

CARATTERISTICHE GENITORIALI E STILI DI PARENTING ASSOCIATI AI DISTURBI INTERNALIZZANTI IN ETÀ EVOLUTIVA

Cristiana Patrizi, Lucia Rigante, Elisa De Matteis, Lorenza Isola, Valeria Giamundo

1. Multifattorialità dell'eziologia nei disturbi internalizzanti

I disturbi internalizzanti sono molto più comuni di quanto si pensi. Studi epidemiologici attestano che circa il 3% dei bambini sperimenta prima degli 11 anni sintomi legati ad una patologia ansiosa mentre la depressione è presente in circa l'1% di questa popolazione (Ford et al. 1999). Le ricerche svolte negli ultimi anni hanno evidenziato come questi bambini corrano un maggior rischio rispetto ai coetanei di incontrare difficoltà nel percorso scolastico, vadano più facilmente incontro a diagnosi psichiatriche in età adulta, e tendano a fare un maggiore uso di sostanze stupefacenti in adolescenza.

I disturbi internalizzanti nell'infanzia vanno quindi considerati un problema comune e invalidante che comporta sofferenza sia per il bambino, sia per la sua famiglia.

A partire dagli anni '90, numerose teorie hanno preso in considerazione il carattere multifattoriale dell'eziologia dei disturbi mentali. Esaminando la letteratura esistente, si evince come siano numerosi i fattori di rischio che sembrano accompagnarsi allo sviluppo di patologie di tipo internalizzante: la presenza di turbe depressive o ansiose nei genitori, la mancanza di sostegno affettivo, l'adozione frequente di comportamenti punitivi, il controllo psicologico, ma anche l'essere figli unici o l'averne un solo genitore. Molte ricerche si sono inoltre soffermate su fattori quali la presenza di eventi stressanti nella vita familiare, di conflitti all'interno della coppia genitoriale e la presenza o meno di un sostegno dall'ambiente sociale circostante.

Anche determinate caratteristiche socioeconomiche particolarmente svantaggiate sembrano essere associate allo sviluppo di patologie internalizzanti nei bambini e negli adolescenti.

Allo stesso modo anche il funzionamento genitoriale va interpretato tenendo conto di una serie di variabili quali i *fattori individuali* (biologici, genetici, psicologici), i *fattori familiari e sociali* (coppia, bambino, fratelli, amici, lavoro, famiglia allargata), i *fattori legati alla società e all'ambiente* (ambiente fisico e salute, servizi e risorse della comunità, condizioni economiche e familiari, supporti del governo) e le reciproche interazioni tra questi (Cummings et al. 2000, Di Blasio 2005).

Infine per comprendere la possibile traiettoria di sviluppo del bambino bisogna tener conto dei concetti di bidirezionalità della relazione genitore/figlio, in cui non solo le caratteristiche del genitore, ma anche quelle del figlio concorrono a generare possibili quadri patologici e quelli di multifinalità ed equifinalità; il concetto di multifinalità suggerisce che differenti profili di sviluppo si generano da un medesimo punto di partenza, e dipendono dall'interazione tra le caratteristiche individuali del bambino e il suo contesto familiare e ambientale. Così, per esempio, un ragazzo che cresce accanto ad un genitore affetto da patologia ansiosa, può sviluppare a sua volta un quadro ansioso in adolescenza mentre suo fratello, esposto allo stesso ambiente, può non presentare alcuna patologia.

Il concetto di equifinalità implica che uno stesso profilo di sviluppo patologico può prendere avvio da differenti situazioni di rischio, che lo stesso esito evolutivo può cioè essere raggiunto

SOTTOMESSO MARZO 2010, ACCETTATO GIUGNO 2010

seguendo traiettorie evolutive diverse; così abbiamo bambini che sviluppano una patologia ansiosa o depressiva senza che si possano ravvisare nel loro ambiente familiare e sociale alcun fattore di rischio (Piché et al. 2008).

2. Genitorialità

La moderna evoluzione del sistema familiare nella cultura occidentale ha modificato il concetto di genitorialità. Il genitore, al di là della dimensione biologica, è colui che esercita il *parenting*, ovvero quell'insieme di comportamenti che attiene alle capacità di proteggere il bambino e sostenerne lo sviluppo. La genitorialità quindi è la capacità di espletare il ruolo di genitore, attraverso l'adozione di un assetto comportamentale finalizzato a nutrire, accudire, proteggere, dare affetto e sostegno, educare, promuovere l'autonomia e l'indipendenza della prole.

Prendersi cura di un figlio è dunque un compito complesso, poiché richiede un buon adattamento tra stadio evolutivo del minore e ambiente, tra esigenze del bambino e opportunità offerte dal contesto sociale (Eccles et al. 1993, Greco e Maniglio 2009). La disponibilità a fornire cure genitoriali adeguate è legata, più che all'istinto, alle capacità cognitive, affettive e relazionali dell'individuo e richiede una riorganizzazione e rinegoziazione sia del rapporto di coppia che del ruolo parentale.

Greco e Maniglio (2009) facendo riferimento al modello cibernetico di finalismo comportamentale (Castelfranchi e Miceli 2002) propongono una definizione "ideale" e "normativa" di genitore, secondo la quale il genitore è: *"quella persona che ha internalizzato lo scopo (posto da natura e società) di "prendersi cura" e lo persegue in maniera autonoma attraverso la formulazione autonoma e personale di sottoscopi interni contingenti"* (p. 232).

3. Attaccamento

La teoria dell'attaccamento (Bowlby 1988) sottolinea l'importanza di garantire al bambino, nel corso della prima infanzia, la sensazione di sicurezza e fiducia nei confronti del genitore che rappresenterà una base sicura cui far riferimento per affrontare gli obiettivi di crescita. Ciò richiede al genitore caratteristiche di *accessibilità*, *sensibilità* e *responsività*. Un genitore accessibile fisicamente ed emotivamente, dovrà anche essere in grado di percepire e valutare i segnali di pericolo e di disagio, e di poter rispondere a tali bisogni in maniera amorevole, pronta, costante e adeguata. Ciò produrrà nel bambino un sentimento di sicurezza e un migliore adattamento al mondo sociale. La reciprocità tra genitore e figlio, che si costruisce attraverso l'empatia, favorisce di fatto l'emergere delle funzioni sociali nel bambino e ne sostiene l'apprendimento. Il legame affettivo tra genitore e figlio è stato concettualizzato come un vincolo stretto e duraturo con un partner considerato "unico e insostituibile" (Ainsworth 1967), che attraverso i sistemi complementari di attaccamento e accudimento (Harlow e Harlow 1965, George e Solomon 1999), permette al genitore di ottenere modalità altamente individualizzate di regolazione del comportamento.

