



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione**

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Qualità delle interazioni familiari in famiglie con figli ricoverati per
problematiche neuropsichiatriche**

Quality of family interactions in families with children hospitalized for neuropsychiatric
problems

Relatrice

Prof.ssa Marina Miscioscia

Correlatrice

Prof.ssa Michela Gatta

Laureanda: Alessia Bragato

Matricola: 2016849

Anno Accademico: 2021/2022

Indice

ABSTRACT	5
CAPITOLO 1: LA PSICOPATOLOGIA IN ETÀ EVOLUTIVA	7
1.1 TIPICITÀ VS ATIPICITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA	7
1.2 I DISTURBI IN ETÀ EVOLUTIVA	12
1.2.1 <i>L'approccio multidimensionale alla diagnosi</i>	12
1.2.2 <i>I fattori di rischio ed i fattori di protezione</i>	13
1.2.3 <i>Il ricovero in neuropsichiatria infantile</i>	16
1.3 AUMENTO DEI DISTURBI IN ETÀ EVOLUTIVA A CAUSA DELLA PANDEMIA DI COVID-19	18
CAPITOLO 2: OSSERVARE LE INTERAZIONI FAMILIARI NEL CONTESTO PSICOPATOLOGICO	21
2.1 DALLO STUDIO DELLA DIADE ALLO STUDIO DELLA TRIADE	21
2.1.1 <i>L'approccio diadico</i>	21
2.1.2 <i>Il paradigma di osservazione della comunicazione face to face</i>	22
2.1.3 <i>Il paradigma della Still Face</i>	23
2.1.4 <i>Il paradigma dell'interazione Live-Replay</i>	24
2.1.5 <i>L'approccio triadico</i>	25
2.2 L'INFLUENZA DELLA FAMIGLIA NELLA PSICOPATOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA	27
CAPITOLO 3: LA RICERCA	31
3.1 OBIETTIVI ED IPOTESI	31
3.2 METODO	32
3.2.1 <i>I partecipanti</i>	32
3.2.2 <i>Strumenti</i>	33
3.3 LAUSANNE TRILOGUE PLAY (LTP): CARATTERISTICHE DELLO STRUMENTO	36
3.3.1 <i>Il modello sistemico alla base del Lausanne Trilogue Play</i>	36
3.3.2 <i>Il paradigma del Lausanne Trilogue Play</i>	38
3.3.3 <i>Applicazione del paradigma del Lausanne Trilogue Play</i>	42
3.4 PROCEDURA	43
CAPITOLO 4: RISULTATI	47

4.1 ANALISI STATISTICHE	47
4.1.1 <i>Caratteristiche interattivo-familiari del campione indagato</i>	47
4.1.2 <i>Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente</i>	48
4.1.3 <i>Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente riportate dai genitori</i>	50
4.1.4 <i>Correlazioni tra le interazioni familiari e gli aspetti depressivi riscontrati nell'adolescente</i>	57
4.1.5 <i>Correlazioni tra le interazioni familiari e gli aspetti ansiosi riscontrati nell'adolescente</i>	57
4.1.6 <i>Confronto tra famiglie riferito alle interazioni familiari e alla diagnosi dell'adolescente</i>	58
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE	61
5.1 DISCUSSIONE	61
5.2 LIMITI DI RICERCA	68
CAPITOLO 6: CONCLUSIONI	69
BIBLIOGRAFIA	71

ABSTRACT

È ormai noto, in letteratura, come siano diversi i fattori capaci di influenzare a livello comportamentale ed emotivo sia bambini che adolescenti; tra questi fattori viene considerata anche la relazione costruita con i *caregivers*, la quale è ritenuta essere una delle variabili avente la maggior predittività circa il benessere psicologico (Ackard et al., 2006).

Obiettivi: Il presente lavoro si propone di osservare il costrutto delle interazioni familiari nei pazienti ricoverati all'interno dell'UOC di Neuropsichiatria Infantile dell'ospedale di Padova, utilizzando la procedura del Lausanne Trilogue Play, al fine di comprendere come possa essere utile nella formulazione di una diagnosi globale completa e individualizzata.

Metodo: Per questo lavoro, sono stati considerati 77 adolescenti di età compresa tra i 7 ed i 17 anni ($M = 13,3$ $DS = 2,52$) che presentano una diagnosi primaria relativa a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare ricoverati presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile ed i rispettivi genitori.

Il nucleo familiare, formato da madre-padre-figlio, è stato sottoposto alla procedura Lausanne Trilogue Play. Ai pazienti sono stati somministrati i seguenti questionari: Youth Self-Report, Children's Depression Inventory Second Edition e Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition. Ai genitori sono stati somministrati i seguenti questionari: Child Behavior Checklist, Children's Depression Inventory Second Edition e MASC 2-Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition.

Risultati: Dall'osservazione dei dati emersi, si riscontra la presenza di una correlazione inversa significativa tra la gravità del quadro sintomatologico (internalizzante, esternalizzante e totale) presentato dall'adolescente e la qualità delle interazioni familiari che intercorrono tra i membri della triade (madre-padre-ragazzo). In corrispondenza di una maggiore severità della sintomatologia rilevata, si osserva, inoltre, un peggioramento nel sostegno e nella cooperazione all'interno della diade genitoriale, visibile anche nei risultati ottenuti comparando le quattro parti della procedura LTP, dove quella dedicata ad una scambievolezza diretta tra i due genitori risulta peggiore. Al contrario, sembra che

la presenza di conflitto si riduca. Infine, non sono state trovate, come invece ipotizzato, delle differenze interazionali significative nel confronto tra gruppi, ad eccezione di una peggiore prestazione per il gruppo di famiglie che presenta un paziente con disturbi d'ansia nella strutturazione del tempo e del gioco nella procedura LTP.

Conclusioni: Tramite l'impiego della procedura LTP, ampiamente utilizzata ed efficace nell'ambito della diagnosi e del trattamento, il presente studio ha permesso di osservare le dinamiche interattive che sembrano caratterizzare le famiglie di pazienti ricoverati all'interno della UOC di Neuropsichiatria Infantile.

In seguito ai risultati ottenuti, sono emersi alcuni limiti e aspetti che potranno essere ulteriormente approfonditi in studi futuri.

CAPITOLO 1: la psicopatologia in età evolutiva

1.1 Tipicità VS Atipicità in età evolutiva

Verso la metà del Novecento, autori significativi come John Bowlby, Anna Freud, Selma Fraiberg e René Spitz, iniziarono a sviluppare un nuovo ordinamento disciplinare nell'ambito dell'età evolutiva (Tambelli, 2017). Partirono dall'osservazione del disagio e del malessere che poteva essere espresso dal bambino, il quale diventava perno di congiunzione per ampliare l'osservazione dello sviluppo sano; in questo modo era possibile cercare di cogliere precocemente delle eventuali deviazioni, dei nodi patologici, che potevano inserirsi all'interno della traiettoria di sviluppo (Mash & Barkley 2014).

Inizialmente, autrici come Melanie Klein e Margaret Mahler descrivevano il bambino come un individuo passivo, isolato e simbiotico (Ammaniti, 2001); in seguito, le ricerche che sono state condotte negli anni Sessanta e Ottanta hanno modificato profondamente questa concezione, attribuendo al bambino le capacità di individuo attivo, con un ruolo di rilievo, di primo piano ed in grado di impegnarsi in uno scambio reciproco con i propri *caregivers* (Stern, 1989). Questa concezione venne modificata grazie alla focalizzazione sul primo caso infantile che sia mai stato descritto (Freud, *Caso del piccolo Hans*, del 1908): il primo passaggio chiave fu proprio quello di abbandonare la concezione del piccolo paziente descritto dal padre (bambino ricostruito), facendogli fare il suo ingresso nel setting clinico (bambino reale). A seguito di questo nuovo punto di vista, si inaugurò una nuova modalità nell'agire terapeutico, dove presero poi forma e si strutturarono il bambino osservato ed il bambino reale (Tambelli, 2017).

Il percorso bambino osservato - bambino reale - bambino clinico è fondamentale poiché ha permesso di delineare le traiettorie evolutive dello sviluppo, le quali hanno consentito in passato, ed ancor meglio oggi, di rilevare i punti di rottura e le disgiunzioni nelle quali può incorrere un individuo impegnato in un percorso strutturale verso la salute mentale (Tambelli, 2017). Per poter arrivare a questo risultato è stato necessario l'ascolto di ciò che il bambino aveva da dire, dei suoi gesti, delle sue posture, dei suoi pianti e delle sue reazioni; in questo modo, gli autori hanno dovuto cercare una nuova e differente modalità di sintonizzazione affettiva, la quale potesse aiutarli ad entrare empaticamente nel disagio

esperito dal bambino, che non poteva essere delineato efficacemente dal punto di vista dell'adulto (Tambelli, 2017).

Grazie a questa evoluzione, assume un valore fondamentale il contributo dell'*Infant Research* (Tambelli & Volpi, 2012), per merito della quale, tramite le osservazioni delle espressioni facciali del bambino e del genitore, sono stati rilevati gli affetti su base corporea (Hill, 2015). In questo modo, insieme al bambino reale, nel setting, viene inserito anche il genitore, nella considerazione centrale che, se il disturbo è riconducibile alla relazione, allora sarà la relazione a dove essere curata (Tambelli, 2017).

Dal momento in cui è stata riconosciuta la sofferenza esperita dal bambino, la comunità scientifica si è concentrata sulla traduzione nella comprensione del malessere, alla quale viene riconosciuta una modalità differente rispetto alla psicopatologia adulta (Tambelli, 2017). Si evidenzia, quindi, la presenza di modelli che aiutano a comprendere come lo sviluppo psicologico sia definibile come un complesso sistema, avente una propria continuità nel tempo e nei diversi contesti (Seligman, 2014).

Innanzitutto, è necessario evidenziare il concetto di transitorietà del disagio, che può dare comunicazione di una difficoltà temporanea oppure di un segno caratteristico indelebile di una trama relazionale contorta (Tambelli, 2017).

Avvalendosi di questa prospettiva evolutiva, è necessario considerare il fatto che l'organizzazione di personalità del bambino non è stabile (Palacio-Espasa, 2012), ma in fase di formazione, quindi estremamente mobile. Questo significa che, effettuando una valutazione diagnostica, il clinico deve chiedersi se si ha a che fare con un'organizzazione regressiva/conflittuale oppure se esiste ancora una sufficiente flessibilità per poter evolvere in una direzione maggiormente funzionale (Palacio-Espasa, 2012).

Infatti, nella mente dei bambini possono esistere "fantasmi" di passaggio, che agiscono sul piano storico e tematico, concentrandosi in aree quali il controllo sfinterico, l'alimentazione, il sonno o il comportamento, oppure "fantasmi" che possono penetrare più profondamente (Fraiberg et al., 1975), definendo così il livello di gravità della denuncia.

Nella valutazione diagnostica, si tiene quindi conto della instabilità e della dinamicità della sintomatologia in età evolutiva, creando una classificazione (Anders, 1989) che

distingue: turbe dello sviluppo (alterazioni passeggere, di breve durata), perturbazioni relazionali (la disfunzionalità interattiva è circoscritta ad una specifica area di sviluppo in maniera non rigida) e disturbi relazionali (i compiti evolutivi non sono completati, i modelli interattivi sono disfunzionali, rigidi ed estesi a varie aree).

Negli ultimi decenni, sono stati pubblicati studi, riguardanti lo sviluppo biologico e psicologico di popolazioni categorizzate come “normali”, che sono riusciti nell’impresa di promuovere una comprensione a livello eziologico, evolutivo e riferito alle conseguenze di molti disturbi mentali (Rolf et al., 1990).

In particolare, l’approccio teorico al quale va riconosciuto il grande merito di aver integrato discipline diverse (psicopatologia, psichiatria, biologia e psicologia dello sviluppo) allo scopo di ottenere una migliore comprensione delle condizioni per promuovere il benessere dell’individuo, va alla *Developmental Psychopathology* (Sroufe & Rutter, 1984): la psicologia evolutiva è la branca della ricerca che, negli ultimi decenni, ha contribuito maggiormente nell’affermare il forte bisogno di studiare la psicopatologia in relazione ai cambiamenti che vengono ritenuti più significativi nello sviluppo, allo scopo di definire in maniera dettagliata le fasi dello sviluppo evolutivo, di rilevare eventuali deviazioni e di programmare interventi coerenti.

Proprio in questo senso, gli autori propongono una cornice concettuale comune, grazie alla quale orientare la comprensione della psicopatologia riferendola alle tappe di sviluppo biologico, cognitivo e socio-emozionale dell’individuo (Sroufe & Rutter, 1984; Cicchetti & Cohen, 1995). Ciò ha avuto un impatto molto rilevante sia sulla comprensione dello sviluppo normale del bambino, comprendendo gli aspetti socio-emozionali, affettivi, relazionali e cognitivi, sia sull’individuazione delle prime distorsioni e deviazioni proprio da questo sviluppo. Si è, infatti, stati in grado di individuare precocemente degli specifici indicatori di rischio, soprattutto relativi alle prime relazioni riguardanti il bambino ed i suoi *caregivers* (Tambelli, 2017).

L’obiettivo non è, però, asserire che ogni psicopatologia insorga nei primi anni di vita dell’individuo, quanto piuttosto evidenziare il ruolo che i cambiamenti evolutivi hanno nel determinare le origini, i sintomi e l’evoluzione della psicopatologia (Remschmidt & Fombonne, 2001).

Si recupera così la definizione di *compiti evolutivi* proposta da Havighurst (1952), il quale sosteneva che l'individuo si deve confrontare con una serie di compiti specifici per l'età che devono essere risolti nel momento giusto (compiti concernenti ambiti come la regolazione degli affetti, lo sviluppo dell'attaccamento, l'autonomia e lo sviluppo del Sé, le relazioni amicali, l'adattamento scolastico); se ciò non dovesse avvenire nei tempi più o meno prestabiliti, la successiva fase dello sviluppo potrebbe risultare compromessa. Fondamentale è stato anche il contributo dato da Anna Freud (1969), la quale, criticando i sistemi diagnostici che si basavano solamente sui sintomi, sottolineava l'importanza e l'utilità di effettuare la valutazione della psicopatologia infantile sulla base della capacità dei bambini di approcciarsi e risolvere compiti coerenti al livello di sviluppo.

Un ulteriore principio chiave attribuito alla *Developmental Psychopathology* è rappresentato dalla concettualizzazione di continuità tra normalità e psicopatologia (Tambelli, 2017). Sappiamo, infatti, che la prospettiva legata alla disciplina è di tipo evolutivo e longitudinale, quindi ogni patologia viene analizzata nel suo sviluppo temporale (Cicchetti & Cohen, 1995). Il concetto di "continuità" include al suo interno elementi come la cronicità, la comorbidità e il ciclo di vita; inoltre, si distingue in continuità omotipica ed eterotipica (Tambelli, 2017). La continuità omotipica è riferita ad una traiettoria evolutiva inserita all'interno dello stesso quadro sindromico, quindi la testimonianza del medesimo disturbo nel tempo; la continuità eterotipica è, invece, riferita ad una traiettoria evolutiva che prevede una modificazione del quadro clinico, che rientra in una diversa categoria nosografica finale rispetto a quella iniziale (Tambelli, 2017).

Riferendosi, invece, ad una continuità tra una psicopatologia presentata da un genitore e quella presentata dal figlio, attualmente si è arrivati alla consapevolezza che la gran parte delle varie forme di psicopatologia è riconosciuta ad una molteplicità di fattori (Avenevoli & Merikangas, 2006), nonostante in precedenza la logica della causalità lineare sosteneva la realtà, più ancora che la probabilità, di un esito psicopatologico negativo per questi bambini. Risulta quindi opportuno descrivere i vari quadri psicopatologici in termini di percorsi devianti o traiettorie di sviluppo (Ammaniti, 2001).

Ci si può quindi domandare se la presenza, in infanzia, di un disturbo psicopatologico rappresenti un'alterazione stabile nel funzionamento tale per cui, nelle fasi di vita successive, vi sarà la manifestazione di disturbi psichici (Ammaniti, 2001).

É però noto come un'ampia gamma di esperienze differenti possano influenzare lo sviluppo di diversi circuiti neuronali (Lake & Chan, 2015).

Infatti, è riconosciuto come uno sviluppo normotipico nelle prime fasi di vita non renda esenti dall'eventuale comparsa di situazioni psicopatologiche nelle fasi successive. Ci si domanda, quindi, quale sia la prognosi per i disturbi infantili e quali siano le probabilità di incidere in modo positivo, tramite interventi terapeutici e preventivi, sull'evoluzione del disturbo e sulla prevenzione del rischio di svilupparlo (Ammaniti, 2001).

Rispondendo a questo quesito, possiamo affermare che è ormai riconosciuto come un disturbo psicologico in età evolutiva non presuppone necessariamente una continuità anche in età successive. Infatti, la presenza, durante un certo periodo della vita, di un determinato tipo di comportamento problematico in risposta a degli accadimenti contestuali/di sviluppo non viene ritenuto costituire di per sé un elemento psicopatologico nell'attualità, né, tantomeno, viene considerato come un indicatore prognostico (Caviglia & Zarrella, 2011).

In conclusione, gli esperti hanno concordato sul fatto che durante i primi tre anni di vita si debba parlare di disturbo relazionale, invece che di un vero e proprio disturbo psicologico individuale (Sameroff & Emde, 1991), questo perché non si può considerare il bambino come separato dal proprio contesto di crescita. Conseguentemente, è molto difficile, durante il periodo dell'infanzia, confrontarsi con un disturbo psicopatologico che comporta un'alterazione stabile del funzionamento, è più facile però confrontarsi con situazioni evolutive a rischio, che potrebbero condurre l'individuo allo sviluppo di forme psicopatologiche. Da questa fondamentale informazione deriva l'importanza di considerare sempre i fattori contestuali di vita del bambino, nei quali si realizzano le condizioni della normalità o le premesse di un disagio con un eventuale sviluppo di disturbo futuro (Ammaniti, 2001).

1.2 I disturbi in età evolutiva

1.2.1 L'approccio multidimensionale alla diagnosi

Nell'ambito diagnostico, storicamente, la condizione psicopatologica era definita e classificata basandosi su una tipologia di approccio "categoriale", ovvero, basato su sistemi di classificazione come l'*International Classification of Diseases* ICD-10 (World Health Organization, 1992) ed il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Questi sistemi diagnostici, e quindi l'approccio categoriale, risultano essere particolarmente utili poiché permettono di raggruppare i disturbi sulla base delle loro caratteristiche distintive, consentendo, in questo modo, il confronto tra le varie popolazioni cliniche nell'ambito della ricerca. Tuttavia, sono riscontrabili dei limiti per quanto riguarda l'estrema complessità delle patologie in ambito psicologico/psichiatrico: questa tipologia di approccio può risultare talvolta troppo rigida e poco adatta alla varietà di manifestazioni sintomatologiche, le quali, soprattutto durante l'età evolutiva, sono caratterizzate da una particolare variabilità ed una trasformazione continua (Egger & Angold, 2006a; Kapadia et al., 2020; Mazzoncini & Musatti, 2012). Inoltre, il grosso rischio è quello di identificare e trattare come malattia o come disordine psichiatrico quelle che possono rivelarsi come semplici differenze nel normale sviluppo o temperamento (Zeanah & Zeanah, 2019), oppure, ancora, di non tenere conto delle disabilità (Belfer, 2008). Un ulteriore limite riferito ad un approccio strettamente categoriale è dato dalla scarsa considerazione della relazione con i genitori e con i *caregiver*, la quale, al contrario, si è dimostrata avere un ruolo molto importante per la salute del minore (Egger & Angold, 2006a). È stata quindi proposta una classificazione basata su una tipologia di approccio "dimensionale", la quale permette di avere una maggiore flessibilità nella lettura delle manifestazioni patologiche. La peculiarità di questo tipo di approccio è data dal considerare i disturbi come variazioni quantitative all'interno di un continuum, modulato per gravità, tenendo in considerazione le variazioni della sintomatologia che possono caratterizzare un determinato disturbo (Mazzoncini & Musatti, 2012). È proprio grazie all'approccio dimensionale che risulta possibile formulare delle diagnosi che si collochino nel confine tra diverse categorie, oltre ad essere possibile identificare in modo molto più specifico quadri complessi nei quali sono presenti diverse comorbidità. Un altro

punto a favore è certamente quello di permettere di ridurre lo stigma che potrebbe essere associato all'appartenenza ad una determinata categoria diagnostica. Al contrario, un limite che è stato evidenziato è rappresentato dalla difficoltà che implica l'utilizzo di questa tipologia di approccio per confrontare le varie popolazioni cliniche in ambito di ricerca (van Meter et al., 2014). Cercando, quindi, di integrare pregi e limiti di entrambi gli approcci, l'*Evidence Based Medicine* (EBM) sollecita all'utilizzo in ambito clinico di un sistema categoriale per quanto concerne la formulazione diagnostica, includendo, però, anche le misure del temperamento, come, ad esempio, quelle che possono essere riportate dai genitori (Egger & Angold, 2006a; van Meter et al., 2014). Infatti, proprio per favorire questo utilizzo dei sistemi diagnostici, alcune scale trasversali sono state aggiunte nel DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), basandosi su un tipo di approccio centrato sul temperamento, descritto come una sorta di variazioni di comportamento o emozioni che non si associano specificatamente ad una psicopatologia.

1.2.2 I fattori di rischio ed i fattori di protezione

Nell'ottica in cui il bambino viene considerato attivo ed inscindibile all'interno del proprio ambiente di vita (Stern, 1989), la psicologia dell'età evolutiva considera di fondamentale importanza la relazione che intercorre tra l'infante ed il suo contesto sia familiare che extra-familiare.

