
BDI-II	30,00	6,87	6,71	0,00	24,00

L'analisi dei risultati ottenuti mediante la compilazione del BDI-II mettono in risalto il fatto che, su 30 madri che hanno compilato lo strumento clinico, 27 di esse, corrispondenti al 90% del campione, presentano bassi livelli di depressione mentre le restanti 3 (10%) superano il cut-off clinico (cut-off= 14), il punto al di sopra del quale il soggetto presenta una sintomatologia depressiva (tabella 5.9).

Tabella 5.9. Numero e percentuale di partecipanti appartenenti a ciascuna categoria della depressione (N=30).

<i>Depressione</i>	N mamme	Percentuale (%)
Assenza di sintomatologia	27,00	90,00
Presenza di sintomatologia	3,00	10,00

Figura paterna: il supporto del padre

Al fine di valutare l'influenza della figura paterna sul benessere delle madri partecipanti allo studio di ricerca, alcuni aspetti di co-genitorialità proposti da alcuni item appartenenti al questionario socio-demografico compilato dalle partecipanti hanno permesso di approfondire il supporto del padre percepito dalle madri. La tabella 5.10, inserita di seguito, riporta i valori relativi alla media, alla deviazione standard e quelli massimi e minimi per ciascuna domanda facente riferimento alla figura del padre, da un punto di vista puramente investigativo.

Tabella 5.10. Media (M), deviazione standard (sd), valore minimo (Min) e valore massimo (Max). Ad ogni item viene fornita una risposta su scala Likert da 1 (punteggio più basso “mai”) a 5 (punteggio più alto “sempre”).

<i>Supporto del padre</i>	N	M	sd	Min	Max
Grado di supporto durante il parto	24	4,17	1,090	2	5
Soddisfazione per la quantità di progetti condivisi con il partner	29	3,83	1,104	1	5
Accordo sulle decisioni della vita quotidiana	29	4,14	0,516	3	5
Grado di supporto nelle faccende domestiche	29	3,90	0,817	2	5
Considerazione del partner come un "bravo padre"	29	1,24	0,511	1	3
Frequenza uscite di coppia	29	1,93	0,842	1	4
Occasione di uscite di coppia serali	28	1,14	0,356	1	2

Nello specifico, considerando le frequenze con cui le madri hanno risposto alle domande investigative relative al supporto da loro percepito relativo alla figura del partner sono emerse le seguenti considerazioni:

- Delle 29 madri che hanno risposto alla domanda che chiedeva se durante il parto fosse stato presente qualcuno, 24 di esse (82,8%) ha potuto condividere il momento del parto con qualcuno e, in particolare, 22 di loro (75,9%) con il compagno e 2 (6,9%) anche con la propria madre oltre al partner. Inoltre, la presenza del padre durante il parto si è rivelata essere per 13 madri (54,1%) di totale supporto, per 5 partecipanti (20,8%) discretamente di aiuto, per 3 donne (12,5%) di supporto in modo sufficiente, per altre 3 donne (12,5%) la presenza del compagno è stata poco di aiuto e infine per nessuna partecipante il padre è stato per nulla di supporto. Si può concludere che la presenza del padre del bambino durante il parto sia stata mediamente di supporto (M= 4,17; sd= 1,09).

- Invece, per quanto riguarda il supporto percepito dalla madre in relazione alle faccende domestiche, dalle analisi statistiche è emerso che delle 29 donne che hanno risposto alla domanda, 7 di loro (24,14%) riportano di sentirsi sempre aiutate dal proprio partner, 13 madri (44,83%) di esserlo spesso, 8 madri (27,59%) di sentirsi aiutate qualche volta e una sola madre (3,45%) quasi mai e nessuna di esserlo mai.

Per quanto riguarda l'indagine della relazione co-genitoriale e coniugale, sono stati presi in considerazione specifici aspetti facenti riferimento a:

- Relativamente alla soddisfazione provata per la qualità di progetti condivisi con il proprio compagno, dalle risposte emerse dalle 29 madri che hanno risposto alla presente domanda, è emerso che 8 di loro (27,59%) si ritengono molto soddisfatte, 13 mamme (44,83%) soddisfatte, 5 madri (17,24%) provano dei sentimenti confusi in merito al contenuto della domanda, una mamma soltanto (3,45%) è insoddisfatta e 2 mamme (6,9%) si ritengono invece molto insoddisfatte.
- Relativamente all'accordo percepito dalle madri rispondenti al questionario (N=29) relativamente alle decisioni da prendere nella vita quotidiana, è emerso che 6 tra loro (20,69%) riferiscono di sentirsi sempre in accordo con il proprio compagno, 21 di loro (72,41%) di sentirsi spesso in questo modo, 2 madri (6,9%) hanno risposto di essere d'accordo con il compagno qualche volta e, in conclusione, nessuna madre ha riferito di essere in accordo con compagno quasi mai o perfino mai.
- Per quanto riguarda la soggettiva considerazione del compagno come un "bravo padre" della totalità del campione che ha risposto a questo quesito (N=29), è emerso, dalle analisi statistiche, che 23 mamme (79,31%) riferiscono di sentirsi completamente in accordo rispetto alla considerazione del compagno come un "bravo padre", 5 di loro (17,24%) hanno risposto di sentirsi discretamente d'accordo in merito a ciò e solamente una madre (3,45%) sufficientemente d'accordo e, in conclusione, nessuna partecipante è poco o per nulla d'accordo nel considerare positivamente il compagno.