3.1 Attaccamento e disturbi internalizzanti

Un numero consistente di ricerche ha indagato la continuità tra i modelli di attaccamento nell'infanzia e lo sviluppo di comportamenti adattativi o disadattativi associati ad essi. Gli esiti di

tali ricerche sembrano evidenziare da una parte come il rapporto fra attaccamento e psicopatologia non sia così chiaro e lineare, fatta eccezione per i quadri legati all'attaccamento disorganizzato nella patogenesi dei disturbi dissociativi e nel disturbo borderline di personalità (Dazzi, Speranza 2005); dall'altra indicano come lo stile di attaccamento giochi comunque un ruolo importante nella selezione, nel coinvolgimento e nell'interpretazione delle esperienze esistenziali della prima infanzia.

Si può ritenere dunque che le modalità di attaccamento possano svolgere un ruolo critico nella dinamica evolutiva verso possibili quadri psicopatologici, ma ciò dipende in larga misura dal contesto sociale che circonda il soggetto e da quanto sia in grado o meno di fornire il necessario supporto al bambino. Le esperienze successive ai primi anni, infatti, non possono essere considerate in alcun modo meno importanti nel determinare alterazioni progressive dell'adattamento in senso positivo o negativo. Infatti come rilevano Sroufe et al. (1999) una storia di esperienze cumulative di disadattamento è più patogenetica di un breve periodo di funzionamento alterato nei primi anni di vita. Le osservazioni e le misurazioni della qualità dell'attaccamento infantile sono molto meno predittive di possibili sviluppi psicopatologici e di scarse competenze sociali in adolescenza, rispetto alla combinazione tra queste misure e successive valutazioni del rapporto tra il soggetto e i suoi genitori in età pre-adolescenziale e nella seconda infanzia (Sroufe et al. 2005).

Van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2008) con la loro meta-analisi su campioni clinici, hanno permesso di illustrare come i disturbi internalizzanti siano prevalentemente associati a strategie insicure-preoccupate cioè ad una iperattivazione dell'attaccamento legata sia alla passività, sia ad uno scarso sviluppo del senso di sé.

Altre ricerche evidenziano come le strategie comportamentali ed emozionali associate ai modelli di attaccamento insicuro costituiscono un contesto di minor adattamento per lo sviluppo infantile, sebbene vi siano scarse correlazioni tra attaccamento insicuro ed esiti psicopatologici in età prescolare e scolare, eccezion fatta per i campioni ad alto rischio psicosociale quali quelli provenienti da famiglie estremamente povere, con un solo genitore, o con un contesto familiare disgregato; altre variabili come la depressione materna, contribuiscono sia a creare fattori predisponenti per lo sviluppo di un attaccamento insicuro, sia a funzionare come ulteriori fattori di rischio. In particolare si è visto come la depressione materna, associata a un attaccamento insicuro-disorganizzato, predispone a comportamenti ostili e disturbi esternalizzanti in età scolare, mentre associata a un attaccamento insicuro-evitante porta più frequentemente allo sviluppo di sintomatologie internalizzanti (Lyons-Ruth et al. 1987, 1990).

Si può quindi concludere che da un punto di vista teorico, le strategie di attaccamento insicuro sembrano predisporre il bambino allo sviluppo di disturbi internalizzanti (ritiro sociale, ansia) ed esternalizzanti, ma le ricerche in merito non indicano esiti specifici associati a particolari tipi di insicurezza. È dunque possibile ritenere che l'attaccamento insicuro rappresenti un fattore importante ma aspecifico per l'aumento del rischio di numerose forme di psicopatologia in campioni in cui siano presenti altri fattori di rischio.

4. Anxiety sensitivity

Un interessante esempio dell'interazione multifattoriale nell'eziologia dei disturbi internalizzanti in età evolutiva può essere tratto dalle recenti ricerche sulla *anxiety sensitivity*, intesa come la paura dei sintomi ansiosi, derivante da credenze circa la pericolosità sociale, psicologica o fisiologica delle conseguenze di questi sintomi. Tali ricerche evidenziano come l'*anxiety sensitivity* sia fra i fattori di rischio per lo sviluppo di ansia in bambini e adolescenti (Hayward et

al. 2000, Weems et al. 2002). I fattori correlati allo sviluppo di una elevata anxiety sensitivity tra bambini e adolescenti si lega all'esperienza di eventi ambientali in grado di plasmare le credenze circa le conseguenze negative dei sintomi ansiosi e all'esperienza di eventi stressanti incontrollabili e imprevedibili (Grant et al. 2004).

Per quanto riguarda la natura degli eventi stressanti, McLaughlin e Hatzenbuehler (2009) sostengono che quando lo stress deriva da conflitti familiari, si può pensare che esso ingeneri nel minore una elevazione cronica dell'arousal emotivo e una elevata reattività agli stressors: tale condizione favorisce in lui lo sviluppo dell'anxiety sensitivity. Gli adolescenti che si trovano a vivere in una condizione familiare avversa molto probabilmente sperimenteranno una bassa percezione di controllo sul proprio ambiente, questo li può predisporre allo sviluppo di credenze negative circa la perdita di controllo sugli stati mentali e fisici. Inoltre, stress associati a relazioni familiari disfunzionali, possono impedire il normale sviluppo di competenze sociali, con la conseguenza di rendere l'adolescente più vulnerabile allo sviluppo di timori circa le conseguenze sociali delle sue manifestazioni ansiose.

5. Stili di parenting

Sebbene gli studi empirici non siano riusciti a correlare gli stili di parenting individuati a specifiche influenze sullo sviluppo del bambino, è manifesto come essi giochino un ruolo rilevante nel complesso quadro di interazioni fra le variabili, elencate nei paragrafi precedenti, che influenzano lo sviluppo di patologie internalizzanti nell'infanzia.

Ci sono numerosi studi che suggeriscono una relazione tra alcune modalità di parenting e i disturbi internalizzanti. Le ricerche sull'ansia, sulla depressione e più in generale, sulle sindromi internalizzanti quali l'inibizione temperamentale, il ritiro sociale e l'attaccamento insicuro, rilevano diverse comunanze tra tali comportamenti e il parenting (Rapee 1997).