Conseguentemente, a livello teorico, per porre una interpretazione coerente e corretta dei disturbi psicopatologici, si utilizza un modello eziopatogenetico bio-psico-sociale. Questo tipo di modello teorico ha la peculiarità di integrare sistematicamente fattori biologici/genetici, psicologici e sociali, tenendo anche conto delle loro complesse interazioni, allo scopo di comprendere la salute fisica, psicologica e data dal contesto di sviluppo, oltre che allo scopo di selezionare l'intervento terapeutico maggiormente appropriato (Lehman et al., 2017).

Appare chiaro, quindi, come i comportamenti prodotti dal bambino siano il risultato dell'interazione reciproca e continua tra fattori individuali – che possono essere temperamentali, costituzionali, genetici – e tra fattori ambientali/situazionali – che

possono essere lo stile cognitivo, l'ambito familiare, l'ambito educativo (Rutter, 2008; Rothbart et al., 1994).

Recentemente, diversi studiosi hanno pubblicato i risultati dei loro lavori, nei quali si dimostravano gli effetti mediati dall'ambiente in ambito psicopatologico: è stato osservato, ad esempio, come l'esposizione materna a sostanze tossiche, la presenza di psicopatologia nei genitori o l'esposizione ad eventi avversi/traumatizzanti durante i primi anni di vita del bambino potesse influire significativamente sulla comparsa, nel periodo evolutivo, di diverse tipologie di disturbi psicopatologici, sia nella sfera internalizzante che esternalizzante (Ensink et al., 2020; Jaworska-Andryszewska & Rybakowski, 2019; Menculini et al., 2020).

Proprio sulla base di tale teorizzazione, le più recenti normative e linee guida internazionali prevedono lo sviluppo di approcci integrati in situazioni particolarmente complesse. L'obiettivo è sia quello di assicurare la qualità degli interventi che vengono proposti ed applicati, che perseguire la loro efficienza operativa (WHO World Health Organization, 2005).

Sono complessivamente molti i fattori capaci di influire sulla salute mentale di un bambino o di un adolescente; essi possono essere suddivisi in fattori di rischio e fattori di protezione. Alla base di questa divisione, si colloca un modello di sviluppo della psicopatologia probabilistico, invece che deterministico, secondo il quale ad ognuno di questi fattori è attribuito un peso diverso, relativamente alla patologia che viene considerata, mentre uno stesso fattore ha la capacità di agire in modo trasversale, influenzando, così, più patologie (Vicari & Vitiello, 2015) (**Tabella 1**).

Tabella 1. Alcuni fattori di rischio e di protezione nella salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza.

Dati tratti da Vicari S. & Vitiello B., 2015.

	Fattori di rischio	Fattori di protezione
Biologico	Esposizione a tossine (tabacco, alcool) durante la gravidanza; tendenza genetica a sviluppare psicopatologia; trauma cranico; ipossia e altre complicanze alla nascita; malnutrizione; infezione da HIV e altre malattie	Buone capacità intellettive; sviluppo fisico adeguato all'età; buona salute fisica
Psicologico	Tratti di personalità disadattivi; deprivazione affettiva ed abuso sessuale e	Capacità di apprendere dall'esperienza; buona autostima; buone capacità di <i>problem-</i>

	fisico; temperamento difficile; disturbi dell'apprendimento	<i>solving</i> ; attitudine sociale
Familiare	Scarso accudimento; conflitti familiari; scarsa disciplina in famiglia; carenze nella gestione familiare; morte di un familiare	Attaccamento familiare; coinvolgimento positivo in famiglia; gratificazione per il coinvolgimento familiare
Scolastico	Rifiuto scolastico; ambiente scolastico non in grado di stimolare frequenza e apprendimento; istruzione irregolare/inappropriata	Coinvolgimento nella vita scolastica; rinforzo positivo nei risultati scolastici; identificazione nella scuola e nei bisogni di quel livello scolastico
Comunitario	Scarsa "efficacia comunitaria"; disorganizzazione della comunità; discriminazione ed emarginazione; esposizione alla violenza; mancanza di un "senso di luogo"; emigrazione	Legami con la comunità; opportunità per il tempo libero; esperienze culturalmente positive; modelli di comportamento positivi; gratificazione per il coinvolgimento nella comunità; legami con le organizzazioni della comunità, comprese le organizzazioni di tipo religioso

Considerando, in particolare modo, i fattori protettivi, attualmente è presente un gran numero di studi che dimostrano l'esistenza di un'associazione tra la qualità delle relazioni familiari ed il rischio di sviluppare varie condizioni psicopatologiche partendo già dall'infanzia, per arrivare fino all'adolescenza. È, infatti, noto come modelli di attaccamento di tipo sicuro abbiano la peculiarità di promuovere uno sviluppo emotivo e sociale molto positivo, in aggiunta a maggiori e migliori capacità di affrontare situazioni che implicano stress e una migliore abilità nell'adattarsi a cambiamenti e/o a situazioni avverse (Cabaj et al., 2014; Keeshin et al., 2014; Shah & Stewart-Brown, 2018).

Oltre alla qualità delle relazioni all'interno del nucleo familiare, che sono state trattate riportando studi che confermano le loro proprietà protettive - anche se è opportuno evidenziare anche come una tipologia di attaccamento disfunzionale possa, invece, fungere da fattore di rischio, con la possibilità di avere come esito una condizione psicopatologica - si considerano come potenziali fattori protettivi o di rischio anche il contesto sociale in cui il bambino/adolescente vive e cresce, la comunità nella quale è inserito e l'ambiente scolastico, nel quale il tempo trascorso è particolarmente rilevante (Blair & Ford, 2019; Leventhal & Brooks-Gunn, 2003; Rabinowitz et al., 2016).

In conclusione, si potrebbe affermare che l'analisi delle relazioni familiari, in primis, risulti un elemento centrale, dovendo effettuare un bilancio clinico di bambini/adolescenti e famiglie. Infatti, l'osservazione dei fattori di protezione e delle risorse, unita all'osservazione dei fattori di rischio, rappresenta un'importante fonte di informazioni, al

fine di selezionare ed attuare una determinata tipologia di trattamento (Simonelli et al., 2012).

1.2.3 Il ricovero in neuropsichiatria infantile

Le patologie neuropsichiatriche proprie dell'età evolutiva sono delle realtà che comprendono molteplici situazioni, le quali presentano varie sfaccettature, risultando così molto diverse tra di loro. Non è rara, inoltre, la necessità di effettuare una presa in carico a lungo termine e globale, intendendo, con ciò, la necessità di includere non solo il paziente, ma anche tutto il suo contesto familiare (Davies & Lowes, 2006).

Al fine, dunque, di effettuare una valutazione ed una gestione multi-dimensionale e multi-assiale del paziente e l'integrazione multi-professionale e multi-istituzionale, è necessario coinvolgere risorse organizzative coordinate, oltre ad appoggiarsi ad un contesto di attaccamento ai Servizi nelle varie realtà territoriali che sia il più solido ed efficiente possibile. Si tratta di un concetto sul quale riflettere in particolar modo, poiché, in Italia e nel mondo, accade che molti pazienti in età evolutiva affetti da una qualche forma di psicopatologia ricevano delle risposte parziali e frammentarie, proprio a causa di un sistema di servizi insufficiente per risorse e modelli organizzativi (Farruggia & Costa, 2016; McCartney, 2017).

È fondamentale tenere presente che l'età evolutiva è caratterizzata da un'estrema plasticità cerebrale: se è vero che la neuroplasticità inizia a ridursi a seguito della prima infanzia (Bettio et al., 2019), è altrettanto vero che l'età adolescenziale viene descritta come un altro periodo in cui questo tipo di processi neurali tornano ad essere maggiormente dinamici. Per questo motivo, tale periodo rappresenta un'importante finestra in cui è possibile intervenire su alcune traiettorie evolutive sviluppate partendo dall'infanzia (Kolb et al., 2017; Shah & Stewart-Brown, 2018). Appare quindi evidente come una diagnosi completa e corretta unita ad un tempestivo e adeguato intervento possano, in una gran parte dei casi, cambiare la storia naturale della condizione patologica oltre che prevenire le numerose sequele, evitando così un decorso ingravescente ed invalidante, che peserebbe notevolmente a livello emotivo, sociale ed economico sull'individuo, sulla famiglia e sulla società (Carratelli et al., 1998).

Il ricovero diventa, così, l'occasione per poter strutturare in maniera molto rapida ed altrettanto personalizzata un intervento che rispecchi il più possibile caratteristiche multi-professionali e multi-metodo, sia sul momento, ovvero durante il regime di ricovero ospedaliero, che in seguito, durante la presa in carico territoriale. Infatti, il *setting* che costituisce il contesto del ricovero risulta particolarmente indicato per attuare una presa in carico intensiva, rapida ed incisiva (Morini et al., 2016).

È importante sottolineare che un intervento efficace per il trattamento e la prevenzione in età evolutiva deve essere centrato non solo sul diretto interessato, ma su tutta la sua famiglia (Cullins et al., 2016).

L'ospedalizzazione è pensata per patologie psichiatriche acute, gravi o giudicate di elevata complessità, soprattutto quando il completamento del percorso diagnostico e l'avvio del percorso terapeutico/riabilitativo sono in stretta connessione tra loro, richiedendo un'attivazione in modo tempestivo e coordinato; l'ospedalizzazione, inoltre, garantisce un'assistenza di tipo continuativo ed intensivo in situazioni che, a causa della complessità, dell'ampia problematicità o gravità, non si prestano ad essere gestite a livelli di minor intensità assistenziale (Carratelli et al., 1998). È possibile nominare ulteriori funzioni attribuibili all'ospedalizzazione, come lo stabilizzare la condizione patologica clinica in atto, il monitorare situazioni complesse, il preparare il paziente al passaggio da un livello di trattamento ad un altro, l'attuare (qualora si ritenga indispensabile) un allontanamento transitorio dall'ambiente di vita del paziente (Carratelli et al., 1998).

L'allontanamento dall'ambiente nel quale il paziente vive abitualmente è, in genere, fondamentale da evitare qualora si verifichi la presenza di un disturbo psicologico/psichiatrico in età evolutiva; tuttavia, in situazioni delineate da specifiche caratteristiche, la rimozione temporanea e rapida dei fattori di rischio contestuali/ambientali può essere indispensabile per poter effettuare una valutazione adeguata e corretta, oltre che per avviare gli interventi terapeutici necessari e fare in modo che il loro proseguimento sia favorito (Scali, 2010). In seguito, è necessario guidare il re-inserimento in un ambiente di vita idoneo, coinvolgendo tutto il sistema dei Servizi Territoriali di cui il caso specifico necessita.

Le condizioni psicopatologiche che più spesso richiedono ai pazienti di essere inseriti in un regime di ricovero sono i disturbi dell'umore, l'ideazione suicidaria o i tentativi di

suicidio, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi d'ansia (Amianto et al., 2021; Harpaz-Rotem et al., 2005 a; Häßler et al., 2020).

In conclusione, il momento di ricovero rappresenta un'occasione per effettuare un inquadramento diagnostico il più approfondito possibile ed avviare e/o orientare gli interventi terapeutici secondo le necessità personali del singolo paziente. È noto come una quota considerevole di minori con diagnosi di disturbi psicologici/psichiatrici richieda e benefici di una presa in carico a medio-lungo termine, specialmente se affetti da problematiche severe e ricche di comorbidità: ciò è vero per la maggior parte dei pazienti ricoverati, infatti, dalla letteratura è emerso come vi sia un'elevata comorbidità nei disturbi psicologici/psichiatrici nell'età evolutiva (Kessler et al., 2007), con una prevalenza stimata fino al 25.5%; il rischio di avere una diagnosi psicopatologica è tre volte maggiore nei pazienti che ne hanno già diagnosticata una (Costello et al., 2003).

La comorbidità è una condizione patologica che aumenta la gravità del disturbo ed il suo impatto sul funzionamento adattivo, costituendo, di fatto, un indicatore prognostico sfavorevole e richiedendo una maggiore complessità nella gestione riabilitativa/terapeutica; rappresenta, di conseguenza, un maggior rischio per la permanenza dei disturbi in età successive e nell'età adulta (Vicari & Vitiello, 2015), poiché spesso esiste una correlazione tra un'età precoce di esordio di psicopatologia e una maggiore gravità e persistenza del disturbo (Kessler et al., 2007).

L'individuazione, la diagnosi e l'intervento precoci possono essere fondamentali nel ridurre la persistenza e la gravità dei disturbi primari, ma possono essere altrettanto fondamentali per prevenire, ritardare o mitigare l'insorgenza di eventuali disturbi secondari (Brauner & Stephens, 2006; Kessler et al., 2007; Patton et al., 2014).

1.3 Aumento dei disturbi in età evolutiva a causa della pandemia di COVID-19

Il COVID-19 è stato classificato come pandemia l'11 marzo 2020 e, da quel momento, si stima che circa 139 milioni di bambini e adolescenti sparsi in tutto il mondo siano stati costretti a sottostare a delle norme di sicurezza particolarmente gravose: le istituzioni educative sono state chiuse e i luoghi di aggregazione sociale sono stati sospesi e/o fortemente limitati.

Sebbene il numero totale di bambini colpiti dall'infezione non sia particolarmente alto e la maggior parte di essi abbia manifestato solamente sintomi lievi, è molto probabile che la malattia e le misure di contenimento imposte abbiano avuto un impatto negativo sulla loro salute mentale ed il loro benessere (Imran et al., 2020).

Le emergenze legate alla salute pubblica, come appunto le pandemie, incidono sulla salute fisica e mentale; i bambini risultano essere particolarmente vulnerabili a causa della loro limitata comprensione dell'evento e alle loro strategie di coping limitate. Inoltre, la chiusura delle scuole e la separazione dagli affetti sociali possono essere fonte di stress ed ansia. Il modo in cui un bambino riesce a rispondere ad una situazione di crisi è dato dalla sua precedente esposizione a situazioni d'emergenza, dalla sua salute fisica e psicologica, dalle circostanze socioeconomiche della famiglia e dal *background* culturale (Dalton et al., 2020).

Sono diversi i lavori che hanno dimostrato come eventi di crisi abbiano un impatto negativo sul benessere psicologico, manifestando più comunemente ansia, depressione, disturbi del sonno, disturbi dell'appetito e compromissione delle interazioni sociali. Recentemente, uno studio condotto in Cina ha osservato le manifestazioni di disagio comportamentale ed emotivo in bambini ed adolescenti, a causa della pandemia. È emerso che distrazione, irritabilità e paura che i membri della famiglia possano contrarre il virus sono state le problematiche maggiormente riscontrate (Jiao WY et al., 2020).

Per la fascia adolescenziale la difficoltà maggiore è stata imputata alla perdita delle relazioni sociali, che si configura come una componente particolarmente importante per il loro sviluppo (Davis & Clifton, 1995). Gli adolescenti possono quindi sperimentare frustrazione, nervosismo, disconnessione, nostalgia e noia, a causa del distanziamento imposto.

In un articolo pubblicato a marzo 2020 sul *New York Times*, la psicologa clinica Lisa Damour sottolineava il particolare significato, per i ragazzi, che poteva avere la perdita subita dei riti di passaggio, ritenuti necessari per riuscire a conquistare l'indipendenza (Damour, 2020).

In particolare, i bambini/adolescenti con bisogni speciali, come disturbo dello spettro autistico o disabilità neurocognitiva, sono particolarmente vulnerabili agli impatti psicologici di questo genere di situazioni: possono manifestare frustrazioni a causa delle interruzioni della loro routine quotidiana (Lee, 2020) e mostrare comportamenti

problematici come irritabilità, aggressività e ritiro sociale se le sessioni terapeutiche vengono interrotte (Bertelli et al.).

I bambini, messi in quarantena a causa del sospetto di aver contratto il Covid-19 o a causa della diagnosi della malattia, possono sviluppare disturbi della salute mentale relativi all'ansia, allo stress acuto e ai disturbi dell'adattamento (Liu JJ et al., 2020). Infatti, la separazione dai genitori, la stigmatizzazione, la paura di una malattia sconosciuta e la situazione di isolamento sociale, possono avere un impatto molto negativo su di essi. Uno studio, in particolare, mostra come si verifichi un aumento di quattro volte dei punteggi medi di stress post-traumatico nei bambini in una situazione di quarantena (Brooks et al., 2020). Un altro studio, condotto qualche anno fa, ha riportato che il 30% dei bambini che ha vissuto una situazione di quarantena soddisfaceva i criteri per il PTSD (Sprang & Silman, 2013).

Relativamente alla realtà italiana, è da diverso tempo che molte strutture ospedaliere appositamente dedicate alla gestione dell'emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva hanno segnalato un aumento allarmante di accessi al pronto soccorso e un aumento di ricoveri di ragazze e ragazzi in stato di sofferenza psicologica acuta, con una costante saturazione dei posti letto dedicati (Parrino et al., 2021). Fra le cause principali, si ritiene avere particolare rilevanza l' "attacco al corpo", nelle diverse accezioni nelle quali il malessere adolescenziale si può manifestare: autolesionismo, disturbi alimentari, consumo di sostanza d'abuso, tentati e mancati suicidi; a questa categoria di disturbi si affiancano disturbi di panico ed ansia acuti, stati fobici con marcato ritiro sociale, stati dissociativi con alterazioni senso-percettive, crisi di dirompenza spesso intrafamiliare.

CAPITOLO 2: Osservare le interazioni familiari nel contesto psicopatologico

2.1 Dallo studio della diade allo studio della triade

2.1.1 L'approccio diadico

All'interno dell'ambito dell'*Infant Research* si sono sviluppati i primi paradigmi diadici, grazie all'incontro di prospettive teoriche diverse, come la prospettiva interazionista di matrice vygotskijana, la psicoanalisi delle relazioni oggettuali e la teoria dell'attaccamento. Il porre alla base dello sviluppo mentale del bambino l'interazione e la relazione con le sue figure di riferimento era l'assunto che esse condividevano l'una con l'altra. L'affermazione della centralità attribuita all'esperienza intersoggettiva, per tutte queste prospettive, rappresentava la rottura e la strutturazione di un nuovo paradigma (Simonelli et al., 2012).

Già a partire dagli anni Settanta, nell'ambito della psicologia evolutiva, si è spostata l'attenzione sul bisogno di studiare lo sviluppo del bambino nei contesti di relazioni sociali nelle quali cresce. Proprio partendo da questo assunto, i contesti di interazione madre-bambino, che sono tipicamente i primi contesti sperimentati dal neonato, diventano oggetto privilegiato di studi fondamentali che hanno avuto il merito di mettere in luce come azioni espressive agite dal neonato siano coordinate in maniera precoce a quelle della madre (Simonelli et al., 2012).

Allo stesso modo, la psicoanalisi delle relazioni oggettuali e la teoria dell'attaccamento condividono una base teorica che si riferisce all'affermazione di una motivazione relazionale che porta il bambino, fin da quando nasce, ad avvicinarsi e interagire con una figura di riferimento, indipendentemente da che vi sia o meno un soddisfacimento pulsionale (Bowlby, 1969; Klein, 1959).

Come conseguenza alla diffusione di queste prospettive teoriche, l'osservazione diretta delle interazioni messe in atto tra madre e bambino ha utilizzato, fin dai primi studi, i principi della teoria dei sistemi. Il modello sistemico-diadico dell'interazione (Sander, 1987) costruisce il fondamento per i modelli di mutua regolazione (Beebe & Lachmann, 2002; Fogel, 1993; Tronick, 2005). Secondo entrambe queste teorizzazioni, l'interazione riferita alla mamma e al bambino rappresenta un sistema diadico dinamico nel quale le modalità di autoregolazione e le abilità di entrambi i partner influenzano profondamente

il modo in cui la regolazione interattiva procede: i due soggetti coinvolti si influenzano, così, a vicenda.

Infatti, nel sistema di comunicazione madre-bambino, che si attiva fin dai primi mesi di vita, l'esperienza legata all'intersoggettività viene spiegata come un processo di vicendevole regolazione di attenzione e di stati affettivi (Beebe & Lachmann, 2002). Così, il concetto di mutua regolazione dimostra come il comportamento di ciascun partner sia contingente o comunque influenzato da quello dell'altro. Gli studiosi Beebe e Lachmann (2002) evidenziano anche come ciò non significhi che ci si riferisce ad una relazione "simmetrica", proprio perché i partner si influenzano in modi ed in misura diversa; in aggiunta, ciò non significa che si parli necessariamente di una interazione positiva, poiché anche gli scambi comunicativi avversivi o disturbati si sviluppano tramite un processo di mutua regolazione.

I dati che sono stati utilizzati come fondamento per la teorizzazione di tali concetti sono stati raccolti utilizzando una serie di paradigmi di ricerca sperimentali ed osservativi focalizzati sulla comunicazione *face to face* messa in atto tra madre e bambino.

2.1.2 Il paradigma di osservazione della comunicazione face to face

L'individuazione della situazione *face to face* ha rappresentato il primo passo nel percorso di definizione dei paradigmi diadici: essa era vista come contesto privilegiato della comunicazione diadica. La situazione *face to face* consente di restringere le variabili attribuibili al contesto sociale e di controllarne qualcuna (es. la posizione del neonato nel seggiolino reclinabile) (Simonelli et al., 2012).

Il paradigma di ricerca è osservativo e fondato su una videoregistrazione, la quale viene poi analizzata dividendo le sequenze di comunicazione spontanea tra i soggetti in micro-parti.

In un famoso studio condotto, utilizzando questo paradigma, da Brazelton e colleghi (1974) è stato dimostrato come, già a partire da tre settimane di vita, i bambini siano in grado di mostrare pattern differenziati di attenzione in risposta a oggetti e persone.

In seguito a questa scoperta, il paradigma è stato usato per osservare la comunicazione spontanea *face to face*, allo scopo di esplorare le caratteristiche proprie dell'interazione madre-bambino e il contributo di entrambi i partner alla relazione (Simonelli et al., 2012).