- Nella domanda che indaga ogni quanto tempo il soggetto trascorre del tempo da sola con il compagno, è emerso che nessuna delle 29 madri esce con il partner con una frequenza maggiore di una volta a settimana, una madre soltanto (3,45%) riferisce di uscire con il compagno circa una volta a settimana, 6 partecipanti (20,69%) escono con il partner con una frequenza di circa una volta al mese, 12 madri (41,38%) escono meno di una volta al mese e, infine, 10 madri (34,48%) riferiscono di non trascorrere mai del tempo in solitaria con il proprio compagno.
- Infine, delle 28 madri che hanno risposto alla presente domanda, relativa all'effettiva occasione di effettuare delle uscite serali con il proprio partner, 24 di loro (82,76%) riferiscono di non avere mai occasione di uscire la sera con il proprio compagno e 4 madri (13,79%) riferiscono, al contrario, di averne occasione.

5.2 Correlazioni preliminari tra variabili di interesse e variabili demografiche (età della madre ed età del bambino)

Le analisi preliminari hanno indagato la correlazione tra le variabili di interesse (DERS totale, DERS-Impulse, DERS-Awareness, STAI-State, STAI-Trait, BDI-II, EAS (sensibilità, strutturazione, non intrusività, non ostilità, responsività, coinvolgimento), le tre variabili riferite alla presenza attiva del padre (aiuto pratico nelle faccende domestiche, supporto co-genitoriale, qualità del tempo trascorso assieme come coppia romantica) e l'età della madre e quella del rispettivo figlio.

I risultati mostrano una correlazione significativa tra non intrusività della madre e l'età del bambino ($\rho(30) = .449$, $p = .013$). Questo risultato significa che la tendenza della madre ad essere maggiormente meno intrusiva nei riguardi del figlio, aumenta all'aumentare dell'età del bambino.

In aggiunta, è possibile osservare un'ulteriore correlazione diretta e statisticamente significativa tra la non ostilità materna e l'età della madre ($\rho(30) = .434$, $p = .017$). Questo dato suggerisce il fatto che la tendenza ad essere meno ostile durante le interazioni con il proprio bambino aumenta con l'aumentare dell'età della madre.

Tabella 5.11. Correlazioni (Spearman's Rho) tra le variabili di interesse (DERS, EAS, STAI, BDI-II) e l'età dei partecipanti.

*La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

	Età Madre	Età Bambino
Regolazione emotiva materna		
DERS (TOT)	-0,080	-0,157
DERS (IMPULSE)	0,068	-0,089
DERS (AWARENESS)	-0,018	-,376*
EAS		
Scala della madre		
Sensibilità	0,163	-0,023
Strutturazione	0,172	-0,024
Non intrusività	0,082	,449*
Non ostilità	,434*	-0,351
Scala del bambino		
Responsività	0,207	0,087
Coinvolgimento	0,159	0,324
Ansia materna		
Ansia di tratto (STAI-S)	-0,114	-0,132
Ansia di stato (STAI-T)	-0,280	-0,014
Depressione materna		
BDI-II	0,000	0,260

5.3 Correlazioni tra la regolazione emotiva materna e la qualità dell'interazione diadica

Al fine di dare una risposta al primo obiettivo di ricerca, sono state analizzate le correlazioni tra regolazione emotiva (DERS) e EAS. Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman sulle variabili appena enunciate sono emerse le seguenti considerazioni, come è possibile osservare nella tabella riportata di seguito.

Tabella 5.12. Correlazioni (Spearman's Rho) tra la regolazione emotiva materna e la qualità dell'interazione diadica.

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

**. La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

	SENS (M)	STRUT (M)	NONINT (M)	NONOST (M)	RESP (B)	COINV (B)
DERS (TOT)	-0,253	-0,330	-,466*	-0,070	-0,365	-0,348
DERS (IMPULSE)	-0,291	-0,283	-,390*	-0,127	-,407*	-,448*
DERS (AWARENESS)	-0,228	-,435*	-0,300	-0,026	-,492**	-,500**

Partendo dal punteggio totale ottenuto nel DERS (DERS_TOT), è emersa una correlazione significativa di natura negativa tra la regolazione emotiva materna e la scala relativa alla non intrusività ($\rho(28) = -.466, p = .012$). Questo risultato viene letto alla luce della premessa esplicitata sopra, che spiega che punteggi elevati presenti all'interno del DERS indicano che il soggetto ha una scarsa competenza di regolazione emotiva. Di conseguenza tale correlazione sta a significare che una generale capacità di regolazione emotiva è associata alla tendenza della madre ad essere non intrusiva.

Relativamente alla sottoscala del DERS che indaga la capacità della madre di regolare i propri atteggiamenti e comportamenti impulsivi (DERS_IMPULSE), sono emerse le seguenti correlazioni: innanzitutto, per quanto riguarda la madre, viene evidenziata una correlazione inversa e statisticamente significativa rispetto alla non intrusività materna ($\rho(28) = -.390, p = .040$). Questo risultato riflette il fatto che la capacità della madre di gestire i propri atteggiamenti e comportamenti impulsivi dettati da uno stato emotivo negativo è associato alla tendenza della madre ad essere non intrusiva. Invece,

relativamente alle scale del bambino si è osservata una correlazione inversa statisticamente significativa anche rispetto alle dimensioni di responsività ($\rho(28) = -.407$, $p = .031$) e coinvolgimento ($\rho(28) = -.448$, $p = .017$) indagate nelle due sottoscale presenti all'interno delle EAS. Questi ultimi due risultati riflettono il fatto che all'aumentare del controllo attuato dalla madre in relazione ai propri comportamenti impulsivi, aumentano anche la responsività e il coinvolgimento attuati da parte del bambino nei momenti di scambio interattivo con lei.