Bayer et al. (2006) evidenziano come uno stile di parenting positivo sia associato ad un adeguato sviluppo emotivo nel bambino. Tra le modalità positive di parenting troviamo:

- I genitori che mostrano un forte impegno (*warm-engaged*) nell'educazione, una adeguata capacità ricettiva nella comunicazione con il figlio, una responsività sensibile e appropriata all'età del bambino.
- I genitori che incoraggiano all'autonomia (*autonomy-encouraging*), che favoriscono il saper fare domande, il raggiungimento di obiettivi, l'esplorazione, il ragionamento e l'autonomia nelle scelte. Tali pratiche educative stimolano nel bambino la percezione di sé come una persona di valore; il caregiver si pone come rifugio sicuro nei momenti di stress e come base sicura da cui partire per l'esplorazione (Cicchetti et al. 1998).

Al contrario, il termine "*affectionless control*" (controllo anaffettivo) è utilizzato per descrivere le pratiche di parenting che contribuiscono allo sviluppo di problemi emotivi (Parker 1983), spesso stimolando nel bambino lo sviluppo di cognizioni avverse su se stesso e sul mondo.

Le pratiche di parenting che sembrano contribuire allo sviluppo di problemi internalizzanti nel bambino sono:

- Genitori che manifestano un scarso calore (*low warmth*), inteso come mancanza di coinvolgimento e poca cura del bambino, o che addirittura mostrino evidenti comportamenti di rifiuto che fanno sentire il bambino inadeguato (Cytryn, McKnew 1996).
- Genitori che esercitano un parenting caratterizzato da un forte potere assertivo e punitivo (*power-assertive and punitive*): questa modalità di controllo si può manifestare con urla, percosse e pretese di obbedienza (Rubin, Mills 1991);
- L'ipercoinvolgimento/protettivo (*over-involved/protective*) è una stile di parenting intrusivo

e ansioso che non permette al bambino di affrontare le sfide naturali della vita e impedisce lo sviluppo delle abilità di gestione delle difficoltà. Questo include l'intrusività, l'incoraggiamento alla dipendenza e l'esclusione del figlio dal confronto con l'esterno (Parker 1983).

6. Ruolo dello stile di parenting nello sviluppo di patologie internalizzanti

Quando si diventa genitore, la percezione di sé come adulto si modifica; questa fase di transizione può rappresentare un'opportunità evolutiva, ma ognuno tende a reagire a questa esperienza in modo diverso. Come detto, fra i fattori che interagiscono in questo processo vi sono le caratteristiche di personalità del genitore (la flessibilità, la capacità di adattamento, la disponibilità emotiva), la qualità del rapporto di coppia, gli schemi relazionali, i cicli interpersonali della relazione genitore-bambino, le caratteristiche del bambino, i fattori ambientali e culturali.

Alcune variabili di personalità sono direttamente implicate nel ruolo genitoriale e influenzano maggiormente le modalità di parenting: fra esse troviamo le credenze, l'autostima, il senso di autoefficacia e il perfezionismo, ma anche gli scopi, le aspettative, le attribuzioni, le capacità metacognitive del genitore nonché la sua abilità di coping e di problem solving.

6.1 Le credenze e strategie parentali

Le credenze di un genitore relativamente alle modalità educative da adottare con il proprio figlio, sono frutto sia dell'influenza sociale e culturale sia della sua esperienza personale, e influenzano sull'esercizio del ruolo di genitore e sui compiti che egli deve assolvere. Le credenze dei genitori tendono inoltre a risentire delle caratteristiche fisiche, temperamentali e di genere del proprio bambino.

Le credenze assumono un'importanza fondamentale nel ruolo genitoriale perché da esse si sviluppano le aspettative, gli scopi, i bisogni che il genitore mette in campo e costituiscono il nucleo essenziale di altre variabili di personalità, quali l'autostima, l'autoefficacia e il perfezionismo.

Le credenze sui bisogni e sugli obiettivi evolutivi del figlio e su come esso vada educato, influenzano le strategie parentali: queste, se adeguate, possono favorire lo sviluppo delle competenze nel bambino e modificare/eliminare comportamenti non accettabili; al contrario, se le strategie sono inadeguate o carenti possono favorire quadri caratterizzati da disagio psicologico e comportamenti disfunzionali.

Tra le strategie parentali, il controllo psicologico è stato oggetto di molti studi recenti: esso viene infatti considerato una variabile di rilievo nello sviluppo dei disturbi internalizzanti nel bambino.

6.2 Controllo psicologico e perfezionismo

Il genitore che adotta un eccessivo controllo psicologico sul figlio sembra negare o non riconoscere l'indipendenza psicologica e la singolarità del proprio bambino (Barber e Harmon 2002, Kerig 2003).

Il **controllo** è una modalità educativa del genitore atta ad indurre il figlio a raggiungere particolari risultati, spesso con modalità di parenting intrusive (Grolnick et al. 2002; Grolnick e Ryan 1989; Higgins 1989, 1991; Pomerantz e Ruble 1998; Pomerantz et al. 2001), iperprotettive (inibizione del comportamento, incoraggiamento alla dipendenza), o critiche/rifiutanti, cioè il

rifiuto dell'amore, far sentire il bambino non amabile (Mills et al. 2007).

Quando i genitori adottano modalità controllanti, vengono meno quelle caratteristiche supportive proprie di un parenting in grado di favorire lo sviluppo di maggiore autonomia nel bambino, permettendogli cioè di esplorare da solo l'ambiente e di prendere decisioni autonomamente (Grolnick et al. 2002, Grolnick e Ryan 1989, Pomerantz e Ruble 1998).

In letteratura ci sono ampie evidenze che il parenting controllante e intrusivo rende i bambini più vulnerabili ai problemi internalizzanti ed esternalizzanti (Barber 1996, Barber e Harmon 2002, Grolnick 2003); questa assunzione è stata confermata anche a seguito di un'indagine sugli effetti di altre dimensioni genitoriali quali la responsabilità e il controllo comportamentale (Graye e Steinberg 1999).

I bambini esposti al controllo psicologico sembrano adottare gli stessi standard rigidi e severi proposti dai genitori, imparando ad imporsi; vivono con un profondo senso di colpa e inadeguatezza l'incapacità di raggiungere gli standard, sia quelli prescritti socialmente sia quelli autoimposti (Flett et al. 2002).

Date le ricadute negative che il controllo psicologico genitoriale ha nello sviluppo del bambino, appare rilevante poterne comprendere gli antecedenti. Da più parti viene messo in evidenza lo stretto legame tra il perfezionismo genitoriale e l'uso del controllo psicologico (Soenens et al. 2005).