Ciò che è stato scoperto riguarda il fatto che la maggior parte delle madri si “sintonizza” (Stern et al., 1985) sui contenuti affettivi che vengono espressi dal loro bambino, mentre i bambini hanno la tendenza ad osservare attentamente il volto materno, producendo poi delle espressioni affettivamente contingenti a quelle recepite, mettendo in luce una capacità precoce di comunicazione intersoggettiva (Trevarthen, 1979).

Negli ultimi anni è stato anche dimostrato come, già a partire da due mesi di vita, i bambini abbiano la capacità di coinvolgersi in modo attivo con le proprie madri in processi di mutua regolazione degli stati affettivi (Lavelli & Fogel, 2005), e come la qualità dell'esperienza comunicativa *face to face* (Jaffe et al., 2001) e lo stile espressivo affettivo materno (Pauli-Pott & Mertesacker, 2009) già a partire da quattro mesi di vita predicano la qualità dell'attaccamento.

In conclusione, è oggi noto come la comunicazione *face to face* aumenti in maniera sostanziale partendo dal secondo mese di vita, quando il bambino inizia ad esprimere un coinvolgimento attivo, mettendo in atto sequenze interattive (come vocalizzazioni, movimenti delle mani, contatto oculare e sorrisi) nei confronti della madre. L'alternanza di turni che si generano richiama così la conversazione tra due interlocutori (Fogel, 1977; Lavelli & Fogel, 2005).

È stato, in seguito, ipotizzato che i bambini possano anche dimostrarsi sensibili alle violazioni delle regole dell'interazione che avviene nella comunicazione *face to face*, testando poi questa ipotesi grazie all'applicazione di nuovi paradigmi sperimentali, come quello della Still Face (Tronick et al., 1978), che si sono rivelati fondamentali per lo studio relativo alle aspettative del bambino nei confronti del proprio *caregiver*.

2.1.3 Il paradigma della Still Face

Tronick e collaboratori (1978) crearono il paradigma sperimentale della Still Face per dimostrare l'ipotesi secondo la quale il bambino, fin dai primi mesi di vita, è in possesso di aspettative riguardanti la reciprocità della comunicazione *face to face* con il proprio *caregiver*, e che possa, quindi, tentare di cambiare il comportamento di un *caregiver* che viola queste aspettative, reagendo negativamente in caso di insuccesso.

Vari esperimenti condotti sono riusciti a dimostrare che bambini di due mesi (Field et al., 1986; Muir & Hains, 1993), a seguito di un comportamento materno che diventa

inaspettatamente immobile ed inespressivo, riducono l'attenzione sul volto materno e i sorrisi, mostrando poi indici di crescente ritiro dall'interazione e sconforto. È stato anche osservato come, una volta ripresa un'interazione affettiva adeguata, i bambini manifestavano ancora espressioni di affetto negativo, testimoniando così una certa persistenza dello stress vissuto (Toda & Fogel, 1993).

L'utilizzo di questo paradigma ha contribuito sia a far luce sulle aspettative dei bambini nati da poco rispetto alla reciprocità nella comunicazione interpersonale, che sulle condotte di regolazione emotiva che i bambini sono in grado di mettere in atto, precocemente, in una situazione di stress (Simonelli et al., 2012).

Inoltre, i risultati ottenuti mostrano come le differenze individuali individuate nei comportamenti (messi in atto durante la procedura) e le strategie di autoregolazione prima e di "recupero" dell'interazione dopo siano significativamente connesse alla disponibilità e alla responsività emotiva interiorizzate dal bambino nei primi mesi di interazione con la madre. Infatti, i bambini che accennano a dei tentativi di "recupero" con la madre, riuscendo successivamente a riprendere l'interazione e ritrovare il contatto, sono coloro che vengono accuditi da madri che dimostrano contingenza (Mcquaid et al., 2009) e rispecchiamento (Bigelow & Walden, 2009), oltre ad un alto livello di disponibilità emotiva (Kogan & Carter, 1996).

Il limite, che è stato dimostrato da questa procedura, ha a che fare con l'impossibilità di distinguere chiaramente a quale tipo di violazioni delle regole dell'interazione (come la contingenza sequenziale o la qualità affettiva) i bambini siano precocemente sensibili (Simonelli et al., 2012).

2.1.4 Il paradigma dell'interazione Live-Replay

Il paradigma dell'interazione *Live-Replay* (Murray & Trevarthen, 1985) è stato creato allo scopo di "completare" il paradigma della Still Face, approfondendo l'esplorazione della sensibilità del bambino rispetto alla violazione della contingenza durante la comunicazione *face to face* con il *caregiver*. Precisamente, l'obiettivo era quello di studiare e differenziare l'effetto della violazione della contingenza sequenziale/temporale e l'effetto della violazione della contingenza affettiva.

I risultati ottenuti in diversi esperimenti (Nadel et al., 1999; Soussignan et al., 2006), che avevano come protagonisti bambini di due mesi, dimostrano che nella fase di *replay* (dove veniva loro mostrato un filmato della madre, la quale presentava espressioni prevalentemente positive, ma non contingenti) i bambini manifestavano un decremento della durata dello sguardo rivolto alla madre e un aumento degli indici di disagio e confusione. Appariva quindi evidente come la qualità affettiva positiva delle espressioni della madre non fosse sufficiente a mantenere un coinvolgimento del bambino nella comunicazione *face to face*, nel caso in cui venisse a mancare la contingenza temporale da parte del *caregiver*.

È stato anche osservato che bambini di tre mesi con madri capaci di un elevato rispecchiamento affettivo sono in grado di differenziare chiaramente la condizione di interazione *live* da quella in *replay*: nella prima, infatti, si coinvolgono manifestando espressioni di affetto positivo e attenzione al volto della madre, mentre, nella seconda, incrementano i segnali di disorientamento. Al contrario, i bambini che fanno esperienze di interazione con madri che mettono in atto un basso rispecchiamento affettivo hanno la tendenza a differenziare solamente la durata dello sguardo che rivolgono alla madre (Legerstee & Varghese, 2001).

Infine, è stato anche osservato come, già a due mesi, i bambini che interagiscono con madri depresse si dimostrano meno sensibili dei coetanei rispetto alla mancata contingenza dei comportamenti messi in atto dalla madre (Nadel et al., 2005), mostrando degli atteggiamenti emozionali che potrebbero essere ricondotti ad una precoce strategia di evitamento passivo degli eventi causa di stress.

2.1.5 L'approccio triadico

A partire dagli anni Ottanta, le studiose Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery (1999) iniziarono a porsi dei quesiti circa le competenze di interazione “triangolare” del bambino, ovvero dell'interazione del bambino, fin dai primi mesi di vita, con entrambi i suoi *caregivers* in contemporanea.

In maniera particolare, le autrici sollevano un dubbio riguardo all'idea, fino a quel momento ampiamente condivisa, dei paradigmi più utilizzati nella ricerca sui primi sviluppi dell'intersoggettività, circa il fatto che il bambino sia naturalmente predisposto

ad interazioni in primo luogo diadiche. Sostenevano, infatti, che questa predisposizione del bambino poteva essere data non da un limite del bambino stesso, ma dal setting sperimentale diadico che gli studiosi avevano, fino a quel momento, creato (Simonelli et al., 2012).

I modelli teorici, che avevano come base lo studio dell'interazione diadica, descrivevano lo sviluppo dell'esperienza intersoggettiva nel primo anno come un processo che ha origine nella co-partecipazione degli stati affettivi durante la comunicazione *face to face* adulto-bambino fin dal secondo/terzo mese, che diminuisce poi dopo qualche mese a causa del crescente interesse del bambino per gli oggetti, per continuare poi a sei mesi manifestando le prime forme di condivisione attentiva con l'adulto nei confronti degli oggetti; alla fine, tra i nove e i dodici mesi, emerge il contesto triadico formato da adulto-bambino-oggetto, nel quale il bambino fa esperienza di condivisione di attenzione, stati affettivi e intenzioni (Lavelli, 2007).

Secondo i nuovi modelli teorici, che si fondano sullo studio dell'interazione triadica, lo sviluppo dell'esperienza soggettiva non si esplicita in un passaggio da uno scambio limitato alla diade ad uno scambio in cui viene coinvolto un terzo polo, ma, già all'origine, può essere triadico, se viene considerata l'esperienza del bambino con entrambi i suoi genitori, quindi con due persone, anziché con una persona ed un oggetto (Simonelli et al., 2012).

I dati raccolti sembrano suggerire, infatti, che i bambini siano in grado di utilizzare un programma triangolare allo scopo di comunicare con un gruppo di tre persone (Fivaz-Depeursinge et al., 2005): a partire dal terzo mese, riescono ad impegnarsi in un gioco triadico, orientando il volto e distribuendo il livello attentivo in maniera differente a seconda del proprio ruolo.

Tenendo in considerazione, dunque, che i bambini sono in relazione con più persone dal momento della nascita e che la capacità di riuscire ad interagire in contesti diversi con più di una persona costituisce un vantaggio adattivo (Fivaz-Depeursinge et al., 2005), l'approccio triadico si concentra proprio sullo studio di tale competenza e dello sviluppo delle relazioni primarie in contesti relativi all'interazione triangolare.

I paradigmi sperimentali che sono stati utilizzati per lo studio delle abilità triadiche sono: il paradigma dell'Esclusione, il paradigma di osservazione dell'interazione nella triade familiare in un contesto naturale e il Lausanne Trilogue Play.

2.2 L'influenza della famiglia nella psicopatologia dell'età evolutiva

È noto come siano diversi i fattori capaci di influenzare a livello comportamentale ed emotivo sia bambini che adolescenti; tra questi fattori viene considerata anche la relazione costruita con i *caregivers*, la quale è ritenuta essere una delle variabili avente la maggior predittività circa il benessere psicologico (Ackard et al., 2006).

È importante sottolineare che le famiglie non hanno solamente il ruolo di fungere da modello per le future interazioni sociali, ma sono anche necessarie affinché il bambino inizi a sviluppare un senso di sé all'interno di un contesto multipersonale (Favez et al., 2006).

La mutualità della cogenitorialità include il grado di supporto e coordinazione tra gli adulti che sono impegnati nel fare i genitori insieme (McHale, 2007a). I modelli che si sviluppano all'interno del sistema familiare diventano, così, le caratteristiche della relazione che intercorre tra la coppia genitoriale, tra il singolo genitore ed il figlio e tra tutto il sistema familiare (McHale et al., 2018; McHale & Fivaz Depeursinge, 1999). In questo modo, si può creare un modello familiare di supporto allo sviluppo del figlio oppure un modello familiare conflittuale, che può avere delle conseguenze sull'emergente senso di sicurezza del bambino (Negrini, 2020).

Durante l'infanzia, lo sviluppo dell'autoregolazione emotiva è ritenuto essere soggetto a una grande influenza da parte dei *caregivers* (Tambelli, 2017): questa particolare capacità permette di tollerare la frustrazione, ritardare la gratificazione, esprimere le emozioni e frenare gli impulsi aggressivi. Essere in grado di esercitare l'autoregolazione permette di interagire meglio con i coetanei; al contrario, esercitare una scarsa autoregolazione potrebbe portare ad agire comportamenti esternalizzanti. Quando il bambino nasce viene etero-regolato grazie ai suoi genitori, ma, con il tempo, il bambino acquisisce maggiori competenze fino ad arrivare all'autoregolazione; tuttavia, la mediazione dei *caregivers* risulta fondamentale per la creazione di modelli operativi interni che permettono, in seguito, al bambino di tollerare la frustrazione e regolare le reazioni emotive (Frankel et al., 2012).

Generalmente, comunque, la sensibilità che il *caregiver* è in grado di provare e manifestare (che implica la capacità di interagire con il bambino al suo livello di sviluppo e la capacità di strutturare l'interazione, avendo come obiettivo lo scopo di aiutare il

bambino a raggiungere un livello di sviluppo superiore rispetto a quello che potrebbe raggiungere da solo) viene associata ad *outcome* positivi come l'attaccamento sicuro, l'acquisizione del linguaggio, l'autoefficacia e le modalità di gioco mature (Bigelow et al., 2004). A tale proposito, si è osservato come la reattività contingente dei caregivers al comportamento del bambino riesca a comunicare un affetto condiviso, affermando la loro realtà e consentendo di percepire la propria efficacia nel produrre delle risposte (Bigelow et al., 2010).

Ad oggi, sono disponibili studi che hanno indagato come una relazione coniugale conflittuale, unita a delle difficoltà che si ripercuotono sulla sfera genitoriale, sia in grado di influenzare profondamente lo sviluppo cognitivo e affettivo-relazionale del figlio (Barthassat, 2014; Mchale et al., 2008): è stato, infatti, osservato come dinamiche di coparenting competitive ed ostili, messe in atto durante il periodo dell'infanzia, anticipino un adattamento di tipo problematico, oltre a predisporre all'insorgenza di problematiche di tipo esternalizzante, tra le quali aggressività, scarso controllo degli impulsi e disregolazione (Negrini, 2020; Schoppe-Sullivan & Mangelsdorf, 2013).

Appare evidente come il conflitto, vissuto e agito all'interno della coppia genitoriale, influenzi tutto il sistema familiare: esso, infatti, influisce sulle relazioni che intercorrono tra il genitore con il figlio e anche nelle relazioni tra fratelli; spesso, inoltre, determina, nei figli, sentimenti di rabbia, angoscia ed aggressività (Cummings et al., 1994; Zou & Wu, 2020).

Sempre a proposito del concetto relativo allo sviluppo dell'autoregolazione, viene dimostrato come l'incoerenza, l'ostilità e l'imprevedibilità agite dai genitori abbiano il potere di interferire sullo sviluppo delle capacità regolatorie del bambino (Negrini, 2020). Invece, contrariamente a ciò che si pensa, la perdita o la separazione della coppia genitoriale sembra definibile come un fattore di rischio lieve, a meno che la mancanza di un genitore conduca ad una funzione genitoriale maggiormente disarmonica (Cummings et al., 1994).

L'abilità dei genitori nel mantenere una relazione funzionale con il proprio figlio diventa particolarmente impegnativa durante il periodo di conflitto genitori-figli, che è tipico dell'adolescenza (Allen et al., 1994; Paikoff & Brooks-Gunn, 1991). Kobak e colleghi (1993) hanno affermato che se viene stabilita, fin dall'infanzia, una coerenza educativa

tra genitori e figli, allora sarà possibile, per il ragazzo, utilizzare strategie flessibili per la negoziazione tra i bisogni di sé e degli altri, guidando il rapporto con i genitori verso una maggiore autonomia durante il passaggio all'adolescenza. Tuttavia, i cambiamenti che vengono riscontrati in adolescenza pongono sfide per la valutazione delle relazioni che intercorrono all'interno del nucleo familiare (Obsuth et al., 2014).

Sono diversi gli studi, tra i quali quello di Ackard e colleghi (2006), Melchior & van der Waerden (2016) e Shah & Stewart-Brown (2018), che si sono dedicati all'analisi dell'associazione che intercorre tra la relazione costruita all'interno del nucleo familiare e l'insorgenza di problematiche relative a comportamenti ed emozioni durante il periodo adolescenziale. Le problematiche descritte erano relative ad una bassa autostima, a condotte alimentari distorte, ad un'insoddisfazione circa il proprio corpo, all'abuso di sostanze e alla suicidalità. I risultati ottenuti mostravano la presenza di un'associazione significativa tra il grado di connessione familiare e la presenza di sintomatologie relative a problematiche comportamentali ed emotive negli adolescenti.

Nello specifico, è stato verificato come, in ambienti familiari caratterizzati da relazioni positive (intese come contesti nei quali è presente un dialogo relativo a problematiche e/o decisioni e nei quali è presente la percezione, da parte della prole, di genitori curanti), si sviluppano legami aventi un ruolo protettivo rispetto allo sviluppo socio-emotivo dei figli coinvolti (O'Brien et al., 2009; Willemen et al., 2011). Inoltre, è emerso anche come la relazione positiva che intercorre tra la coppia genitoriale, quindi caratterizzata da supporto, comunicazione, scambio emotivo, coordinazione e supporto, sia associata inversamente allo sviluppo di problematiche comportamentali ed emotive nei figli, che sono, a loro volta, maggiormente in grado di affrontare situazioni stressanti e cambiamenti che si presentano tipicamente nelle varie fasi di sviluppo (Barrera et al., 2002).

Non si può dire lo stesso di contesti familiari caratterizzati da interazioni disfunzionali: queste, infatti, mostrano una correlazione con un potenziale sviluppo di sintomatologie sia di tipo internalizzante, ovvero disturbi d'ansia e disturbi dell'umore (Stice et al., 2004; Yap et al., 2014), che di tipo esternalizzante, come ADHD e disturbi del comportamento (Richmond & Stocker, 2006; Trudeau et al., 2012). I ricercatori hanno, inoltre, studiato la tematica del conflitto multigenerazionale (che si riscontra in situazioni nelle quali un individuo cresce all'interno di una famiglia conflittuale e, da adulto, ricrea il medesimo

contesto all'interno della propria famiglia), scoprendo come questo possa predire una disfunzione maggiore se comparato ad un conflitto che si verifica all'interno di una singola generazione (Rothenberg et al., 2017).

Sembra quindi evidente, dopo aver visionato questi lavori, l'importanza legata all'osservazione e alla valutazione della qualità interattiva che intercorre tra i figli (che siano essi bambini o adolescenti) e i loro *caregivers*, avendo come obiettivo la maggiore e miglior comprensione del benessere del minore e/o di altre eventuali sofferenze e difficoltà psicologiche.

CAPITOLO 3: La ricerca

3.1 Obiettivi ed ipotesi

La finalità principale di questo lavoro risiede nell'osservare il costrutto delle interazioni familiari nei pazienti ricoverati presso la Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova, utilizzando la procedura dell'LTP, al fine di comprendere come tale procedura possa essere utile nella formulazione di una diagnosi globale completa.

Ci si propone, quindi, di indagare le varie componenti del costrutto delle interazioni familiari in relazione a: la diagnosi principale ICD 10, la gravità del quadro clinico e la sintomatologia, che esprime disagio comportamentale ed emotivo, rilevata tramite questionari somministrati, durante il ricovero, ai pazienti e ai genitori.

Sulla base della letteratura presente, si formulano le seguenti ipotesi:

H1: Ci si aspetta una correlazione tra la qualità disfunzionale delle interazioni familiari e la gravità del quadro psicopatologico presentato dal paziente, al quale viene attribuito un ruolo significativo all'interno della triade (Fivaz-Depeursinge & Philipp 2015). Si ipotizzano caratteristiche psicopatologiche che definiscono un quadro di maggiore severità in corrispondenza a dinamiche interattive familiari peggiori (Ackard et al., 2006; Melchior & van der Waerden, 2016).

H2: La letteratura considerata sostiene che le interazioni familiari, caratterizzate dalla presenza particolare di conflitti e poco sostegno nella diade genitoriale, siano presenti nei quadri psicopatologici più gravi (Barthassat, 2014; Mchale et al., 2008).

H3: Ci si propone di osservare se, in base al quadro clinico presentato dall'adolescente, siano riscontrabili delle differenze relative alla qualità delle interazioni familiari osservata. Sulla base di ciò, si ipotizza che:

1. I quadri legati ai disturbi dell'umore presentino una coppia genitoriale maggiormente invischiata (Stice et al., 2004; Yap et al, 2014) e un adolescente caratterizzato da una maggiore disregolazione, che va verso comportamenti di ritiro e una minore autonomia (Yap et a., 2014).

2. I quadri legati ai disturbi d'ansia presentino un clima familiare ed interattivo caratterizzato da maggiore tensione ed errori di comunicazione (Yap et al., 2014); inoltre, la familiarità che intercorre in questa tipologia di disturbi, potrebbe portare all'osservazione di interferenze agite da uno o da entrambi i genitori (Lindhout et al., 2006).
3. I quadri legati a disturbi del comportamento alimentare presentino una divisione nella diade genitoriale e una difficoltà nel mantenere un ruolo strutturante nei confronti del figlio (Balottin et al., 2017), mentre l'adolescente potrebbe dimostrare scarsa autonomia e una difficoltà nel coinvolgimento attivo nell'attività (Lucarelli et al., 2017).

3.2 Metodo

3.2.1 I partecipanti

Il presente lavoro ha previsto la partecipazione di 77 adolescenti di età compresa tra i 7 ed i 17 anni ($M= 13.3$; $DS=2.52$). Il campione è composto da 62 femmine (80.5%) e da 15 maschi (19.5%), ricoverati all'interno della UOC di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Relativamente alla condizione clinica del campione, sono state definite tre macro-categorie diagnostiche, basate sulla classificazione ICD-10, che si dividono come segue: il 16.2% rientra nella categoria diagnostica dei disturbi d'ansia, il 41.9% rientra nella categoria diagnostica dei disturbi dell'umore ed il 41.9% rientra nella categoria diagnostica dei disturbi del comportamento alimentare.

Della numerosità campionaria totale considerata, all'87% è associata la presenza di almeno una comorbidità, mentre il 13% non ne presenta alcuna. Inoltre, il 49.4% presenta condotte autolesive, diversamente il 50.6% no.

I dati sopra esposti vengono riportati in **Tabella 2**.

Tabella 2. Frequenza in percentuali delle caratteristiche cliniche degli adolescenti

Adolescenti (N=77)		
Disturbi d'ansia	Disturbi dell'umore	DCA
16.2%	41.9%	41.9%
SÌ Comorbidità		NO Comorbidità
87%		13%
SÌ Autolesionismo		NO Autolesionismo
49.4%		50.6%

Le specificità cliniche del campione vengono discusse nel capitolo dei risultati.

