UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Ansia di morte, attaccamento e benessere psicologico in giovani donne adulte durante la pandemia da Covid-19

Death anxiety, attachment and psychological wellbeing in adult young women during the Covid-19 pandemic

Relatore
Prof. Vincenzo Calvo

Correlatrice
Dott.ssa Chiara Masaro

Laureanda: Francesca Mercuri
Matricola: 1230714

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE ……..……..……..5

PRIMA PARTE

CAPITOLO 1

L'ansia di morte nel contesto della pandemia da Covid-19…….....9

1.1 Gli effetti economici, sociali e psicologici della pandemia in Italia e nel mondo…….…....9

1.2 L'ansia di morte e la *Terror Management Theory* (TMT) …….…13

1.3.1 TMT e le sue estensioni: TMHM, TMHM-P……..……...21

1.3 Differenze individuali nella gestione dell'ansia di morte…….…….…..25

1.3.1 Ansia di morte: disturbi d'ansia e depressione.……..……..…..26

CAPITOLO 2

L'ansia di morte e la Teoria dell'Attaccamento ……28

2.1 La Teoria dell'Attaccamento di Bowlby e il contributo della Ainsworth…...…28

2.1.1 Le radici dell'attaccamento sicuro e insicuro …….……...…33

2.2 L'Attaccamento adulto……...…….36

2.2.1 Valutare l'attaccamento adulto……..…….40

2.3 L'attaccamento come elemento determinante nella gestione dell'ansia di morte.....47

2.3.1 Una prospettiva integrativa tra TMT e Teoria dell'Attaccamento…….49

2.3.2 Il terzo buffer: il modello tripartito di sicurezza…….52

2.3.3 La gestione del terrore e gli stili di attaccamento..……...……..54

CAPITOLO 3

Il benessere psicologico nel contesto della pandemia da Covid-19……..….58

3.1 Il benessere psicologico edonico Vs. eudaimonico e il Modello del Benessere Eudaimonico di Carol Ryff……..……..58

3.2 Benessere psicologico e attaccamento ……..…….64

3.3 Benessere psicologico e ansia di morte …….…….……66

3.4 Benessere psicologico e sintomatologia ansiosa e depressiva…….……...69

3.5 Donne giovani adulte e la pandemia…….…… 70

SECONDA PARTE

CAPITOLO 4

La ricerca……73

4.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca……..……...…73

4.2 Metodologia……..……...……77

4.2.1 Partecipanti……..……..……77

4.2.2 Strumenti……..……..……82

4.2.3 Procedura……....……..90

4.3 Metodi di analisi dei dati……..……..……..……...92

CAPITOLO 5

Risultati dello studio ……94

5.1 Risultati dello studio……..……..…..…..94

5.1.1 Risultati della prima ipotesi di ricerca: il modello di mediazione……..95

5.1.2 Risultati della prima ipotesi di ricerca: il modello di moderazione.....101

CAPITOLO 6

Discussione dei risultati, limiti della ricerca e prospettive future……...106

6.1 Discussione ……..……106

6.1.1 L'ansia di morte in relazione al benessere psicologico, il ruolo mediatore dell'attaccamento: discussione dei risultati concernenti la prima ipotesi di ricerca……109

6.1.2 Il ruolo moderatore dei sintomi ansiosi e depressivi nella relazione tra attaccamento adulto e benessere psicologico: discussione dei risultati concernenti la seconda ipotesi di ricerca……..……113

6.2 Conclusioni…….…….……..115

6.3 Limiti e prospettive future……..……...118

Appendice: Protocollo di ricerca nella piattaforma Google Moduli**……120**

Bibliografia ……..137

INTRODUZIONE

Il presente lavoro ha voluto esplorare come le donne giovani adulte hanno vissuto il periodo concernente la pandemia da Covid-19 che ha colpito l'Italia e il mondo agli inizi del 2020. Il *focus* si è concentrato sulle donne giovani adulte e, in particolare, sul loro benessere psicologico nel panorama del primo *lockdown*, registrando i dati a un anno dall'esordio.

Per l'indagine di questo specifico periodo disarmante, è stato necessario adottare più cornici teoriche che potessero fornire delle analisi o delle interpretazioni su quanto accaduto a livello sociale, interpersonale e individuale. Si è scelto, *in primis*, di indagare il tema dell'ansia di morte nell'ambito della prospettiva esistenziale, approccio che considera la morte una delle principali tensioni che l'individuo sperimenta riconducibili al desiderio di continuare la propria esistenza nonostante la consapevolezza dell'ineluttabilità della morte (Yalom, 2020). Concettualizzazione che ha lo scopo di comprendere una variabile determinante e invasiva che ha svolto un ruolo principe durante il periodo pandemico. Tale costrutto è indagato dal punto di vista della psicologia sociale attraverso la *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986). Secondo tale teoria gli individui, propensi ad avvertire lo stato effimero della vita, sono portati al terrore dato della morte, perciò, per cercare di gestire tale stato di ansia esistenziale mettono in atto delle strategie allo scopo di proteggersi: queste sono la fede in una concezione culturale condivisa della realtà (visione del mondo) e l'autostima (Arndt & Vess, 2008). Dunque, la TMT può essere concepita come un approccio psicosociale all'ansia di morte entro presupposti della prospettiva esistenziale.

Una seconda concettualizzazione teorica di rilievo nella presente trattazione è stata la Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1989); l'attaccamento avrebbe la funzione primaria di salvaguardare e regolamentare la creazione di relazioni affidabili di modo che queste possano portare l'individuo ad una maggiore protezione fisica, psicologica e una regolazione affettiva (Bretherton, 1985; Sable, 2008). Nella relazione con l'altro significativo si ritrova, dunque, la base sicura da cui è possibile attuare dei periodi di distacco, più o meno lunghi, dopo dei quali è possibile ritornare per fare rifornimento affettivo nei momenti di crisi; essendo una caratteristica che trascende l'età, queste modalità si ritrovano anche nell'attaccamento adulto, in cui l'individuo attua

comportamenti allo scopo di ottenere o mantenere vicinanza con il *caregiver* (Bretherton, 1985). Considerando la crisi pandemica si è voluta indagare questa seconda caratteristica che avrebbe potuto influire sul rapporto della gestione dell'ansia di morte.

Ultimo concetto basilare al fine dell'intera trattazione è stato il benessere psicologico eudaimonico. Il benessere eudaimonico non viene determinato esclusivamente dall'assenza della psicopatologia oppure dal benessere fine a sé stesso e momentaneo, ma, dal benessere soggettivo, che racchiude in sé svariati elementi: fare esperienza di emozioni positive, considerare la propria esistenza appagante, funzionare efficacemente, cercare di accrescere il proprio potenziale, di avere controllo sulla propria vita, avere uno scopo, essere autonomi e avere relazioni positive con gli altri (Paleari et al., 2021; Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008). Tale costrutto teorico ha permesso di considerare ed indagare il benessere psicologico del campione scelto, di modo da avere un responso sulla condizione che le giovani donne adulte hanno vissuto.

Nel dettaglio la prima ipotesi consisteva nell'esplorare una possibile relazione tra gli aspetti dell'ansia di morte, dell'attaccamento adulto e del benessere psicologico: dunque, verificare il modello di mediazione che comprendesse l'ansia di morte, designata come variabile dipendente, il benessere psicologico come *outcome* e come la relazione tra queste potesse essere mediata dalla variabile dell'attaccamento adulto. La seconda ipotesi è stata l'indagine dei sintomi depressivi e dei sintomi ansiosi nella relazione tra attaccamento adulto e benessere psicologico: in questo caso si è scelto di indagare se fosse plausibile un effetto moderatore delle variabili concernenti i sintomi ansiosi e i sintomi depressivi sulle variabili dell'attaccamento adulto (VI) e del benessere psicologico (VD).

Questi aspetti teorici sono stati trasformati in variabili quantificabili grazie alla somministrazione di un protocollo composto da varie sezioni utili all'esplorazione di ogni costrutto di indagine. I questionari che hanno composto il protocollo, che verranno esposti dettagliatamente nei capitoli a seguire, sono stati scelti in quanto validati empiricamente. Infine, il protocollo complessivo è stato somministrato ad un campione di 220 soggetti composto da giovani donne adulte dai 18 ai 35 anni.

Il presente scritto è stato strutturato in due parti principali, la prima si è soffermata sull'esposizione dei costrutti teorici e la seconda sullo studio empirico.

Nella prima parte della trattazione è stato esposto l'apparato teorico su cui poggia l'intera ricerca empirica. Nel primo capitolo è stata fatta, prima di tutto, una panoramica

riguardo la pandemia e i suoi effetti economici, sociali e psicologici nel contesto italiano, considerando, inoltre, le generali ripercussioni psicologiche che è stato possibile osservare a livello internazionale. Si è voluto dare spazio alle considerazioni sui giovani adulti e nello specifico sulle donne giovani adulte e l'impatto che la pandemia ha avuto su di loro. Infine, viene esposto come la pandemia abbia contribuito a rendere il clima psicologico critico, con particolare attenzione al fatto che potesse configurarsi come *mortality reminder*. Di seguito è approfondito il costrutto dell'ansia di morte e una delle teorie cardine dell'elaborato: la *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986). Inoltre, sono state considerate alcune caratteristiche individuali che intervengono nella gestione dell'ansia di morte, nel dettaglio, i sintomi ansiosi e quelli depressivi che la pandemia ha contribuito ad incrementare.

Il secondo capitolo è, invece, fulcro della seconda teoria cardine della trattazione: la Teoria dell'Attaccamento, affrontata revisionando la proposta di Bowlby (1969) e le teorizzazioni sull'attaccamento adulto (Hazan & Shaver, 1987; Mukilincer & Shaver, 2003). Infine, sono stati indagati i vari elementi distintivi che concernono gli stili di attaccamento adulto in relazione alla gestione della paura esistenziale della morte.

Il terzo e ultimo capitolo teorico è stato improntato sull'argomento del benessere psicologico dell'individuo. In particolar modo si è proceduto con la descrizione delle radici filosofiche da cui discernono il benessere edonico e il benessere eudaimonico, per poi concentrarsi sulla Teoria del Benessere Eudaimonico di Carol Ryff (1989) e la sua conseguente indagine e misurazione. In seguito, viene indagato il costrutto di benessere psicologico in relazione ai tre elementi principali: gli stili di attaccamento, l'ansia di morte, ed infine, la presenza dei sintomi ansiosi e quelli depressivi. Il capitolo, e con questo la prima parte prettamente teorica, si conclude con un paragrafo dedicato alle donne giovani adulte al fine di definire il campione su cui verte lo studio empirico.

Nella seconda parte dell'elaborato è stato mostrato nel dettaglio lo studio empirico. Nel quarto capitolo, infatti, sono stati presentati tutti i passaggi che hanno determinato lo svolgimento della ricerca. Innanzitutto, è stato descritto in modo particolareggiato l'obiettivo dello studio. Concentrandosi, nello specifico, sulle caratteristiche delle persone con stile di attaccamento insicuro, è emerso dalla letteratura che tra queste le donne abbiano una prevalenza di ansietà dell'attaccamento adulto (Del Giudice, 2011, 2019; Del Giudice & Belsky, 2010; Gugová & Heretik, 2011) e che questa

popolazione (insicura-ansiosa) abbia delle ripercussioni psicologiche rispetto al modo di gestire l'ansia di morte (Florian & Mikulincer, 1998). Inoltre, le donne conseguirebbero dei punteggi minori nel benessere psicologico (Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008). Infine, i sintomi ansiosi e depressivi, sempre nella popolazione femminile, sono risultati in aumento durante il periodo pandemico (Emery et al., 2021). In virtù di queste evidenze della letteratura pregressa, l'obiettivo della presente ricerca è stato quello di indagare le donne durante la pandemia. Vengono poi esposte le due ipotesi di ricerca collegate all'obiettivo appena descritto. Successivamente sono state chiarite svariate parti dell'elaborato prettamente tecniche per illustrare nel dettaglio la metodologia adoperata: sono presentate le caratteristiche del campione selezionato ai fini della ricerca attraverso le statistiche descrittive concernenti le informazioni sociodemografiche. Sono, inoltre, riportati gli strumenti utilizzati per l'indagine dello studio empirico e, infine, la procedura di somministrazione che ha permesso la raccolta dati. Il capitolo si conclude con l'illustrazione del metodo di analisi dei dati statistici.

Il quinto capitolo è stato dedicato interamente all'analisi dei risultati ottenuti. Specificatamente si è analizzato il modello di mediazione e successivamente il modello di moderazione. Per quanto riguarda l'analisi di mediazione, a fronte delle analisi di verifica del modello, è stato riscontrato come esso sia stato in parte confermato: è stato osservato un effetto indiretto dell'ansia di morte sul benessere psicologico mediato dall'attaccamento ansioso, dunque, un'influenza predittiva negativa sul benessere da parte dell'ansia di morte attraverso la mediazione dell'attaccamento di tipo insicuro-ansioso. Le analisi di verifica del modello di moderazione hanno riscontrato un effetto indiretto in cui i sintomi depressivi sono risultati moderatori dell'influenza negativa dell'ansia di morte sul benessere psicologico.

Il sesto e ultimo capitolo dell'elaborato è stato dedicato alla discussione dei risultati ottenuti, integrando l'esito con delle spiegazioni plausibili derivanti dalla letteratura sull'argomento. Sono esposte sia le conclusioni specificatamente relative alla prima ipotesi di ricerca che quelle riguardanti la seconda ipotesi. Nel paragrafo finale sono state tracciate le conclusioni e, infine, nell'elaborato sono stati considerati i limiti riscontrati nella ricerca e alcune considerazioni volte a proporre delle prospettive future nell'ambito di indagine trattato.

PRIMA PARTE

CAPITOLO 1
L'ANSIA DI MORTE NEL CONTESTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

In questo capitolo saranno trattate, *in primis*, gli effetti economici, sociali e psicologici della pandemia nel contesto italiano e le generali ripercussioni psicologiche che hanno interessato tutto il mondo.

Successivamente sarà trattato il costrutto dell'ansia di morte e la teoria della *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986).