Il perfezionismo è concettualizzato come un costrutto multidimensionale che comprende sia aspetti relativamente adattivi, come fissare standard personali elevati, che in se stessi non sono patologici, che maladattivi, come quelli che inducono la persona a percepire che i propri sforzi non sono mai sufficienti.

Diviene quindi importante analizzare quale ruolo giochi il controllo psicologico nello sviluppo di patologie psicologiche nei bambini, sia nella trasmissione intergenerazionale del perfezionismo. Si evidenzia infatti in letteratura come il perfezionismo maladattivo predica in modo significativo l'uso di strategie improntate al controllo psicologico da parte dei genitori e che tale relazione è più forte per i padri che per le madri. Si è inoltre riconosciuto che il controllo psicologico è una variabile importante per spiegare la trasmissione del perfezionismo maladattivo nella relazione tra genitori e figlie nella tarda adolescenza.

Anche uno stile duro e autoritario di parenting può indurre un bambino ad adottare un orientamento di tipo perfezionistico (Flett et al. 1995, Frost et al. 1991, Kawamura et al. 2002).

Di particolare rilevanza è poi la relazione tra il perfezionismo maladattivo nei genitori e la presenza di sintomi depressivi nei figli adolescenti (Soenens et al. 2008): recenti ricerche hanno dimostrato come il controllo psicologico sia legato in adolescenza alla depressione, alla bassa autostima, al senso di colpa maladattivo, all'ansia, alla tendenza ad isolarsi nonché a problemi di tipo esternalizzante (Barber e Hamon 2002). Anche Blatt (1995) evidenzia come il perfezionismo maladattivo nel tempo induce il bambino a sviluppare un'autovalutazione negativa, giudizi severi verso se stesso, continui dubbi sulla propria efficacia, sentimenti di inferiorità; tutto ciò attiva un ciclo infinito di estremi sforzi autodistruttivi, in cui ogni obiettivo diventa una sfida minacciosa.

Altre ricerche hanno evidenziato come il controllo psicologico a 15 anni predica un aumento del perfezionismo maladattivo nella tarda adolescenza che, a sua volta, predice un aumento dei sintomi depressivi (Flett et al. 2002): il controllo psicologico risulta cioè essere collegato indirettamente ad un aumento dei sintomi depressivi, attraverso un effetto di amplificazione del perfezionismo maladattivo nel ragazzo.

Questa relazione indiretta suggerisce che il controllo psicologico ha un effetto primario sullo sviluppo di una sottostante vulnerabilità ai sentimenti depressivi, piuttosto che sullo sviluppo di sintomi depressivi in sé. Cioè gli adolescenti che subiscono un parenting controllante hanno più probabilità di sviluppare un orientamento al perfezionismo maladattivo (caratterizzato da autovalutazioni negative), che a sua volta li rende più vulnerabili ai sintomi depressivi.

Tra i dati emersi dalle ricerche, degno di nota è l'effetto nocivo del controllo psicologico adottato dalle madri, questo è meno pronunciato verso le figlie femmine e di più verso i figli maschi. Nella diade madre-figlia, piuttosto che il perfezionismo, sembra che il meccanismo responsabile del legame tra parenting controllante e sintomi depressivi sia maggiormente rintracciabile nella dipendenza. La dipendenza può di fatto essere vista come la conseguenza di un'altra forma di controllo psicologico: il parenting iperprotettivo.

Come il perfezionismo, anche la dipendenza si sviluppa in seguito a relazioni pressanti e manipolative con i genitori (Blatt 2004). Possiamo quindi concludere che l'orientamento alla dipendenza è più tipico nelle femmine e ciò si spiega perché, a loro volta, le madri risultano essere più fortemente coinvolte nello sviluppo della dipendenza rispetto ai padri.

6.3 Stili disciplinari

Se molte ricerche si sono focalizzate sugli stili di parenting, poca attenzione è stata posta su un aspetto importante: il ruolo svolto dallo stile disciplinare adottato dai genitori, nella genesi e nello sviluppo dei sintomi internalizzanti. L'influenza delle modalità disciplinari sullo sviluppo del bambino di fatto va ad interagire e a sovrapporsi con le altre variabili legate al parenting, spesso potenziandone l'impatto.

La ricerca ha evidenziato come l'uso di pratiche disciplinari severe o incoerenti possono contribuire a creare in casa un ambiente minaccioso e imprevedibile, che diviene facilmente terreno fertile per lo sviluppo di ansia e depressione nei bambini vulnerabili. Allo stesso modo, una scarsa attenzione e adesione alle regole, è responsabile della creazione di un ambiente poco prevedibile, con conseguenze a carico della percezione di controllo da parte dei figli, con ripercussioni sul senso di autonomia degli stessi.

Hirshfeld e al. (1997) hanno preso in esame la relazione tra lo stile disciplinare, l'ansia genitoriale e lo sviluppo nel bambino di patologie a carattere internalizzante. Nel loro lavoro evidenziano come le madri con un disturbo d'ansia tendano ad esprimere alti livelli di criticismo verso i figli, specialmente verso quelli che sembravano mostrare una certa inibizione comportamentale. Whaley et al. (1999) hanno comparato l'interazione genitore/bambino di madri affette o meno da un disturbo d'ansia, notando come le madri ansiose tendessero ad essere più critiche e meno affettuose; i loro pensieri sembravano essere caratterizzati da un certo catastrofismo e spesso non erano in condizione di adottare strategie in grado di favorire lo sviluppo dell'autonomia psicologica nel figlio.

Anche Laskey e Cartwright-Hatton (2009) esaminano la relazione tra l'ansia dei genitori, lo stile disciplinare adottato e l'evoluzione di sintomi internalizzanti nei figli. Dai risultati emerge come, i genitori con un grado elevato di ansia tendono a mostrare un maggior numero di comportamenti disciplinari inefficaci, in particolar modo quelli basati sulla severità e sulla punizione. Ciò sembra che le famiglie in cui sono presenti disturbi d'ansia nei genitori o disturbi internalizzanti nei figli, siano caratterizzate da stili disciplinari con elevati livelli di severità e aggressività: questo pare essere spiegato dal fatto che i genitori ansiosi o i genitori con figli ansiosi, siano maggiormente in difficoltà nella gestione della propria emotività quando hanno a che fare con determinati comportamenti dei propri figli, finendo con l'utilizzare, come unica modalità di gestione, stili molto rigidi e severi.