3.2.2 Strumenti

Il nucleo familiare, formato da madre-padre-figlio, è stato sottoposto, durante il periodo di ricovero dell'adolescente, alla procedura Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999).

Durante lo stesso periodo, sono state raccolte informazioni relative al paziente tramite i seguenti questionari semi-standardizzati: ai pazienti sono stati somministrati *Youth Self-Report* (YSR; 11-18; Achenbach et. al, 2001), *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018) e *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017); ai genitori sono stati somministrati *Child Behavior Checklist* (CBCL, 6-18; Achenbach, 2001), *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018) e *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017).

Lo *Youth Self-Report* (YSR; 11-18; Achenbach et. al, 2001) è uno strumento che valuta, attraverso l'indagine delle problematiche emotive e comportamentali e delle competenze sociali, la percezione del funzionamento psicologico in soggetti di età compresa tra i 6 ed i 18 anni. Il protocollo è suddiviso in due parti: nella prima vengono presentate domande semi-strutturate che hanno l'obiettivo di delineare un profilo delle competenze sociali, scolastiche e ricreative del soggetto; nella seconda sono presentati 112 item che hanno l'obiettivo di indagare la presenza di problematiche inerenti alla sfera emotiva e comportamentale che sono state riscontrate nel soggetto negli ultimi 6 mesi, basandosi su risposte fornite su una scala Likert a 3 punti ($0=non\ vero$; $2=molto\ vero\ o\ molto\ spesso$). Relativamente alla procedura di scoring, vengono distinte otto scale sindromiche che raggruppano i 112 item: (i) ansia/depressione, (ii) ritiro, (iii) lamentele somatiche, (iv) problemi sociali, (v) problemi di pensiero, (vi) problemi di attenzione, (vii) comportamento deviante, (viii) comportamento aggressivo. I punteggi grezzi vengono, in seguito, convertiti in punti t , categorizzati poi in punteggi "normali", "borderline" e "clinici".

La sintomatologia viene diversificata in problemi internalizzanti (ansia/depressione, somatizzazione), problemi esternalizzanti (aggressività, opposività, iperattività) ed altri (problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione). Inoltre, è presente la scala "*DSM-Oriented*" che permette l'inquadramento diagnostico in linea con i criteri che vengono proposti dal DSM-IV.

L'alpha di Cronbach (α) è: α Problemi Internalizzanti = .852, α Problemi Esternalizzanti = .918, α Problemi Totali = .929.

La *Child Behavior Checklist* (CBCL, 6-18; Achenbach, 2001) è una scala utilizzata molto frequentemente nella pratica clinica e di ricerca. La sua struttura è divisa in due parti: nella prima vengono proposte delle domande semi-strutturate che hanno l'obiettivo di delineare il profilo relativo alle competenze del soggetto, la seconda è composta da 112 item che hanno l'obiettivo di indagare gli aspetti problematici che sono stati riscontrati nel soggetto negli ultimi 6 mesi.

Relativamente alla procedura di scoring, vengono distinte otto scale sindromiche che raggruppano i 112 item: (i) ansia/depressione, (ii) ritiro, (iii) lamentele somatiche, (iv)

problemi sociali, (v) problemi di pensiero, (vi) problemi di attenzione, (vii) comportamento deviante, (viii) comportamento aggressivo.

La compilazione del questionario da parte del genitore aiuta a delineare il profilo sintomatologico del soggetto, permettendo di distinguere problemi internalizzanti, problemi esternalizzanti ed altri problemi.

L'alpha di Cronbach (α), relativamente ai questionari compilati dalle madri, è: α Problemi Internalizzanti = .880, α Problemi Esternalizzanti = .946, α Totale dei Problemi = .469.

L'alpha di Cronbach (α), relativamente ai questionari compilati dai padri, è: α Problemi Internalizzanti = .884, α Problemi Esternalizzanti = .934, α Totale dei Problemi = .861.

Il *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018) è un questionario che ha lo scopo di indagare la sintomatologia depressiva.

Relativamente allo scoring, i punteggi grezzi vengono convertiti in punti t , i quali vengono denominati “basso”, “medio-alto” ed “elevato/molto elevato” (“molto elevato” riferito ad un punteggio t maggiore di 65 oppure un punteggio maggiore del 93%ile).

Si differenziano due scale principali: quella delle “problematiche emotive” e quella delle “problematiche funzionali”; inoltre, si analizzano anche i sintomi totali.

Il questionario, se compilato dal soggetto, e non da uno dei genitori, offre la possibilità di indagare quattro sottoscale: (i) umore negativo/sintomi fisici, (ii) autostima negativa, (iii) inefficacia, (iv) problemi interpersonali.

L'alpha di Cronbach (α) riferito al questionario compilato dal soggetto è $\alpha = .966$, riferito al questionario compilato dalla madre è $\alpha = .866$, riferito al questionario compilato dal padre è $\alpha = .812$.

Il *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017) è un questionario che ha lo scopo di indagare la sintomatologia relativa all'ansia. È suddiviso in sei scale: (i) ansia da separazione/fobie, (ii) indice GAD, (iii) ansia sociale che comprende umiliazione/rifiuto e ansia da prestazione, (iv) ossessioni e compulsioni, (v) sintomi fisici riguardanti panico e tensione/irrequietezza, (vi) evitamento del pericolo. La funzione delle scale è relativa alla possibilità di ricavare informazioni riguardanti quali tipologie di sintomi siano maggiormente presenti, inoltre, il punteggio totale e quello riferito alla “probabilità d'ansia” permettono di valutare la sintomatologia ansiosa nel suo

complesso. Si ricavano, così, delle informazioni utili al raggiungimento di una visione e di una comprensione globali della pervasività e della gravità della sintomatologia presentata dal soggetto.

L'alpha di Cronbach (α) riferito al questionario compilato dal soggetto è $\alpha = .935$, riferito al questionario compilato dalla madre è $\alpha = .922$, riferito al questionario compilato dal padre è $\alpha = .443$.

3.3 Lausanne Trilogue Play (LTP): caratteristiche dello strumento

3.3.1 Il modello sistemico alla base del Lausanne Trilogue Play

Il paradigma del Lausanne Trilogue Play, proprio come i precedenti paradigmi centrati sull'interazione madre-bambino, ha alla base un riferimento alla teoria dei sistemi; nello specifico, alle teorie dei sistemi complessi che si prestavano particolarmente bene allo studio dei processi di cambiamento, di stabilizzazione dinamica o disfunzionale all'interno di un sistema familiare complesso (Fivaz-Depeursinge et al., 1982).

La novità che si può riscontrare nell'LTP è data, infatti, dall'introduzione all'interno dell'interazione di una terza persona, invece che un oggetto. Così facendo, l'universo psichico ed emotivo del bambino viene improvvisamente ampliato, rendendolo, di fatto, molto più complesso (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999).

Così, la triade composta da madre-padre-bambino viene concettualizzata nella sua unità, definendola come sistema primario che non può essere ridotto all'insieme dei singoli sistemi diadici ed individuali che la compongono (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Si evidenzia il fatto che limitarsi a studiare lo sviluppo ed il "funzionamento" di ogni componente dell'insieme a livello individuale (madre, padre e bambino) e a livello diadico (madre-padre, madre-bambino, padre-bambino), oltre alla relazione tra tutti i soggetti, sia, di fatto, non sufficiente per capire il funzionamento della famiglia come sistema: infatti, il livello triadico di interazione potrebbe presentare delle caratteristiche che non sono proprie di nessun altro livello, proprio a causa della sua specifica configurazione a tre. Gli individui, le diadi e le triadi familiari potrebbero seguire percorsi diversi di sviluppo, i quali sicuramente si influenzano tra di loro, ma che

rimangono separati proprio in virtù della specificità sistemica che li caratterizza (Parke, 1988).

Viene quindi rielaborato il concetto di “schemi di essere con” (Stern, 1995), riferito alle rappresentazioni procedurali dell’interazione che vengono acquisite in modo precoce dal bambino interagendo ripetutamente con il proprio *caregiver*, in “schemi di appartenenza ad una triade” (Simonelli et al., 2010), implicando un’esperienza interattiva ripetuta in cui sono protagonisti madre, padre e bambino.

L’idea sottostante è che lo sviluppo delle interazioni triadiche sia parallelo allo sviluppo delle interazioni diadiche, invece di costituire una tappa successiva nello sviluppo intersoggettivo del bambino e, proprio come le interazioni diadiche, è possibile fornirne una caratterizzazione precoce attraverso dei pattern o degli schemi di interazione ricorrenti. Sono questi gli schemi che tendono ad acquisire stabilità man mano che il bambino cresce e che costituiscono, così, le basi organizzative della prima esperienza intersoggettiva dell’infante (Simonelli et al., 2012).

Il concetto di mutua regolazione o coregolazione diadica viene, basandosi su questa nuova ottica, ridefinito in termini triadici grazie al concetto di Alleanza Familiare (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999): esso esprime l’abilità di madre-padre-bambino di cooperare tra di loro con l’obiettivo di costruire un’interazione, altrimenti definito come la qualità dell’insieme degli schemi interattivi cocostruiti e messi in atto dalla triade. Le abilità necessarie sono relative sicuramente alle capacità individuali, come anche a quelle diadiche, interdiadiche e di regolazione.

Si comincia, quindi, a studiare lo sviluppo del bambino all’interno dei contesti di interazione sociale nei quali nasce e cresce, considerando, tale sviluppo, come un processo dinamico nel quale si alternano fasi relativamente stabili e fasi di perturbazione, necessarie affinché si inneschi un cambiamento tramite il quale il bambino si riorganizza (Simonelli et al., 2012).

Dunque, lo sviluppo del bambino non viene rappresentato come una traiettoria lineare composta da fasi prestabilite, ma come il prodotto di una complessa interazione dinamica che fornisce l’esperienza grazie alla famiglia e al contesto sociale di appartenenza (Carli, 2008).

Era, quindi, chiara la necessità di un nuovo paradigma di ricerca che avesse l’obiettivo di osservare l’interazione della triade, rivelarne quelle che sono le sue proprietà

fondamentali e contribuire allo sviluppo della teoria. Questo paradigma è il Lausanne Trilogue Play (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999).

3.3.2 Il paradigma del Lausanne Trilogue Play

Negli anni Ottanta, il paradigma del Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) è stato creato da Fivaz-Depeursinge e collaboratori nel Centre d'Etude de la Famille di Losanna, con lo scopo di indagare l'interazione triadica tra madre-padre-bambino. Questo tipo di procedura permette di osservare e valutare la qualità delle interazioni che vengono agite dal sistema familiare in una situazione che coinvolge tutti e tre i partner contemporaneamente.

I due obiettivi principali erano (1) individuare gli schemi interattivi che caratterizzano le diverse tipologie di Alleanze Familiari, sia funzionali che problematiche, e (2) delineare lo sviluppo dell'esperienza individuale del bambino durante il primo anno di vita all'interno della triade (Simonelli et al., 2012).

L'Alleanza Familiare è un costrutto che si manifesta quotidianamente nel tessuto sociale; essa rappresenta la modalità nella quale madre, padre e bambino lavorano insieme allo scopo di raggiungere un obiettivo comune (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015). L'utilizzo del termine "alleanza" viene riferito agli studi di Salvador Minuchin (1974) e alla terapia familiare strutturale. Il processo familiare, sia funzionale che disfunzionale, e l'alleanza familiare vengono indagate osservando alcune specifiche variabili, come partecipazione, organizzazione, attenzione focalizzata e contatto affettivo (Fivaz-Depeursinge et al., 2002). Proprio queste caratteristiche, infatti, sembrano essere in grado di predire la qualità dell'interazione familiare e questo fornisce uno spunto utile non solamente a scopo di ricerca, ma anche a scopo clinico, a livello diagnostico, preventivo e di trattamento (Carneiro et al., 2006).

Concretamente, l'LTP è una procedura semi-standardizzata, la quale può essere applicata fin dai primi mesi di vita del bambino sia su popolazioni normative che su popolazioni cliniche. La procedura consiste in una seduta, videoregistrata, dove vengono agite delle interazioni familiari triadiche, in un contesto rilassato, giocoso e privo di fattori stressanti. Si tratta, infatti, di una metodologia pensata allo scopo di favorire la *best performance*

della triade e dei singoli componenti della famiglia, anche se presenti difficoltà cliniche in uno o più degli individui (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015).

Il punto centrale, in questo tipo di procedura, è l'osservazione della condivisione ludica degli aspetti positivi, ovvero la capacità che i partner hanno di collaborare tra di loro e coordinarsi, avendo come obiettivo quello di condividere gli affetti. Naturalmente, possono esistere anche momenti transitori nei quali i partner possono provare ed esplicitare stati affettivi negativi (Simonelli, 2014).

La seduta, che viene registrata e che quindi favorisce la valutazione sia a livello qualitativo che quantitativo (Gatta et al., 2016b), coinvolge contemporaneamente tutti e tre i partner, facendo in modo, così, di osservare e valutare le interazioni di tutto il sistema familiare.

Dopo aver fornito la consegna alla triade, il gioco viene suddiviso in quattro parti:

1. Prima parte: uno dei due genitori interagisce con il figlio, mentre l'altro rimane presente solamente come osservatore della diade (2+1);
2. Seconda parte: i ruoli vengono invertiti ed il genitore che prima era presente come osservatore ora interagisce con il bambino, mentre è il turno dell'altro di rimanere in disparte (2+1);
3. Terza parte: entrambi i genitori interagiscono con il bambino (3);
4. Quarta parte: i genitori interagiscono tra di loro, mentre il bambino assume il ruolo di osservatore (2+1).

I componenti della triade, dunque, vengono guidati, dalle istruzioni date, attraverso la realizzazione delle quattro parti che compongono la procedura dell'LTP: il passaggio da una parte all'altra costituisce una transizione e rappresenta una fase critica, poiché richiede coordinazione e condivisione circa il cambiamento di ruolo, tramite segnali verbali e non verbali (Simonelli, 2014). Le transizioni sono tipiche della quotidianità in ogni contesto familiare ma, soprattutto nelle famiglie cliniche, possono rappresentare un procedimento particolarmente complesso; l'LTP può far emergere questo tipo di problematica in un modo che, strumenti di valutazione diadici o basati su interviste, non sarebbero in grado di fare (Philipp & Hayos, 2013).

La valutazione della qualità delle interazioni familiari triadiche, osservate tramite la procedura LTP, è stata affidata, negli anni, a varie proposte di sistemi di codifica ad opera sia degli autori della procedura, che del gruppo di ricerca allargato. Al giorno d'oggi, si

utilizza, a scopi empirici e clinici, il sistema di codifica *Family Alliance Assessment Scale* (FAAS 6.3; Favez et al., 2011), che è stato validato sulla popolazione italiana, dimostrando una buona affidabilità *inter-rater*, consistenza interna e validità (Simonelli et al., 2014). Il sistema di codifica prevede l'osservazione macro-analitica dei comportamenti interattivi che vengono messi in atto dai membri della famiglia osservata e la loro valutazione, affidandosi all'applicazione di quindici variabili osservative. Le variabili e le modalità concernenti l'attribuzione dei punteggi vengono descritte nel manuale di codifica (Lavanchy Scaiola et al., 2009), serve, inoltre, un training specifico e la verifica della *reliability* con gli autori allo scopo di acquisire la competenza di codificatore a livello esperto. Ciascuna delle quindici variabili prevede l'assegnazione di un punteggio su una scala *Likert* a tre livelli:

- 1 = inappropriato
- 2 = moderato
- 3 = appropriato

I punteggi vengono assegnati a seconda della frequenza e dei comportamenti messi in atto dalla triade e definiti da ciascuna variabile.

Le variabili che sono inserite nel sistema di codifica sono riportate e descritte in **Tabella 3**.

Tabella 3. Codifica delle variabili LTP. Tratto da Parolin et al., 2018.

VARIABILI	BREVE DESCRIZIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA
Segnali corporei e sguardi	Segnali corporei: orientamento del corpo (definito da bacino e busto), espressioni facciali, attitudine generale all'interazione. Sguardi: orientati tra i partner attivi nell'interazione ed essere reciproci.
Inclusione dei partner	Tutti i partner sono inclusi nell'interazione, si tengono in considerazione l'un l'altro e non mettono in atto comportamenti nè di auto-esclusione, nè di esclusione dell'altro.
Implicazione di ciascuno nel proprio ruolo	Ciascun partner rispetta il ruolo assegnatogli nella parte, modulando il livello di coinvolgimento e mantenendosi all'interno dell'interazione.
Rispetto della struttura del gioco e del tempo	La famiglia segue le istruzioni sulla strutturazione delle quattro parti, la durata della procedura e di ogni singola parte. Le quattro parti vengono portate a termine e restano distinte. La durata di ciascuna parte è sufficiente alla costruzione di un'attività condivisa.
Co-costruzione	I partner partecipano alla co-costruzione di un'attività comune. La valutazione avviene a livello comportamentale, nei termini di rispetto dei turni di parole e a livello di contenuto, nei termini di condizione dei contributi di ciascun partner e contributo di ciascuno a portare avanti la discussione in maniera creativa.

Scaffolding o Inquadramento genitoriale	I genitori offrono, sul piano verbale e non verbale, un appropriato livello di stimolazione al figlio per quantità e qualità; mostrano di saper regolare la gestione dei limiti e di modulare il contenuto degli scambi interattivi in considerazione di età, stato affettivo e caratteristiche individuali del figlio. Ai genitori è richiesto di saper adattare le proprie modalità interattive, riconoscere e tenere in considerazione prospettive, contributi ed emozioni del figlio, fornendo un ambiente rassicurante e facilitante l'espressione di sé.
Sostegno e cooperazione	I genitori collaborano e si sostengono reciprocamente, il che si esprime in segnali verbali e non verbali di sostegno reciproco e nella negoziazione delle attività condivise.
Conflitti e interferenze	Tra i genitori non emergono interferenze significative, se non minime, accettate e integrate da entrambi i partner. I genitori mostrano un comportamento conflittuale, più o meno esplicito, evidente tramite critiche, risentimento, commenti sarcastici, competizione, indifferenza e/o tramite interferenze perturbanti l'interazione tra l'altro genitore e il ragazzo.
Competenze comunicative	Valuta il grado in cui l'adolescente partecipa attivamente all'interazione, riesce ad esprimere la propria posizione, integrare il contributo dell'altro e gestire la negoziazione dei limiti del conflitto.
Autoregolazione	L'adolescente mostra buone abilità di autoregolazione, regola il proprio stato affettivo durante la discussione con i genitori, rimanendo disponibile all'interazione.
Errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le attività	Un aspetto fondamentale per il fluire dell'interazione è la capacità di riparare e riadattarsi a fronte di inevitabili "errori" comunicativi. I partner realizzano efficaci risoluzioni agli eventuali errori di comunicazione e queste si svolgono in maniera fluida e rapida.
Errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le transizioni da una parte all'altra	Le transizioni da una configurazione a un'altra richiedono abilità di riparare gli errori comunicativi durante questi delicati passaggi, garantendo fluidità all'interazione attraverso comunicazione, negoziazione e approvazione (esplicita o implicita)
Calore familiare	Questa variabile riguarda l'atmosfera affettiva della famiglia. Le interazioni sono caratterizzate da circolazione e condivisione degli affetti positivi (scambi di sorrisi, risate, gesti affettuosi) e da un atteggiamento empatico verso gli affetti negativi; questo deve avvenire tra tutti i membri del sistema in maniera circolare.
Validazione degli stati affettivi	I genitori riescono a cogliere, validare e rispondere agli stati affettivi del figlio, siano essi positivi o negativi. La variabile riguarda il grado di <i>sensitivity</i> e <i>responsivity</i> dei genitori ai segnali del figlio.
Autenticità degli affetti espressi	Questa variabile riguarda l'autenticità delle emozioni espresse, ossia in che misura gli affetti espressi (positivi o negativi) sono congruenti alla situazione, coerenti con i comportamenti e gli affetti espressi dagli altri partner, e non esagerati o forzati.

Trattandosi di una procedura videoregistrata, è spesso utilizzato il video-feedback: la registrazione viene mostrata e approfondita con i genitori, sollevando, a quel punto, la domanda dell'invio e organizzando la conversazione sulla base di ciò che è visibile nel video. È fondamentale evidenziare sia le aree problematiche, che le risorse che vengono riscontrate nell'interazione (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015).

3.3.3 Applicazione del paradigma del Lausanne Trilogue Play

In ambito di ricerca, sono diversi gli studi che hanno contribuito a validare la procedura e che hanno fornito delle prove che confermano l'utilità del paradigma sia riguardo allo studio delle competenze interattive triadiche, già durante la prima infanzia, che riguardo allo screening degli esiti affettivo-relazionali fino all'età prescolare (Simonelli et al., 2012; Favez et al., 2006).

Gli studi, che si sono dedicati all'utilizzo dell'LTP per studiare le competenze interattive triadiche in età precoce e analizzare le traiettorie evolutive di questo tipo di competenze dalla gravidanza fino ai primi anni di vita del bambino, avevano come obiettivo quello di individuare i pattern di cambiamento e/o stabilità che sono propri del processo evolutivo. Ciò che è emerso da questi studi ha evidenziato una stabilità generale della qualità dell'interazione triadica sia fino ai 18 mesi del bambino (Favez et al., 2006), che fino ai 5 anni di vita (Favez et al., 2012).

In ambito clinico, l'utilizzo dell'LTP è stato impiegato per studiare contesti familiari nei quali erano presenti condizioni psicopatologiche o condizioni di rischio a carico dei genitori. Si trattava, ad esempio, di situazioni in cui si riscontrava la presenza di depressione materna post partum (Tissot et al., 2014) oppure situazioni in cui la coppia genitoriale aveva fatto ricorso a tecniche di fecondazione assistita (Darwiche et al., 2015). Altri studi, invece, si sono concentrati su gruppi di famiglie che presentavano condizioni psicopatologiche o a rischio a carico del bambino. Si trattava, ad esempio, di situazioni in cui il bambino era nato prematuro (Gatta et al., 2017) o in cui il bambino presentava una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo (Mazzoni et al., 2014) o in cui erano presenti figli affetti da anoressia nervosa (Lucarelli et al., 2017; Balottin et al. 2017).