Infine, per quanto riguarda la sottoscala che indaga la consapevolezza della madre rispetto ai propri stati emotivi (DERS_AWARENESS), è possibile osservare delle correlazioni di natura negativa e statisticamente significative rispetto alla strutturazione ($\rho(28) = -.435$, $p = .021$) e, relativamente alle scale del bambino, alla responsività ($\rho(28) = -.492$, $p = .008$) e al coinvolgimento ($\rho(28) = -.500$, $p = .007$).

5.4 Correlazioni tra la regolazione emotiva materna e il benessere materno

Per poter rispondere al secondo obiettivo di ricerca, che valuta la possibile relazione tra regolazione emotiva e stato di benessere della madre, vengono esaminate le correlazioni tra DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) e due questionari che valutano rispettivamente l'ansia di tratto e di stato (AnsiaT, AnsiaS) e depressione (BDI-II). Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman sono emerse delle correlazioni dirette e statisticamente significative tra le variabili appena enunciate, in linea con quanto atteso (Tabella 5.13).

Tabella 5.13. Correlazioni (Spearman's Rho) tra la regolazione emotiva della madre e il benessere materno. Abbreviazioni: AnsiaT=ansia di tratto, AnsiaS=ansia di stato, BDI-II=depressione.

***.* La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

***. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

	AnsiaT	AnsiaS	BDI-II
DERS (TOT)	,721**	,767**	,547**
DERS (IMPULSE)	,631**	,677**	,508**
DERS (AWARENESS)	,450*	,560**	0,301

Per quanto riguarda il punteggio totale ottenuto nel DERS (DERS_TOT), si è osservata la presenza di questo tipo di correlazione sia rispetto all'ansia di tratto ($\rho(28) = .721, p = .000$) e a quella di stato ($\rho(28) = .767, p = .000$) sia rispetto la depressione ($\rho(28) = .547, p = .003$). Questi risultati sottolineano che all'aumentare di una difficoltà rispetto la competenza di regolazione emotiva aumentano anche le disfunzionalità rispetto all'ansia e alla depressione.

Relativamente alla sottoscala del DERS che indaga la capacità della madre di regolare i propri atteggiamenti e comportamenti impulsivi (DERS_IMPULSE) si possono osservare delle correlazioni dirette e statisticamente significative rispetto all'ansia, sia di tratto ($\rho(28) = .631, p = .000$) sia di stato ($\rho(28) = .677, p = .000$), e anche rispetto alla depressione ($\rho(28) = .508, p = .006$).

Infine, per quanto concerne la sottoscala che indaga la consapevolezza della madre rispetto ai propri stati emotivi (DERS_AWARENESS), è possibile osservare delle correlazioni dirette e statisticamente significative rispetto all'ansia di tratto ($\rho(28) = .450, p = .016$) e all'ansia di stato ($\rho(28) = .560, p = .002$).

5.5 Correlazione tra il benessere materno e qualità dell'interazione diadica

Al fine di dare una risposta al terzo obiettivo di ricerca, sono stati presi in considerazione e analizzati il benessere psicologico della madre e la qualità dell'interazione diadica con il proprio bambino. A tal scopo sono state indagate le correlazioni emerse tra i due questionari utilizzati nella valutazione psicologica di ansia e depressione, STAI-Y e BDI-II, tramite cui è stata valutata la prima variabile di interesse assieme alle EAS che, appunto, valutano il costrutto della disponibilità emotiva, considerato un prerequisito fondamentale per un'interazione diadica qualitativamente positiva. Il calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman ha messo in evidenza le seguenti correlazioni che, pur non essendo statisticamente significative, dal momento che una correlazione viene considerata significativa a livello statistico nel momento in cui raggiunge un valore pari a 0,05 (a due code), emerge ugualmente una tendenza che va in questa direzione poichè i risultati riflettono ciò che ci si aspettava. Infatti, in generale si può osservare che all'aumentare del benessere psicologico della madre, dato da bassi punteggi nei due

questionari che misurano i costrutti psicologici relativi all'ansia e alla depressione, è associata una disponibilità emotiva maggiormente elevata (tabella 5.14).

Tabella 5.14. Correlazioni (Spearman's Rho) tra il benessere materno e la qualità dell'interazione diadica.