Ancora, genitori con elevati livelli di ansia sono maggiormente inclini ad avere pensieri negativi riguardo al parenting e alla propria relazione con i figli (ad esempio: "mio figlio non mi rispetta" o "mio figlio è manipolativo"). La relazione tra tali cognizioni dei genitori e i sintomi internalizzanti dei figli può avere origine da due ragioni. Un'ipotesi potrebbe essere che i bambi-

ni più ansiosi e introversi possono essere, o apparire, ai genitori come soggetti che mancano di rispetto, manipolativi e incontrollabili; la seconda ipotesi è che i genitori ansiosi, tendendo ad attribuire ai loro figli esplicite intenzioni di ribellione, siano maggiormente propensi ad utilizzare modalità disciplinari più severe e fisiche (Bugental e Johnston 2000). Di fatto, nel momento in cui i genitori, condizionati dalle considerazioni negative sul proprio figlio, adottano strategie disciplinari severe e punitive, portano questi a vivere costantemente esperienze e situazioni spiacevoli e ansiogene, che ne aumentano la vulnerabilità ai sintomi depressivi e ansiosi.

Lo studio si sofferma anche a considerare le differenze tra il diverso livello di gravità dei sintomi internalizzanti e l'età dei bambini: gli autori rilevano che l'intensità della sintomatologia aumenta con il crescere dell'età e che i problemi internalizzanti sono più pronunciati nei bambini che per più tempo sono stati esposti a stili di parenting come quelli sopra descritti. Diverse sono le spiegazioni a questo dato. Da un lato, assumendo che lo stile di parenting e le considerazioni dei genitori circa i figli siano piuttosto stabili nel tempo e che esercitino una influenza sui sintomi internalizzanti dei figli stessi, è possibile che il solo effetto cumulativo del tempo di esposizione a tali fattori ambientali, sia in grado di dare ragione dell'incremento dei problemi internalizzanti nei bambini più grandi. D'altra parte è verosimile che, con l'aumentare del tempo, lo stress genitoriale dato dall'esercitare un parenting difficoltoso con bambini con disturbi internalizzanti, così come i numerosi insuccessi educativi esperiti, abbiano un impatto negativo sul comportamento dei genitori e sul loro livello di tolleranza, così come è possibile che con la crescita il figlio manifesti comportamenti sempre più difficili da gestire e ponga sfide educative sempre più alte, con il risultato di elicitare stili di parenting sempre più negativi e inefficaci.

Tali considerazioni ci spingono a ritenere che sia indispensabile intervenire quanto prima nell'interruzione di tali circoli viziosi, con lo scopo di promuovere la salute dell'intero sistema familiare e di conseguenza del bambino.

7. Parenting, patologia genitoriale e disturbi internalizzanti

Come rilevato in letteratura, vi è una maggiore incidenza di disturbi internalizzanti nei figli di genitori depressi o ansiosi. Ad esempio i figli di madri con patologie ansiose hanno il doppio della probabilità di sviluppare un disturbo d'ansia prima dei 15 anni (McClure et al. 2001). In modo simile, circa il 56% dei figli di soggetti affetti da agorafobia soddisfa i criteri del disturbo d'ansia da separazione (Capps et al. 1996).

Per quanto non vi sia un accordo su come avvenga questa trasmissione intergenerazionale, sia i modelli teorici sia gli studi empirici tendono a ritenere che l'esposizione all'ansia e alla depressione dei genitori renda il bambino più vulnerabile allo sviluppo di problemi internalizzanti, e che questa vulnerabilità venga trasmessa sia attraverso meccanismi genetici che ambientali. Come riportato nel paragrafo 3, tutti gli studi condotti negli ultimi anni sottolineano l'importanza di analizzare la psicopatologia in un quadro concettuale multifattoriale, che tenga conto delle interazioni dinamiche tra le caratteristiche individuali, familiari, socioeconomiche e dello stadio di sviluppo del bambino.

Piché et al. (2008) hanno preso in esame i principali modelli teorici esplicativi della trasmissione intergenerazionale delle patologie internalizzanti. Anche se da diverse prospettive, tutti i paradigmi teorici e di ricerca sembrano cogliere e dare rilevanza alle diverse variabili dipendenti e indipendenti e a quei fattori che ne possono modificare l'interazione: per esempio, il sesso del figlio o la presenza di conflitti relazionali divengono variabili mediatriche che possono influenzare la traiettoria dello sviluppo della patologia. Infatti il rischio di sviluppare un disturbo di tipo depressivo è più forte nelle figlie femmine di madri depresse rispetto ai maschi; e inoltre l'essere

esposti alla depressione di un genitore aumenta la probabilità di conflitti all'interno della relazione genitore/bambino e questi conflitti relazionali incrementano la probabilità che il bambino sviluppi una patologia di tipo internalizzante (Hammen 2003).

Fra i modelli presi in esame da Piché et al. (2008) troviamo *il modello sistemico* di Cumming e Davies (2002), all'interno del quale si ipotizza che la depressione materna abbia un'influenza negativa sui conflitti fra coniugi o fra genitori e figli difficili, influenzando fra l'altro negativamente con il funzionamento e la capacità di adattamento del figlio. Gli Autori rilevano che tali variabili interagiscono in modo bidirezionale con le caratteristiche del bambino (età, sesso, competenza sociale): vivere con un bambino ansioso o depresso può a sua volta avere una influenza sul conflitto genitoriale e quindi sui sintomi depressivi dei genitori.

Goodman e Gotlieb (1999) propongono un *modello integrativo* della trasmissione intergenerazionale. Essi sottolineano l'importanza di alcune variabili familiari e di certe dinamiche relazionali nell'accrescere o diminuire la probabilità dello sviluppo di sintomi depressivi o ansiosi nel bambino, come ad esempio le caratteristiche della malattia mentale materna, l'esposizione ad un ambiente stressante, la presenza e la disponibilità di un padre sano, la precocità delle cure prestate.

Hammen e Rudolph (2003) nel loro *modello multifattoriale*, si soffermano sulle esperienze che il bambino vive in seno alla sua famiglia; tali esperienze vengono codificate nella memoria come schemi di rappresentazioni delle relazioni interpersonali. Per gli Autori il minore che vive con un genitore depresso è esposto ad uno stile di parenting caratterizzato da una bassa sensibilità e da un livello elevato di rifiuto da parte del genitore e questo potrebbe portarlo ad interiorizzare una rappresentazione negativa di sé e degli altri. Queste rappresentazioni avrebbero in seguito un impatto negativo sulla regolazione emozionale e comportamentale del bambino, portandolo allo sviluppo di una depressione sia in modo diretto, che attraverso il vissuto di relazioni interpersonali conflittuali che ne aumentano il livello di stress e ne consolidano le rappresentazioni negative di sé e dell'ambiente circostante.