Nello studio condotto da Mazzoni e colleghi (2014), è stato riscontrato che, i bambini a cui era stato diagnosticato un disturbo dello spettro dell'autismo, presentavano dei disturbi comunicativi e relazionali che influenzavano la qualità dell'interazione familiare. In concreto, si è riscontrata una scarsa condivisione dell'attenzione focale, del contatto affettivo e una difficoltà nello stabilire un legame tra il bambino e la diade genitoriale. La diade genitoriale, infatti, ha mostrato elevati livelli di investimento nei confronti del bambino, ma bassi livelli di calore e cooperazione come coppia.

Dallo studio condotto da Lucarelli e colleghi (2017), che ha analizzato il funzionamento triadico in contesti familiari in cui un figlio era affetto da anoressia nervosa, è emerso,

confrontando famiglie con un paziente clinico e famiglie con figli con sviluppo tipico, che le famiglie con figli affetti da anoressia nervosa mostravano difficoltà nell'espressione e nella condivisione di divertimento e affetti positivi, oltre che nel compito consistente lo strutturare il contesto dell'attività. Inoltre, i figli mostravano scarsa autonomia e difficoltà nel coinvolgimento attivo e nella sintonizzazione con i genitori.

Nello studio condotto da Balottin e colleghi (2017), le famiglie, in cui erano presenti figli affetti da anoressia nervosa, mostravano spesso un livello di collusività, una divisione e competitività all'interno della diade genitoriale, che potevano essere sia manifeste che celate dietro ad un'apparente serenità. Aggiuntivamente, la diade genitoriale ha dimostrato di avere delle difficoltà nel mantenere un ruolo strutturante nei confronti del figlio.

Riferendosi a tutti i lavori fin qui citati, gli studi sono caratterizzati da buone caratteristiche psicometriche sia del metodo che del sistema di codifica; sono, inoltre, state riscontrate buone capacità di differenziare i gruppi clinici e individuare caratteristiche distintive e tipiche di ognuno di essi. Generalmente, gli studi, che sono stati condotti utilizzando il paradigma dell'LTP, hanno confermato un'associazione tra pattern relazionali particolari e alcuni tratti relativi alla psicopatologia dello sviluppo, ad esempio riguardante le difficoltà a livello emozionale e le problematiche esternalizzanti ed internalizzanti (Gatta et al., 2015; Mazzoni et al., 2015).

3.4 Procedura

Allo scopo di svolgere il seguente studio, sono stati reclutati alcuni dei pazienti ricoverati per problematiche psichiatriche all'interno della U.O.C di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedale-Università di Padova in un periodo compreso tra il 2020 e il 2022. I criteri di esclusione erano riferiti a: pazienti con famiglie monoparentali, famiglie per le quali non era stato fornito il consenso informato, famiglie nelle quali era presente un livello di conflittualità tale per cui non era consentito il corretto svolgimento della procedura, famiglie con figli non clinicamente stabilizzati e quindi la cui sicurezza durante la partecipazione non poteva essere garantita, famiglie con figli ricoverati da un tempo inferiore ai due giorni. Le famiglie che rispettavano questi criteri e che sono quindi state reclutate sono state in totale 77.

Tutti i partecipanti inseriti all'interno del campione hanno effettuato un assesment psicodiagnostico comprendente colloqui clinici, sia con il paziente che con i genitori, interviste semistrutturate e questionari standardizzati.

Le informazioni, che è stato possibile raccogliere relativamente al paziente, sono state registrate durante il periodo di ricovero tramite la somministrazione dei seguenti questionari:

- *Youth Self-Report* (YSR 11-18) compilato dai pazienti con almeno 11 anni (Achenbach T. M., 2001);
- *Child Behavior Check List* (CBCL 6-18) compilato dai genitori e che ha coinvolto tutti i pazienti (Achenbach T. M., 2001);
- *CDI 2 Children's Depression Inventory, Second Edition* (Kovacs M., 2018) compilato da tutti i pazienti e dai rispettivi genitori;
- *MASC 2 Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition* (March J. S., 2017) compilato da pazienti di almeno 8 anni di età e dai rispettivi genitori.

È stata poi proposta, come integrazione all'assesment psicodiagnostico, la procedura *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999), che è stata somministrata durante il periodo di ricovero, in seguito alla firma, da parte dei genitori, di un consenso informato che permettesse la videoregistrazione dell'intera procedura.

La procedura veniva poi svolta in una stanza apposita, in cui era presente solamente la famiglia, la quale era videoregistrata. In seguito, veniva effettuata la codifica e i risultati venivano poi riportati in equipe, allo scopo di discutere le informazioni emerse e riassumerle poi all'interno del referto clinico, che veniva poi condiviso con la famiglia.

Si definisce la procedura del *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) come una procedura semi-standardizzata, della durata di circa 15-20 minuti, nella quale la famiglia (composta da padre-madre-bambino) gioca insieme. L'obiettivo di questo strumento è quello di osservare la qualità delle interazioni che vengono messe in atto tra il figlio ed i suoi *caregivers*.

Nella pratica, l'attività prevede di essere suddivisa in quattro parti: esse corrispondono alle quattro possibili configurazioni relazionali che si possono verificare in una triade. La prima parte prevede che uno dei due genitori interagisca con il figlio, mentre l'altro ha il compito di rimanere "semplicemente presente", osservando quanto accade

(configurazione 2 + 1); la seconda parte prevede che i ruoli dei genitori si invertano, in modo che sia l'altro genitore ad interagire con il figlio (configurazione 2 + 1); la terza parte prevede che entrambi i genitori interagiscano con il figlio (configurazione a 3); la quarta parte prevede, invece, che i genitori si concentrino in un'interazione tra di loro, mentre il figlio ha il compito di rimanere "semplicemente presente", avendo a sua volta il ruolo di osservatore (configurazione 2 + 1).

Il *setting* osservativo è pensato per avere una configurazione di tipo triangolare, dove i genitori ed il figlio si collocano su delle sedie posizionate ai vertici di un ipotetico triangolo equilatero. La configurazione spaziale appena descritta ha come obiettivo quello di incoraggiare scambi interattivi agevoli e adeguati tra i partecipanti alla procedura. L'interazione prodotta viene videoregistrata (previo consenso informato firmato dai soggetti) allo scopo di favorire la codifica dei filmati secondo lo schema proposto dagli autori.

Relativamente al compito che viene proposto alla famiglia, nella procedura LTP esso deve riferirsi ad un'attività saliente relativamente al momento evolutivo affrontato dal figlio (bambino o adolescente) e della famiglia nel suo insieme; deve quindi essere un compito che riesca a far emergere le varie risorse ed i vari limiti del sistema familiare, il quale è posto di fronte ad un obiettivo di funzionamento centrale nella presente specifica tappa di sviluppo.

Le famiglie, i cui dati sono stati utilizzati per condurre il presente studio, erano caratterizzate dalla presenza di un figlio/a in età preadolescenziale/adolescenziale. L'attività che è stata proposta, quindi, prevedeva di organizzare insieme (tra genitori e figlio/a) la festa per il compleanno del figlio/a o, in alternativa, di organizzare insieme una gita fuori porta. Per decidere quale delle due consegne dare ci si è basati sulla vicinanza del compleanno del figlio/a: se la data era prossima, la scelta ricadeva sulla prima consegna, alternativamente veniva utilizzata la seconda.

Il compito dato è stato considerato un'attività adeguata in relazione al momento evolutivo del ciclo di vita familiare. Esso, infatti, è servito per elicitarne le competenze del preadolescente/adolescente e dei genitori e, allo stesso tempo, di creare una situazione di condivisione tra i membri della famiglia. Proprio per questi risultati, si è distinto dalla maggior parte degli studi riguardanti le interazioni familiari in adolescenza, i quali hanno

previsto la discussione di un tema conflittuale (Ackerman et al., 2011; DeLambo et al., 2004; Obsuth et al., 2014; Pinguart & Silbereisen, 2002).

Un criterio base della procedura è stato quello di porre i partecipanti nelle migliori condizioni di interazione possibili, avendo come scopo quello di favorire l'emergere della loro *best performance* interattivo-relazionale, sempre tenendo a mente che alcune difficoltà potrebbero in ogni caso emergere durante la procedura.

CAPITOLO 4: Risultati

4.1 Analisi statistiche

4.1.1 Caratteristiche interattivo-familiari del campione indagato

Dopo aver svolto delle analisi descrittive, che hanno avuto lo scopo di esplorare le caratteristiche della procedura LTP nel campione preso in considerazione, sono stati individuati i valori medi delle quattro parti previste nella procedura. Si evidenzia come i risultati presentino una tendenza in progressivo calo, con un punteggio maggiore nella prima parte (M= 31.9; DS=5.91) e un punteggio via via minore fino alla quarta parte (M=24.9; DS=11.6).

I risultati sono consultabili in **Tabella 4**.

Tabella 4. Valori medi delle quattro parti dell'LTP.

Descriptives	T_ltp_TOT_1	T_ltp_TOT_2	T_ltp_TOT_3	T_ltp_TOT_4
N	77	77	77	77
Mean	31.9	30.8	29.8	24.9
Standard deviation	5.91	7.09	7.96	11.6
Minimum	19	0	0	0
Maximum	43	43	43	43

In seguito, sono state svolte le analisi relative alle medie e alle deviazioni standard delle sommatorie delle quindici specifiche variabili presenti nella procedura. Si è quindi osservato come le interazioni familiari siano risultate maggiormente carenti relativamente al rispetto della struttura del gioco e del tempo (M=6.79; DS=2.04), alle competenze comunicative dell'adolescente (M=7.30; DS=2.63) e alla validazione degli stati affettivi (M=6.78; DS=2.58). Invece, risultano avere dei buoni punteggi il sostegno e la comunicazione (M=8.69; DS=2.15) e i conflitti e le interferenze (M=10.05; DS=1.96).

I risultati sono consultabili in **Tabella 5**.

Tabella 5. Medie e DS dei punteggi di sommatoria.

Descriptives		
	Mean	SD
T_som_posture	7.62	2.06
T_som_inclusione	8.53	2.19
T_som_ruoli	8.32	2.02
T_som_struttura	6.79	2.04
T_som_cocostr	7.39	2.18
T_som_scaff	7.32	2.26
T_som_sost&coop	8.69	2.15
T_som_conflitti	10.05	1.96
T_som_compet	7.30	2.63
T_som_autoreg	7.56	2.52
T_som_err_attività	7.95	2.21
T_som_err_contesto	7.56	2.15
T_som_calore	7.53	2.26
T_som_validaz	6.78	2.58
T_som_autenticità	8.05	2.43

4.1.2 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente

Il Questionario *Youth Self-Report* è stato compilato da 56 adolescenti delle 77 famiglie che sono state prese in considerazione.

Tramite le analisi statistiche svolte, sono state individuate molteplici correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili della procedura LTP e le sottoscale presenti nel questionario.

La variabile relativa a segnali corporei e gli sguardi (“Somma Posture”) correla inversamente con le sottoscale di ansia/depressione ($r = -.444$; $p < .001$), ritiro ($r = -.426$; $p < .01$), lamentele somatiche ($r = -.338$; $p < .05$), problemi sociali ($r = -.437$; $p < .001$), problemi di pensiero ($r = -.450$; $p < .001$), problemi di attenzione ($r = -.320$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.318$; $p < .05$), problemi internalizzanti ($r = -.399$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.306$; $p < .05$), totale dei problemi ($r = -.508$; $p < .01$).

.001), problemi affettivi ($r = -.439$; $p < .001$), problemi d'ansia ($r = -.433$; $p < .001$), problemi somatici ($r = -.288$; $p < .05$) e problemi ossessivo compulsivi ($r = -.518$; $p < .001$).

La variabile relativa all'inclusione di tutti e tre i partner all'interno dell'interazione ("Somma Inclusione") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.318$; $p < .05$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.286$; $p < .05$).

La variabile relativa alle competenze comunicative mostrate dall'adolescente nel corso dell'interazione con i genitori ("Somma Competenze") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.267$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.278$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.265$; $p < .05$) e problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.284$; $p < .05$).

La variabile relativa alla presenza di un'atmosfera calorosa e nella quale vengono condivisi affetti positivi ("Somma Calore") correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.288$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.370$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.332$; $p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.375$; $p < .01$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.295$; $p < .05$).

La variabile relativa all'autoregolazione che l'adolescente riesce ad esercitare su sé stesso durante l'interazione ("Somma Autoregolazione") correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.348$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.348$; $p < .01$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.344$; $p < .05$).

Le variabili relative rispetto della struttura del gioco e del tempo ("Somma Struttura"; $r = -.274$, $p < .05$), alla co-costruzione di un'attività in comune tra tutti i membri della triade ("Somma Co-costruzione"; $r = -.272$, $p < .05$) e all'autenticità degli affetti espressi nell'interazione ("Somma Autenticità"; $r = -.337$, $p < .05$) correlano inversamente con la sottoscala del questionario YSR relativa a problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività.

La variabile relativa alla validazione degli stati affettivi espressi dall'adolescente da parte della coppia genitoriale ("Somma Validazione") correla inversamente con la sottoscala di problemi oppositivo-provocatori ($r = -.283$; $p < .05$).

Il totale della 2^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.274$; $p < .05$), problematiche legate ad un deficit

attentivo e iperattività ($r = -.316$; $p < .05$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.301$; $p < .05$).

Il totale della 3^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.352$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.353$; $p < .01$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.331$; $p < .05$).

La somma totale delle variabili della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.282$; $p < .05$) e problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.297$; $p < .05$).

4.1.3 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente riportate dai genitori

Il Questionario *Child Behavior Checklist* è stato compilato da 62 madri delle 77 famiglie che sono state prese in considerazione.

Tramite le analisi statistiche svolte, sono state individuate molteplici correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili della procedura LTP e le sottoscale presenti nel questionario.

Il totale della 1^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.320$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.298$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.302$; $p < .05$).

Il totale della 2^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.297$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.286$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.304$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.280$; $p < .05$).

Il totale della 3^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.260$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.356$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.337$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.368$; $p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.315$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.267$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.349$; $p < .01$).

Il totale della 4^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.256$; $p < .05$), problemi attentivi ($r = -.274$; $p < .05$),

comportamento deviante ($r = -.389 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.334 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.388 ; p < .01$), problemi d'ansia ($r = -.385 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.272 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.321 ; p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.398 ; p < .01$).

La somma totale delle variabili della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.278 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.371 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.335 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.377 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.261 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.308 ; p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.370 ; p < .01$).

La variabile relativa ai segnali corporei e agli sguardi ("Somma Posture") correla inversamente con le sottoscale di ansia/depressione ($r = -.342 ; p < .01$), ritiro ($r = -.287 ; p < .05$), problemi di pensiero ($r = -.374 ; p < .01$), problemi internalizzanti ($r = -.392 ; p < .01$), problemi affettivi ($r = -.380 ; p < .01$), problemi d'ansia ($r = -.349 ; p < .01$) e problemi ossessivo-compulsivi ($r = -.365 ; p < .01$).

La variabile relativa all'inclusione di tutti e tre i partner all'interno dell'interazione ("Somma Inclusione") correla inversamente con le sottoscale di problemi di pensiero ($r = -.268 ; p < .05$) e comportamento deviante ($r = -.292 ; p < .05$).

La variabile relativa alla co-costruzione di un'attività in comune tra tutti i membri della triade ("Somma Co-costruzione") correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.338 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.346 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.378 ; p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.324 ; p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.344 ; p < .01$).

La variabile relativa all'inquadramento genitoriale circa la stimolazione e l'attività che viene proposta dalla coppia all'adolescente ("Somma Scaffolding") correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.348 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.302 ; p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.333 ; p < .05$).

La variabile relativa al sostegno e alla cooperazione reciproci nella coppia genitoriale ("Somma Sostegno&Cooperazione") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.302 ; p < .05$), problemi di pensiero ($r = -.257 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.372 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.344 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.377 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e

iperattività ($r = -.262$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.312$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.358$; $p < .01$).

La variabile relativa alle competenze comunicative mostrate dall'adolescente nel corso dell'interazione con i genitori ("Somma Competenze") correla inversamente con le sottoscale di problemi di pensiero ($r = -.280$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.320$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.331$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.363$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.322$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.329$; $p < .01$).

La variabile relativa all'autoregolazione che l'adolescente riesce ad esercitare su sé stesso durante l'interazione ("Somma Autoregolazione") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.274$; $p < .05$), problemi attentivi ($r = -.363$; $p < .01$), comportamento deviante ($r = -.435$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -.384$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.431$; $p < .001$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.418$; $p < .001$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.407$; $p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.448$; $p < .001$).

La variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le transizioni da una parte all'altra ("Somma Errori Contesto") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.305$; $p < .05$), problemi attentivi ($r = -.291$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.252$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.345$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.320$; $p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.268$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.296$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.279$; $p < .05$).

La variabile relativa alla presenza di un'atmosfera calorosa e nella quale vengono condivisi affetti positivi ("Somma Calore") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.403$; $p < .01$), problemi di pensiero ($r = -.315$; $p < .05$), problemi attentivi ($r = -.321$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.366$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.478$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -.479$; $p < .001$), problemi affettivi ($r = -.264$; $p < .05$), problemi d'ansia ($r = -.261$; $p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.375$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.433$; $p < .001$) e problemi di condotta ($r = -.392$; $p < .01$).

La variabile relativa alla validazione degli stati affettivi espressi dall'adolescente da parte della coppia genitoriale ("Somma Validazione") correla inversamente con le sottoscale

di problemi sociali ($r = -.294$; $p < .05$), problemi attentivi ($r = -.278$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.401$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.371$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.404$; $p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.309$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.297$; $p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.432$; $p < .001$).

La variabile relativa all'autenticità degli affetti espressi nell'interazione ("Somma Autenticità") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.353$; $p < .01$), problemi attentivi ($r = -.295$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.252$; $p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.351$; $p < .01$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.256$; $p < .05$).

Il Questionario *Child Behavior Checklist* è stato compilato da 47 padri delle 77 famiglie che sono state prese in considerazione.

Tramite le analisi statistiche svolte, sono state individuate molteplici correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili della procedura LTP e le sottoscale presenti nel questionario.

Il totale della 1^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.338$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.358$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.339$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.301$; $p < .05$), totale dei problemi ($r = -.344$; $p < .05$), problemi affettivi ($r = -.318$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.432$; $p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.320$; $p < .05$).

Il totale della 2^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.419$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.351$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.330$; $p < .05$), totale dei problemi ($r = -.306$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.438$; $p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.293$; $p < .05$).

Il totale della 3^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.309$; $p < .05$), comportamento deviante ($r = -.346$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -.300$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.295$; $p < .05$).

.05), totale dei problemi ($r = -.301 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.319 ; p < .05$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.397 ; p < .01$).

Il totale della 4^a parte della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.350 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.409 ; p < .01$), problemi internalizzanti ($r = -.294 ; p < .05$), totale dei problemi ($r = -.360 ; p < .05$), problemi affettivi ($r = -.396 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.363 ; p < .05$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.344 ; p < .05$).

La somma totale delle variabili della procedura LTP correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.372 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.469 ; p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -.399 ; p < .01$), problemi internalizzanti ($r = -.315 ; p < .05$) ed esternalizzanti ($r = -.391 ; p < .01$), totale dei problemi ($r = -.421 ; p < .01$), problemi affettivi ($r = -.401 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.380 ; p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.503 ; p < .001$) e problemi di condotta ($r = -.333 ; p < .05$).

La variabile relativa all'inclusione di tutti e tre i partner all'interno dell'interazione ("Somma Inclusione") correla inversamente con le sottoscale di problemi affettivi ($r = -.298 ; p < .05$).

La variabile relativa all'implicazione di ciascun membro della triade nel proprio ruolo ("Somma Ruoli") correla inversamente con le sottoscale di lamentele somatiche ($r = -.334 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.323 ; p < .05$), problemi internalizzanti ($r = -.450 ; p < .01$), totale dei problemi ($r = -.423 ; p < .01$), problemi affettivi ($r = -.443 ; p < .01$), problemi somatici ($r = -.316 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.307 ; p < .05$) e problemi di condotta ($r = -.310 ; p < .05$).

La variabile relativa alla struttura del gioco e del tempo ("Somma Struttura") correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.291 ; p < .05$) e totale dei problemi ($r = -.399 ; p < .01$).

La variabile relativa alla co-costruzione di un'attività in comune tra tutti i membri della triade ("Somma Co-costruzione") correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.339 ; p < .05$), problemi attentivi ($r = -.386 ; p < .01$), comportamento deviante ($r = -.511 ; p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -.451 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.488 ; p < .001$), totale dei problemi ($r = -.399 ; p < .01$),

problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.391 ; p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.564 ; p < .001$) e problemi di condotta ($r = -.507 ; p < .001$). La variabile relativa all'inquadramento genitoriale circa la stimolazione e l'attività che viene proposta dalla coppia all'adolescente ("Somma Scaffolding") correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.320 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.442 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.305 ; p < .05$), totale dei problemi ($r = -.304 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.330 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.393 ; p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.311 ; p < .05$).

La variabile relativa al sostegno e alla cooperazione reciproci nella coppia genitoriale ("Somma Sostegno&Cooperazione") correla inversamente con le sottoscale di comportamento aggressivo ($r = -.299 ; p < .05$), problemi d'ansia ($r = -.323 ; p < .05$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.350 ; p < .05$).