	AnsiaT	AnsiaS	BDI-II
SENS (M)	-0,176	-0,254	0,039
STRUT (M)	-0,281	-0,333	0,013
NONINT (M)	-0,307	-0,236	-0,014
NONOST (M)	0,040	-0,234	-0,013
RESP (B)	-0,311	-0,351	-0,086
COINV (B)	-0,321	-0,309	-0,044

Nello specifico, è possibile notare una tendenza alla significatività rispetto a:

- La sottoscala delle EAS relativa alla *strutturazione* con l'*ansia di stato* ($\rho(30) = -.333$, $p = .072$) per quanto riguarda la madre. Ciò sta a significare che all'aumentare del benessere psicologico della madre, dato da punteggi ridotti ai questionari che valutano i costrutti di ansia e depressione, maggiore è la tendenza della madre a strutturare l'ambiente interattivo nel quale gioca e si relaziona con il figlio.
- La sottoscala EAS che si riferisce alla *non intrusività* e l'*ansia di tratto* materna ($\rho(30) = -.307$, $p = .099$). Questo risultato mostra che bassi livelli di ansia di tratto che alludono a un maggiore benessere psichico, si associano a una maggiore tendenza materna di non intrusività nei riguardi del proprio bambino durante gli scambi diadici.
- Per quanto riguarda la sottoscala delle EAS relativa alla *responsività* del bambino, si può osservare una tendenza alla significatività sia rispetto all'*ansia di tratto* della madre ($\rho(30) = -.311$, $p = .094$) e, soprattutto, in riferimento all'*ansia di stato* materna ($\rho(30) = -.351$, $p = .057$). Questi dati suggeriscono che una

maggior benessere psichico della madre si associa alla presenza di un bambino maggiormente responsivo.

- Infine, in merito alla sottoscala delle EAS che indaga il *coinvolgimento* del piccolo, è possibile osservare anche qui la presenza di una correlazione che tende ad essere significativa sia rispetto all'*ansia di tratto* ($\rho(30) = -.321, p = .083$) sia rispetto all'*ansia di stato* ($\rho(30) = -.309, p = .096$) materne, ad indicare che il bambino tende ad essere maggiormente coinvolgente nei confronti del proprio adulto di riferimento quando la madre presenta un maggior stato di benessere.

5.6 Correlazione tra la figura paterna e lo stato ansioso della madre

Per poter rispondere al quarto e ultimo obiettivo di ricerca, rivolto a valutare la relazione tra la presenza attiva del padre e l'ansia di tratto materna, sono state analizzate le correlazioni tra specifiche domande investigative in merito al supporto percepito dalla madre relativo alla figura del partner che emergono nel questionario socio-demografico e lo STAI-Y, strumento clinico atto alla valutazione del costrutto psicologico dell'ansia in cui emerge anche la differenza tra ansia di tratto e ansia di stato. Dal calcolo del coefficiente di correlazione di Spearman emerge la presenza di una correlazione statisticamente significativa tra la domanda che indaga, da un punto di vista qualitativo, la percezione materna rispetto al fatto di sentirsi aiutata dal partner nelle faccende domestiche e l'ansia di tratto della madre ($\rho(29) = -.405, p = .029$). Tale risultato, valido anche per l'ansia di stato materna, suggerisce che più le madri si sentono supportate dai loro compagni in faccende di ordine pratico relative alla gestione domestica, più tendono a mostrare uno stato di maggior benessere, dato da livelli ridotti di ansia, nello specifico rispetto a quella di tratto (tabella 5.14).

Tabella 5.14. Correlazioni (Spearman's Rho) tra la figura paterna e l'ansia di tratto della madre.

*. La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code).

	AnsiaT
Grado di supporto durante il parto	0,032
Soddisfazione per la quantità di progetti condivisi con il partner	0,078

Accordo sulle decisioni della vita quotidiana	-0,282
Grado di supporto nelle faccende domestiche	-,405*
Considerazione del partner come un "bravo padre"	0,153
Frequenza uscite di coppia	0,075
Occasione di uscite di coppia serali	0,256

Per concludere il presente capitolo è opportuno considerare che una valutazione più adeguata in merito all'impatto della figura del padre (uno dei possibili moderatori) rispetto le variabili materne considerate nel quarto obiettivo, sarebbe stato più indicata un'analisi statistica di moderazione (dove $y = \text{EAS materna}$, $x = \text{ansia}$, moderatore = presenza attiva paterna). Purtroppo, non è stato possibile condurre questo tipo di analisi a causa della ridotta numerosità campionaria per la quale, all'interno del presente elaborato, vengono riportare correlazioni singole ed indipendenti, con l'augurio che in futuro la presenza di un ampliamento del campione possa offrire la possibilità di un'indagine statistica più appropriata.

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE DEI RISULTATI

6.1 Discussione dei risultati

Come è già stato ampiamente riportato nel corso dei precedenti capitoli, la genitorialità e l'espressione delle funzioni e dei comportamenti di cura ad essa relativi sono influenzate dallo stato di benessere della madre. Esso dipende da un insieme di fattori psicologici, primo tra i quali la regolazione emotiva, e di tipo contestuale, ad esempio spicca a questo livello il ruolo e il contributo fornito dalla figura del padre. Lungo questa direzione il presente elaborato si propone di valutare la relazione esistente tra alcuni fattori materni di natura psicologica (quali la capacità di regolazione materna dei propri affetti e il suo stato di benessere psichico) e di tipo contestuale (cioè la presenza del padre) e l'influenza che essi possono esercitare durante il periodo post-partum, in cui il bambino presenta un'età compresa tra i 6 e i 36 mesi, nel determinare la qualità del clima emotivo caratterizzante la relazione madre – bambino, mentre sono coinvolti in attività di gioco libero.