Van-Doesun et al. (2005) sottolineano l'importanza di considerare alcune variabili contestuali (es. la relazione genitore/figlio, il sostegno sociale del coniuge, degli amici, della famiglia allargata, dei professionisti). Gli Autori precisano che la trasmissione intergenerazionale di un disturbo mentale può dipendere da più meccanismi soggiacenti alla relazione madre/figlio quali l'apprendimento vicariante (il bambino può imitare il comportamento, l'affettività depressiva, l'irritabilità e l'ostilità della madre), la regolazione mutuale (il bambino modifica il suo comportamento in funzione di quello della madre) o lo sviluppo di una relazione di attaccamento madre/figlio di tipo insicuro.

Rutter e collaboratori (2006) ipotizzano vi sia una interazione reciproca fra fattori genetici e fattori ambientali. Gli studi di Cumming e Davies (2002) evidenziano come le famiglie con un genitore depresso o ansioso tendano a caratterizzarsi per relazioni genitore/figlio e genitore/genitore assai conflittuali, creando un ambiente che di fatto aumenta il rischio che il figlio sviluppi una psicopatologia. Viene sottolineato come anche il temperamento del bambino e i suoi comportamenti, influenzati sia dai geni sia dall'ambiente, hanno un effetto su coloro che interagiscono con lui. Ancora, i figli di madri depresse tendono ad imitare le loro attitudini e i comportamenti irritabili e depressi, modificando negativamente la relazione con i genitori (Elgar et al. 2004, Rutter et al. 2006).

Fra gli aspetti più rilevanti emersi in letteratura vi è certamente quello che sottolinea come la depressione materna costituisca una condizione che amplifica il rischio di sviluppo di psicopatologie nei figli: l'emotività che contraddistingue le madri depresse, spesso caratterizzata da risposte negative (tristezza, senso di colpa, disperazione, rabbia, ansia), la mancanza di interesse, di entusiasmo e di energia, le indirizza verso uno stile educativo anaffettivo e non responsivo, questo

implica inoltre il rischio di un minor coinvolgimento nella relazione con il bambino che sfocia facilmente in interazioni distaccate e trascuranti.

Come visto in precedenza, molta enfasi è stata posta negli ultimi anni su come l'umore depresso nei genitori e l'ostilità coniugale rappresentino fattori capaci di influenzare la qualità della relazione genitore-bambino e quindi incidere sul suo adattamento. Low e Stocker (2005) infatti rilevano come l'umore depresso dei genitori e l'ostilità coniugale siano i fattori determinanti che influenzano la qualità della relazione genitore-bambino che a sua volta incide sui meccanismi di adattamento di questo ultimo.

Bayer et al. (2006), si sono soffermati a valutare l'influenza che il comportamento genitoriale può avere sullo sviluppo delle difficoltà internalizzanti nella prima infanzia. In modo particolare, sono stati presi in esame gli stili di parenting e gli stress familiari come predittori dell'insorgenza di difficoltà internalizzanti nei bambini più piccoli. Gli Autori rilevano che fattori quali la modalità di parenting caratterizzate da ipercoinvolgimento/protettivo o da basso impegno, depressione o ansia genitoriale e stress familiari, sono buoni predittori della presenza di difficoltà internalizzanti nei bambini di due e quattro anni.

Alcuni studi hanno esaminato le differenze esistenti tra gli stili di parenting e le modalità di interazione delle madri depresse e non depresse. La letteratura suggerisce come le prime abbiano meno capacità di relazionarsi in maniera funzionale e adattiva con i propri figli e tendano ad interagire con loro utilizzando stili maggiormente negativi e controllanti rispetto alle madri non depresse (Gelfand e Teti 1990).

McCarty e McMahon (2003) si sono soffermati sull'analisi di alcuni mediatori psicosociali per determinare in che modo essi predicono lo sviluppo di una psicopatologia nei figli, in funzione dei sintomi depressivi delle madri. Hanno preso in esame due differenti aspetti del comportamento e dell'affettività negativa materna, nel contesto della relazione diadica madre-bambino: la qualità della comunicazione e della relazione. I sintomi depressivi possono interferire con l'abilità materna di rappresentare un adeguato partner sociale per il figlio e di incontrare i suoi bisogni emotivi e sociali. Tali sintomi possono anche influenzare la disponibilità materna alla comunicazione e/o il legame emotivo con il proprio figlio.

Prendere in considerazione gli aspetti comunicativi nella diade madre-bambino risulta essere di grande importanza in quanto i genitori rivestono il ruolo di accompagnatori nel percorso dello sviluppo di abilità e competenze sociali ed emotive dei propri figli, supportandoli nella gestione di fasi di sviluppo particolarmente stressanti: gli stati depressivi genitoriali sono responsabili di stili comunicativi molto impoveriti (Albright e Tamis-LeMonda 2002; Jacob e Johnson 1997, 2001), ed è dimostrato come una minor quantità e una peggior qualità di comunicazione familiare rappresenti un significativo fattore di rischio per la psicopatologia infantile (Slesnick e Waldron 1997). Inoltre, bambini che, a causa di tale comunicazione inadeguata e della conseguente non disponibilità dei genitori, non possono beneficiare di supporto emotivo e di una guida nella risoluzione di problemi all'interno di esperienze conflittuali, sono maggiormente a rischio di acting out o di sperimentare sentimenti di sopraffazione nella gestione dei loro problemi; questo ovviamente può avere ricadute nello sviluppo di problemi internalizzanti ed esternalizzanti.

Bambini che non percepiscono il supporto delle figura materna, dalla quale dipendono, possono sviluppare sentimenti di insicurezza e inadeguatezza, che a loro volta possono condurre ad una maggiore vulnerabilità a problemi internalizzanti.

Sempre partendo dalla multifattorialità nella genesi e nella eziologia dei disturbi internalizzanti, McCarty e McMahon (2003) hanno dimostrato come i figli di madri depresse con minor supporto sociale sviluppano più problemi internalizzanti, probabilmente perché l'isolamento e l'insoddisfazione materna vengono presi come modello dai figli o perché le madri stesse si pongono nella relazione con i figli in modo più ostile. I figli di madri con difficoltà interpersonali

apprendono simili pattern di interazione e sono quindi maggiormente a rischio di sviluppare le stesse difficoltà relazionali. È inoltre probabile che la presenza di sintomi depressivi materni associata ad uno scarso supporto sociale possa indurre il bambino a supportare la madre con modalità che vanno oltre le sue risorse e abilità, mettendolo ancora una volta a rischio di sviluppare problemi internalizzanti.