Infine, saranno trattati gli elementi individuali che intervengono nella gestione dell'ansia di morte; con interesse specifico, rivolto ai disturbi d'ansia e quelli depressivi.

1.1 Gli effetti economici, sociali e psicologici della pandemia da Covid-19 in Italia e nel mondo

La malattia da coronavirus 2019 (Covid-19; che deriva dal più completo acronimo SARS-CoV-2, che indica "*severe acute respiratory sindrome coronavirus 2*") è stata diagnosticata per la prima volta in Cina a dicembre 2019, più precisamente nella città di Wuhan, e dichiarata pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'11 marzo 2020 (Istituto Superiore di Sanità (ISS), 2020).

In Italia, con il Dpcm (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 9 marzo 2020 sono state disposte restrizioni per l'intero Paese. Le misure di confinamento, o di blocco, indicate anche con l'anglicismo *lockdown*, impongono restrizioni alla libera circolazione delle persone.

Nel 2020 studi sugli effetti della pandemia hanno registrato un aumento del disagio psicologico, della malattia mentale e dei tassi del suicidio (Rajkumar, 2020b), infatti, delle analisi degli effetti scatenati dalle crisi dell'economia globale hanno

suggerito che i periodi di alti tassi di disoccupazione sono stati seguiti da aumenti significativi di suicidio e stati depressivi (Parmar et al., 2016). Studi precedenti sull'andamento delle epidemie hanno evidenziato risultati che si ripropongono anche nell'attuale pandemia, infatti, episodi drammatici di questo tipo sono stati osservati con un numero eccezionalmente alto di casi già al tempo dell'epidemia di SARS nel 2003 (Yip et al., 2010).

Le misure di distanziamento sociale attuate nella fase iniziale della pandemia, come le misure di isolamento domiciliare previste durante il *lockdown*, sono state efficaci nel contenere la diffusione di Covid-19 (Fang et al., 2020) ma, se il confinamento è servito a bloccare la diffusione della malattia, potenzialmente può essere stato causa di gravi malattie mentali (de Lima et al., 2020). In particolare, la pandemia di Covid-19 e le restrizioni associate hanno portato a sostanziali effetti psicosociali, ad esempio una maggiore prevalenza di ansia e stress (de Lima et al., 2020; Salari et al., 2020).

Il *lockdown* ha portato anche ad una conseguenza sociale emersa a discapito di una precisa fetta di popolazione: le donne. Sono aumentati i casi di violenza del partner intimo (violenza fisica, psicologica, sessuale e/o economica entro le mura domestiche); è pervasiva e annienta i sentimenti di amore, fiducia e autostima, e le conseguenze possono portare ad effetti negativi sulla salute fisica e psicologica. Questo aumento durante la pandemia da Covid-19 è stato registrato in numerosi paesi. Elementi come la convivenza forzata con il partner abusante, ma anche l'esacerbazione di disturbi psicologici preesistenti del partner durante il confinamento sono stati deleteri per molte donne in tutto il mondo (Barbara et al., 2020). Non a caso è stato riscontrato come la violenza domestica diretta contro le donne sia generalmente in aumento in contesti di crisi e periodi di quarantena forzata (Gausman & Langer, 2020).

Nello specifico, nell'Unione Europea le statistiche registrano ogni settimana circa 50 femminicidi, la cui causa è la violenza domestica, una tendenza che è aumentata durante i vari periodi di *lockdown* (*L'impatto della pandemia COVID-19 sulle donne (infografica) | Attualità | Parlamento europeo*, 2021).

È doveroso considerare, però, che l'artefice di questo panorama drammatico non è stata esclusivamente la pandemia e le misure adottate dai governi per combatterla, ma è la disuguaglianza che si osserva da secoli nella società: la complessità delle relazioni

all'interno di un sistema patriarcale che normalizza certi tipi di violenza (Sánchez et al., 2020).

Sempre in tema di disuguaglianze, è possibile analizzare il fatto che, nel panorama Europeo (e non solo), la maggior parte delle donne lavoratrici (circa l'84%), in un range di popolazione tra i 15 e i 64 anni, opera nei servizi, ma trovandovisi tra questi quelli più colpiti dalla crisi pandemica, è stato incrementato già il precario equilibrio lavorativo dell'ultimo decennio, con un'ulteriore dilagante perdita di posti di lavoro. La quarantena ha impattato sugli impieghi legati ai servizi per l'infanzia, il lavoro di segreteria e quello domestico (anche qui vediamo colpita la stragrande maggioranza di donne). Per questo sono le protagoniste di situazioni più gravi rispetto alla loro controparte maschile: lavoro precario e disoccupazione incidono con maggior insistenza sulle donne (*L'impatto della pandemia COVID-19 sulle donne (infografica) | Attualità | Parlamento europeo*, 2021; Zamarro et al., 2020).

Un'altra fascia di popolazione che ha risentito in modo particolare gli effetti della pandemia - popolazione che sarà il fulcro del presente elaborato -, è quella dei giovani adulti, che secondo vari studi si trovano prevalentemente in una situazione di insicurezza.

I giovani adulti hanno affrontato la pandemia in modo particolarmente sofferto sotto molti punti di vista: dalla situazione economica e sociale oltre che quella psicologica.

Già di per sé, il giovane adulto, in una condizione di "normalità", dunque al di là di crisi destabilizzanti come le catastrofi naturali e non (epidemie, guerre, ecc…) passa una fase della sua esistenza costellata dall'incertezza: il bisogno di indipendenza contrapposto alla paura di lasciare il proprio nido. In particolare, nei giovani adulti italiani il passaggio verso la naturale evoluzione all'età adulta non presenta dei contorni chiari e ben definiti, ma, anzi, mostra "una fase di moratoria estesa nel tempo" (Codato et al., 2009). Fase in cui ipoteticamente si è già in grado di avere una stabilità economica e relazionale, un periodo di conquiste già raggiunte che appunto sancisce il confine con la giovinezza, ma che è spesso vissuta con difficoltà.

In generale, ad esempio, è noto come i giovani abbiamo una difficoltà maggiore a relazionarsi con la paura della morte; nonostante potrebbe apparire controintuitivo, uno studio empirico (Russac et al., 2007 citato in Chan & Chui, 2017) ha osservato una relazione inversa tra età e paura della morte: la paura relativa all'ansia di morte è massima

intorno ai 20 anni di età, abbassandosi progressivamente più avanti negli anni (Chan & Chui, 2017). In generale, quindi, è possibile affermare come l'ansia di morte diminuisca con l'età (Chan & Chui, 2017; Lyke, 2013). Altri elementi come lo scopo della vita e l'accettazione della morte sono correlati e dunque cambiano in funzione dell'età; infatti, anche questi fattori risultano avere livelli più bassi negli individui giovani per poi alzarsi con l'aumentare dell'età (Lyke, 2013).

Numerosi studi hanno indagato la condizione di giovani adulti durante la pandemia da Covid-19, nello specifico è stato riscontrato un alto livello di stress emotivo e in generale uno scarso adattamento psicologico in risposta alla pandemia sottolineando come questa popolazione possa essere incline alle vulnerabilità dovute ai fattori di stress dati dalla situazione pandemica (Emery et al., 2021).

In un clima teso e drammatico come quello che ha portato la pandemia si è sviluppata, non solo il pericolo reale dato dal virus, ma anche una paura dilagante e incontrollata provocata dalla grande esposizione mediatica delle informazioni sulla pandemia. Se da un lato l'informazione e la velocità con cui avviene possa essere un elemento decisivo per far fronte a problematiche di rilevanza mondiale, l'altra faccia della medaglia ha portato in evidenza qualcosa di profondamene oscuro e pericoloso per la salute psicologica delle persone, in quanto la spropositata diffusione di *fake news*, notizie non confermate e dichiarazioni di dubbia validità scientifica sul virus hanno portato ad una profonda angoscia alla popolazione mondiale. *Social network* privati, dunque, terreni su cui viaggia velocissimamente ogni tipo di informazione, come WhatsApp, Facebook, Twitter, YouTube, TikTok, ecc., sono e sono stati utilizzati dagli utenti come mezzo di informazione riguardo alla pandemia, ma laddove un canale ufficiale si basa su un'analisi dettagliata delle fonti, il singolo utente medio, spesso, deduce delle conclusioni da osservazioni preliminari e quindi alle volte inaffidabili e speculative creando parecchia confusione tra i cittadini. "Infodemia" è proprio il termine che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha usato per descrivere la dilagante diffusione di informazioni inaffidabili; questo tipo di informazione incontrollata può essere pericolosa poiché le politiche ufficiali attuate per far fronte ai disagi causati dalla pandemia diventano più invasivi (Patel et al., 2020). Pertanto, l'esposizione ai *media* potrebbe aver influito nella valutazione legata alla pandemia stessa; la teoria della dipendenza dai *media* prevede che aumenti la dipendenza da questi ultimi nel momento in cui le informazioni non sono

chiare di modo così da creare un circolo vizioso che porta a cercare continuamente notizie per eliminare la confusione e la carenza stessa di notizie, situazione portata allo stremo laddove si verifichi una crisi sanitaria come quella pandemica (Paleari et al., 2021). Ma, paradossalmente, per via della grande confusione dovuta, soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia, alle informazioni non chiare o per una comunicazione non adeguata, magari facendo leva sulla paura per indurre a cambiare le proprie abitudini, i *media* possono aver influito ad una valutazione della minaccia più forte di quella che era realmente, incrementando, perciò, maggiore preoccupazione e disagio psicologico (*ibidem*).

In questo panorama è stato coniato un termine apposito per descrivere la stanchezza dovuta alla situazione pandemica. "*Pandemic fatigue*": letteralmente stanchezza da pandemia, che fa riferimento allo stato di esaurimento fisico e mentale dovuto alle restrizioni relative al Covid-19. Elemento rischioso perché, soprattutto verso la "fine" (se di fine è appropriato parlare) della pandemia, alcuni individui sovvertono le misure di precauzione o "sembrano prendere alla leggera" (ad esempio non utilizzare correttamente l'uso delle mascherine), rispetto all'inizio della pandemia nel prevenire la diffusione del virus (Haktanir et al., 2021).

1.2 L'ansia di morte e la Terror Management Theory (TMT)

La pandemia ha prodotto dei risultati sconcertanti sulla salute psicologica delle persone, uno degli elementi che più ha influito in questo momento storico è stata la paura della morte. Ma cosa si intende per paura della morte?

L'ansia di morte (*death anxiety*) è sempre stato un concetto largamente discusso in numerose discipline. Fin dagli albori l'essere umano ha sempre tentato di esprimersi a riguardo; anche in psicologia è stato un argomento di grande interesse e perciò sviscerato da moltissimi autori.

Due autrici in particolare, Lehto e Stein (2009) hanno proposto un'integrazione e sintesi della letteratura sull'ansia di morte. La *death anxiety* (ansia di morte) viene definita come costrutto multidimensionale a cui è possibile ricondurre sia l'ansia che la paura relativa ad aspetti dell'anticipazione e della consapevolezza della morte: la paura viene

definita come parte della più generale *death anxiety*, poiché questo costrutto include componenti emotive, cognitive e motivazionali in riferimento alla gestione dell'ansia generata dalla consapevolezza della morte (elementi che cambiano in base alla fase dello sviluppo e in base alla società); mentre, l'ansia di morte ha una componente non necessariamente cosciente.

Più specificatamente in relazione al presente elaborato verrà trattato questo argomento attraverso la lente della prospettiva esistenziale. Lente che trova una base esplicativa di rilievo attraverso gli scritti di Yalom. Yalom (2020), psicoterapeuta esistenziale, tratta il tema relativo all'ansia di morte spiegando come essa sia una profonda paura della morte che ha origine nell'inconscio, un timore che prende forma nelle fasi inziali della vita prima ancora che sia possibile apprenderne il significato razionale a livello cognitivo, questa paura dal profondo è invasiva e prescinde da immagine e linguaggio. Secondo l'autore, la morte produce un conflitto esistenziale "tra la consapevolezza dell'inevitabilità della morte e il desiderio di continuare a vivere" (Yalom, 2020).

Secondo l'antropologo Ernest Becker (1973) l'essere umano è avvolto da un grande paradosso esistenziale: la morte è inevitabile, ma l'istinto di autoconservazione promuove il desiderio di continuare ad esistere (Arndt & Vess, 2008).

Nell'ambito della *Terror Management Theory* (TMT) o, tradotto, Teoria della Gestione del Terrore (Greenberg et al., 1986) e le sue estensioni, i termini di ansia di morte o terrore di morte o, ancora, paura della morte risultano essere usati come sinonimi e *death anxiety* è definita come la preoccupazione generata dalla presa di coscienza della morte (Neimeyer et al., 2003).

Becker si è interessato, agli inizi degli anni '70 del Novecento, alla natura esistenziale della specie umana: arrivando alla conclusione che la prospettiva della morte condiziona costantemente il comportamento umano. Becker introduce il concetto di "ansia di annientamento" riferendosi al fatto che l'essere umano, a livello esistenziale, è posto al centro di un dilemma tra la sua naturale propensione biologica alla sopravvivenza e tra le sue superiori capacità cognitive (in particolare il pensiero simbolico, il concetto di tempo e il pensiero autoreferenziale) che gli permettono di avere la consapevolezza dell'inevitabilità della morte (Arndt & Vess, 2008).

La morte, dunque, è un concetto che permea il pensiero umano in quanto tutti, prima o poi, siamo destinati alla fine. Questa consapevolezza porta inevitabilmente a far provare l'essere umano sentimenti di paura e terrore (Arndt & Vess, 2008).

A partire dalla proposta di Becker, secondo la *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986) gli individui, percependo lo stato effimero della vita che porta al terrore dato dall'inevitabilità della morte, cercano di gestire questo stato di ansia attraverso delle strategie che permettono loro di alleggerire il peso della propria esistenza. Gli elementi che gli individui utilizzano per proteggersi sono: la fede in una concezione culturale condivisa della realtà (visione del mondo) e l'autostima (*ibidem*).