6.1.1 Regolazione emotiva e qualità dell'interazione diadica

Il primo obiettivo di ricerca era quello di indagare la relazione tra la competenza materna di regolazione emotiva e il costrutto di disponibilità emotiva diadica. Si è ipotizzato che la capacità materna di regolazione affettiva in generale e, nello specifico, la sua consapevolezza e controllo dei propri stati emotivi, si associasse ad un clima emotivo e a un'interazione diadica positivi.

I risultati emersi dallo studio di ricerca hanno evidenziato che madri competenti nella regolazione dei propri stati affettivi e, soprattutto, in grado di controllare i comportamenti impulsivi nel momento in cui sperimentano uno stato affettivo negativo, tendono ad essere non intrusive negli scambi interattivi con il proprio bambino. Questi primi risultati dimostrano che la regolazione emotiva materna è in stretta relazione con l'espressione delle cure parentali (Gottman et al., 1996; Thompson & Calkins, 1996; Kim et al., 2009) e che madri ben regolate affettivamente si pongono nei confronti del figlio in modo disponibile senza però invaderne l'autonomia (Birigen et al., 2014).

Inoltre, è stato osservato che madri consapevoli rispetto alle emozioni provate mostrano una tendenza a strutturare le attività di gioco ed esplorazione del bambino in maniera

adeguata. Questo risultato è in linea con la letteratura scientifica esistente poiché la consapevolezza materna del proprio stato emotivo, che riflette una più generale capacità di regolazione affettiva (Gratz & Roemer 2004), correla con l'assunzione di comportamenti di cura sensibili ed emotivi (Thompson & Calkins, 1996).

Infine, per quanto riguarda i bambini, è emersa una relazione forte e significativa (statisticamente parlando) tra la consapevolezza emotiva della madre e la sua capacità di gestione e controllo degli impulsi, da un lato, e la responsività e il coinvolgimento dei piccoli, dall'altro. Ciò conferma la letteratura scientifica dal momento che non solo le capacità di regolazione della madre incidono sulla stessa regolazione emotiva del bambino (Gottman et al., 1996), ma le permettono anche di inserirsi nella relazione con il figlio come una fonte di supporto aiutandolo a sperimentare in modo sicuro i suoi stati emotivi e di dividerli con lei e ciò è associato a uno sviluppo emotivo positivo (Gottman et al., 1996; McDowell, Kim, O'Neil, & Parke, 2002; Siegel, 2013).

In conclusione, sulla base dei risultati ottenuti è possibile affermare che una madre che possiede una buona capacità di regolare i propri stati affettivi, che è consapevole delle emozioni provate ed è in grado di gestire e controllare i propri comportamenti impulsivi qualora provi delle emozioni negative, è anche capace di relazionarsi e di stare in interazione con il suo bambino in modo disponibile ed emotivo. Infatti, come si è potuto osservare dalle analisi condotte sul campione di ricerca, le madri sostengono e stimolano il piccolo durante gli scambi interattivi senza interferire in modo eccessivo con le attività di gioco ed esplorazione. Inoltre, questo tipo di condotta favorisce la crescita e l'autonomia del bambino. Dall'altra parte anche il bambino, immerso in un contesto positivo di cure e affetti, che appunto è facilitato dalla regolazione affettiva della madre, si pone nei suoi confronti in modo responsivo e coinvolgente mostrando la sua propensione ad interagire con lei.

6.1.2 Regolazione emotiva e benessere materno

Il secondo obiettivo di ricerca mirava ad approfondire la relazione tra la capacità di regolazione emotiva della madre e il suo stato di benessere psicologico. Alla luce dei dati presenti in letteratura, si è ipotizzato che una buona capacità di regolazione emotiva nella

madre fosse associata all'assenza di una sintomatologia psichiatrica evidente di tipo ansioso o depressivo.

I risultati emersi indicano che all'aumentare di una generale difficoltà di regolazione affettiva e, nello specifico, una ridotta consapevolezza emotiva e controllo dei propri comportamenti impulsivi, si osserva un aumento delle disfunzionalità legate all'ansia, di tratto e di stato, e alla depressione; anche se, tuttavia, va sottolineato che la depressione correla maggiormente con la regolazione affettiva in generale e con il controllo degli impulsi rispetto alla consapevolezza della madre relativa al proprio stato affettivo.

Questi risultati hanno pienamente confermato le nostre attese e si sono dimostrati in linea con la letteratura scientifica. Infatti, le analisi statistiche condotte all'interno del presente studio hanno comprovato che la capacità di regolazione affettiva della madre si associa in modo significativo al benessere materno (Hill, 2015) e che la presenza di difficoltà a livello di regolazione emotiva può collocarsi alla base di una sintomatologia psichiatrica, come l'ansia o la depressione (Hill, 2017).

In conclusione, i dati replicano quanto è già noto in letteratura, cioè che la presenza di una generale difficoltà a livello di regolazione dei propri stati affettivi inficia negativamente lo stato di benessere psicologico provato dalla madre, soprattutto rispetto all'ansia ma anche relativamente alla depressione, confermando che deficit di regolazione emotiva si collocano alla base di sindromi cliniche (Cole, Deater-Deckard, 2009; Beauregard, Paquette, Lèvesque, 2006; Austin, Riniolo, Porges, 2007; Etkin, Wager, 2007; Rottenberg & Gross, 2003; Rottenberg & Johnson, 2007).