8. Conclusioni

I dati della letteratura sostengono la complessa interazione tra funzione genitoriale e psicopatologia, sottolineando come non si possa prescindere dal riconoscere il ruolo del genitore nella genesi e nel mantenimento del disturbo nel figlio.

Fra gli aspetti più interessanti emersi dalle ricerche recenti emerge la necessità di valutare le competenze di parenting, non solo riflettendo sulla psicopatologia del genitore e sulla sua gravità, ma anche analizzando tutti quei fattori che ne possono aggravare il quadro o, al contrario, quelli che ne riducono gli effetti negativi.

Non vi è comunque dubbio che la presenza di una psicopatologia genitoriale costituisca un fattore di rischio per lo sviluppo del bambino; ad essa infatti è spesso correlata una più alta incidenza di difficoltà psico-sociali, disturbi affettivi e comportamentali nei figli. E' quindi necessario coinvolgere nella terapia i genitori, ipotizzando un modello di intervento che preveda il loro coinvolgimento nella terapia cognitivo-comportamentale del bambino o del ragazzo.

Riassunto

Parole chiave: disturbi internalizzanti, parenting, stili disciplinari, psicopatologia genitoriale.

Numerosi studi nel campo della psicologia dello sviluppo hanno riconosciuto la relazione tra stili di parenting, caratteristiche genitoriali e lo sviluppo di disturbi internalizzanti nei bambini.

Lo scopo della presente review è analizzare come gli stili di parenting siano collegati alla presenza di sintomi ansiosi e depressivi nei bambini. Sono presi in considerazione anche altri fattori di rischio connessi, quali il livello socio-economico della famiglia, le caratteristiche del contesto ambientale, l'uso di strategie di controllo da parte dei genitori e il perfezionismo maladattivo, gli stili disciplinari utilizzati e la presenza di una psicopatologia genitoriale.

Riteniamo di primaria importanza considerare il ruolo di tali fattori di rischio specifici al fine di predisporre validi ed efficaci interventi di prevenzione che possano aiutare a ridurre lo sviluppo di psicopatologia internalizzante in età evolutiva.

PARENTAL CHARACTERISTICS AND PARENTING STYLES IN THE ETIOLOGY OF INTERNALIZING DISORDERS OF CHILDHOOD

Abstract

Key-words: internalizing disorders, parenting, discipline styles, parental psychopathology

Several studies in developmental psychology recognized the association between parenting styles and internalizing disorders in children.

The aim of this review is to analyze how parenting styles and parental characteristics are linked to anxiety and depression symptoms in children, considering several risk factors as family socio-economic status, environmental characteristics, use of parental psychological control and maladaptive perfectionism, parental discipline styles, parental psychopathology. We assumed the primary importance of considering the role of these specific risk factors to set out a valid and effective prevention program and to reduce developmental internalizing psychopathology.

Bibliografia

- Ainsworth M (1967). *Infancy in Uganda*. Johns Hopkins University, Baltimora.
- Albright MB, Tamis-Lemonda CS (2002). Maternal depressive symptoms in relation to dimensions of parenting in low-income mothers. *Applied Developmental Science* 6, 24-34.
- Barber BK (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development* 67, 3296-3319.
- Barber BK, Harmon EL (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In Barber BK (a cura di) *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*. American Psychological Association, Washington DC.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology* 27, 542-559.
- Blatt SJ (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Blatt SJ (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist* 50, 1003-1020.
- Bowlby J (1988). *A secure base*. Tavistock, Londra. Tr. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- Bugental DB, Johnston C (2000) Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology* 51, 315-344.
- Capps L, Sigman M, Sena R, Henker B, Whalen C (1996). Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37, 445-452.
- Castelfranchi C, Miceli M (2002). Architettura della mente. In Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M (a cura di). *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollari Boringhieri, Torino.
- Cicchetti D, Thoth SL (1998). The development of depression in children and adolescent. *American Psychologist* 53, 221-241.
- Cumming EM, Davies PT (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 31-63.
- Cumming E M, Davies P T, Campbell S B (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*. Guilford Press, New York .
- Cytryn KA, McKnew DH (1996). *Growing up sad: Childhood depression and its treatment*. Norton & Company, New York.
- Dazzi N, Speranza AM (2005). Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e Adolescenza* 4, 1, 18-30.
- Di Blasio P (a cura di) (2005). *Tra rischio e Protezione: La Valutazione delle Competenze Parentali*. Edizioni Unicopoli, Milano.
- Eccels J, Midgley C, Buchana C, Wigfield A, Reuman D, MacIver D (1993). Development during adolescence. *American Psychologist* 48, 90-101.
- Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review* 24, 441-459.
- Fear JM, Champion JE, Reeslund KL, Forehand R, Colletti C, Roberts L, Compas BE (2009). Parental depression and interparental conflict: children and adolescent' self-blame and coping responses. *Journal*

of Family Psychology 29, 5, 762-766.

- Flett G L, Hewitt P L, Singer A (1995). Perfectionism and parental authority styles. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 51, 50-60.
- Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM, MacDonald S (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In Flett GL, Hewitt PL (a cura di) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (1999). The British child and adolescent mental health survey: the prevalence of DSM IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1203-1211.
- Frost R, Lahart C, Rosenblate R (1991). The development of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research* 15, 469-489.
- Gelfand DM, Teti DM (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review* 10, 329-353.
- George C, Salomon J (1999). Attachment and caregiving. In Cassidy J, Shaver P (a cura di) *Handbook of attachment*, Guilford, New York.
- Goodman SH, Gotlib IH (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 106, 458-490.
- Grant KE, Compas BE, Thurm AE, McMahon SD (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 412-425.
- Gray MR, Steinberg L (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family* 61, 574-587.
- Greco O, Maniglio R (2009). *Genitorialità. Profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*. Franco Angeli, Milano.
- Grolnick WS, Ryan RM (1989). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology* 81, 143-154.
- Grolnick WS, Gurland ST, DeCoursey W, Jacob K (2002). Antecedents and consequences of mothers' autonomy support: An experimental investigation. *Developmental Psychology* 38, 143-155.
- Grolnick WS (2003). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Ha T, Overbeek G, Vermulst A, Engels RCM (2009). Marital quality, parenting and adolescent internalizing problems: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology* 23, 2, 263-267.
- Hammen C, Shih J, Altman T, Brennan PA (2003). Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 571-577.
- Hammen C, Rudolph KD (2003). Childhood mood disorders. In R Mash, RA Barkley (eds) *Child psychopathology*, pp. 233-278. Guilford Press, New York.
- Harlow H, Harlow M (1965). The affectional systems. In Schrier A Harlow H, Stollnitz F (a cura di) *Behavior of nonhuman primates*. Academic, Londra.
- Hayward C, Killen J, Kraemer H C, Taylor C (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39, 207-214.
- Higgins ET (1989). Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer? In IL Berkowitz (ed) *Advances in Experimental Social Psychology* 22, pp. 93-136. Academic Press, San Diego.
- Higgins ET (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and trade-offs. In MR Gunnar & LA. Sroufe (eds) *Self processes and development: Twenty-third Minnesota symposium on child psychology*, pp. 125-165. University of Minnesota Press, Minneapolis.

- Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L, Faraone SV, Rosenbaum JF (1997) Expressed emotion toward children with behavioural inhibition: associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 910-917.
- Jacob T, Johnson SL (1997). Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *Journal of Family Psychology* 11, 391-409.
- Jacob T, Johnson SL (2001). Sequential interactions in the parent-child communications of depressed fathers and depressed mothers. *Journal of Family Psychology* 15, 38-52.
- Kawamura KY, Frost RO, Harmatz MG (2002). The relationship of perceived parenting styles to perfectionism. *Personality and Individual Differences* 32, 317-327.
- Kerig PK (2003). Boundary dissolution. In Porzetti J, Hamon R, Kellar-Guenther Y, Kerig PK, Sales L, White J (a cura di) *International encyclopedia of marital and family relationships* (seconda edizione). Macmillan, New York.
- Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment, *Child Development* 61, 85-98.
- Lyons-Ruth K (1987). Infants at social risk: Relationships among infant maltreatment maternal behavior and infant attachment behavior, *Developmental Psychology* 22, 223-232.
- Laskey BJ, Cartwright-Hatton (2009). Parental discipline behaviours and beliefs about their child: associations with child internalizing and mediation relationships. *Child: care, health and development* 35, 5, 717-727.
- Lerew DR, Jackson RJ (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology* 106, 355-364.
- Lerew DR, Jackson RJ (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 532-537.
- Low SM, Stocker C (2005). Parental depressed mood, marital conflict, and adolescents' adjustment. *Journal of Family Psychology* 19, 394-403.
- Maller RG, Reiss S (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders* 6, 241-247.
- McCarty CA, McMahon RJ (2003). Mediators of the Relation Between Maternal Depressive Symptoms and Child Internalizing and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Family Psychology* 17, 4, 545-556.
- McClure EB, Brennan PA, Hammen C, LeBroque RM (2001). Parental anxiety disorders, child anxiety disorders and the perceived parent-child relationship in a Australian high-risk sample. *Journal of Abnormal Child Psychology* 29, 1-10
- Mclaughlin KA, Hatzenbuehler ML (2009) Stressful Life Events, Anxiety Sensitivity, and Internalizing Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 3, 659-669.
- Mills RSL, Freeman WS, Clara IP, Elgar FJ, Walling BR, Mak L (2007). Parent proneness to shame and the use of psychological control. *Journal Child Family Study* 16, 359-374.
- Parker G (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune e Stratton, New York.
- Piché G, Bergeron L (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés: modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology* 49, 4, 309-322.
- Pomerantz EM, Eaton MM (2001). Maternal intrusive support in the academic context: Transactional socialization processes. *Developmental Psychology* 37, 174-186.
- Pomerantz EM, Ruble DN (1998). The multidimensional nature of control: Implications for the development of sex differences in self-evaluation. In J Heckhausen e CS Dweck (eds) *Motivation and self-regulation across the life-span*, pp. 159-184. Cambridge University Press, New York.
- Rapee RM (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression.

Clinical Psychology Review 17, 47-67.

- Rubin KH, Mills RSL (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioral Science* 23, 300-317.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 226-261.
- Slesnick N, Waldron HB (1997). Interpersonal problem-solving interactions of depressed adolescents and their parents. *Journal of Family Psychology* 11, 234-245.
- Soenens B, Elliot AJ, Goossens L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B (2005). The intergenerational transmission of perfectionism: Parents' psychological control as an intervening variable. *Journal of Family Psychology* 19, 3, 358-366.
- Soenens B, Koen L, Vansteenkiste M, Luyten P, Duriez B, Goossens L (2008). Maladaptive Perfectionism as an Intervening Variable Between Psychological Control and Adolescent Depressive Symptoms: A Three-Wave Longitudinal Study. *Journal of Family Psychology* 22, 3, 465-474.
- Sroufe LA, Carlson E, Levy AK, Egeland B (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 11, 1-13.
- Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, Collins WA (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press, New York.
- Van-Doesum KTM, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Journal of Mental Health* 26, 157-176.
- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2008). The distribution of adult attachment representation in clinical group: Meta-analytic search for patterns of attachment. In H Steele, M Steele (eds) *Clinical application of the Adult Attachment Interview*, pp. 69-96. Guilford Press, New York.
- Walling BR, Mills RSL, Freeman WS (2007). Parenting cognitions associated with use of psychological control. *Journal Child Family Study* 16, 642-659.
- Weems CF, Hayward C, Kollen J, Taylor C (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology* 111, 3, 471-7.
- Whaley SE, Pinto A Sigman M (1999) Characterising interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 826-836.

Cristiana Patrizi*, Psicologa, Psicoterapeuta. Docente SPC-APC. Equipe per l'età evolutiva SPC-APC

Lucia Rigante**, Psicologa, Psicoterapeuta. Equipe per l'età evolutiva SPC-APC.

Elisa De Matteis***, Psicologa, Psicoterapeuta. Equipe per l'età evolutiva SPC-APC.

Lorenza Isola****, Psicologa, Psicoterapeuta. Didatta SITCC, SPC-APC. Coordinatore equipe per l'età evolutiva SPC-APC.

Valeria Giamundo*****, Psicologa, Psicoterapeuta. Docente SPC-APC. Equipe per l'età evolutiva SPC-APC.

Corrispondenza

cristiana_patrizi@yahoo.it

Viale Castro Pretorio 116 - 00185 Roma