La visione del mondo, o la visione culturalmente condivisa, ha lo scopo di attribuire significato alla vita stessa: fornire, perciò, una spiegazione plausibile riguardo alla nostra esistenza di modo da far assumere un comportamento adeguato in determinate situazioni; e potenzialmente di trascendere la morte fisica, biologica, attraverso il costrutto dell'immortalità simbolica (Lifton, 1979) (ad esempio, contribuire alla nazione o alla famiglia facendo figli, oppure attraverso il raggiungimento di conquiste personali) o letterale (ad esempio, religiosa, il concetto di aldilà espresso letteralmente "in cielo" luogo in cui "un'anima" possa esistere oltre la morte fisica) (Arndt & Vess, 2008; Plusnin et al., 2018).

Il secondo elemento protettivo descritto è l'autostima, anche questo fattore risulta essere un "cuscinetto" per mitigare l'ansia esistenziale, che si attua nel momento in cui l'individuo sente di aderire ai valori socio-culturali condivisi (Arndt & Vess, 2008; Plusnin et al., 2018).

Il senso di immortalità simbolica (Lifton, 1979) implica di entrare in contatto con elementi più grandi e duraturi che stanno al di sopra dell'individuo ma che hanno la funzione di connettere le rappresentazioni del sé oltre il proprio essere effimeri come i valori e i pensieri filosofici. Realizzare l'immortalità simbolica, dunque, significa mantenere la fede nella propria visione del mondo conformandosi agli standard valoriali e, di conseguenza, annoverarsi tra coloro che sono degni e perciò aumentare la loro autostima personale, tutto ciò allo scopo di mitigare la paura della morte (Florian & Mikulincer, 1998; Plusnin et al., 2018). Lifton esamina fino a cinque elementi che possono aiutare a gestire la paura della morte, perciò, cinque modi per esprimere l'immortalità simbolica: attraverso il sistema biologico che permette di continuare a

vivere anche oltre il proprio corpo, attraverso i propri figli, la progenie; attraverso un sistema teologico, trascendendo la morte fisica sul piano spirituale; con il sistema creativo, continuando a vivere attraverso le proprie opere; attraverso l'idea dell'eterna natura, sopravvivendo nella natura stessa; ed attraverso il sistema dalla trascendenza esperienziale, uno stato di tale intensità e profondità che scompare tutto compreso tempo e morte, uno stato caratterizzato da una "straordinaria unità psichica e intensità percettiva" (Lifton, 1973).

Solomon, Greenberg e Pyszczynski, definiscono su questi presupposti, la Teoria della Gestione del Terrore (TMT; 1986), che ha il merito di aver portato il tema della morte nella psicologia sociale, spiegando come la consapevolezza della morte può influenzare gli atteggiamenti e comportamenti relativi a quasi tutti gli aspetti della vita umana (Burke et al., 2010).

La TMT mostra affinità con il pensiero di Sigmund Freud (1923, in Landau et al., 2010) secondo cui l'individuo mette in atto dei meccanismi di difesa per contenere l'ansia inconscia; ma nel caso della TMT si considera come fulcro la paura della morte, o nei termini di Becker, "l'ansia di annientamento". La TMT considera l'individuo come plasmato dalle strutture interpretative a lui note che utilizza per dare significato alla propria esistenza, elemento che si ritrova anche nelle prospettive fenomenologiche, esistenziali ed umanistiche (Landau et al., 2010).

La TMT si basa su due tipi di meccanismi: meccanismi consapevoli e inconsapevoli, questi elementi prendono il nome, rispettivamente, di difese prossimali e difese distali.

La difesa prossimale, consapevole, permette all'individuo di allontanarsi in modo razionale dall'idea della morte attraverso ragionamenti riguardanti la salute fisica ("ora mi sento bene") oppure relegando tale pensiero a qualcosa di distante, negando la propria vulnerabilità; tali strategie sono focalizzate sulla reale minaccia e si attivano, dunque, quando si è concentrati sul pensiero della morte (Pyszczynski et al., 1999; Testoni et al., 2015).

La difesa distale, non consapevole, si riferisce al mantenimento dell'autostima e della fiducia nella propria visione culturale del mondo (*anxiety buffer*); è un tipo di difesa esperienziale (non razionale), non ha alcuna connessione semantica o logica con la morte. Quest'ultima difesa si attiva ogni qual volta vi è l'accessibilità ai pensieri di morte, ma se

l'esposizione a questi pensieri aumenta, si attiveranno di conseguenza le difese prossimali, emergendo, perciò, a livello cosciente. Questo tipo di difesa consente di gestire le strategie che gli individui e i gruppi sociali utilizzano per relegare l'ansia della morte nell'inconscio; un esempio di questo tipo di difese è quello della religione, dei miti e delle filosofie, dunque aderire a un gruppo con cui condivide un'ideologia e dei valori per cercare di raggiungere una sorta di controllo sul proprio destino (Pyszczynski et al., 1999; Testoni et al., 2015).

Le ricerche hanno mostrato in quali tempistiche emergono i tipi di difese: le difese prossimali vengono attivate nel momento successivo al ricordo inerente alla morte, mentre le difese distali si attivano in risposta al ricordo della morte dopo un periodo di latenza e uno di distrazione. Ma nel momento in cui lo stimolo del ricordo della morte viene presentato in maniera indiretta, subliminale, le difese distali si attivano senza il periodo di latenza o elementi che distraggono l'individuo, nell'immediato, aggirando così l'attenzione cosciente (Pyszczynski et al., 2021).

A sostegno dell'ipotesi secondo cui la TMT si fondi sulla costante ricerca dell'individuo di accantonare per un momento l'ineluttabilità della morte attraverso il significato universale e l'autostima, esistono oltre 400 studi che dimostrano come individui che hanno un *background* culturale diverso rispondono attraverso le stesse tendenze difensive, dunque, agganciarsi alla loro rassicurante visione del mondo (cultura locale) e il rafforzamento della propria autostima (Landau et al., 2010). Tali effetti sono stati riscontrati in svariate parti del mondo, culturalmente "distanti" tra loro, tra cui: Stati Uniti, Canada, Italia, Giappone, Germania, Cina, Israele e Australia. Ad esempio, gli spagnoli erano più portati ad una maggiore affiliazione verso il loro gruppo etnico quando quest'ultimo veniva riconosciuto in termini positivi; gli studenti olandesi favorivano la loro squadra di calcio locale e il loro istituto universitario; gli italiani consideravano i propri compagni connazionali come un gruppo entativo e duraturo (*ibidem*).

Le difese prese in considerazione nella TMT forniscono un'interpretazione sui concetti riguardanti i pregiudizi e i conflitti tra gruppi, poiché nel momento in cui l'individuo si sente minacciato da un altro per via del fatto che non condividono la stessa visione del mondo, risulta sotto attacco la propria sicurezza psicologica poiché i precetti della propria concezione del mondo sono messi in discussione (Greenberg & Arndt, 2012).

Nello specifico le difese dell'autostima e della visione del mondo vengono attivate secondo una conformazione specifica di quattro sistemi di difesa:

1) Svalutazione (o deroga), se si ritiene che l'altro individuo sia un estraneo con cattive intenzioni o che ignori le norme del suo vivere comune, dunque un pericolo per sé stessi, allora si attuerà un modo per respingere e svalutare il suo sistema di credenze.

2) Assimilazione, l'individuo cercherà di far passare dalla sua parte l'altro deviante convincendolo che il suo sistema di credenze è quello giusto.

3) Accomodamento, attraverso questo meccanismo l'individuo porterà dalla propria parte il deviante manipolando fino a trasformare in qualcosa di meno scomodo il pensiero altrui; ad esempio, la musica rock e rap che nascono come reazione al sistema, ma che il sistema ha "piegato" facendole diventare sua parte integrante nella cultura *mainstream* americana.

4) Annientamento, in cui avviene un meccanismo prevaricatorio per eliminare il pensiero che devia rispetto alla propria visione.

(Greenberg & Arndt, 2012).

La TMT è stata indagata attraverso delle varianti specifiche che si possono ricondurre a tre ipotesi principali da cui ne derivano processi differenti utilizzati nei vari esperimenti condotti. Queste varianti sono state prese in considerazione singolarmente o insieme.

a) Ipotesi del *buffer* d'ansia: solitamente è considerata l'ipotesi basilare su cui si dipana la teoria; una difesa come il ricorso all'autostima o alla visione condivisa del mondo, ha la funzione di mitigare l'ansia di morte. Ad esempio, in uno studio in cui i soggetti dovevano vedere un film in cui erano presenti delle scene relative alla morte, mostravano meno ansia di morte coloro che presentavano un'autostima rafforzata a livello sperimentale (Greenberg et al., 1992 citato in Plusnin et al., 2018).

b) Ipotesi della salienza della mortalità (MS, *mortality salience*): in un tipico esperimento i soggetti coinvolti vengono portati ad assistere ad uno stimolo che riporti al concetto della morte; questo stimolo produrrà degli effetti che andranno ad influire sul comportamento dei partecipanti. È presentato prima uno stimolo di salienza di morte (ad esempio, visionare immagini relative alla

morte), dopodiché vengono presentati altri stimoli neutri che servono allo scopo di distrarre (ad esempio, il completamento di compiti cognitivi) e, infine, si misura l'esito della difesa distale utilizzata osservando il comportamento dei soggetti. Tali soggetti tendono ad avere una maggior predisposizione positiva per le situazioni o per coloro i quali condividono o fortificano le loro stesse strutture psicologiche; mentre, al contrario, il responso risulta negativo verso situazioni o persone ritenute ostili. Nell'ipotesi della MS è centrale la fase di distrazione, quindi è necessario che passi un tempo o si attui un compito che allontani l'argomento relativo alla morte di modo che slitti al di sotto della coscienza, giacché, in questo modo, vi sarà una più alta probabilità che si attivino le difese (Hayes et al., 2010; Plusnin et al., 2018; Pyszczynski et al., 2006). La MS è stata indagata in numerosi studi sperimentali ed è emerso che è associata a: fortificazione delle proprie visioni del mondo interiorizzate come essere più severi con i trasgressori morali e maggiore aggressività verso chi possiede un pensiero diverso dal proprio; influenza i pregiudizi, il nazionalismo, i giudizi sociali, gli stereotipi (McGregor et al., 1998; Pyszczynski et al., 2006), ma anche l'attrazione interpersonale, l'amore romantico, l'attrazione dell'aspetto fisico nella sessualità, i comportamenti di prevenzione verso malattie come il cancro e in generale i comportamenti di promozione della salute e la conseguente assunzione del rischio (Pyszczynski et al., 2006); influenza, inoltre, un incremento della lotta all'autostima attraverso l'identificazione con aspetti del sé che la rafforzano e, al contrario, non vengono considerati gli aspetti che potrebbero comprometterla, come nel caso dei comportamenti a rischio (ad esempio, l'uso di droghe) che aumenta nel momento in cui questo fattore viene utilizzato per confermarne l'autostima (Plusnin et al., 2018). Infine, il concetto di un aldilà letterale elimina l'effetto della MS sulla lotta al mantenimento dell'autostima e sulla difesa della visione del mondo (Pyszczynski et al., 2006).

c) Ipotesi dell'accessibilità al pensiero di morte (DTA, *death-thought accessibility*; Pyszczynski et al., 2015): negli esperimenti che prevendono il DTA, di norma, i compiti presentati al soggetto sono di decisione lessicale. Sono proposte al soggetto delle parole da completare, in modo volutamente ambiguo, infatti, il frammento di lettere presentato può ricordare una parola che si ricollega

concettualmente alla morte (per esempio: "sk_ _l" può essere intesa sia come "*skill*" – abilità - oppure come "*skull*" – teschio -). Questo esperimento è in grado di dimostrare che se i pensieri legati alla morte sono coscienti, allora il frammento di parola sarà completato con un termine associato alla morte. Dunque, se è vero che gli individui cercano di allontanare i pensieri coscienti legati alla morte, attraverso la visione del mondo o l'autostima, allora, l'individuo, quando si sente sotto attacco avrà più pensieri coscienti sulla morte rispetto a chi non è minacciato; ma al contempo la convalida delle credenze culturali e l'aumento dell'autostima diminuiranno la presenza dei pensieri morte (Hayes et al., 2010; Plusnin et al., 2018; Pyszczynski et al., 2006). Il DTA fornisce un modo per misurare quanto la morte occupa la nostra mente, quanto è preponderante nella nostra cognizione (Hayes et al., 2010).

Gli studi sull'ipotesi DTA hanno evidenziato che: vi è un innalzamento del DTA nel momento in cui un individuo estremamente nazionalista entra in contatto con argomenti che pongono delle critiche sul suo paese, oppure quando ad una persona non religiosa, atea, viene presentato un'argomentazione convincente a sostegno della teoria dell'esistenza di un'entità superiore. Il DTA, invece, si abbassa quando si dà modo agli individui di alzare le difese della visione del mondo e quando è possibile per loro riconfermare i propri valori personali caratteriali su cui si basa la loro autostima dopo averla minacciata durante l'esperimento (Hayes et al., 2010; Plusnin et al., 2018).

La TMT descrive, inoltre, un altro elemento importante nell'ambito della psicologia sociale. Alcuni studi hanno indagato come le diverse società abbiano un rapporto differente con il concetto di morte e la relativa paura che da questa emerge: è possibile discernere la concezione della morte come passaggio o come annientamento (Burke et al., 2010; Testoni et al., 2015).

La cultura orientale sembra essere più propensa a considerare la morte come passaggio, e di conseguenza intendere tale momento come un naturale destino accettabile. È da considerare che alcuni elementi che emergono dalla religione, come il *Karma*, il concetto di *Yin e Yang* che riportano all'elemento dell'equilibrio tra forze o, in generale, la profonda esperienza spirituale olistica, tipiche delle culture orientali, aiuterebbero gli individui a mitigare la paura della morte; oltre che i loro sistemi di supporto familiare e

comunitario, che favoriscono un adattamento per affrontare adeguatamente la morte (Ma-Kellams & Blascovich, 2012).