6.1.3 Benessere materno e qualità dell'interazione diadica

Il terzo obiettivo di ricerca a cui questo studio si è proposto di dare risposta consisteva nell'approfondimento della relazione tra il benessere materno e il costrutto di disponibilità emotiva della madre, quale indicatore di un clima emotivo e interattivo positivo della diade madre – bambino. Si è quindi ipotizzato che lo stato di benessere psicologico materno, dettato dall'assenza di una sintomatologia psichiatrica significativa, fosse legato a una disponibilità emotiva materna qualitativamente positiva.

I risultati emersi dallo studio di ricerca non hanno confermato pienamente l'ipotesi soprastante poiché non emerge significatività a livello statistico. Tuttavia, è possibile osservare una marginale tendenza alla significatività rispetto alla relazione tra l'ansia materna e le scale che si rivolgono al bambino e che valutano il coinvolgimento e soprattutto la responsività del piccolo nei confronti della figura materna. Inoltre, qualitativamente parlando, è stato osservato che all'aumentare dello stato di benessere psicologico materno, dettato da bassi livelli di ansia, emerge una tendenza all'aumento del costrutto di disponibilità emotiva materna in riferimento alle scale della strutturazione dell'interazione diadica e della non intrusività della madre. La direzione dell'andamento qualitativo dei dati è in linea con i dati presenti in letteratura; infatti, i sintomi d'ansia della madre si associano a comportamenti di accudimento intrusivi (Hakanen et al., 2019) e a uno stile di accudimento di tipo iperprotettivo (Bayer et al., 2006).

6.1.4 Benessere materno e impatto della presenza del padre

Il quarto e ultimo obiettivo di ricerca consisteva nella valutazione della relazione tra la *presenza attiva* del padre (cioè l'aiuto pratico nelle faccende domestiche, supporto co-genitoriale e la qualità del tempo trascorso assieme come coppia romantica) e l'ansia di tratto materna. Di conseguenza si è ipotizzato che la percezione che la madre ha in merito alla *presenza attiva* del compagno rappresenti un fattore protettivo rispetto allo sviluppo della sintomatologia ansiosa della madre.

I risultati hanno confermato solo in parte l'ipotesi di ricerca. Infatti, il supporto co-genitoriale e la qualità del tempo trascorso insieme come coppia romantica non mostra associazioni significative con i livelli di ansia materna. Invece, è stato osservato che le madri che si sentono più aiutate dai loro compagni negli aspetti di aiuto pratico di gestione delle faccende domestiche, esibiscono livelli ridotti di ansia. Questi risultati sono in linea con la letteratura emergente; infatti, l'equa divisione del lavoro tra i partner in relazione all'entrata di un nuovo membro all'interno del nucleo familiare rappresenta un fattore molto importante per l'incremento del benessere della coppia (McHale, 2007). Inoltre, questo risultato rispecchia le nostre attese perché rappresenta un dato ulteriore che supporta il fatto che la presenza di una figura paterna che si dimostra essere stabile e costante è in grado di svolgere un ruolo di protezione rispetto allo stato di benessere e serenità dell'interno della sfera familiare (Kaitz & Katzir, 2004).

In conclusione, è possibile affermare che, come è emerso anche dal presente studio di ricerca, la figura del padre riveste un ruolo importante sul piano di aiuto pratico per la madre (Scopesi, 1994; Parolin et al., 2014).

6.2 Conclusione

Alla luce dei risultati ottenuti dal presente studio di ricerca è possibile concludere che la consapevolezza rispetto al proprio stato emotivo, la capacità di controllo degli impulsi nel momento in cui si sperimentano degli affetti negativi e la generale capacità di regolazione emotiva permettono alla madre di mantenersi in uno stato di benessere psicologico nel quale assolvere alle proprie funzioni di cura in maniera ottimale. Nello specifico, una madre affettivamente regolata è in grado di relazionarsi con il proprio figlio in modo positivo, senza mostrarsi particolarmente invadente ed intrusiva nei suoi confronti. Inoltre, una madre che sa regolare le proprie emozioni e i comportamenti ad esse relati dimostra di essere capace di strutturare in modo adeguato l'interazione che instaura con il proprio bambino e l'ambiente di gioco all'interno del quale il piccolo può crescere e fare esperienza in modo sicuro, senza che ne venga minata l'autonomia. Per quanto riguarda i bambini è stato possibile osservare che essi si pongono nei confronti delle loro madri, ben regolate emotivamente, in modo coinvolgente e responsivo. In aggiunta, si può affermare che la regolazione emotiva materna rappresenta una variabile di estrema importanza nel determinare lo stato di benessere della madre poiché si è potuto osservare che madri ben regolate da un punto di vista affettivo mostrano livelli sintomatologici clinici di ansia molto ridotti. Nonostante ciò, a causa di una mancata significatività a livello statistico non è possibile affermare che lo stato di benessere provato dalla madre è determinato dall'assenza di sintomi clinici, correli significativamente con il costrutto di disponibilità emotiva influenzando le modalità di interazione e cura attuate dalla madre nei confronti del proprio bambino. Infine, relativamente all'impatto di una variabile di natura più contestuale, si può osservare che anche il padre gioca un ruolo significativo nel determinare lo stato di benessere della compagna e che questo vale soprattutto per quanto concerne un aiuto a livello di aspetti pratici, quale la gestione di faccende domestiche.

6.3 Limiti e direzioni future

Il presente elaborato non è esente da alcuni limiti che potrebbero direzionare e orientare ricerche future.