La variabile relativa ai conflitti ed interferenze reciproci nella coppia genitoriale ("Somma Conflitti") correla inversamente con le sottoscale di comportamento deviante ($r = -.302 ; p < .05$) e problemi affettivi ($r = -.335 ; p < .05$).

La variabile relativa alle competenze comunicative mostrate dall'adolescente nel corso dell'interazione con i genitori ("Somma Competenze") correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.377 ; p < .01$), comportamento deviante ($r = -.443 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.304 ; p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -.358 ; p < .05$), totale dei problemi ($r = -.307 ; p < .05$), problemi affettivi ($r = -.356 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.327 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.438 ; p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.350 ; p < .05$).

La variabile relativa all'autoregolazione che l'adolescente riesce ad esercitare su sé stesso durante l'interazione ("Somma Autoregolazione") correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.467 ; p < .001$), comportamento deviante ($r = -.412 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.384 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.368 ; p < .05$), totale dei problemi ($r = -.346 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.468 ; p < .001$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.526 ; p < .001$) e problemi di condotta ($r = -.383 ; p < .01$).

La variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le attività (“Somma Errori Attività”) correla inversamente con la sottoscala di comportamento deviante ($r = -.346 ; p < .05$).

La variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le transizioni da una parte all'altra (“Somma Errori Contesto”) correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.318 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.399 ; p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -.465 ; p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -.480 ; p < .001$), totale dei problemi ($r = -.413 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.361 ; p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.432 ; p < .01$) e problemi di condotta ($r = -.306 ; p < .05$).

La variabile relativa alla presenza di un'atmosfera calorosa e nella quale vengono condivisi affetti positivi (“Somma Calore”) correla inversamente con le sottoscale di problemi sociali ($r = -.316 ; p < .05$), problemi di pensiero ($r = -.297 ; p < .05$), problemi attentivi ($r = -.364 ; p < .05$), comportamento deviante ($r = -.482 ; p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -.411 ; p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -.465 ; p < .01$), totale dei problemi ($r = -.415 ; p < .01$), problemi affettivi ($r = -.393 ; p < .01$), problemi d'ansia ($r = -.303 ; p < .05$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.406 ; p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -.475 ; p < .001$) e problemi di condotta ($r = -.355 ; p < .05$).

La variabile relativa alla validazione degli stati affettivi espressi dall'adolescente da parte della coppia genitoriale (“Somma Validazione”) correla inversamente con le sottoscale di problemi attentivi ($r = -.331 ; p < .05$) e problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.381 ; p < .01$).

La variabile relativa all'autenticità degli affetti espressi nell'interazione (“Somma Autenticità”) correla inversamente con le sottoscale di lamentele somatiche ($r = -.298 ; p < .05$), problemi attentivi ($r = -.445 ; p < .01$), comportamento deviante ($r = -.338 ; p < .05$), problemi internalizzanti ($r = -.350 ; p < .05$), totale dei problemi ($r = -.359 ; p < .05$), problemi affettivi ($r = -.396 ; p < .01$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($r = -.482 ; p < .001$) e problemi oppositivo-provocatori ($r = -.338 ; p < .05$).

4.1.4 Correlazioni tra le interazioni familiari e gli aspetti depressivi riscontrati nell'adolescente

Il Questionario *Children's Depression Inventory* è stato compilato da 49 adolescenti, 41 madri e 28 padri delle 77 famiglie che sono state prese in considerazione.

Tramite le analisi statistiche svolte, sono state individuate delle correlazioni significative:

- il punteggio totale del CDI compilato dal ragazzo correla inversamente con la variabile relativa ai segnali corporei e agli sguardi ("Somma Posture"; $r = -.310$, $p < .05$);
- il punteggio totale del CDI compilato dalla madre correla inversamente con la variabile relativa ai segnali corporei e agli sguardi ("Somma Posture"; $r = -.421$, $p < .01$), con la variabile relativa all'inclusione dei partner nell'interazione ("Somma Inclusione"; $r = -.328$, $p < .05$), con la variabile relativa alle competenze comunicative mostrate dall'adolescente ("Somma Competenze"; $r = -.322$, $p < .05$), con la variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le transizioni da una parte all'altra ("Somma Errori Contesto"; $r = -.347$, $p < .05$), e la variabile relativa al calore e alla circolazione di affetti positivi all'interno della triade ("Somma Calore"; $r = -.396$, $p < .05$);
- il punteggio totale del CDI compilato dal padre correla inversamente con variabile relativa al calore e alla circolazione di affetti positivi all'interno della triade ("Somma Calore"; $r = -.470$, $p < .05$).

4.1.5 Correlazioni tra le interazioni familiari e gli aspetti ansiosi riscontrati nell'adolescente

Il Questionario *Multidimensional Anxiety Scale for Children* è stato compilato da 49 adolescenti e 35 madri delle 77 famiglie che sono state prese in considerazione.

Tramite le analisi statistiche svolte, sono state individuate delle correlazioni significative:

- il punteggio totale del MASC compilato dal ragazzo correla inversamente con la variabile relativa ai segnali corporei e agli sguardi (“Somma Posture”; $r = -.612$, $p < .001$);
- il punteggio totale del MASC compilato dalla madre correla inversamente con la variabile relativa ai segnali corporei e agli sguardi (“Somma Posture”; $r = -.338$, $p < .05$) e la variabile relativa all’autenticità degli affetti espressi nell’interazione (“Somma Autenticità”; $r = -.356$, $p < .05$).

4.1.6 Confronto tra famiglie riferito alle interazioni familiari e alla diagnosi dell’adolescente

Per rispondere al nostro obiettivo, le famiglie che sono state considerate all’interno di questo lavoro sono state suddivise in 3 gruppi, sulla base della categoria diagnostica relativa alla psicopatologia presentata dall’adolescente in fase di ricovero.

Il primo gruppo considerato (G1=31) comprende i pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi dell’umore; il secondo gruppo considerato (G2=12) comprende i pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi d’ansia; il terzo gruppo considerato (G3=31) comprende i pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi del comportamento alimentare.

Con l’obiettivo di confrontare i tre gruppi delineati, è stata applicata un’analisi multivariata, che ha preso in considerazione i gruppi di famiglie e i punteggi relativi alla procedura LTP, in particolare i punteggi totali di ciascuna parte, i punteggi globali relativi alle singole variabili e i punteggi di sommatoria relativi alle singole variabili.

Da questa analisi è emerso un punteggio significativo nella variabile relativa alla struttura del gioco e del tempo globale (T_strutt_glob) (**Tabella 6**). In particolare, si riporta una differenza tra gruppi riferita al G1 e G2 e tra G2 e G3 (**Tabella 7**).

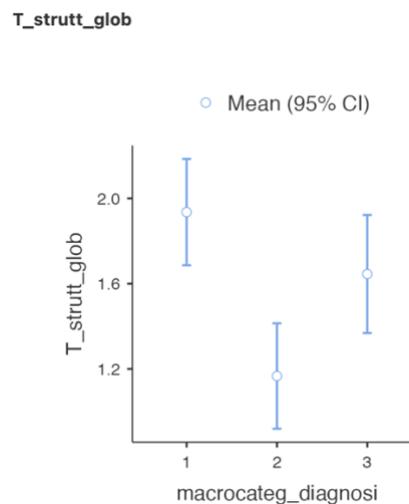
Tabella 6. Gruppi di famiglie e variabili LTP.

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
T_posture_glob	0.86849	2	29.1	0.430
T_inclus_glob	2.38704	2	30.6	0.109
T_ruoli_glob	1.19477	2	29.9	0.317
T_strutt_glob	10.86695	2	40.5	<.001
T_cocostr_glob	1.61623	2	27.9	0.217
T_scaff_glob	2.50377	2	27.8	0.100
T_sost&coop_glob	0.67984	2	34.3	0.513
T_conflitti_glob	1.64594	2	35.0	0.207
T_compet_glob	0.40346	2	31.3	0.671
T_autoreg_glob	1.42219	2	31.1	0.256
T_err_attività_glob	0.15500	2	28.7	0.857
T_err_contesto_glob	0.00144	2	30.1	0.999
T_calore_glob	0.09210	2	27.4	0.912
T_validaz_glob	0.33206	2	28.8	0.720
T_autenticità_glob	0.51045	2	29.4	0.605
T_ltp_TOT_glob	0.30861	2	28.0	0.737

Tabella 7. Confronto tra gruppi.

Games-Howell Post-Hoc Test – T_strutt_glob				
		1	2	3
1	Mean difference	—	0.769***	0.290
	t-value	—	4.63	1.59
	df	—	34.6	59.4
	p-value	—	<.001	0.257
2	Mean difference	—	—	-0.478*
	t-value	—	—	-2.72
	df	—	—	37.3
	p-value	—	—	0.026
3	Mean difference	—	—	—
	t-value	—	—	—
	df	—	—	—
	p-value	—	—	—

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



Inoltre, è emerso un punteggio significativo nella variabile relativa alla somma della struttura del gioco e del tempo (T_som_struttura) (**Tabella 8**). In particolare, si riporta una differenza tra gruppi riferita al G1 e G2 e tra G2 e G3 (**Tabella 9**).

Tabella 8. Gruppi di famiglie e variabili LTP.

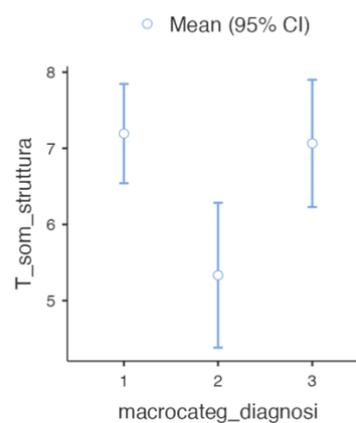
One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
T_som_posture	0.6245	2	32.0	0.542
T_som_inclusione	0.5953	2	29.3	0.558
T_som_ruoli	0.5531	2	29.8	0.581
T_som_struttura	6.4611	2	34.4	0.004
T_som_cocostr	0.5332	2	30.7	0.592
T_som_scaff	0.7611	2	29.5	0.476
T_som_sost&coop	1.6801	2	34.2	0.201
T_som_conflitti	0.4250	2	33.7	0.657
T_som_compet	1.1308	2	32.7	0.335
T_som_autoreg	1.2969	2	34.8	0.286
T_som_err_attività	0.1223	2	31.9	0.885
T_som_err_contesto	0.6731	2	31.6	0.517
T_som_calore	0.4639	2	29.9	0.633
T_som_validaz	0.0386	2	30.5	0.962
T_som_autenticità	1.0445	2	31.7	0.364
T_somTOT_varLTP	0.3819	2	30.6	0.686

Tabella 9. Confronto tra gruppi.

Games-Howell Post-Hoc Test – T_som_struttura				
		1	2	3
1	Mean difference	—	1.86**	0.129
	t-value	—	3.46	0.249
	df	—	23.7	56.6
	p-value	—	0.006	0.967
2	Mean difference		—	-1.731*
	t-value		—	-2.908
	df		—	30.6
	p-value		—	0.018
3	Mean difference			—
	t-value			—
	df			—
	p-value			—

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

T_som_struttura



CAPITOLO 5: Discussione

5.1 Discussione

Il rapporto che intercorre all'interno dell'ambiente familiare è definito come un elemento fondamentale relativamente allo sviluppo sociale, cognitivo e psico-emozionale dell'individuo; proprio per questo motivo, la relazione che viene costruita tra genitori e figli è ritenuta essere una delle variabili avente la maggior predittività a livello di benessere psicologico (Ackard et al., 2006). Sono diversi gli studi (Ackard et al., 2006; Melchior & van der Waerden, 2016; Shah & Stewart-Brown, 2018) che hanno verificato la presenza di un'associazione significativa tra il grado di connessione familiare e la presenza di sintomatologie a livello comportamentale ed emotivo negli adolescenti. L'adolescenza, in particolare, rappresenta una fase di sviluppo estremamente delicata e complessa, nella quale il ruolo genitoriale e le interazioni che intercorrono all'interno dell'ambito familiare hanno una funzione fondamentale (Gatta et al., 2010; Mastrotheodoros et al., 2020). È stato infatti osservato come, in contesti familiari caratterizzati da interazioni disfunzionali, sia presente una correlazione significativa con il potenziale sviluppo di sintomatologie internalizzanti (Stice et al., 2004; Yap et al., 2014) ed esternalizzanti (Richmond & Stocker, 2006; Trudeau et al., 2012).

Tuttavia, le specificità e le caratteristiche delle associazioni esposte non sono ancora del tutto comprese, proprio a causa della complessità delle problematiche psicopatologiche che possono emergere in età evolutiva.

Un primo sguardo generale ai dati di questo lavoro evidenzia come, nelle 77 famiglie che costituiscono il campione, la qualità delle interazioni familiari abbia la tendenza a diminuire dalla prima alla quarta parte della procedura LTP. Questi risultati appaiono in linea con quanto emerso da studi precedenti (Petch et al., 2010; Simonelli et al., 2009). In riferimento alle variabili specifiche di cui è composta la procedura, le interazioni familiari sono risultate essere maggiormente carenti relativamente al rispetto della struttura del gioco e del tempo, alle competenze comunicative dell'adolescente e alla validazione degli stati affettivi del figlio da parte dei genitori. La variabile LTP "validazione delle emozioni" (intesa come l'abilità dei genitori nel cogliere, validare e

rispondere coerentemente agli stati affettivi del figlio), in letteratura, ha mostrato di possedere buone capacità nel discriminare famiglie di pazienti clinici e pazienti non clinici, evidenziando come i genitori di ragazzi aventi problematiche psicopatologiche abbiano maggior difficoltà, per quantità o modalità, nel cogliere e rispondere empaticamente allo stato affettivo espresso dal figlio (Parolin et al., 2018).

Osservando le correlazioni che intercorrono tra i questionari somministrati al paziente e ai suoi genitori e la procedura *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999), l'ipotesi relativa alla presenza di una corrispondenza tra una sintomatologia giudicata più severa e una qualità maggiormente disfunzionale delle interazioni familiari è stata confermata dai dati a disposizione (H1).

Tramite la compilazione, da parte dell'adolescente del questionario *Youth Self-Report* (YSR 11-18; T. M., 2001), è stato possibile osservare come all'aumentare della gravità percepita circa le proprie problematiche emotivo-comportamentali corrispondesse un peggioramento della qualità interazionale familiare. Questo è stato osservato, in generale, nella somma totale delle variabili della terza parte della procedura LTP, dedicata all'interazione combinata di tutte e tre le parti (madre-padre-figlio), la quale presenta una correlazione inversa significativa con i problemi esternalizzanti. Più nello specifico, è emerso come ad un peggioramento nel compito interattivo riferito alla capacità di rendersi disponibili all'interazione corrispondesse una maggiore gravità percepita di problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali; inoltre, una maggiore gravità di problemi esternalizzanti è risultata connessa anche ad un peggioramento circa le competenze comunicative e l'autoregolazione del ragazzo e la circolazione di affetti positivi durante lo svolgimento della procedura.

In maniera ancora più evidente, la prima ipotesi viene confermata nel questionario *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18; Achenbach T. M., 2001) compilato dalla madre: la maggiore gravità percepita delle problematiche esternalizzanti dell'adolescente risulta essere correlata significativamente ad un peggioramento di tutta l'interazione familiare (prima, seconda, terza, quarta parte e somma totale di tutte le quindici variabili che compongono la procedura LTP). Nello specifico, le problematiche esternalizzanti risultano connesse ad un peggioramento interattivo nella co-costruzione di un'attività comune, nella stimolazione agita dai genitori sull'adolescente, nel sostegno-cooperazione

e i conflitti che intercorrono nella diade genitoriale, nell'autoregolazione tenuta dal ragazzo, negli errori durante il cambio tra le quattro parti previste dalla procedura, nella circolazione di affetti positivi, nella validazione degli stati d'animo del ragazzo da parte dei genitori e nell'autenticità degli affetti espressi durante l'interazione. Le problematiche internalizzanti, invece, hanno una correlazione inversa significativa con il peggioramento nella capacità di rendersi disponibili all'interazione.

Anche il questionario *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18; Achenbach T. M., 2001) compilato dal padre, conferma l'ipotesi: in generale, la gravità totale dei problemi rilevati corrisponde ad un peggioramento di tutta l'interazione familiare (prima, seconda, terza, quarta parte e somma totale di tutte le quindici variabili che compongono la procedura LTP); la gravità dei problemi internalizzanti corrisponde ad un peggioramento della quarta parte della procedura, dove è prevista un'interazione diretta tra la coppia genitoriale mentre il ragazzo rimane semplicemente presente, e il totale delle quindici variabili che compongono la procedura; inoltre, la gravità dei problemi esternalizzanti corrisponde ad un peggioramento della prima, seconda, terza parte e il totale delle quindici variabili che compongono la procedura. Nello specifico, la gravità del totale dei problemi riportati corrisponde ad una maggiore disfunzionalità nell'implicazione di ciascun membro della triade nel suo ruolo, nella corretta strutturazione del gioco proposto e del tempo a disposizione, nella co-costruzione di un'attività in comune, nella stimolazione agita dai genitori sull'adolescente, nelle competenze comunicative e nell'autoregolazione tenuta dal ragazzo, negli errori durante il cambio tra le quattro parti previste dalla procedura, nella circolazione di affetti positivi e nell'autenticità degli affetti espressi durante l'interazione; la gravità dei problemi esternalizzanti riportati corrisponde ad una maggiore disfunzionalità nella co-costruzione di un'attività in comune, nella stimolazione agita dai genitori sull'adolescente, nelle competenze comunicative e nell'autoregolazione tenuta dal ragazzo, negli errori durante il cambio tra le quattro parti previste dalla procedura e nella circolazione di affetti positivi; la gravità dei problemi internalizzanti riportati corrisponde ad una maggiore disfunzionalità nell'implicazione di ciascun membro della triade nel suo ruolo e nell'autenticità degli affetti espressi durante l'interazione.

Considerando le problematiche esternalizzanti, internalizzanti e totali manifestate dall'adolescente come indice di gravità del quadro clinico, possiamo osservare come a

gravità maggiore vengano associate interazioni familiari più disfunzionali. Infatti, a conferma di quanto riportato negli studi di Ackard e colleghi (2006) e Melchior & van der Waerden (2016), è possibile osservare come vi sia uno stretto legame tra la gravità del quadro psicopatologico presentato dall'adolescente e la modalità interattiva che intercorre all'interno della famiglia. In particolare, come la modalità con la quale i membri del nucleo familiare interagiscono tra di loro sia strettamente connessa alla presenza di sintomatologie internalizzanti ed esternalizzanti (Gatta et al., 2015; Mazzoni et al., 2015).

Tutta la famiglia è stata, inoltre, coinvolta nell'indagine legata agli aspetti depressivi che era possibile riscontrare nell'adolescente, tramite il questionario *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018).

Dal questionario compilato dal ragazzo, emerge una correlazione inversa significativa tra una più grave sintomatologia depressiva e una maggiore compromissione nella capacità di rendersi disponibili all'interazione.

Secondo quanto riportato dalla madre, invece, una sintomatologia depressiva giudicata come più severa è connessa ad un peggioramento nel mantenere una postura e una circolazione degli sguardi appropriata, nell'inclusione dei partner durante la procedura, nelle competenze comunicative del ragazzo, negli errori durante il cambio tra le quattro parti previste dalla procedura e nella circolazione di affetti positivi.

Il questionario compilato dal padre evidenzia che una presenza maggiore di aspetti depressivi è correlata inversamente ad una diminuzione nella circolazione di affetti positivi durante l'interazione.

Questi risultati mostrano come una maggiore gravità della sintomatologia depressiva sia associata ad una minor capacità da parte della triade di rendersi disponibili all'interazione. Infine, a tutta la famiglia è stato chiesto di valutare la gravità degli aspetti ansiosi nell'adolescente, tramite il questionario *Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition* (March J. S., 2017).

Dal questionario compilato dal ragazzo emerge una correlazione inversa significativa tra una più grave sintomatologia legata all'ansia e una maggiore compromissione nella capacità di rendersi disponibili all'interazione.

Invece, la madre riporta che ad una sintomatologia più grave legata all'ansia è connessa una maggiore compromissione nella capacità di rendersi disponibili all'interazione e a un minor livello di autenticità negli affetti espressi.

Questi risultati mostrano come una maggiore gravità della sintomatologia ansiosa sia associata ad una minor capacità da parte della triade di rendersi disponibili all'interazione. In generale, da quello che emerge dai dati presentati, viene riportata da tutti e tre i membri del nucleo familiare una maggiore disfunzionalità a carico delle interazioni familiari in corrispondenza di una sintomatologia giudicata come più severa. Tuttavia, non è ancora chiaro se il peggioramento interattivo sia causa di un quadro sintomatologico più grave o se la gravità del sintomo esperito dal ragazzo generi una alterazione negativa nell'interazione e nelle relazioni familiari (Darrow et al., 2017).

Volendo osservare se la presenza di un quadro sintomatologico più grave corrispondesse alla presenza di un particolare conflitto e poco sostegno nella coppia di genitori (H2), i dati analizzati hanno confermato la presenza di un minore sostegno in presenza di una sintomatologia, presentata dall'adolescente, più severa. Al contrario, però, l'ipotesi è stata disconfermata relativamente alla presenza di un clima segnato da un maggior conflitto tra i genitori, in associazione ad una sintomatologia psicopatologica più grave.

I risultati ottenuti evidenziano, inoltre, una differenza rispetto a quanto riportato dal padre e quanto riportato dalla madre.

È stato possibile osservare una correlazione inversa significativa tra le problematiche comportamentali ed emotive dell'adolescente, rilevate tramite il questionario *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18; Achenbach T. M., 2001) compilato dalle madri, e il sostegno all'interno della diade genitoriale, rilevato tramite la procedura *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). In particolare, è emerso come, ad una maggiore gravità rilevata nei problemi esternalizzanti presentati dal ragazzo corrisponda un minore sostegno e cooperazione all'interno della diade genitoriale.