Mentre, nelle culture occidentali, maggiormente individualiste, l'ansia di morte è prevalentemente più elevata. La morte, in tali culture, è considerata come annientamento del proprio essere. Nonostante anche nella cultura occidentale vi sia la religione, elemento protettivo che mitiga il pensiero della morte, in questo tipo di cultura, maggiormente individualista, è molto più temibile il pensiero che tutto un giorno finirà inevitabilmente; l'uomo si sente finito nel momento in cui il corpo fisico perisce. Oggi, l'Occidente sta passando un periodo storico invaso dall'angoscia della morte, intesa come capolinea definitivo, in quanto si è consci del fallimento dei tentativi di salvezza dall'annientamento (Testoni et al., 2015)

Nella nostra società occidentale e di stampo individualista, la morte risulta qualcosa di lontano e assente, non vi è riflessione poiché è preferibile allontanarne il pensiero, non ha un senso ed è imprevedibile; la pandemia, però, ha portato letteralmente questo concetto nel vivere comune riportando l'idea della morte. La pandemia è dunque diventata promemoria costante che ha acuito l'ansia di morte (Pyszczynski et al., 2021).

1.2.1 TMT e le sue estensioni: TMHM, TMHM-P

Le ricerche successive alla TMT hanno portato alcuni studi specifici verso l'ambito sanitario; da questi, infatti, è emerso il modello sanitario della gestione del terrore (*Terror Management Health Model*, TMHM; Goldenberg & Arndt, 2008) da cui è possibile spiegare dei comportamenti umani riguardo alle decisioni di stampo medico.

Il TMHM cerca di spiegare i meccanismi che guidano le decisioni degli individui quando incontrano, durante il corso della propria esistenza, problemi riguardanti la propria o altrui salute fisica: se si affrontano questi temi in modo consapevole vengono fatte delle scelte con lo scopo di ridurre la minaccia di morte - riducendo così la vulnerabilità per la propria incolumità -, si manifestano risposte prossimali che promuovono la salute (fare esercizio fisico, utilizzare la protezione solare, sottoporsi a screening di prevenzione); mentre, se non vi è la consapevolezza dello stimolo di morte, le decisioni che si prendono sulla propria salute avvengono sulla base delle difese distali (visione del mondo e autostima) relative al valore simbolico del sé, allontanando, ad

esempio, il pensiero relativo alla morte negando direttamente la minaccia alla propria salute (Arndt & Goldenberg, 2017; Dimoff et al., 2021; Greenberg & Arndt, 2012).

In un sondaggio è emerso che ogni volta che le persone effettuano screening oncologici di routine oltre il 60% di esse se pensa al tumore pensa automaticamente alla morte. Anche solo entrare in contatto con la parola "cancro" in modo subliminale (*priming subliminale*) aumenta il pensiero correlato alla morte (Arndt & Goldenberg, 2017).

Ma ciò si verifica, sempre in ambito sanitario, anche in molte altre situazioni.

Considerata la situazione sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, è stato necessario ampliare e definire degli elementi emersi durante questo periodo che ha sconvolto il mondo intero. Infatti, è stato creato un modello specifico del TMHM relativo alle pandemie: il modello sanitario della gestione del terrore per le pandemie (TMHM-P; Courtney et al., 2020).

Questo modello descrive come i comportamenti e, in generale, gli atteggiamenti attuati durante il periodo pandemico siano da ricercarsi nell'influenza data dai pensieri di morte consapevoli e non consapevoli innescati, appunto, nello specifico drammatico periodo della pandemia da Covid-19 (ad esempio l'attenzione mediatica costante registrata all'inizio della pandemia) (Dimoff et al., 2021).

Attraverso la lente della TMT e delle sue distinte varianti relative all'ambito sanitario (TMHM) e quello pandemico (TMHM-P) è possibile spiegare comportamenti e atteggiamenti suscitati durante la pandemia da Covid-19.

1) La questione riguardante il perdurare dello stimolo della salienza di morte: la costanza della salienza dello stimolo di morte (Menzies & Menzies, 2020; Pyszczynski et al., 2021) e di conseguenza una maggiore accessibilità ai pensieri legati ad essa. Un continuo e drammatico promemoria di vulnerabilità e morte che ha rappresentato un *death reminder* che ha reso saliente la mortalità. Le informazioni sul virus e su molte dinamiche avvenute durante i primi momenti dell'emergenza sanitaria fornite dai governi, dalla comunità scientifica e sanitaria sono state spesso e volentieri contraddittorie o di difficile interpretazione. Questi effetti collaterali della pandemia hanno minato tutte le componenti del sistema atto a mitigare e mantenere sotto controllo l'ansia di morte (Pyszczynski et al., 2021).

Di norma, negli studi di laboratorio per indagare l'ansia di morte, si introducono degli stimoli riconducibili ai pensieri sul concetto di morte (ad esempio ponendo domande sulla propria morte, oppure mostrando video in cui compaiono delle vittime, o, ancora, mostrando un'impresa di pompe funebri) (Arndt & Vess, 2008). Di fatto, nel caso della situazione pandemica, la salienza di morte è sempre stata "naturalmente" presente in due modi: attraverso la testimonianza diretta di persone che hanno avuto il covid o loro familiari a rischio di morte o addirittura deceduti dopo la malattia; e indirettamente attraverso il bombardamento mediatico delle notizie sul covid (elemento che sfocia anche nell'infodemia - vedere paragrafi precedenti -). Dunque, nelle persone è emersa una forte preoccupazione attivandone perciò, consapevolezza della mortalità (Cui et al., 2020; Pyszczynski et al., 2021). Una simile situazione è stata documentata in casi analoghi di emergenza sanitaria (ad esempio, Ebola; influenza suina) (Cui et al., 2020; Elizarrarás-Rivas et al., 2010) ma anche emergenza terroristica (Cui et al., 2020).

2) Il fatto che sia possibile ricondurre gli atteggiamenti e i comportamenti della popolazione alle difese contro l'ansia di morte.

Per quanto riguarda le difese distali, quelle non consapevoli, soprattutto nel periodo iniziale della pandemia in Italia (e non solo), sono stati attuati alcuni comportamenti discriminatori verso le persone di nazionalità cinese, o addirittura verso persone che possedessero dei tratti asiatici, elementi che possono essere considerate come un'attivazione delle difese distali, nello specifico quella del rafforzamento della propria visione culturale. Dunque, l'ansia di morte potrebbe aver indotto l'individuo a cercare di difendere la propria cultura mettendo in atto atteggiamenti discriminatori verso altre etnie o, in generale, coloro i quali provenivano da un background culturalmente distante. Il "diverso" assume il significato di minaccia alla propria visione culturale del mondo e per questo una persona con tratti somatici asiatici veniva additata come probabile vettore del virus (Dimoff et al., 2021).

Le difese distali possono anche funzionare come meccanismo atto ad aumentare la propria autostima. Esempi di difese distali per rafforzare la propria autostima attuate dagli individui durante la pandemia possono essere ricondotte

alla difesa della propria cultura (visione del mondo): la deroga agli *outgroup*; oppure, la protezione dello stile di vita capitalista attuato, nella pratica, attraverso le proteste contro le chiusure e il *lockdown*, dunque, un cercare di riaffermare i propri valori liberali attraverso l'apertura delle attività commerciali. Mentre, il rafforzamento della propria autostima è stato messo in atto, ad esempio, attraverso comportamenti, come: incontrare dei partner occasionali nonostante l'obbligo di distanziamento sociale o mettersi in viaggio nonostante le chiusure (Dimoff et al., 2021).

Sarebbe possibile, inoltre, interpretare i comportamenti sanitari che tutti abbiamo messo in atto, come lavarsi le mani spesso, utilizzare le mascherine chirurgiche, l'uso forsennato degli igienizzanti, ecc… come difese prossimali, elementi utili a diminuire la sensazione di vulnerabilità dal virus, di modo da alleggerire l'ansia di morte. Mentre, i comportamenti e gli atteggiamenti disadattivi, ad esempio perpetrati dai No-Vax o dai No-Mask, come considerare il virus innocuo al pari di una semplice influenza stagionale (Abutaleb, et al., 2020 in Dimoff et al., 2021), si possono interpretare come difese distali, difese inconsce non direttamente e/o razionalmente legate allo stimolo pericoloso, atte allo scopo di ridurre la minaccia di morte data dal virus (Dimoff et al., 2021). Uno studio ha osservato una relazione positiva tra ansia esistenziale e convinzioni cospiratorie, relazione facilmente interpretabile sempre in termini di difesa distale: dunque, in situazioni ambigue e spiazzanti come la diffusione di un virus potenzialmente mortale, alcune persone cercano di attribuire una spiegazione incontrovertibile di modo da accedere ad uno stato di immortalità simbolica, rafforzando i legami con specifici gruppi sociali che condividono le loro stesse "certezze" alimentate, però, dalle teorie del complotto (Scrima et al., 2022).

Il TMHM-P risulta essere la prima estensione della TMT, che oltre a dare un'interpretazione sul comportamento sociale in ambito pandemico, propone dei suggerimenti pratici indirizzati ai funzionari della sanità pubblica per migliorare la gestione della pandemia. Partendo da questo presupposto teorico è emersa, infatti, da alcuni studiosi una strategia pratica per cercare di rendere la comunicazione riguardo la pandemia il più efficiente possibile, di modo da mitigare le preoccupazioni della popolazione su argomenti delicati concernenti la salute pubblica (Courtney et al., 2020;

Dimoff et al., 2021). Dunque, per essere più efficiente la comunicazione dovrebbe avere determinate caratteristiche:

1) porre l'attenzione sul termine della malattia (mirando alle difese prossimali);

2) fornire istruzioni semplici e chiare per attuare delle azioni sanitarie atte a limitare il rischio di contrarre il virus (lo scopo è quello di attivare le difese prossimali);

3) promuovere il pensiero secondo cui è importante la responsabilità collettiva allo scopo di ridurre la trasmissione del virus (si mira alle difese distali);

4) associare i valori culturali con i comportamenti che incoraggiano la salute (anche in questo caso lo scopo è quello di attivare le difese distali).

(Courtney et al., 2020; Dimoff et al., 2021).

Infine, è possibile affermare che tali raccomandazioni, essendo basate sulla TMT, possono portare a vantaggi per la popolazione. La TMT illustra il fatto che la consapevolezza della morte può essere sfruttata a vantaggio delle persone poiché aiuta a motivare gli individui verso la messa in pratica di comportamenti prosociali e comportamenti che migliorano la propria salute (Dimoff et al., 2021).

1.3 Differenze individuali nella gestione dell'ansia di morte

Uno dei tratti distintivi della TMT su cui è importante soffermarsi, riguarda le differenze individuali che possono emergere nelle difese contro l'ansia di morte. Come largamente descritto nei paragrafi precedenti, l'individuo utilizza come difese contro i pensieri di morte la fiducia nella propria la visione culturale del mondo e l'autostima. Ma queste difese, essendo espressione di ogni singolo individuo, potrebbero variare di intensità a seconda dell'individuo stesso: dunque, cambierebbe il livello di autostima e muterebbe il livello di conformismo alla visione culturale del mondo; difese, che potendo variare, producono modificazioni anche nel grado di capacità difensiva del singolo individuo (Landau et al., 2010).

Gli elementi che influenzerebbero i modi di gestire l'ansia di morte sono da ricercarsi nelle psicopatologie (ad esempio, ansia e depressione) ma anche nello stile di attaccamento (argomento che verrà trattato nel dettaglio nel capitolo successivo).

Partendo da questo presupposto, la ricerca ha dimostrato che gli individui con bassa autostima, o con alto livello di depressione o nevroticismo, mostrano livelli di difesa più elevati in risposta ai ricordi riguardanti la morte, a differenza di persone con una buona autostima o senza problematiche riconducibili alla depressione o al nevroticismo, che, in questo caso non attuano la difesa della visione culturalmente condivisa del mondo. Altri studi, inoltre, suggeriscono che parte del motivo per cui avviene lo sviluppo dei disturbi d'ansia può essere ricondotto ad una maggiore suscettibilità dell'individuo a sperimentare il terrore in relazione ai ricordi relativi alla morte (*ibidem*).

1.3.1 Ansia di morte: disturbi d'ansia e depressione

Basandosi sul fatto che le differenze individuali moderano la sensibilità agli stimoli legati alla morte e, dunque, anche alla difesa corrispondente messa in atto, Strachan e collaboratori nel 2001 (citato in Landau et al., 2010) hanno ipotizzato che alcuni disturbi d'ansia potrebbero servire all'individuo per controllare l'ansia di morte: il disturbo d'ansia avrebbe la funzione, in alcuni individui, di essere utilizzato come un'ulteriore difesa idiosincratica contro la paura della morte.

Le persone che hanno delle difficoltà croniche legate all'abbassamento e al controllo dell'ansia di morte "trasformerebbero" l'ansia di morte in meccanismi ansiosi più semplici da gestire. Ad esempio, una fobia servirà allo scopo di concentrare l'attenzione su un oggetto facilmente riconoscibile (la MS - salienza di morte – è stata mostrata incrementare, per esempio, le reazioni aracnofobiche in individui predisposti (Strachan et al., 2007); oppure attraverso il controllo compulsivo (la MS è stata mostrata incrementare, in individui predisposti, il lavaggio ossessivo delle mani (Strachan et al., 2007) (Landau et al., 2010).

In letteratura si trovano numerosi apporti empirici a sostegno della correlazione tra ansia di morte e disturbi d'ansia; infatti, in uno studio condotto su studentesse giovani adulte (dai 18 ai 35 anni) di nazionalità turca e svedese, che indagava la relazione tra ansia di morte, depressione e ansia è emerso che l'ansia di morte è significativamente e

positivamente correlata alla depressione e all'ansia (Oker et al., 2021). Studio che mostra, per altro, la correlazione anche con i sintomi depressivi.

Infine, è possibile affermare che il costrutto dell'ansia di morte potrebbe essere considerato come una struttura transdiagnostica, ovvero, un sintomo o una disposizione presente in una moltitudine di problematiche psicologiche. Dunque, il sintomo "ansia di morte" preso in considerazione come elemento transdiagnostico consente lo sviluppo di ulteriori problematiche psicologiche o, nel caso fossero già presenti, il mantenimento o il loro aggravamento. Nello specifico, è possibile annoverare sia la depressione che l'ansia tra i problemi che grazie al sintomo transdiagnostico dell'ansia di morte, possono essere acuiti portando un aggravamento generale della condizione psicologica dell'individuo (Iverach et al., 2014 in Oker et al., 2021).