In primo luogo, il campione utilizzato all'interno del presente disegno di ricerca presenta una numerosità minima, quindi ridotta. Questo primo limite, dovuto in parte alla situazione pandemica attuale e in parte legato ai criteri di inclusione dei partecipanti, non ha permesso di raggiungere la numerosità campionaria stabilita in principio. Un campione di questa grandezza non garantisce infatti la possibilità di effettuare ulteriori analisi statistiche (tra le quali un'analisi di moderazione, come suggerito in conclusione al capitolo 5 del presente elaborato) e soprattutto di generalizzare i dati ottenuti. Di conseguenza sarebbe opportuno che la ricerca futura includesse un numero di partecipanti più elevato in modo tale da poter effettuare delle analisi su un campione maggiormente rappresentativo della popolazione generale e di superare questo limite. Una numerosità campionaria più consistente avrebbe infatti permesso di effettuare un'analisi di mediazione al fine di valutare in modo completo l'impatto della figura paterna sia rispetto allo stato di benessere della madre sia rispetto al costrutto di disponibilità emotiva.

In secondo luogo, un ulteriore aspetto di limitazione relativo al campione è rappresentato dal fatto che esso rappresenta un campione normativo, anche se, tuttavia, si sono riscontrati punteggi relativamente elevati associati a una condizione di ansia da parte delle madri partecipanti allo studio. La presenza di un campione normativo e poco variabile risulta essere una condizione particolarmente evidente soprattutto a livello delle analisi statistiche nel momento in cui le analisi ottenute nell'indagine tra la relazione esistente tra il benessere psicologico della madre e il costrutto di disponibilità emotiva diadica, non hanno evidenziato risultati statisticamente significativi ma solo una tendenza alla significatività, pur essendo comunque in linea con le nostre attese.

È possibile riscontrare un terzo limite anche in relazione alla prima fase della ricerca, relativa alla somministrazione dei questionari. Infatti, essi sono stati innanzitutto compilati da casa e questo non ha permesso di esercitare un controllo sull'ambiente e, in aggiunta, la natura unicamente self-report dei questionari proposti spesso può comportare come rischio quello della desiderabilità sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Albiero, P. (2021). *Il benessere psicosociale in Adolescenza: Prospettive Multidisciplinari*. Carocci.
- Alvarenga, P., Paixão, C., Soares, Z. F., & Silva, A. C. (2018). Impacto da saúde mental materna na interação Mãe-bebê e Seus Efeitos sobre o Desenvolvimento Infantil. *Psico*, 49(3), 317. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28475>
- Ammaniti, M. (2001). *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina.
- Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>
- Buss, K. A., Zhou, A. M., & Trainer, A. (2021). Bidirectional effects of toddler temperament and maternal overprotection on maternal and child anxiety symptoms across preschool. *Depression and Anxiety*, 38(12), 1201–1210. <https://doi.org/10.1002/da.23199>
- Cao, M., Powers, A., Cross, D., Bradley, B., & Jovanovic, T. (2017). Maternal emotion dysregulation, parenting stress, and child physiological anxiety during dark-enhanced startle. *Developmental Psychobiology*, 59(8), 1021–1030. <https://doi.org/10.1002/dev.21574>
- Caretti, V. (2016). *Abq: Addictive behavior questionnaire: Manuale*. Hogrefe.
- Cortina. (2014). *La Funzione Genitoriale: Sviluppo E Psicopatologia*.
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother–infant bonding. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 1997–2010. <https://doi.org/10.1002/jclp.23130>
- G., J.-K. (n.d.). *Beck Depression Inventory*. Occupational medicine (Oxford, England). Retrieved September 9, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892598/>
- Gavazzi, I. G. (2014). *Psicologia dello Sviluppo Emotivo*. Il mulino.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Griffith, A. K. (2020). Parental burnout and child maltreatment during the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Violence*, 37(5), 725–731. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>
- GROSS, J. A. M. E. S. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Hakanen, H., Flykt, M., Sinervä, E., Nolvi, S., Kataja, E.-L., Pelto, J., Karlsson, H., Karlsson, L., & Korja, R. (2019). How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *Journal of Affective Disorders*, 257, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.048>
- Hill, D., & Tambelli, R. (2017). *Teoria della regolazione affettiva: Un Modello Clinico*. R. Cortina.
- Inzoli, A., Zanini, A., Miglietta, M., Zanini, U., & Terraneo, M. (2021). In response to “covid-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems.” *Journal of Affective Disorders*, 286, 239–240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.072>
- Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants’ response to challenge. *Infant Behavior and Development*, 33(2), 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.003>
- Kring, A. M., Conti, D., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia Clinica*. Zanichelli.
- Kuckertz, J. M., Mitchell, C., & Wiggins, J. L. (2017). Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. *Depression and Anxiety*, 35(1), 89–97. <https://doi.org/10.1002/da.22688>