Anche nel questionario compilato dai padri è possibile individuare delle significatività: il comportamento aggressivo agito dal figlio, i problemi d'ansia e quelli oppositivo-provocatori sembrano influenzare il sostegno e la cooperazione nella coppia, di fatto,

riducendolo. Contrariamente a quanto ci si aspettava nell'ipotesi, invece, nei questionari compilati dai padri emerge una correlazione inversa tra il comportamento deviante del ragazzo, i problemi affettivi del ragazzo e l'esperienza di particolare conflitto all'interno della diade genitoriale. Sembra, quindi, che all'aumentare di determinate e specifiche problematiche presentate dal figlio corrisponda una minore esperienza di conflitto tra i suoi *caregivers*.

Dalle analisi condotte, emerge come ad una maggiore gravità della sintomatologia corrisponde una minore presenza di conflitto all'interno della diade genitoriale. Questo potrebbe essere considerato come un fattore di protezione sul quale concentrarsi durante la terapia. Infatti, i figli che vengono esposti a modalità genitoriali conflittuali fanno esperienza di distress e di vari livelli di disfunzionalità, mentre una comunicazione efficace tra i genitori è strettamente connessa ad *outcome* positivi nello sviluppo del figlio (Negrini, 2020). Questo dato potrebbe trovare una spiegazione nel fatto che, spesso, la condizione di ricovero del proprio figlio può rappresentare un evento fortemente traumatico per il genitore (Balottin et al., 2014), che ha quindi la tendenza a concentrarsi sulla salute del ragazzo mostrando una maggiore coesione nella diade genitoriale. È altrettanto vero che, questo investimento, può portare i genitori ad essere meno coinvolti nella coppia, generando così una difficoltà relazionale (Gatta et al., 2017) che potrebbe, quindi, spiegare la percezione dei genitori di questo studio nel ricevere un minor sostegno dal partner e il peggioramento dell'interazione nella quarta parte della procedura LTP.

La compilazione, da parte dell'adolescente, del questionario *Youth Self-Report* (YSR 11-18; T. M., 2001) non fa emergere risultati significativi. Si suppone che la fase acuta del disturbo che vivono durante il periodo di ricovero potrebbe rendere difficoltoso spostare l'attenzione da sé per rivolgerla alle dinamiche che intercorrono nella diade genitoriale.

Per l'obiettivo relativo all'osservazione di una differenza tra gruppi, si è proceduto a suddividere il campione dei pazienti in tre gruppi distinti sulla base del quadro diagnostico principale presentato. È stata poi applicata un'analisi multivariata che, al contrario di quanto ipotizzato (H3), non ha evidenziato particolari differenze significative nella qualità delle interazioni familiari tra i gruppi.

L'unica significatività che è stato possibile osservare è relativa all'abilità della famiglia nel seguire le istruzioni riguardo alla strutturazione delle quattro parti previste dalla procedura LTP e la durata di ogni singola parte, la quale presenta delle differenze tra i vari gruppi.

La strutturazione del gioco e del tempo globale è risultata essere migliore nel gruppo dei pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi dell'umore, in confronto al gruppo dei pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi d'ansia; mentre, il gruppo dei pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi dell'umore ha una prestazione peggiore rispetto al gruppo dei pazienti che presentano una diagnosi principale appartenente alla categoria dei disturbi del comportamento alimentare (**Tabelle 6, 7**). Le famiglie al cui interno è presente un paziente al quale è attribuita una diagnosi principale riferita ai disturbi d'ansia sembrano essere quelle che incontrano maggiori difficoltà nel compito di strutturare in maniera adeguata il compito e la sua durata nel tempo.

Lo stesso andamento è risultato anche per la somma della strutturazione del gioco e del tempo (**Tabelle 8, 9**).

Per spiegare questo dato, è necessario tenere in forte considerazione la familiarità che intercorre nelle patologie legate all'ansia (Lindhout et al., 2006). Secondo la letteratura (Hudson & Rapee, 2001) i genitori che soffrono d'ansia hanno la tendenza ad essere maggiormente iperprotettivi ed ipercoinvolti, questa tendenza potrebbe avere come conseguenza un sovrainvestimento, durante l'interazione, nei confronti del proprio figlio, con una diminuzione della propria attenzione sulla strutturazione dell'attività in corso.

In generale, si tiene conto anche del fatto che il campione considerato presenta un quadro psicopatologico particolarmente complesso, nel quale sono presenti vari livelli di comorbidità che hanno reso difficoltoso creare una classificazione; ciò potrebbe aver influenzato i risultati che sono stati ottenuti.

5.2 Limiti di ricerca

I risultati, che sono stati ottenuti in questo studio, vanno tenuti in considerazione avendo presenti alcuni limiti.

Il campione qui rappresentato proviene dal reparto di Neuropsichiatria Infantile e, per tanto, mostra una serie di patologie particolarmente complesse e gravi, che richiedono una valutazione multi-assiale e alle quali è associato un elevato numero di comorbidità; per questo motivo, è risultato complesso classificare i gruppi di pazienti che sono stati presentati. Inoltre, all'interno del campione la distribuzione per sesso relativa ai pazienti non risulta essere bilanciata, mostrando una netta prevalenza del sesso femminile (80.5%), sebbene questo rispecchi i dati riportati nella letteratura relativamente alle realtà italiane (Morini et al., 2016) e internazionali (Harpaz-Rotem et al., 2005b).

Relativamente alla procedura LTP, le limitazioni, che sono state introdotte all'interno della società e dell'ambito ospedaliero a causa della pandemia di Covid-19, potrebbero aver avuto come conseguenza quella di ridurre il numero di famiglie che è stato possibile coinvolgere nell'attività; inoltre, è stato obbligatorio per la triade l'utilizzo della mascherina durante lo svolgimento della procedura. La conseguenza principale è legata al fatto che ci fosse un impedimento nella visione dettagliata relativa alle espressioni facciali, ciò influiva sia sui partecipanti stessi che sull'esaminatore (condizionando l'analisi della componente non verbale dell'interazione). Si può quindi ipotizzare che le modifiche apportate alla procedura (l'uso della mascherina) potrebbero aver comportato delle differenze che, seppur minime, potrebbero aver avuto delle conseguenze nella codifica.

Infine, la compilazione dei questionari non è stata possibile per tutta la triade (madre-padre-figlio) considerata all'interno del campione. Si può quindi ipotizzare che, se tutti i dati relativi ai questionari fossero stati raccolti, si sarebbero potute osservare delle differenze in merito ai risultati che sono stati ottenuti in questa osservazione.

CAPITOLO 6: Conclusioni

Il presupposto teorico dal quale questo lavoro è partito, ovvero la sostanziale importanza, nella definizione e nella comprensione della psicopatologia in età evolutiva, delle relazioni e delle intenzioni interne al nucleo familiare, ha trovato conferma nell'osservazione che è stata fatta del campione a disposizione.

È stato possibile riscontrare come ci fosse una correlazione inversa significativa tra la gravità del quadro psicopatologico presentato dall'adolescente e la qualità dell'interazione familiare. Un dato estremamente interessante e utile sia per quanto riguarda la definizione del disturbo che per quanto riguarda la presa in carico successiva al periodo di ricovero, nonostante la presenza di un limite che ancora non risulta essere stato chiarito: come emerso anche in letteratura (Darrow et al., 2017), questo lavoro non è stato in grado di definire quale, tra i fattori relativi alla gravità e alla qualità delle interazioni, sia causa e quale conseguenza di un maggior disagio esperito. Si rimanda quindi alle future pubblicazioni la risposta a questo interrogativo, che aggiungerebbe un ulteriore elemento alla comprensione e al trattamento dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti e al supporto genitoriale.

Entrando nello specifico, è stato poi osservato come ad una sintomatologia più grave presentata dal ragazzo corrispondesse un peggioramento nella collaborazione e nel sostegno reciproco (espresso sia tramite segnali verbali che non verbali) nella coppia genitoriale. Un dato che anche la letteratura (Gatta et al., 2017) ha riscontrato nelle famiglie in cui è presente una condizione di ricovero del minore. Al contrario, è stato osservato come vi sia una tendenza, riportata dai padri, alla diminuzione del conflitto in corrispondenza di una maggiore gravità sintomatologica, un dato che può essere visto come un fattore di protezione da osservare e implementare durante il percorso terapeutico, poiché ritenuto utile al fine di ottenere un migliore *outcome* nello sviluppo del figlio (Negrini, 2020).

Non è, invece, stato possibile verificare la presenza di differenze sostanziali nell'interazione familiare distinguendo vari gruppi sulla base della diagnosi associata. Un risultato che viene ricondotto alla complessità diagnostica dei 77 pazienti, i quali vengono osservati in un momento in cui la manifestazione sintomatologica è particolarmente severa, complessa e caratterizzata da un elevato numero di comorbidità, un dato che risulta essere una condizione vera per la maggior parte dei pazienti ricoverati in età

evolutiva (Kessler et al., 2007). La complessità generata dalle comorbidità sul funzionamento adattivo dei pazienti è il motivo principale per il quale è stato particolarmente complesso definire i tre gruppi riportati nei capitoli precedenti. Futuri studi e osservazioni potranno tenere in considerazione questo fattore al fine di indagare le differenze interattive tra vari gruppi distinti per diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

- ACHENBACH, T. M. (2001). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont.
- ACHENBACH, T. M., & RESCORLA, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles (Vol. 30)* (Burlington, VT).
- ACHENBACH, T. M., & RESCORLA, L. A. (2004). The Achenback System of Empirically based assesment (ASEBA) for Ages 1.5 to 18. In Lawrence Erlbaum Associates. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (Mark E. Maruish, pp. 179–212).
- ACKARD, D. M., NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M., & PERRY, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 59–66.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>.
- ACKERMAN, R. A., KASHY, D. A., DONNELLAN, M. B., & CONGER, R. D. (2011). Positive- engagement behaviors in observed family interactions: A social relations perspective. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 719–730.
<https://doi.org/10.1037/a0025288>.
- ALLEN, J. P., HAUSER, S. T., BELL, K. L., & O'CONNOR, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Development*, 65, 179–194.
doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00743.x.
- AMIANTO, F., ARLETTI, L., BAIETTO, C., DAVICO, C., MIGLIARETTI, G., & VITIELLO, B. (2021). Trends in admissions to a child and adolescent neuropsychiatric inpatient unit in the 2007–2017 decade: how contemporary neuropsychiatry is changing in Northwestern Italy. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01794-7>.
- AMMANITI M. (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- ANDERS, T.F. [1989], *Clinical syndromes, relationship disturbances, and their assessment*, in Sameroff e Emde [1989; trad. it. 1991].
- AVENEVOLI, S., & MERIKANGAS, K. R. (2006). Implications of high-risk family studies for prevention of depression. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 126-135.
- BALOTTIN, L., MANNARINI, S., MENSI, M. M., CHIAPPEDI, M., & GATTA, M. (2017). Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in Psychology*, 7.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02046>.

- BALOTTIN, L., NACINOVICH, R., BOMBA, M., & MANNARINI, S. (2014). Alexithymia in parents and adolescent anorexic daughters: Comparing the responses to TSIA and TAS-20 scales. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1941–1951. <https://doi.org/10.2147/NDT.S67642>.
- BARRERA, M., PRELOW, H. M., DUMKA, L. E., GONZALES, N. A., KNIGHT, G. P., MICHAELS, M. L., ROOSA, M. W., & TEIN, J. (2002). Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: Supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*, 30(2), 135–152. <https://doi.org/10.1002/jcop.10000>.
- BARTHASSAT, J. (2014). Positive and Negative Effects of Parental Conflicts on Children's Condition and Behaviour. *Journal of European Psychology Students*, 5(1), 10–18. <https://doi.org/10.5334/jeps.bm>.
- BEEBE, B., LACHMAN, FM. (2002), *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2003.
- BERTELLI OM, SCUTICCHIO D, BIANCO A, BUONAGURO FE, LAGHI F, GHELMA F, ET AL. (2020). Advices for managing the COVID-19 outbreak and the associated factors of mental distress for people with intellectual disability and autism spectrum disorder with high and very high support needs. *Version 1.5. SIDiN (Italian Society for Neurodevelopmental Disorders)*.
- BETTIO, L., THACKER, J. S., HUTTON, C., & CHRISTIE, B. R. (2019). Modulation of synaptic plasticity by exercise. In *International Review of Neurobiology* (Vol. 147, pp. 295–322). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.07.002>.
- BIGELOW, A. E., MACLEAN, K., & PROCTOR, J. (2004). The role of joint attention in the development of infants' play with objects. *Developmental Science*, 7(5), 518– 526. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2004.00375.x>.
- BIGELOW, A. E., MACLEAN, K., PROCTOR, J., MYATT, T., GILLIS, R., & POWER, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.009>.
- BIGELOW, A.E, WALDEN, L.M. (2009), "Infants' response to maternal mirroring in the Still Face and replay tasks". In *Infancy*, 14, Pp. 526-549.
- BIRD, H. R., CANINO, G., GOULD, M. S., RIBERA, J., RUBIO-STIPEC, M., WOODBURY, M., HUERTAS-GOLDMAN, S., & SESMAN, M. (1987). Use of the Child Behavior Checklist as a Screening Instrument for Epidemiological Research in Child Psychiatry: Results of a Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 207–213. <https://doi.org/10.1097/00004583-198703000-00015>.
- BIRD, H. R., YAGER, T. J., STAGHEZZA, B., GOULD, M. S., CANINO, G., & RUBIO-STIPEC, M. (1990). Impairment in the Epidemiological Measurement of Childhood

Psychopathology in the Community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 796–803. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00020>.

BLAIR, L. M., & FORD, J. L. (2019). Neighborhood Context and the Risk for Developmental Disabilities in Early Childhood. *Maternal and Child Health Journal*, 23(9), 1213–1219. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02757-w>.

BOWLBY, J. (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1972.

BRAUNER, C. B., & STEPHENS, C. B. (2006). Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorders: Challenges and Recommendations. *Public Health Reports*, 121(3), 303–310. <https://doi.org/10.1177/003335490612100314>.

BRAZELTON, T.B., KOSLOWSKI, B., MAIN, M. (1974), "The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction". In LEWIS, M., ROSEMBLUM, L.A. (a cura di), *The Effect of the Infant on its Caregivers*. Wiley, New York, pp. 137-154.

BROOKS SK, WEBSTER RK, SMITH LE, WOODLAND L, WESSELY S, GREENBERG N, ET AL. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020 doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

CABAJ, J. L., MCDONALD, S. W., & TOUGH, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-166>.

CARLI, L. L. , R. C. (2008). *Le forme di intersoggettività. L'implicito e l'esplicito nelle relazioni interpersonali*. Milano : Raffaello Cortina. (Raffaello Cortina, Ed.).

CARNEIRO, C., CORBOZ-WARNERY, A., & FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (2006). The Prenatal Lausanne Trilogue Play: A New Observational Assessment Tool of the Prenatal Co-Parenting Alliance. *Infant Mental Health Journal*, 27(2), 207–228. <https://doi.org/10.1002/imhj.20089>.

CARRATELLI, T. J., FERRARA, M., MÓNNIELLO, G., & SABATELLO, U. (1998). Adolescenti e ricovero psichiatrico. *Franco Angeli, Milano*.

CAVIGLIA, G., & ZARRELLA, I. (2011). Continuità e discontinuità tra psicopatologia dell'età infantile e dell'età adulta: una review sulla visione prospettica. *Continuità e discontinuità tra psicopatologia dell'età infantile e dell'età adulta: una review sulla visione prospettica*, 401-414.

CICCHETTI, D. E COHEN, D.G. [1995], *Perspectives on developmental psychopathology*, in *Developmental psychopathology: Theory and methods*, vol. I, a cura di D. Cicchetti e D.G. Cohen, New York, Wiley.

CODISPOTI O., BASTIANONI P. (2002), *La diagnosi psicologica in età evolutiva*. Carocci Editore, Roma.

- COSTELLO, E. J., MUSTILLO, S., ERKANLI, A., KEELER, G., & ANGOLD, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>.
- CULLINS, L. M., GABRIEL, M., SOLAGES, M., CALL, D., MCKNIGHT, S., CONCEPCION, M., & CHO, J. (2016). Pediatric Community Mental Health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(11), 354–388. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.09.001>.
- CUMMINGS, E. M., DAVIES, P. T., & SIMPSON, K. S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 141–149. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.8.2.141>.
- DALTON L, RAPA E, STEIN A. (2020). Protecting the psychological health of through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 doi:10.1016/S2352-4642(20)30097-3.
- DARROW, S. M., ACCURSO, E. C., NAUMAN, E. R., GOLDSCHMIDT, A. B., & LE GRANGE, D. (2017). Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389–396. <https://doi.org/10.1002/erv.2531>
- DARWICHE, J., FAVEZ, N., SIMONELLI, A., ANTONIETTI, J. P., & FRASCAROLO, F. (2015). Prenatal Coparenting Alliance and Marital Satisfaction When Pregnancy Occurs After Assisted Reproductive Technologies or Spontaneously. *Family Relations*, 64(4), 534–546. <https://doi.org/10.1111/fare.12131>.
- DAVIES, J., & LOWES, L. (2006). *Development and organization of child and adolescent mental health services*.
- DAVIS D, CLIFTON A. (1995) Psychosocial theory: Erikson Haverford University. *Department of Psychology*. De Boeck, Bruxelles, pp. 227-250.
- DELAMBO, K. E., IEVERS-LANDIS, C. E., DROTAR, D., & QUITTNER, A. L. (2004). Association of Observed Family Relationship Quality and Problem-Solving Skills with Treatment Adherence in Older Children and Adolescents with Cystic Fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(5), 343–353. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh038>.
- EGGER, H. L., & ANGOLD, A. (2006a). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 47, Issues 3–4, pp. 313–337). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>.
- ENSINK, J. B. M., DE MOOR, M. H. M., ZAFARMAND, M. H., DE LAAT, S., UITTERLINDEN, A., VRIJKOTTE, T. G. M., LINDAUER, R., & MIDDELDORP, C. M. (2020). Maternal environmental risk factors and the development of internalizing and externalizing problems in childhood: The complex role of genetic factors. *American*

Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics, 183(1), 17–25.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32755>.

- FARRUGGIA, R., & COSTA, S. (2016). Psychiatric emergency in developmental age: organizational situation of Childhood and Adolescence Neuropsychiatry Services in Italy. Preliminary data. *Giornale Di Neuropsichiatria Dell'Età Evolutiva*.
- FAVEZ, N., FRASCAROLO, F., CARNEIRO, C., MONTFORT, V., CORBOZ-WARNERY, A., & FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (2006). The development of the family alliance from pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months. *Infant and Child Development*, 15(1), 59–73. <https://doi.org/10.1002/icd.430>.
- FAVEZ, N., FRASCAROLO, F., LAVANCHY, C. (2006), "From family play to family narratives". In *The Signal*, 12(3-4), pp. 1-7.
- FAVEZ, N., LOPES, F., BERNARD, M., FRASCAROLO, F., LAVANCHY SCAIOLA, C., CORBOZ- WARNERY, A., & FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (2012). The Development of Family Alliance From Pregnancy to Toddlerhood and Child Outcomes at 5 Years. *Family Process*, 51(4), 542–556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01419.x>.
- FAVEZ, N., SCAIOLA, C.L., TISSOT, H., DARWICHE, J., & FRASCAROLO, F. (2011). The Family Alliance Assessment Scales: Steps Toward Validity and Reliability of an Observational Assessment Tool for Early Family Interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 23–37. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9374-7>.
- FIELD, T. VEGA-LAHR, N., GOLDSTEIN, S., SCAPIDI, F. (1986), "Face-to-face interaction behavior across early infancy". In *Infant Behavior and Development*, 10, pp. 111-116.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., CORBOZ-WARNERY, A. (1999), *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., CORBOZ-WARNERY, A., CARNEIRO, C., & WASEM, V. (2002). *Coding manual for the GETCEF (Evaluation grid of the Lausanne Triadic Play)*. (L. Centre d'Etude de la Famille (CEF), Ed.; Third).
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., FAVEZ, N., LAVANCHY, C., DE NONI, S., FRASCAROLO, F. (2005), "Four-month-olds make triangular bids to father and mother during triologue play with Still Face". In *Social Development*, 14, pp. 361-377.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., FIVAZ, R., KAUFMANN, L. (1982), "Encadrement du développement, le point de vue systémique. Fonctions pédagogique, parentale, thérapeutique". In *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 4-5, pp. 63-74.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E., PHILIPP, D.A. (2015), *Il bambino e la coppia, comprendere e trattare le famiglie di bambini in età prescolare*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.