CAPITOLO 2
L'ANSIA DI MORTE E LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

In questo secondo capitolo verrà principalmente descritta la Teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1969) e gli sviluppi teorici successivi concernenti l'attaccamento adulto.

I paragrafi successivi si concentreranno sull'unione delle due teorie dell'Attaccamento e della gestione del terrore (o *Terror Management Theory*, TMT; Greenberg et al., 1986), presentando i vari elementi distintivi dei vari stili di attaccamento in relazione alla gestione della paura esistenziale della morte.

2.1 La Teoria dell'Attaccamento di Jhon Bowlby e il contributo di Mary Ainsworth

"Tutti noi, dalla nascita alla morte, siamo al massimo della felicità quando la nostra vita è organizzata come una serie di escursioni, lunghe o brevi, dalla base sicura fornita dalle nostre figure di attaccamento".

(Bowlby, 1989)

John Bowlby, psicologo, medico e psicoanalista, ha elaborato la Teoria dell'Attaccamento interessandosi agli aspetti che caratterizzano il legame madre-bambino e quelli legati alla realizzazione dei legami affettivi all'interno della famiglia.

Bowlby considerava il concetto di Attaccamento come qualcosa di più del semplice "legame sociale" (Holmes, 2014). Secondo Bowlby si verificava l'attuazione di un vero e proprio sistema omeostatico tra interno ed esterno: se i sistemi comportamentali-motivazionali, riescono a mantenere un individuo all'interno di un ambiente familiare, il carico sui sistemi che mantengono l'omeostasi fisiologica diminuisce (Bowlby, 1973; Bretherton, 1985).

Il Sistema Comportamentale di Attaccamento corrisponde all'organizzazione psicologica interna dell'individuo (Bretherton, 1985). Questo sistema ha la funzione di rappresentare un modello del mondo che comprende il Sé, gli altri significativi e le loro interrelazioni; infine, attraverso questo sistema è possibile la codifica di determinati *pattern* di attaccamento dell'individuo (Holmes, 2014).

L'obiettivo del sistema di attaccamento corrisponde alla regolazione dei comportamenti di modo da ottenere vicinanza o mantenere tale vicinanza con uno o più *caregiver*; mentre l'obiettivo del *caregiver*, è quello di infondere sicurezza (Bischof, 1975, citato in Bretherton, 1985).

Il sistema comportamentale è formato da due concetti basilari: lo stile di attaccamento e il comportamento di attaccamento.

Per stile di attaccamento si intende, in modo generale, il tipo di attaccamento di un individuo, questo può risultare sicuro oppure insicuro. Il fatto di sentirsi al sicuro è determinato dal fatto di "sentire l'attaccamento"; con l'attaccamento insicuro, invece, le emozioni che si provano verso certe figure possono distinguersi in: intenso amore, dipendenza, vigilanza, paura di essere rifiutati (Holmes, 2014).

Il comportamento di attaccamento fa riferimento alle azioni che una persona mette in atto per ottenere e mantenere la vicinanza con un altro individuo preferito (*ibidem*). Questo comportamento di attaccamento tende ad essere più marcato nel momento in cui l'individuo si sente spaventato; ma il semplice fatto che si è consapevoli che il proprio *caregiver* è disponibile a fornire sicurezza, fornisce già di per sé sensazioni di tranquillità e incoraggia a perseguire nella relazione di attaccamento (Bretherton, 1985).

Dunque, la relazione di attaccamento è possibile solo se sono presenti tre proprietà basilari:

1) Ricerca della vicinanza ad una figura preferita: i bambini sono propensi a seguire la propria figura di attaccamento. Bowlby considerava questo fattore come monotropico, ovvero in relazione ad una figura particolare di attaccamento (la madre), ma studi successivi hanno confermato che questa caratteristica non avviene sempre con la madre (Holmes, 2014) e che l'attaccamento in sé deriva da un lungo processo, non si verifica nell'immediato come nell'imprinting animale (Bretherton, 1985; Holmes, 2014).

2) “Base sicura”: Bowlby introdusse, e successivamente Ainsworth e colleghi approfondirono, questo elemento per descrivere la situazione creata dal bambino e il suo *caregiver*. La base sicura fa sì che il bambino si abbandoni ad una sensazione di rilassatezza quando è conscio che vi è un pericolo nelle vicinanze, ma il semplice fatto che il bambino sia consapevole della protezione che il proprio *caregiver* può fornire, dà già di per sé un senso di sicurezza (Bretherton, 1985). Nel caso in cui il bambino si trovi distante dalla sua base sicura, allora si verrà a creare un aumento della spinta di attaccamento per ricongiungersi al *caregiver*. Il bambino può trovarsi lontano dalla base sicura principalmente per attuare il comportamento di esplorazione che, quando non vi è la presenza di una minaccia, è messo in atto a una discreta distanza dal *caregiver* in modo tranquillo, ma nel momento in cui sorgono stimoli stressanti, il sistema di attaccamento fa sì che il bambino si riunisca sotto la protezione del *caregiver* (Bretherton, 1985; Holmes, 2014).

Successivamente è stata proposta anche l’estensione del concetto di base sicura nel modello di attaccamento adulto dinamico: non si ha solo il bisogno del *caregiver* in quanto madre, ma anche un bisogno indispensabile riguardo relazioni amichevoli scelte sulle determinate preferenze all’interno delle relazioni preferite che gravitano nel circuito di attaccamento (Heard & Lake, 1986 citato in Holmes, 2014).

3) Protesta per la separazione: rappresenta la risposta primaria di attaccamento, poiché conferma il legame stesso di attaccamento. La protesta che avviene nel momento della separazione è una delle caratteristiche fondamentali per l’esperimento ideato da Ainsworth, la *Strange Situation*. Inoltre, lo stress di attaccamento porta ad un rafforzamento dell’attaccamento persino quanto la fonte di stress è lo stesso *caregiver* (Holmes, 2014).

Lo sviluppo del sistema di attaccamento, come detto in precedenza, non avviene nell’immediato, ma il bambino solo dopo sei mesi inizia a mostrare i tre elementi dell’attaccamento (ricerca di prossimità, effetto della base sicura e la protesta dovuta alla separazione) (Holmes, 2014). Infatti, l'ontogenesi del sistema di attaccamento si dipana in una serie di quattro fasi (in un periodo che va da 0 ai 3 anni), e solo verso il primo anno di vita è presente un organizzazione stabile di attaccamento: la triade degli elementi di

attaccamento viene integrata in un sistema coerente e organizzato intorno ad uno o più *caregiver* (Bretherton, 1985).

I modelli operativi interni (MOI), invece, sono un altro elemento centrale nella Teoria dell'Attaccamento. Bowlby era arrivato a fondere il concetto di mondo interno della psicanalisi con una formulazione quasi fisiologico-pratica. Questa visione implica un meccanismo pratico, consentendo una maggiore precisione della descrizione e all'esecuzione della ricerca empirica (Bowlby, 1989).

Questi modelli sono costruiti dal bambino durante lo sviluppo, e si riferiscono ai modelli del sé e degli altri; i modelli operativi interni vengono costituiti sulla base di schemi ripetuti di esperienza interattiva. Il bambino, perciò, costruisce dei modelli relativamente fissi, il cui scopo è quello di prevedere il mondo e riuscire a sapersi relazionare con il/i *caregiver* attorno a lui (Holmes, 2014). E questo sarebbe un vantaggio poiché la relativa sensazione di sicurezza o di pericolo che concerne ogni situazione e la relativa disponibilità e prontezza del *caregiver* non sono valutati ogni singola volta, ma fanno già parte di schemi predefiniti velocemente accessibili atti a guidare il comportamento in situazioni nuove (Bowlby, 1972; Bretherton, 1985).

Inoltre, è anche importante sottolineare come i modelli operativi interni, una volta organizzati, dopo aver raggiunto una certa stabilità, vengono messi in atto in modo inconsapevole; sono portati a persistere ai cambiamenti negativi (Bretherton, 1985). Naturalmente, il fatto che rimangano stabili non presuppone che non possano avvenire dei cambiamenti adattivi, infatti, soprattutto durante l'infanzia, essi vengono modificati, per poi divenire sempre più sofisticati mano a mano che il bambino cresce e quindi si modifica anche la cognizione e la comprensione affettiva (Bretherton, 1985; Mikulincer e Shaver, 2016). Quando i bambini diventano più grandi la potenza del sistema di attaccamento è quindi altamente visibile solo in situazioni stressanti, così come, in generale, è possibile osservarlo durante tutto il ciclo di vita sempre in particolari situazioni stressanti (Bretherton, 1985).

Ad esempio, un bambino che avrà raggiunto un attaccamento sicuro con il suo *caregiver* memorizzerà un modello operativo interno di un *caregiver* pronto a rassicurarlo e proteggerlo, amorevole e affidabile, mentre il modello di sé stesso sarà di conseguenza registrato come degno di amore e attenzione; questi modelli operativi interni poi peseranno sulle successive relazioni intime, determinandole. Viceversa, in un bambino

con attaccamento insicuro il mondo sarà interpretato come un luogo pieno di pericoli, e le persone che lo popolano non verranno viste come degne di fiducia, di conseguenza, avrà una considerazione del proprio sé come poco efficace e non degno dell'amore altrui (Bretherton, 1985; Holmes, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016).

Se si analizza il termine "modello operativo interno" è possibile notare come Bowlby abbia utilizzato il termine "operativo" (in inglese "*working*"), per sottolineare come questo sistema di elaborazione delle informazioni affettivo-cognitivo in realtà fosse un lavoro in corso e quindi non fisso. Naturalmente, Bowlby considerava il fatto che più l'individuo cresce, più il modello si consolida e quindi si rischia una resistenza sempre maggiore al cambiamento (Belsky, 2002).

Attraverso la procedura di laboratorio, citata precedentemente, nota come *Strange Situation* (Ainsworth et al., 2015; Bretherton, 1985; Holmes, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016) è possibile, sulle basi della Teoria dell'Attaccamento, comprendere come si sta formando e consolidando l'attaccamento tra madre e bambino nelle primissime fasi dello sviluppo. La procedura prevede l'osservazione in una stanza non familiare al bambino in cui è possibile, attraverso una serie di vari momenti strutturati in situazioni ben precise, l'osservazione delle dinamiche che avvengono tra il bambino e il suo *caregiver* (ad esempio i momenti di separazione tra i due, o il momento in cui entra in stanza l'estraneo, oppure le reazioni del bambino -es, il pianto - e/o della madre in determinati momenti dell'esperimento, o ancora, se e come si svolgono i momenti dell'esplorazione del bambino, ecc…). Attraverso questa procedura Ainsworth e collaboratori hanno potuto individuare tre modelli distinti che fanno riferimento a tre modi differenti di gestione delle varie situazioni osservate tra bambino e *caregiver* (Bretherton, 1985; Holmes, 2014). I tre gruppi di *pattern* di risposta, che più avanti divennero quattro (Holmes, 2014), sono i seguenti:

Gruppo B sicuro: i bambini nel momento della separazione esprimono generalmente angoscia, ma nel momento in cui si avvicinano alla madre cercano il contatto fisico con lei o, se non sono angosciati, la salutano cercando l'interazione; dopo aver ritrovato la sicurezza data dalla "ricarica" emotiva una volta essere stati dalla madre, tornano a giocare soddisfatti (Bretherton, 1985; Holmes, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016).

Gruppo A insicuro-evitante: i bambini di questo gruppo caratterizzano le loro interazioni con il *caregiver* talvolta ignorando la madre o non provando angoscia durante il momento della separazione; infine, rimangono guardinghi verso il *caregiver* dopo la separazione e inibiti verso il gioco (Bretherton, 1985; Holmes, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016).

Gruppo C insicuro-ambivalente (insicuro-resistente): i bambini di questo gruppo esprimono una forte componente di ansia da separazione e non riescono ad essere consolati, mostrano rabbia intervallata da comportamenti di attaccamento (ad esempio cercano il contatto ma una volta ottenuto scalciano). Il loro gioco individuale è, come per il gruppo A, inibito. Ainsworth aveva notato come questi bambini avevano comportamenti somiglianti a quelli specificatamente osservati nei bambini che avevano sperimentato separazioni lunghe e traumatiche (Bretherton, 1985; Holmes, 2014; Mikulincer e Shaver, 2016).

Ainsworth (2015; Bretherton, 1985) aveva interpretato i modelli derivanti dal gruppo A e C, rispettivamente insicuro-evitante e insicuro ambivalente, come "distorsioni del funzionamento ottimale del sistema di attaccamento".

Il quarto gruppo, denominato insicuro-disorganizzato - introdotto nella classificazione successivamente -, è determinato da elementi che riconducono ad una vasta gamma di comportamenti confusi (ad esempio, rimanere paralizzati) (Holmes, 2014).

2.1.1 Le radici dell'attaccamento sicuro e insicuro

La Teoria dell'Attaccamento si basa sull'assunto che lo sviluppo della personalità si possa spiegare attraverso le influenze ambientali, o meglio nella relazione: "le relazioni determinano le relazioni"; l'approccio della Teoria dell'Attaccamento, infatti, considera i vari tipi di attaccamento come derivanti da vari *pattern* di interazione (Stroufe, 1985 citato in Holmes, 2014).

L'individuo con un attaccamento sicuro o insicuro avrà dei modelli operativi interni (MOI) che lo condizioneranno sia sul piano della rappresentazione del sé che degli altri, o meglio, lo influenzeranno nel modo in cui vede sé stesso e nel modo in cui vede l'altro, in particolar modo nelle le relazioni intime. La sicurezza nell'attaccamento agisce,

dunque, attraverso un sistema di guida con lo scopo di interpretare e valutare le esperienze sociali per attuare dei comportamenti adeguati che si riflettono, naturalmente, anche nelle relazioni intime (Belsky, 2002).