- La Funzione del Padre Nel periodo perinatale. Attaccamento, Adattamento ...* (n.d.). Retrieved September 10, 2022, from https://www.researchgate.net/publication/280920416_La_funzione_del_padre_nel_periodo_perinatale_Attaccamento_adattamento_e_psicopatologia
- Lewis, M. (2005). The role of the self in cognition and Emotion. *Handbook of Cognition and Emotion*, (31), 501–528. <https://doi.org/10.1002/0470013494.ch7>
- Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., Nandru, R., Chan, S. J., Hanley, L. E., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2021). Covid-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems. *Journal of Affective Disorders*, 282, 122–125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.101>
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLOS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1891–1916. <https://doi.org/10.1177/0192513x14546720>
- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1891–1916. <https://doi.org/10.1177/0192513x14546720>
- Mosca, A. (2020, March 11). *Disponibilità emotiva nella relazione madre bambino: Misurarla Con Le Eas*. State of Mind. Retrieved September 9, 2022, from <https://www.stateofmind.it/2020/03/disponibilita-emotiva-eas/>
- Parolin, M., & Simonelli, A. (2016). Attachment theory and maternal drug addiction: The contribution to parenting interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00152>
- Pruett, K. D. (1998). Role of the father. *Pediatrics*, 102(Supplement_E1), 1253–1261. <https://doi.org/10.1542/peds.102.se1.1253>
- Questioni e Idee in psicologia - il magazine online di Hogrefe Editore*. QI. (n.d.). Retrieved September 9, 2022, from <https://qi.hogrefe.it/rivista/laddictive-behavior-questionnaire-abq-nella-valutazione-delle-ad/>

- Robinson, E. L., StGeorge, J., & Freeman, E. E. (2021). A systematic review of father–child play interactions and the impacts on child development. *Children*, 8(5), 389. <https://doi.org/10.3390/children8050389>
- Salisbury, A. (2003). Maternal-fetal attachment. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1701–1701. <https://doi.org/10.1001/jama.289.13.1701>
- Schimmenti, A., Starcevic, V., Giardina, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2020). Multidimensional assessment of covid-19-related fears (Mac-RF): A theory-based instrument for the assessment of clinically relevant fears during pandemics. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00748>
- Siegel, D. J. (2021). *La Mente Relazionale: Neurobiologia dell'Esperienza Interpersonale*. Raffaello Cortina.
- Suwalsky, J. T., Padilla, C. M., Yuen, C. X., Horn, E. P., Bradley, A. L., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2015). Adoptive and nonadoptive mother–child behavioral interaction: A comparative study at 4 years of age. *Adoption Quarterly*, 18(3), 196–216. <https://doi.org/10.1080/10926755.2015.1013592>
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di Psicopatologia dell'infanzia*. Il mulino.
- Venuti, P., Giusti, F., & Hinde, R. A. (1996). *Madre e padre: Scienze dell'evoluzione, antropologia e psicologia delle Funzioni Parentali*. Giunti.
- Venuti, P., Rigo, P., & Simonelli, A. (2018). *Basi biologiche della Funzione Genitoriale: Condizioni Tipiche E Atipiche*. R. Cortina.
- Yogman, M. W. (1982). Development of the father-infant relationship. *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*, 221–279. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0442-3_5

SITOGRAFIA

<https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state#:~:text=Description%20of%20Measure%3A%20The%20State,distinguish%20it%20from%20depressive%20syndromes>

<https://qi.hogrefe.it/rivista/laddictive-behavior-questionnaire-abq-nella-valutazione-delle-ad/>

[https://www.annenberginstitute.org/instruments/emotional-availability-scales#:~:text=The%20Emotional%20Availability%20Scales%20\(EA,Biringer%20and%20Easterbrooks%2C%202012\)](https://www.annenberginstitute.org/instruments/emotional-availability-scales#:~:text=The%20Emotional%20Availability%20Scales%20(EA,Biringer%20and%20Easterbrooks%2C%202012))

<https://www.stateofmind.it/2017/12/teoria-della-regolazione-affettiva-recensione/>

<https://www.cosimosanti.com/single-post/dalla-regolazione-affettiva-al-trauma-relazionale>

<https://www.centropsy.it/psicologia-clinica/disturbi-della-regolazione-affettiva-modelli-strategie/>

<https://www.psicologi-italia.it/famiglia/famiglia-e-bambini/articoli/la-mamma-sufficientemente-buona.html#:~:text=La%20madre%20%E2%80%9Csufficientemente%20buona%E2%80%9D%20%C3%A8,di%20trasmettere%20sicurezza%20e%20amore.>

<https://www.facebook.com/SelfTherapy.it/photos/finestra-di-tolleranza-dellarousal-al-fine-di-rappresentare-a-livello-grafico-la/355669148476148/>

<https://www.stateofmind.it/alessitimia/>

<https://www.centropsy.it/psicologia-clinica/disturbi-della-regolazione-affettiva-modelli-strategie/>

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X16301919?casa_token=dx5VGZWm5ygAAAA:Wk1Eudkpho6wGegEVVmgWDPBLwM4Wfy49LAGKHHZC8k6daYu2U6f gbSt9vOZqp3S9gb7oaSFQ4k

<https://doi.org/10.3390/children8050389>

<https://www.igorvitali.org/regolazione-emotiva-definizione-teoria-di-gross-caratteristiche/>

https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=xJj6w96OaPsC&oi=fnd&pg=PA184&dq=vygotski+j+zona+di+sviluppo+prossimale&ots=lySu6brYNn&sig=Tbv_He6HqTTLr5ABkGc4IYUScVw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

<https://www.stateofmind.it/2020/03/disponibilita-emotiva-eas/>

<https://www.etimo.it/?term=cura>

<http://www.consecutio.org/wp-content/uploads/2012/02/7-Il-corpo-nella-teoria-di-Bion.pdf>