- FOGEL, A. (1977), "L'organizzazione temporale dell'interazione faccia-a-faccia madre-bambino". Tr. it. in SCHAFFER, R.H. (a cura di), *L'interazione madre-bambino: Oltre la teoria dell'attaccamento*, 2° ed. Franco Angeli, Milano 1989, Pp. 179-217.
- FOGEL, A. (1993), *Developing Through Relationships*. University of Chicago Press, Chicago.
- FRAIBERG, S., ADELSON, E. E SHAPIRO, B.V. [1975], *Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationships*, in «Journal of American Academy of Child Psychiatry», 14, pp. 387-421; trad. it. *I fantasmi nella stanza dei bambini*, in Fraiberg [1999, 179-216].
- FRANKEL, L. A., HUGHES, S. O., O'CONNOR, T. M., POWER, T. G., FISHER, J. O., & HAZEN, N. L. (2012). Parental Influences on Children's Self-Regulation of Energy Intake: Insights from Developmental Literature on Emotion Regulation. *Journal of Obesity*, 2012, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2012/327259>.
- FREUD A. (1969), *Normalità e patologia del bambino*, Feltrinelli, Milano (ed. or. 1965).
- GATTA, M., MISCIOSCIA, M., SVANELLINI, L., BRIANDA, M. E., GUERRA, G., BATTISTELLA, P. A., & SIMONELLI, A. (2017). Triadic interactions in families with preterm children: a comparative study with children born at term. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 13, 2375–2388. <https://doi.org/10.2147/NDT.S129225>.
- GATTA, M., SISTI, M., SUDATI, L., MISCIOSCIA, M., & SIMONELLI, A. (2016b). The Lausanne Trilogue Play within the outcome evaluation in infant mental health: A preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1), 19–30. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.198>.
- GATTA, M., SPOTO, A., TESTA, P., SVANELLINI, L., LAI, J., SALIS, M., DE SAUMA, M., & BATTISTELLA, P. A. (2010). Adolescent insight within the working alliance: A bridge between diagnostic and psychotherapeutic processes. In *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* (pp. 45–52).
- GATTA, M., SVANELLINI, L., SISTI, M., SUDATI, L., FREGNA, R., VELLON, L., DEL COL, L., SIMONELLI, A., & BATTISTELLA, P. A. (2015). Preliminary findings of the project: the Lausanne Trilogue Play as a psychodiagnostic and therapeutic tool- an innovative clinical experience with psychiatric children and adolescents. *Proceedings of International Congress of Clinical Psychology*, 37–42.
- HARPAZ-ROTEM, I., LESLIE, D. L., MARTIN, A., & ROSENHECK, R. A. (2005a). Changes in child and adolescent inpatient psychiatric admission diagnoses between 1995 and 2000. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 642–647. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0923-0>.
- HARPAZ-ROTEM, I., LESLIE, D. L., MARTIN, A., & ROSENHECK, R. A. (2005b). Changes in child and adolescent inpatient psychiatric admission diagnoses between 1995 and 2000. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 642–647. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0923-0>.

- HÄSSLER, F., KÖLCH, M., KUMBIER, E., WEIRICH, S., & REIS, O. (2020). Vergleich der stationären Kinderpsychiatrie 1960 und 2015 in Rostock. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 69(8), 737–748. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.8.737>.
- HAVIGHURST R. (1952), *Developmental tasks and education*, Davies Mc Kay, New York.
- HILL D. (2015), *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*, New York, Norton.
- HUDSON, J. L., & RAPEE, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour research and therapy*, 39(12), 1411-1427.
- IMRAN, N., ZESHAN, M., & PERVAIZ, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67.
- JAFFE, J., BEEBE, B., FELDSTEIN, S., CROWN, C.L., JASNOW, M.D. (2001), "Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development". In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 2, serie n. 265.
- JAWORSKA-ANDRYSZEWSKA, P., & RYBAKOWSKI, J. K. (2019). Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and implications for treatment. In *Pharmacological Reports* (Vol. 71, Issue 1, pp. 112–120). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2018.10.004>.
- JIAO WY, WANG LN, LIU J, FANG SF, JIAO FY, PETTOELLO-MANTOVANI M, ET AL. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020 doi:10.1016/j.jpeds.2020.03.013.
- KAPADIA, M., DESAI, M., & PARIKH, R. (2020). Fractures in the framework: limitations of classification systems in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 17–26. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.1/rparikh>.
- KEESHIN, B. R., STRAWN, J. R., LUEBBE, A. M., SALDAÑA, S. N., WEHRY, A. M., DELBELLO, M. P., & PUTNAM, F. W. (2014). Hospitalized youth and child abuse: A systematic examination of psychiatric morbidity and clinical severity. *Child Abuse and Neglect*, 38(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.013>.
- KESSLER, R. C., AMMINGER, G. P., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., LEE, S., & USTÜN, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>.
- KLEIN, M. (1959), "Il nostro mondo adulto e le sue radici nell'infanzia". Tr. it. in *Il nostro mondo adulto e altri saggi*. Martinelli, Firenze 1972.
- KOBAK, R. R., COLE, H. E., FERENZ-GILLIES, R., FLEMING, W. S., & GAMBLE, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231–245. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02906.x.

- KOGAN, N., CARTER, A.S. (1996), "Mother-infant reengagement following the Still Face: The role of maternal emotion availability in infant affect regulation". In *Infant Behavior and Development*, 19, pp. 359-370.
- KOLB, B., HARKER, A., & GIBB, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. In *Developmental Medicine and Child Neurology* (Vol. 59, Issue 12, pp. 1218–1223). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13546>.
- KOVACS, M. (2018). *Children's Depression Inventory (2nd ed.)* Multi-Health System. North Tonawanda NY.
- LAKE, A., & CHAN, M. (2015). Putting science into practice for early child development. In *The Lancet* (Vol. 385, Issue 9980, pp. 1816–1817). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61680-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61680-9) Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 doi:10.1016/S2352-4642(20)30109-7.
- LAVANCHY SCAIOLA, C., FAVEZ, N., TISSOT, H., & FRASCAROLO, F. (2009). *Family Alliance Assessment Scale (FAAS), version 6.3*. Centre d'Etude de Famille, Lausanne.
- LAVELLI, M. (2007), *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Raffaello Cortina, Milano.
- LAVELLI, M., FOGEL, A. (2005), "Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: The 2-month transition". In *Developmental Psychology*, 41, pp. 265-280.
- LEGERSTEE, M., VARGHESE, J. (2001), "The role of maternal affect mirroring on social expectancies in three-month-old infants". In *Child Development*, 72, pp. 1301-1313.
- LEHMAN, B. J., DAVID, D. M., & GRUBER, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and personality psychology compass*, 11(8), e12328.
- LEVENTHAL, T., & BROOKS-GUNN, J. (2003). Children and youth in neighborhood contexts. In *Current Directions in Psychological Science* (Vol. 12, Issue 1, pp. 27–31). <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01216>.
- LINDHOUT, I., MARKUS, M., HOOGENDIJK, T., BORST, S., MAINGAY, R., SPINHOVEN, P., ... & BOER, F. (2006). Childrearing style of anxiety-disordered parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), 89-102.
- LIU JJ, BAO Y, HUANG X, SHI J, LU L. (2020) Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child & Adolesc Health*. 2020 doi:10.1016/S2352-4642(20)30096-1.
- LUCARELLI, L., AMMANITI, M., PORRECA, A., & SIMONELLI, A. (2017). Infantile anorexia and co-parenting: A pilot study on mother-father-child triadic interactions

during feeding and play. *Frontiers in Psychology*, 8(MAR).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00376>.

- MARCH, J. S. (2017). *Multidimensional anxiety scale for children (2nd ed.)* Multi-Health Systems, Toronto, Ontario.
- MASH, E.J. E BARKLEY, R.A. [2014], *Child psychopathology*, New York, Guilford.
- MASTROTODOROS, S., VAN DER GRAAFF, J., DEKOVIĆ, M., MEEUS, W. H. J., & BRANJE, S. (2020). Parent–Adolescent Conflict across Adolescence: Trajectories of Informant Discrepancies and Associations with Personality Types. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(1), 119–135. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01054-7>.
- MAZZONCINI, B., & MUSATTI, L. (2012). *I disturbi dello sviluppo* (Raffaello Cortina Ed).
- MAZZONI, S., LUBARNO LAVADERA, A., DI BENEDETTO, R., CRISCUOLO, M., & MANGANO, C. (2015). Le coalizioni genitoriali. Lo stile interattivo del bambino a fronte degli stili cogenitoriali. In *Psicologia clinica dello sviluppo* (pp. 79–100).
- MAZZONI, S., MENOZZI, F., AMMANITI, M., FACHADA, I., OLIVEIRA, P., CORVAL, R., & SOARES, I. (2014). Multi-method and multilevel assessments of interactions in families with autistic children. . *Workshop in World Association for Infant Mental Health 14th World Congress*.
- MCCARTNEY, M. (2017). Margaret McCartney: If this was cancer there'd be an outcry- but it's mental health. In *BMJ (Clinical research ed.)* (Vol. 359, p. j5407).
<https://doi.org/10.1136/bmj.j5407>.
- MCHALE, J. P. (2007a). Charting the bumpy road of coparenthood: Understanding the challenges of family life. Washington, DC: Zero To Three.
- MCHALE, J. P., & FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (1999). Understanding triadic and family group interactions during infancy and toddlerhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 107–127. doi:10.1023/A: 1021847714749.
- MCHALE, J. P., FAVEZ, N., & FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (2018). The Lausanne Trilogue Play paradigm: Breaking discoveries in family process and therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3063–3072.
- MCHALE, J., FIVAZ-DEPEURSINGE, E., SUSAN DICKSTEIN, PHD., JANET ROBERTSON, PHD., DALEY, M., MCHALE, J., PETERS-BURG, U.-S., CARLETON, M., ALBERTS, A., KUERSTEN- HOGAN, R., HARTMAN, O., LIEBERSON, R., DIMARIO, H., ROTMAN, T., FISH, K., CHAFFE, E., GIAMPA, S., KOLLER, R., BERTHONNEAU, G., ... SCULL, C. (2008). New Evidence for the Social Embeddedness of Infants' Early Triangular Capacities. In *Family Process* (Vol. 47, Issue 4). FPI, Inc. www.FamilyProcess.org.

- McQUAID, N.E., BIBOK, M.B., CARPENDALE, J.I.M. (2009), "Relation between maternal contingent responsiveness and infant social expectations". In *Infancy*, 14, Pp. 390-401.
- MELCHIOR, M., & VAN DER WAERDEN, J. (2016). Parental influences on children's mental health: the bad and the good sides of it. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 25, Issue 8, pp. 805–807). Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0891-9>.
- MENCULINI, G., BALDUCCI, P. M., ATTADEMO, L., BERNARDINI, F., MORETTI, P., & TORTORELLA, A. (2020). Environmental risk factors for bipolar disorders and high-risk states in adolescence: a systematic review. In *Medicina (Lithuania)* (Vol. 56, Issue 12, pp. 1–15). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/medicina56120689>.
- MINUCHIN, S. (1974), *Famiglie e terapia della famiglia*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1978.
- MORINI, G., ROIA, A., & CARROZZI, M. (2016). i ricoveri psichiatrici in età evolutiva: L'esperienza di una struttura complessa di neuropsichiatria infantile. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 36(1), 7.
- MUIR, D. W., HAINS, S.M.J. (1993), "Infant sensitivity to perturbations in adult facial, vocal, tactile, and contingent stimulation during face-to-face interactions". In DEBOYSSON-BARDIES, B., DE SCHONEN, S., JUSCZYK, P.W., McNEILAGE, P., MORTON, J. (a cura di), *Developmental Neurocognition: Speech and Face Processing in the First Year of Life*. Kluwer, Dordrecht, pp. 171-185.
- MURRAY, L., TREVARTHEN, C. (1985), "Emotional regulation of interactions between 2-month-old and their mothers". In FIELD, T.M., FOX, N.A. (a cura di), *Social Perception in Infants*. Ablex, Norwood, NJ, pp. 177-197.
- NADEL, J., SOUSSIGNAN, R., CANET, P., LIBERI, G., GERARDIN, P. (2005), "Two-month-old infants of depressed mothers show mild, delayed and persistent change in emotional state after non-contingent interaction". In *Infant Behavior and Development*, 28, Pp. 418-425.
- NADEL, J., TREMBLAY-LEVEAU, H. (1999), "Early perception of social contingencies and interpersonal intentionality: Dyadic and triadic paradigms",. In ROCHAT, P. (a cura di), *Early Social Cognition*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 155-187.
- NEGRINI, L. S. (2020). Coparenting supports in mitigating the effects of family conflict on infant and young child development. *Social Work (United States)*, 65(3), 278–287. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa027>.
- O'BRIEN, M. P., ZINBERG, J. L., HO, L., RUDD, A., KOPELOWICZ, A., DALEY, M., BEARDEN, C. E., & CANNON, T. D. (2009). Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 107(2–3), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.008>.

- OBSUTH, I., HENNIGHAUSEN, K., BRUMARIU, L. E., & LYONS-RUTH, K. (2014). Disorganized Behavior in Adolescent-Parent Interaction: Relations to Attachment State of Mind, Partner Abuse, and Psychopathology. *Child Development*, 85(1), 370–387. <https://doi.org/10.1111/cdev.12113>.
- PAIKOFF, R. L., & BROOKS-GUNN, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty? *Psychological Bulletin*, 110, 47–66. doi:10.1037/0033-2909.110.1.47.
- PALACIO-ESPASA, F. (2012), *La PCP avec le bébé et le jeune enfant*, in Nanzer [2012; trad. it. 2016, 107-113].
- PARKE, R.D. (1988), "Families in life-span perspective: A multilevel developmental approach". In HETHERINGTON, M.E., LERNER, R.M., PERLMUTTER, M. (a cura di), *Child Development in Life-Span Perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, PP. 159-190.
- PAROLIN, M., SUDATI, L., GATTA, M., & SIMONELLI, A. (2018). L'osservazione delle interazioni familiari in adolescenza. Studio preliminare sull'applicazione della procedura del Lausanne Trilogue Play. In *Psicologia clinica dello sviluppo* (pp. 269–298).
- PARRINO, R. L., LANDI, M., & LEONETTI, R. (2021). *Covid-19 e la salute degli adolescenti*.
- PATTON, G. C., COFFEY, C., ROMANIUK, H., MACKINNON, A., CARLIN, J. B., DEGENHARDT, L., OLSSON, C. A., & MORAN, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404–1411. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62116-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62116-9).
- PAULI-POTT, U., MERTESACKER, B. (2009), "Affect expression in mother-infant interaction and subsequent attachment development". In *Infant Behavior and Development*, 32, pp. 208-215.
- PETECH, E., SIMONELLI, A., & ALTOČ, G. (2010). Interazioni triadiche, benessere della coppia e ruolo del padre nelle famiglie con bambini in età prescolare. *RICERCHE DI PSICOLOGIA*, 1, 135–156. <https://doi.org/10.3280/RIP2009-001008>.
- PHILIPP, D., HAYOS, C. (2013), "Le Reflective Family Play: une traitement de la famille entière centré sur l'attachement et le système familial". In FAVEZ, E., FRASCAROLO, F., TISSOT, H. (a cura di), *Naitre et grandir au sein de la triade*. De Boeck, Bruxelles, pp. 227-250.
- PINQUART, M., & SILBEREISEN, R. K. (2002). Changes in adolescents' and mothers' autonomy and connectedness in conflict discussions: an observation study. *Journal of Adolescence*, 25(5), 509–522. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0491>.
- RABINOWITZ, J. A., DRABICK, D. A. G., & REYNOLDS, M. D. (2016). Youth Withdrawal Moderates the Relationships Between Neighborhood Factors and Internalizing Symptoms

in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(3), 427–439.
<https://doi.org/10.1007/s10964-015-0324-y>.

- REMSCHMIDT, H., FOMBONNE, E. (2001). *Developmental Psychopathology*. In: Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H., Lauter, H. (eds) *Contemporary Psychiatry*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-59519-6_44.
- RESCORLA, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 226–237. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>.
- RICHMOND, M. K., & STOCKER, C. M. (2006). Associations between family cohesion and adolescent siblings' externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 663–669. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.663>.
- ROLF J. ET AL. (1990), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, New York.
- ROTHBART, M. K. , DERRYBERRY, D. , & POSNER, M. I. (1994). *A psychobiological approach to the development of temperament*. J. E. Bates & T. D. Wachs (Eds.). <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/10149-003>.
- ROTHENBERG, W. A., SOLIS, J. M., HUSSONG, A. M., & CHASSIN, L. (2017). Profiling families in conflict: Multigenerational continuity in conflict predicts deleterious adolescent and adult outcomes. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 616.
- RUTTER, M. B. D. P. D. S. S. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Wiley Blackwell.
- SAMEROFF J., EMDE R.N. (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- SANDER, L. (1987), “La ‘struttura degli eventi’ nella regolazione del sistema neonato-caregiver come background biologico per l’organizzazione della struttura psichica del bambino”. Tr. it. in *Sistemi viventi. L’emergere della persona attraverso l’evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 167-181.
- SCALI, M. (2010). 5. Gli allontanamenti dall’ambiente familiare e lo “spazio neutro”. *Riabilitazione psicosociale nell’infanzia e nell’adolescenza*, 37, 259.
- SCHOPPE-SULLIVAN, S. J., & MANGELSDORF, S. C. (2013). Parent characteristics and early coparenting behavior at the transition to parenthood. *Social Development*, 22(2), 363–383. <https://doi.org/10.1111/sode.12014>.
- SELIGMAN, S. [2014], *From microseconds to psychic structure, in The origins of attachment: Infant research and adult treatment*, a cura di B. Bee-beeF. Lachmann, New York, Routledge; trad. it. *Dal livello microtemporale alla struttura psichica, in Le origini dell’attaccamento. Infant Research e trattamento degli adulti*, a cura di B. Beebe e F. Lachmann, Milano, Cortina, 2015, Pp. 279-302.

- SHAH, N., & STEWART-BROWN, S. (2018). Parenting and health: a call for action. In *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)* (Vol. 28, Issue 3, pp. 120– 125). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.002>.
- SIMONELLI, A. (2014). *La funzione genitoriale, sviluppo e psicopatologia* (Raffaello Cortina, Ed.).
- SIMONELLI, A., BIGHIN, M., & DE PALO, F. (2012). *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.
- SIMONELLI, A., FAVA VIZZIELLO, G., BIGHIN, M., PETECH, E. (2010), "Processi di co-regolazione e sviluppo delle competenze triadiche familiari nel primo anno di vita" In *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3, Pp. 527-544.
- SIMONELLI, A., FAVA VIZZIELLO, G., PETECH, E., BALLABIO, M., & BISONI, E. (2009). Il Lausanne Trilogue Play: potenzialità diagnostiche e prospettive di intervento nella valutazione delle competenze interattive familiari. *Infanzia e Adolescenza*.
- SOUSSIGNAN, R., NADEL, J., CANET, P., GERARDIN, P. (2006), "Sensitivity to social contingency and positive emotion in 2-month-olds". In *Infancy*, 10, pp. 123-144.
- SPRANG G, SILMAN M. (2013) Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Cambridge University Press. 2013;7(1):105–110. doi:10.1017/dmp.2013.22.
- SROUTE, L.A. E RUTTER, M. (1984], *The domain of developmental psychopathology*, in «Child Development», 55, pp. 17-29.
- STERN DN. (1989). La rappresentazione dei modelli di relazione: considerazioni evolutive, in Sameroff A.J., Emde R.N. (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- STERN, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- STERN, D.N. (1995), *La costellazione materna: il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- STICE, E., RAGAN, J., & RANDALL, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.155>.
- TAMBELLI R. (2017), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino, Bologna.
- TAMBELLI R., VOLPI B. (2012), Dai fantasmi nella psicoterapia genitore-bambino alla trasmissione intergenerazionale della psicopatologia, in Tambelli [2012, 193-236].

- TANCREDI, R., PICCHI, L., FLORIANI, C., SEPIA, P., & MURATORI, F. (2002). Behavioral problems in pediatric primary care. *Italian Journal of Pediatrics*.
- TISSOT, H., SCAIOLA, C. L., FRASCAROLO, F., DESPLAND, J. N., STIEFEL, F., & FAVEZ, N. (2014). Family Alliance as a Moderator of the Link Between Maternal Postpartum Depression and Child Symptoms Assessed by Both Parents. *Journal of Family Issues*, 35(11), 1520–1542. <https://doi.org/10.1177/0192513X13488522>.
- TODA, S., FOGEL, A. (1993), "Infant response to the Still Face situation at 3 and 6 months". In *Developmental Psychology*, 29, pp. 532-538.
- TREVARTHEN, C. (1979), "Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity". In BULLOWA, M. (a cura di), *Before Speech: The Beginning of Human Communication*. Cambridge University Press, London, pp. 321-347.
- TRONICK, E.Z. (2005), "Perché la connessione con gli altri è così importante? Formazione degli stati di coscienza ed espansione degli stati di coscienza dell'individuo: selezione retta dalla coerenza e co-creazione del significato partendo da una formazione disordinata del significato". Tr. it. in *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 297-328.
- TRONICK, E.Z., ALS, H., ADAMSON, L.B., WISE, S., BRAZELTON, T.B. (1978), "Reazione del bambino ai messaggi contraddittori presenti nell'interazione faccia a faccia". Tr. it. in *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Raffaello Cortina, Milano 2008, pp. 3-16.
- TRUDEAU, L., MASON, W. A., RANDALL, G. K., SPOTH, R., & RALSTON, E. (2012). Effects of Parenting and Deviant Peers on Early to Mid-Adolescent Conduct Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1249–1264. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9648-1>.
- VAN METER, A., YOUNGSTROM, E., YOUNGSTROM, J. K., OLLENDICK, T., DEMETER, C., & FINDLING, R. L. (2014). Clinical Decision Making About Child and Adolescent Anxiety Disorders Using the Achenbach System of Empirically Based Assessment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 552– 565. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.883930>.
- VICARI, S., & VITIELLO, B. (2015). *Terapia integrata in psichiatria dell'età evolutiva* (il pensiero scientifico, Ed.).
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.
- WILLEMEN, A. M., SCHUENGEL, C., & KOOT, H. M. (2011). Observed interactions indicate protective effects of relationships with parents for referred adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 569–575. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00703.x>.

YAP, M. B. H., PILKINGTON, P. D., RYAN, S. M., & JORM, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 156*, 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>.

ZEANAH, C. H. JR., & ZEANAH, P. D. (2019). *Infant Mental Health The Clinical Science of Early Experience*.

ZOU, S., & WU, X. (2020). Coparenting Conflict Behavior, Parent–Adolescent Attachment, and Social Competence with Peers: An Investigation of Developmental Differences. *Journal of Youth and Adolescence, 49*(1), 267–282. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01131-x>.