Riguardo a ciò è significativo il concetto secondo cui i bambini abbiano, a seconda del genitore con cui si relazionano, un tipo di attaccamento differente, per cui potrebbero risultare attaccati in modo sicuro con un genitore e avere con l'altro un attaccamento insicuro (Holmes, 2014). Inoltre, dalle osservazioni di Bowlby (Bowlby, 1973), è stato possibile interpretare dei peculiari dati clinici non chiari, o quantomeno non netti, rispetto alla categorizzazione dei soggetti in esame, scoprendo che era possibile che nei bambini (e non solo) si potevano spiegare alcune situazioni attraverso due o più modelli operativi interni che agivano in contemporanea verso lo stesso *caregiver* e che vi fossero presenti più *pattern* di sé stessi. Bowlby (1973), aveva anche constatato che nelle persone con dei disturbi emotivi era possibile osservare come il *pattern* principale di attaccamento fosse quello sviluppato nei primissimi anni di vita, un *pattern* primitivo non riconosciuto a livello cosciente dall'individuo; al contempo però era anche in atto un ulteriore modello, sviluppatosi in un secondo momento e quindi più sofisticato e cosciente, ma inconciliabile col primo (Bowlby, 1973; Bretherton, 1985).

Ma come si origina il tipo di attaccamento? L'attaccamento, come già sottolineato, è sempre originato nella relazione; dunque, inevitabilmente influenzato dalle reazioni/azioni del *caregiver*. Infatti, gli studi riguardanti la *Strange Situation* mostrano come le madri dei bambini con attaccamento sicuro reagiscono e interagiscono con i loro bambini, le madri di bambini insicuri-evitanti tendono ad avere un atteggiamento di insensibilità ed essere leggermente rifiutanti e le madri di coloro che sono insicuri-ambivalenti tendono a reagire in modo eccessivo e senza una coerenza nelle risposte comportamentali (Mikulincer e Shaver, 2016).

Ma è da considerarsi vitale il fatto che l'interazione in sé o la serie di interazioni che avvengono tra il bambino e il proprio *caregiver* non sono sufficienti allo sviluppo di un attaccamento sicuro: non basta la sola interazione attiva e reciproca per garantire questo tipo di attaccamento, ma è la qualità dell'interazione che risulta avere maggior peso, la sola quantità può essere insufficiente; questo elemento, risulta andare in contraddizione con la visione di Bowlby riguardo le cause della privazione materna (Holmes, 2014).

Le risposte comportamentali che il bambino utilizza possono essere suddivise tra strategie primarie e secondarie. Per strategia primaria è inteso come la persona ricerchi la vicinanza (fisica ed emotiva); la denominazione di tale strategia riporta al fatto che è una strategia naturale, facente parte del sistema comportamentale dell'attaccamento, ed è la prima reazione che viene messa in atto nel momento in cui il soggetto ha la necessità di ricevere un sostegno o protezione poiché si sente in pericolo; questa strategia può essere messa in atto attraverso vari comportamenti, come ad esempio, la richiesta di un certo tipo di interazione o attraverso l'espressione di determinate emozioni (la rabbia, il riso ecc…) (Bowlby, 1972). Mentre le strategie di attaccamento secondarie (Main, 1990) possono essere distinte in: iperattivazione e disattivazione.

L'iperattivazione denota una reazione eccessiva da parte del bambino, un focus eccessivo sul problema, sulla minaccia percepita, talvolta, esagerando nella valutazione del problema; questo elemento sproporzionato provoca un continuo bisogno di cure e attenzioni da parte del *caregiver*. La disattivazione, invece, è un elemento che fa sì che il bambino agisca evitando il problema o la minaccia, inibendo o sopprimendo i pensieri relativi ad esso; comportando una conseguente minor ricerca del *caregiver* (Bowlby, 1972).

Il bambino attaccato in modo sicuro al suo *caregiver* utilizzerà la difesa primaria nell'interazione, dunque la reazione di pianto o di rabbia nella situazione consona è vista come una componente importante della risposta iniziale alla minaccia di separazione; mentre, per coloro i quali presentano un tipo di attaccamento insicuro (evitante o ambivalente) è possibile spiegare l'utilizzo delle strategie secondarie, in termini di interazione, come elementi che riportano all'esigenza di far perdurare, in qualche modo, l'attaccamento, attuando perciò delle risposte di aggressività per il mantenimento della prossimità (fisica o emotiva) (Mikulincer e Shaver, 2007 in Holmes, 2014). Dunque, se l'individuo percepirà, attraverso la lente del suo stile di attaccamento, una sospensione della sicurezza, utilizzerà delle strategie di attaccamento secondarie, che inizialmente, soprattutto per le persone con attaccamento insicuro-evitante e insicuro-ambivalente, risulterebbero adattive poiché sarebbero una reazione ad un *caregiver* non sempre disponibile, solo successivamente, si trasformerebbero in elementi nocivi in quanto disadattivi se messi in pratica in relazioni successive, adulte (Mikulincer & Shaver, 2019).

Nell'esperimento della *Strange Situation* il bambino con attaccamento ambivalente mostra un atteggiamento aggressivo nei confronti del *caregiver* che si è dimostrato incoerente "abbandonandolo" per ben due momenti differenti durante l'esperimento: cerca invano di non lascare andare il *caregiver* aggrappandosi come se fosse consapevole, grazie alla sua esperienza, che sia molto probabile che lo farà davvero. Il bambino evitante, normalmente, mostra poca aggressività durante l'esperimento, - anche se in taluni casi è possibile assistere a esplosioni di aggressività che di norma non avvengono a casa -; l'evitamento diviene, dunque, un modo per attenuare il comportamento aggressivo e quindi fa sì che la madre venga in un certo qual modo rassicurata da questo, ma in realtà il bambino sente di avere disperatamente bisogno di sentirsi protetto da lei, ma teme un rifiuto nel caso in cui dovesse svelare troppo apertamente le sue necessità di protezione (Main e Weston, 1982 citato in Holmes, 2014).

2.2 L'Attaccamento adulto

Come postulato da Bowlby tutto l'arco della vita è influenzato dal tipo di attaccamento dell'individuo. Il periodo, forse, più importante, come trattato nel paragrafo precedente, è la prima infanzia che segna il momento in cui per la prima volta il bambino inizia a conoscere ed entrare in relazione con il proprio *caregiver*, e ciò, con buona probabilità, sancirà tutti i rapporti che l'individuo avrà con altre persone a lui vicine (Mikulincer e Shaver, 2016) da un adulto significativo nella primissima infanzia ad altri significativi durante il resto della sua esistenza. Bowlby definiva "figure di attaccamento" gli individui verso cui era diretto il comportamento di attaccamento, sottolineando il fatto che più questo tipo di legami fosse stabile, maggiore ne derivasse benessere oltre che fisico, mentale; un tipo di legame che si sarebbe svolto e protratto per l'intero ciclo di vita. La base sicura che si ritrova nella relazione con l'altro significativo è una caratteristica che trascende l'età, poiché in ogni momento l'individuo sicuro sentirà la libertà di esplorare e perciò di fare esperienze nella vita, proprio perché sa di poter tornare in un luogo sereno e protetto (Ainsworth 1991 citato in Sable, 2008)

Un elemento importante che può far luce sull'attaccamento adulto è la distinzione basilare tra il concetto di attaccamento e di dipendenza (Bowlby, 1973). La dipendenza affettiva - molto spesso comunemente patologizzata – secondo la prospettiva bowlbiana

non rappresenta una caratteristica da ritrovarsi solo nell'infanzia ma è una componente innata dell'essere umano; da adulti, tuttavia uno degli obiettivi che si cerca di conquistare, nelle relazioni intime, diviene una dipendenza affettiva "sana", una maturazione psico-affettiva adeguata che si rivela collegata inevitabilmente all'aver avuto una base sicura disponibile ad offrire, laddove necessario, supporto ma anche che incoraggiasse l'esplorazione (Sable, 2008).

Il termine dipendenza, quindi, non viene utilizzato in senso negativo, incitando all'autonomia dagli altri significativi e considerato erroneamente associato alla dipendenza patologica in un adulto. Perciò, nonostante un adulto sicuro sia caratterizzato dal riuscire a gestire una sana dipendenza affettiva, che è rappresentata dal fatto che l'adulto, in genere, non abbia bisogno della presenza fisica regolare di una figura di attaccamento come per i bambini, ha comunque necessità di sapere che qualcuno rappresenti una base affidabile e disponibile in caso di bisogno (*ibidem*).

Prove empiriche che andavano ad indagare l'attaccamento adulto (ad esempio, Mikulincer & Shaver, 2019) hanno concluso che le persone con un buon attaccamento sicuro posseggono delle caratteristiche che li rendono capaci di destreggiarsi nelle relazioni: in generale risultano avere un buon ottimismo e considerano le minacce esterne nettamente meno rovinose di coloro che non hanno un attaccamento sicuro; hanno più fiducia nelle loro capacità nel caso si trovassero innanzi ad un pericolo; utilizzano delle strategie di regolazione delle emozioni più efficaci; e nel caso in cui si dovessero trovare in una situazione difficile, sarebbero in grado di rivalutare la situazione e avrebbero la capacità di rendersi conto di non poter risolvere autonomamente il problema ricercando l'aiuto necessario da qualcun'altro, e questo sarebbe possibile perché posseggono la capacità di riuscire ad esprimere le proprie emozioni, non chiudendosi ma vivendole senza distorsioni (Mikulincer & Shaver, 2019). Inoltre, gli individui sicuri hanno meno probabilità di imbattersi in rischi psicopatologici e, viceversa, gli individui insicuri sono più soggetti ad essi. In un recente studio longitudinale sulla relazione tra uso di sostanze e stile di attaccamento è stato riscontrato come l'attaccamento insicuro possa essere annoverato tra i fattori di vulnerabilità rispetto alla dipendenza da sostanze (Fairbairn et al., 2018).

Dunque, la funzione principale che è possibile ricondurre all'attaccamento adulto è, in un certo senso, analogo all'attaccamento che si instaura durante l'infanzia:

salvaguardare la creazione e la formazione di relazioni affidabili di modo che queste possano portare l'individuo ad una maggiore protezione fisica, psicologica, ad una regolazione affettiva e il successo riproduttivo (Bretherton, 1985; Sable, 2008). I bambini utilizzano il *caregiver* come fosse un rifugio per proteggersi, gli adulti ricercano la figura di attaccamento nei momenti duri della vita. Per cui i due sistemi di attaccamento - infantile e adulto - hanno delle similitudini che li rendono affini, nello specifico: la ricerca e il mantenimento della vicinanza fisica tipica dell'attaccamento del bambino avviene anche nell'adulto, soprattutto nei momenti di difficoltà e di stress; la richiesta di conforto e di fiducia nei momenti di disagio derivanti da separazioni o minacce che rischiano di mettere a repentaglio la stabilità della relazione; il bisogno di condivisione, in particolare la necessità di avere in comune degli interessi, fare delle scoperte e delle esperienze insieme. Anche il peculiare utilizzo comunicativo del *baby talk* (o maternese o discorso del *caregiver*) rientra tra le similitudini che è possibile ritrovare nell'attaccamento infantile e adulto: il *caregiver* usa delle forme linguistiche semplici che ricordano quelle forme acerbe utilizzate dai bambini piccoli; un tipo di comunicazione che avviene anche negli adulti, in particolare all'interno della relazione romantica, ma anche in quella amicale, è possibile osservare l'utilizzo di questo tipo di linguaggio (Sable, 2008).

Infine, altra caratteristica che sembra essere comune ai due tipi di attaccamento è l'attivazione del sistema comportamentale in simili condizioni e l'esibizione delle stesse dinamiche latenti (Hazan e Shaver, 1987).

Grazie al concetto di modelli operativi interni (MOI; Bowlby, 1972) è possibile spiegare come l'attaccamento venga "trasportato" attraverso le varie fasi della crescita, fino ad arrivare all'età adulta: i modelli operativi interni, derivati dalle prime esperienze di attaccamento, vengono utilizzati come rappresentazioni mentali di figure di attaccamento che è possibile relazionare al proprio sé fino alla fase adulta (Sable, 2008). Sarebbero, perciò, strutture cognitivo-affettive che si attivano in risposta a condizioni collegate all'attaccamento con lo scopo di ordinare il sistema di attaccamento vagliando e coordinando i comportamenti, la cognizione, e i sentimenti (Collins et al. 2006 citato in Sable, 2008).

Le evidenze empiriche rivelano la concretezza di questi elementi teorici attraverso gli studi che indagando la separazione o la perdita di figure rilevanti in termini affettivi. È stato osservato come, anche negli adulti, vi fosse una sequenza di risposte specifica

subito dopo la separazione o la perdita: protesta, disperazione e distacco; queste stesse risposte comportamentali erano teorizzate e verificate dagli studi di Robertson, Bowlby e Ainsworth durante la prima infanzia (Sable, 2008).

Ulteriori ricerche sull'attaccamento adulto, come ad esempio la misura di autovalutazione delle relazioni sentimentali adulte (Hazan e Shaver, 1987) hanno comprovato il fatto che esistono delle relazioni adulte che sono considerate uniche e insostituibili e che hanno una funzione ben precisa, quella di dare il senso di familiarità, compagnia e sicurezza emotiva. Queste relazioni adulte fondamentali per l'individuo, si ritrovano spesso all'interno dei legami di coppia matrimoniale oppure, in generale, in relazioni romantiche, e sono percepiti prototipi dell'attaccamento adulto (Berscheid 2006, citato in Sable, 2008). Ma è anche importante evidenziare il fatto che le relazioni di attaccamento tra adulti non sono esclusivamente di tipo romantico, poiché altri studi hanno individuato ulteriori tipi di adulti con cui vi è una relazione di attaccamento, come altri membri della famiglia, alcuni amici con cui si ha un relazione stretta, i terapeuti o altre figure professionali che forniscono un supporto importante e significativo; addirittura gli animali domestici possono talvolta essere i protagonisti di una relazione di attaccamento (Mikulincer e Shaver, 2016). C'è da aggiungere, però che i legami di attaccamento al di fuori della sfera di coppia o matrimoniale, possono non essere completamente bidirezionali, o quantomeno potrebbero avere delle limitazioni in quanto ognuna di esse detiene determinate specificità (Sable, 2008).

Inoltre, come osservato da Bowlby (1973), gli individui tendono ad attirare e ad avere relazioni con partner che si avvicinano ai loro *pattern* di modelli operativi interni, consolidando i modelli di attaccamento delle esperienze antecedenti. Naturalmente questo effetto circolare si impone su alcuni individui facendo riaffiorare e stabilizzando le stesse traiettorie evolutive della loro infanzia; da questo ne deriva un certo grado di prevedibilità dei modelli operativi interni dell'adulto derivanti da quelli infantili. Tuttavia, i *pattern* possono modificarsi, evolversi, non rimangono sempre e solo cristallizzati nei modelli infantili, poiché sempre sottoposti a una revisione continua. Dunque, i modelli operativi interni devono detenere una stabilità a livello ambientale, forze omotetiche che tendono alla stabilità, garantendo certezze nonostante le fluttuazioni sociali; sia labili dal punto di vista ambientale, delle forze che spingono alla deviazione, permettendo la sintonia con

l'ambiente e il naturale sconvolgimento dovuto al tempo (ad esempio, conoscere nuovi partner) (Bowlby, 1973).

Altre influenze che possono modificare i modelli operativi interni, non sono da ricercarsi solo nella prima infanzia, ma anche nell'adolescenza, nelle relazioni adulte oltre che in fattori derivati dal contesto sociale (Mikulincer e Shaver, 2016).

Infatti, è anche possibile notare una modificazione del tipo di attaccamento nelle varie fasi della crescita, di modo da non poterlo considerare cristallizzato per tutta l'esistenza dell'individuo. Ad esempio, degli studi hanno dimostrato delle differenze in termini di prevalenza tra genere e tipo di attaccamento: se si considera il tipo di attaccamento insicuro, è possibile osservare che le donne avrebbero prevalentemente un attaccamento di tipo ansioso mentre gli uomini avrebbero, in maggioranza, un attaccamento di tipo evitante, ma a seconda della modificazioni ambientali questa disposizione tenderebbe a mutare (Del Giudice, 2019; Del Giudice & Belsky, 2010).

Infine, una prova del fatto che il sistema di attaccamento può essere modificato anche in età adulta è data dal concetto stesso di cambiamento in psicoterapia, poiché se non fosse possibile sarebbe improduttiva la terapia stessa (Mikulincer e Shaver, 2016).

2.2.1 Valutare l'attaccamento adulto

Bowlby e Ainsworth si occuparono principalmente di teorizzare e fare ricerca attorno al tema dell'attaccamento infantile ma, nonostante nel loro apparato teorico ci fosse il tema della continuità dell'attaccamento fino all'età adulta e il tema dell'attaccamento transgenerazionale tra adulto-bambino, furono i loro prosecutori nella ricerca a strutturare metodi – e relative precisazioni teoriche – rivolti a come misurare l'attaccamento adulto. Il campo vasto e inesplorato dell'attaccamento adulto ha fatto emergere vari aspetti critici, tra cui l'utilizzo di metodi valutativi che prevedessero delle categorie (concettualizzazione categoriale), oppure delle dimensioni per discernere il tipo di attaccamento. Dunque, i modelli di attaccamento adulto sono spiegati meglio sotto la lente categoriale o dimensionale? (Mikulincer e Shaver, 2016).

Hazan & Shaver (1987; Mikulincer e Shaver, 2016; Sable, 2008) attuarono le prime ricerche empiriche considerando il frame teorico derivante dal modello tripartito. Grazie al loro lavoro pionieristico, furono i primi a definire degli stili di attaccamento

specifici per gli adulti, gli stili di attaccamento romantico, utilizzando le categorie di Ainsworth (insicuro-evitante, sicuro e insicuro-ansioso) come cornice concettuale per indagare come gli adulti gestiscono, sul piano comportamentale e sul piano relativo ai sentimenti, le loro relazioni romantiche. Perciò, Hazan e Shaver (1987; Mikulincer e Shaver, 2016; Sable, 2008) svilupparono un questionario formato da tre brevi descrizioni relative alla percezione del proprio rapporto di coppia: l'intervistato aveva modo di scegliere una delle descrizioni che si avvicinava di più al proprio modo di percepire i sentimenti riguardanti sé stessi nelle relazioni intime con il partner. I risultati di tali studi hanno mostrato delle analogie con gli studi condotti tra i bambini. Era emerso, come l'aver vissuto un'infanzia con *caregiver* attenti e premurosi, e vivere delle relazioni sentimentali positive fosse associato ad un attaccamento sicuro.

Ma questo primo tipo di misurazione, basato sulle categorie di Ainsworth, non soddisfaceva appieno la validità dello strumento, poiché le categorie erano troppo "chiuse": vi era un errore relativo al fatto che le misurazioni non provenivano dal cambiamento reale dell'individuo nel tempo, ma da un'errata misurazione derivante da artefatti di classificazione (Mikulincer e Shaver, 2016).

Ricerche successive hanno ampliato i questionari *self-report*, come l'Adult Attachment Questionnaire (AAQ) (Hazan, Shaver), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ) (Feeney, Noller, Hanrahan), ecc… convertendo i prototipi di Hazan e Shaver in una serie di punteggi su una scala *Likert*. Nello specifico, i risultati delle analisi sull'AAQ si basavano su una concettualizzazione dell'attaccamento adulto basato su due dimensioni di ansietà ed evitamento utilizzando le misurazioni di Hazan e Shaver (1987; Mikulincer e Shaver, 2016; Sable, 2008).

Dunque, dopo gli studi pionieristici esplorati nel contesto del modello tripartito si è delineata una struttura teorica ed empirica basata su queste due dimensioni, anticipando come l'assunto delle dimensioni fosse quello più conforme per indagare la valutazione dell'attaccamento adulto: la dimensione dell'ansietà fa riferimento alla separazione, all'abbandono o all'amore insufficiente, mentre l'evitamento si riferisce all'evitare situazioni intime, di dipendenza ed espressività emotiva (Mikulincer e Shaver, 2016).

In seguito, Bartholomew e collaboratori (1991) individuarono un modello alternativo basato sempre sulle due dimensioni di ansietà ed evitamento: il modello quadripartito. Questo modello postulava come gli individui possedessero due distinti

modelli operativi interni: il Modello di Sé e il Modello dell'altro. Questi modelli presentavano, inoltre, una caratteristica dicotomica distinta in positiva e negativa. Dunque, il modello del Sé (concettualizzato anche livello di dipendenza affettiva) si presenta come Sé meritevole Vs. Sé non meritevole dell'amore e del sostegno altrui; mentre, il modello dell'Altro (considerato come evitamento dell'intimità) è una rappresentazione che influenza come la persona considera il proprio partner, che di conseguenza è visto attraverso la lente dell'affidabilità e disponibilità Vs. inaffidabilità e in grado di rifiutare il proprio amore.

Il modello quadripartito prende il nome proprio dalla combinazione di questi quattro elementi appena descritti che danno forma a quattro stili di attaccamento adulto (Fig. 2.1).

1) Lo stile Sicuro è formato dalla combinazione delle dimensioni di basso evitamento e bassa dipendenza/ansietà, il soggetto si sente meritevole e degno d'amore e pensa agli altri come generalmente accettanti e sensibili.

2) Lo stile Preoccupato (corrisponde al tipo ambivalente di Hazan e Shaver, 1987), si sente non meritevole d'amore e di attenzioni, ma valuta essenzialmente gli altri in modo positivo; l'autostima e l'accettazione di sé stessi dipende prevalentemente da quanto pensano che gli altri li considerino, dunque dall'approvazione altrui.

3) Timoroso - o Evitante/Timoroso - (stile evitante descritto da Hazan e Shaver, 1987) l'individuo non sente di essere degno di amore e attenzioni, gli altri sono considerati rifiutanti, dunque, le aspettative verso questi ultimi sono molto basse; si teme l'abbandono dagli altri significativi e l'angoscia che ne deriverebbe in caso di avvicinamento con l'altro, per questo si evita il coinvolgimento in relazioni profonde.

4) Distaccato/Svalutante, il soggetto si sente degno dell'amore che deriva dall'altro significativo, ma l'altro non è degno di fiducia; vi è una strenua difesa verso la delusione che potrebbero portare le relazioni con l'altro, poiché il coinvolgimento emotivo è visto come pericoloso, per questo le relazioni intime sono considerate inutili e quindi vi è una indipendenza anche estrema (Mikulincer e Shaver, 2016).

		Modello del Sé (Livello di Dipendenza/Ansia)	
		Positivo (Bassa Dipendenza)	**Negativo** (Alta Dipendenza)
Modello dell'Altro (Livello di Evitamento)	**Positivo** (Basso Evitamento)	*Riquadro 1* **Sicuro** A proprio agio con l'intimità e autonomo	*Riquadro 2* **Preoccupato** Iperdipendente e preoccupato per le relazioni
	Negativo (Alto Evitamento)	*Riquadro 4* **Distaccato/Svalutante** Negazione dell'importanza dell'attaccamento, rifiuto dell'intimità e della dipendenza	*Riquadro 3* **Timoroso** Timore dell'attaccamento e dell'intimità. Evitamento sociale

Figura 2.1 *I quattro stili dell'attaccamento adulto (Bartholomew, 1990).*

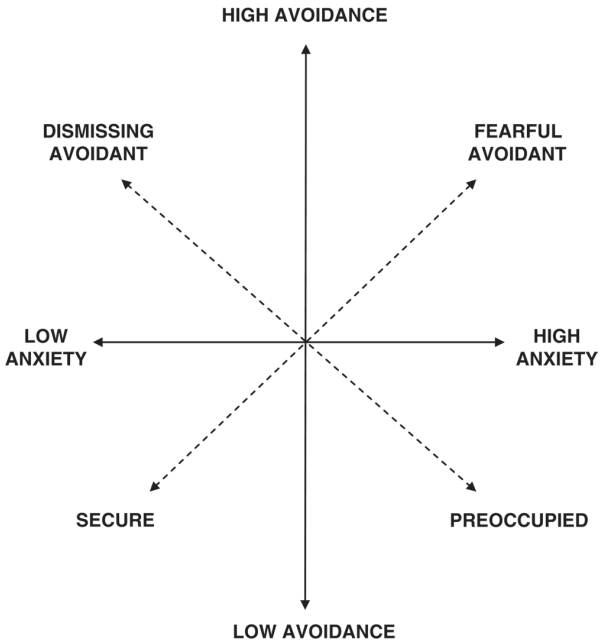

Figura 2.2 *Diagramma dello spazio bidimensionale definito dall'ansia e dall'evitamento dell'attaccamento, che mostra i nomi dei quadranti suggeriti da Bartholomew (1990).*

Gli stili teorizzati da Bartholomew sono considerati dei prototipi, gli individui viaggiano sul continuum che va dalla somiglianza più marcata col prototipo all'altro estremo in cui vi è meno somiglianza. Ogni stile di attaccamento può avere vari livelli di dipendenza/ansietà ed evitamento: una bassa dipendenza/ansietà è caratteristica di un soggetto con una buona rappresentazione di sé stesso senza bisogno di continue approvazioni che vengono dall'esterno; mentre, al contrario, alta dipendenza prevede approvazione continua dall'esterno di modo da riuscire a sentirsi bene solo attraverso la considerazione altrui. Allo stesso modo l'individuo con un grado di evitamento all'estremo più basso è a suo agio nelle relazioni intime, mentre se è posizionato all'altro capo del continuum eviterà le relazioni con gli altri significativi (Mikulincer e Shaver, 2016).

Una differenza tra i due modelli, tripartito e quadripartito, riguarda come concettualizzare le due dimensioni di ansietà ed evitamento. Infatti, Bartholomew e Horowitz (1991) hanno basato tutta la loro classificazione sui modelli operativi interni: le differenze individuali sono viste in termini di credenze che la persona ha su sé stessa e sugli altri significativi; il modello tripartito di Hazan e Shaver (1987), invece, viene basato sul sistema comportamentale: le due dimensioni di ansietà ed evitamento sono intese, a livello di differenze individuali, come dei mutamenti rispetto a come è organizzato il sistema di attaccamento, questi elementi, poi, vengono mostrati attraverso la regolazione comportamentale ed emotiva dell'individuo all'interno delle relazioni con l'altro significativo.

Classificazione dell'attaccamento adulto a confronto: Modello Tripartito Vs. Modello Quadripartito	
Hazan e Shaver	Bartholomew e Horowitz
SICURO	SICURO
ANSIOSO/AMBIVALENTE	PREOCCUPATO
EVITANTE	TIMOROSO
	DISTACCATO/SVALUTANTE

Figura 2.3 *Classificazione dell'attaccamento adulto a confronto.*

In seguito, gli autori Brennan, Clark e Shaver (1998) facendo un'analisi fattoriale di tutti gli strumenti esistenti (in lingua inglese) che misuravano gli stili di attaccamento fino agli anni Novanta, osservarono come tutte le misurazioni da loro analizzate potessero ricondursi alle due dimensioni ortogonali che stavano alla base del modello di Bartholomew, ansietà ed evitamento (fig. 2.2). Le tre principali tipologie di attaccamento individuate da Ainsworth (2015) potevano essere ricondotte anche all'attaccamento adulto attraverso le due dimensioni di ansietà ed evitamento. Se nel bambino il concetto di evitamento era associato a comportamenti di disagio da ricondurre alla prossimità con il *caregiver*, l'ansietà costituiva l'esternare comportamenti di pianto e assenza di esplorazione, segnali di rabbia e protesta; negli adulti, alti punteggi di ansia potevano essere ricondotti ad un bisogno di prossimità (non solo fisica) e di rassicurazione - che potrebbe risultare eccessiva per il partner, soprattutto se questi ultimi presentano alti livelli di evitamento -. Al contrario, il soggetto con punteggi più alti di evitamento ha difficoltà a stare con gli altri significativi e ad avere una buona espressività emotiva – nel caso in cui il partner avesse necessità di vicinanza emotiva questo potrebbe creare disagi -. Quindi, lo stile sicuro, attraverso questo spazio bidimensionale, è caratterizzato da bassi livelli nei punteggi di ansietà ed evitamento.

Gli stessi autori, Brennan, Clark e Shaver (1998) dopo aver effettuato queste ricerche, hanno creato *l'Experiences in Close Relationship scale* (ECR), una scala con l'obiettivo di indagare e valutare la qualità dei legami di attaccamento che si instaurano nelle relazioni con gli altri significativi, in particolare con il proprio partner. Anche in questo caso, in linea con quanto detto precedentemente, sono state utilizzate le due dimensioni di ansietà ed evitamento. I ricercatori hanno proposto il questionario ad un folto campione partendo da 323 item, selezionandone poi i 36 più rappresentativi (18 per ciascuna dimensione) (Mikulincer e Shaver, 2016, cap.4).

Successivamente, nel 2000, Fraley, Waller e Brennan, hanno revisionato la versione dell'ECR originale per sistemare alcune misurazioni riguardanti la sicurezza e l'insicurezza dell'attaccamento, creando, appunto, *l'Experiences in Close Relationships–Revised* (ECR-R) (*ibidem*) – che sarà trattato nello specifico nei capitoli successivi –.

Altro elemento che può essere utile per fare chiarezza sui diversi strumenti che indagano l'attaccamento adulto è il loro fine: cosa vogliono indagare questi strumenti?

Si dipanano nel vasto territorio della ricerca due principali tradizioni di indagine, che è possibile definire in parte indipendenti, nel contesto della Teoria dell'Attaccamento, in particolar modo tese a indagare l'attaccamento adulto. Il primo è l'ambito evolutivo, che mira ad analizzare il legame dell'individuo col *caregiver* con cui si è formato un legame di attaccamento già nei primi momenti di vita, quando si era bambini (genitore-bambino); questo ambito è principalmente indagato attraverso delle interviste semistrutturate, un esempio tra i più famosi è *l'Adult Attachment Interview* (AAI) di George, Kaplan e Main (1985). I pro dell'utilizzo di strumenti narrativi riguardano il fatto che permettono di far emergere elementi dinamici, riconducibili alla sfera dell'inconscio, rispetto all'elaborazione delle informazioni e nei meccanismi che hanno a che fare con la regolazione emotiva. L'AAI e gli strumenti successivi che si ispirano ad esso rispetto alla struttura e al sistema di codifica, si basano sul presupposto che i processi mentali (rappresentazionali) varino come i processi comportamentali e che ambedue vengano espressi nel linguaggio (Crowell et al., 2008). L'AAI è, infatti, un'intervista semi-strutturata che mira ad indagare il tipo di significato che l'individuo adulto dà alla propria infanzia. Il soggetto descrive, attraverso domande specifiche poste dall'intervistatore, il rapporto con la o le principali figure di attaccamento che aveva durante l'infanzia. Le domande vertono su episodi circa separazioni o perdite e su come potrebbero essere interpretate dall'individuo. In base a come procede il colloquio e che tipo risposte emergono, l'individuo è classificato come sicuro/autonomo, licenziante, preoccupato o irrisolto/disorganizzato. La sicurezza degli adulti è stata identificata dalla capacità degli intervistati di riflettere sulle proprie esperienze e di descriverle in modo aperto e coerente. Per essere classificati come sicuri l'intervistato non deve necessariamente aver avuto un'infanzia priva di problematiche, ma nel caso le avesse avute, si indaga come si presenta l'attuale visione di queste esperienze e, dunque, se esse vengono interpretate in una visione del mondo equilibrata oppure, al contrario, se queste esperienze vengono lette in modo negativo, ad esempio, se i loro genitori vengono idealizzati o screditati (Mikulincer e Shaver, 2016; Sable, 2008).

Un secondo ramo della ricerca sull'attaccamento adulto è quello psicosociale, che mira a studiare i legami adulti e sentimentali (relazione adulto-adulto), o meglio, legami che è possibile ricercare nelle relazioni intime e significative dell'individuo (non solo il partner sentimentale, ma anche altri significativi come ad esempio l'ambito amicale).

L'ambito psicosociale è indagato principalmente dalla somministrazione di questionari autovalutativi. Uno dei benefici che gli strumenti di autovalutazione possono portare, a differenza degli altri metodi, deriva dal fatto che è possibile scorgere la capacità di regolazione emotiva e la capacità di osservare i meccanismi cognitivi dell'individuo tipici di ogni stile di attaccamento.

Alcuni esempi di questionari autovalutativi sono: l'Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Hazan, Shaver), il Relationship Questionnaire (RQ; Bartholomew, Horowitz), l'Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney, Noller, Hanrahan), il Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling e Brown), l'Experience in close relationship (ECR; Brennan, Clark e Shaver) e la sua successiva versione revisionata ECR-R (Fraley, Waller, Brennan) (Mikulincer e Shaver, 2016).

2.3 L'attaccamento come elemento determinante nella gestione dell'ansia di morte

"La propensione ad esperire l'angoscia e il dolore per la perdita sono i risultati ineluttabili di una relazione d'amore, del fatto di voler bene a qualcuno"

Bowlby, 1973

Bowlby, attraverso la ricerca e l'osservazione sistematica dei bambini e degli adulti fu in grado di stabilire le conseguenze psicologiche rispetto ad una momentanea separazione dai genitori (Bowlby, 1983; Holmes, 2014). Inizialmente nel bambino era manifesta la principale reazione di pianto e la ricerca dei genitori, rifiutando altri stimoli attuati per distrarli; in seguito, si registrava una condizione di noia e apatia, che portava i bambini all'isolamento, ad una riduzione importante delle attività di gioco e del rifiuto di mangiare come in precedenza; solo dopo altro tempo sembravano tornare attivi e in uno stato che potremmo definire precedente alla separazione (Holmes, 2014).

Dopo aver posto le basi della Teoria dell'Attaccamento Bowlby ebbe modo di estendere la trattazione teorica sul lutto grazie ai fondamenti dati dalla teoria psicoanalitica e dalle intuizioni dell'etologia di allora (Bowlby, 1983; Holmes, 2014). Per quanto riguarda il lutto è possibile affermare che la teoria della perdita di Bowlby è

un'estensione della teoria sull'angoscia da separazione. Infatti, considerando che l'alleanza reciproca tra il bambino e il suo *caregiver* perdura per tutto il corso della vita, anche successivamente tra l'individuo ormai adulto e il nuovo *caregiver*, si presenterà l'angoscia da separazione ogni qualvolta la relazione verrà posta sotto minaccia; ciò accadrà quindi tra genitore-figlio, adulto-coniuge, adulto-compagno. Per Bowlby il lutto è associabile all'angoscia di separazione, solo che la perdita presuppone una forma irreversibile di tale separazione. Bowlby considera la risposta psicologica al trauma della separazione come programmata biologicamente; per questo individua quattro fasi della risoluzione del lutto (fase dello stordimento, fase dello struggimento, fase della disperazione e disorganizzazione, fase della riorganizzazione) (Holmes, 2014).

Sulla base di quanto detto è possibile affermare che lo sviluppo umano implica un percorso costellato dal continuo susseguirsi di lutti e separazioni: elementi che hanno origine dal distacco della simbiosi che si verifica con la madre, e che continua con i successivi distacchi che lo conducono verso un funzionamento psichico indipendente, momenti che sono sempre inesorabilmente contrassegnati dalla minaccia della perdita dell'oggetto. La rottura del legame che si viene a creare all'interno della coppia, ad esempio, origina reazioni emotive molto simili a quelle del lutto; la gravità del processo sarà decisa dalla profondità emotiva che si era venuta a creare nella relazione, oltre che dalla stabilità psichica dell'individuo.

Il concetto di separazione con la figura di attaccamento è considerata una delle maggiori fonti di stress che colpiscono l'individuo (Bowlby, 1973) ed è possibile darne una chiave di lettura attraverso la prospettiva della *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986). La spiegazione riguarda principalmente il fatto che nel momento in cui avviene l'effettiva separazione con il *caregiver* viene meno una delle barriere protettive che si interpongono tra l'individuo e l'ansia di morte: poiché sarebbero proprio le relazioni intime a fungere da *buffer* per la tutela dall'ansia di morte (Hart, 2015; Hart et al., 2005).

2.3.1 Una prospettiva integrativa tra TMT e Teoria dell'Attaccamento

Posto quanto spiegato nel primo capitolo, la teoria della gestione del terrore (TMT; Greenberg et al., 1986) indaga come gli individui fanno fronte all'ansia legata alla morte, nello specifico, quali fattori psicologici vengono utilizzati innanzi alla consapevolezza della morte (Taubman-Ben-Ari et al., 2002). L'autostima e il ricorso ad una comune e rassicurante visione del mondo sono proprio i meccanismi che prende in considerazione la TMT per ovviare al pensiero relativo alla morte (Plusnin et al., 2018).

Gli studi che si sono svolti sulla TMT sono numerosissimi e hanno dimostrato il fatto che esistono svariati fattori di moderazione che possono influenzare la gestione della consapevolezza della morte, tra cui: lo stile di attaccamento, le relazioni intime e il genere. Dunque, uno dei fattori preponderanti che interviene nella gestione del terrore è data dalle relazioni intime (Plusnin et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al., 2002).

Il fatto che le relazioni intime possano fungere da tampone sull'ansia di morte ha radici che possono essere ricercate nella prospettiva della psicologia evolutiva: le relazioni intime hanno una funzione adattiva e culturale, poiché servono ad ovviare alla funzione di protezione dagli attacchi predatori; oppure allo scopo di aumentare le probabilità di accoppiamento o, ancora, di migliorare il sostentamento; infine, aumentare la probabilità di sopravvivenza della prole attraverso il mantenimento della prossimità - dispositivo psicoevolutivo, che si ritrova nella Teoria dell'Attaccamento, atto a diminuire l'angoscia originata da eventi stressanti - (Bowlby, 1972; Plusnin et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al., 2002). Tuttavia, questi processi psicologici evolutivi non sono specificatamente un elemento diretto che regola l'ansia di morte (Plusnin et al., 2018).

Ma per spiegare la connessione tra la Teoria dell'Attaccamento e la TMT è necessario premettere altri elementi fondamentali che si ritrovano nel pensiero di Bowlby. Innanzitutto, Bowlby descriveva il *caregiver*, nello specifico la madre, non solo come organismo predisposto biologicamente all'attaccamento con la prole, ma come colei che unisce con la sua densa storia di relazioni interpersonali, derivante dalla sua famiglia e dal contesto socio-culturale, il nuovo nato: il *caregiver* diventa il *trai d'union* tra il vecchio e il nuovo, il bambino e la sua storia (Bowlby, 1972). Dunque, oltre che valore adattivo, le relazioni intime divengono parte integrante della visione del mondo - nelle varie culture - e una fonte di autostima (Plusnin et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al.,

2002). Già Becker, nelle sue opere antropologiche sosteneva il fatto che i sentimenti di sicurezza, appresi attraverso gli insegnamenti dei propri genitori – insegnamenti grazie ai quali i bambini possono imparare degli standard di comportamento – facessero emergere l'autostima. Perciò gli agenti di socializzazione agiscono attraverso specifiche visioni culturali del mondo e fanno sì che i bambini imparino ciò che è giusto o sbagliato venendo, ad esempio, elogiati se hanno atteggiamenti postivi verso i loro compagni o puniti in caso contrario; pertanto, questo li espone, durante la crescita, a interiorizzare che verranno premiati e ripagati dell'affetto non in modo incondizionato ma se riusciranno ad essere degni degli standard sociali di comportamento. Il fatto di essere degni o meno genera l'autostima (Plusnin et al., 2018).

Anche nella TMT è possibile osservare i medesimi meccanismi, ma viene aggiunto il fattore relativo al controllo costante dell'ansia di morte sin dalle prime fasi della vita del bambino. Anche in questo caso è possibile attribuire al *caregiver* il punto fermo della sicurezza psicologica del bambino, colui che adempie al suo fabbisogno in toto sin dai bisogni primari. A mano a mano che l'individuo crescerà sarà portatore dei valori genitoriali che avrà interiorizzato; valori che saranno lo strumento decisivo per discriminare gli elementi buoni da quelli cattivi. È da qui che l'autostima inizia a prendere forma: quando il bambino associa la diminuzione dell'ansia alla soddisfazione dei propri bisogni da parte del *caregiver*; per poi evolvere nel tempo la sua visone del mondo attraverso questo meccanismo tra una buona relazione con l'altro e la sua autostima. L'autostima sarà poi uno degli strumenti attraverso cui sarà possibile gestire l'ansia di morte (Nayler, 2010; Pyszczynski et al., 2004).

Da adulto, invece, l'individuo trasferisce la sua base sicura ad altro, oltre i suoi genitori, come i partner o le relazioni intime amicali (Hayes et al., 2010).

È bene sottolineare come avvenga un'evoluzione del concetto di sicurezza, infatti, gli individui, inizialmente, per ricevere protezione e sicurezza, si appoggiano ai legami emotivi con altre persone – i loro *caregiver* – ma, in seguito, si affidano anche ai sentimenti di autostima e libero arbitrio, e sistemi di credenze che rendono il mondo intelligibile, navigabile e potenzialmente benevolo (Hart, 2015).

Il fatto che la cultura ha degli standard di comportamento è anche un importante condizione che impone all'individuo, una volta cresciuto, una certa visione del mondo; la maggior parte delle visioni del mondo porta a spingere le persone a cercare un partner,

enfatizzando la nascita e la successiva salvaguardia delle relazioni intime. Le relazioni intime divengono perciò una fonte di significato: chi riesce a conformarsi a questa visione del mondo e ad avere relazioni di questo tipo mantiene un'alta autostima ritenendosi un elemento importante della società che di conseguenza avrà l'approvazione dalla società stessa. Mentre, per lo stesso motivo, chi rimane isolato e privo di relazioni intime viene percepito e si percepirà deviante (Plusnin et al., 2018).

Infine, le relazioni intime sono utili per alleviare la paura esistenziale legata all'inevitabile fine della vita: l'essere dimenticati e perdere la propria identità. Questo porta con sé il desiderio di ottenere l'immortalità simbolica (Lifton, 1979). L'immortalità simbolica viene, dunque, acquisita, ad esempio, decidendo di avere figli e così facendo, insegnando loro i propri valori, conducendo simbolicamente il proprio sé anche dopo la morte; oppure il fatto di appartenere ad un'entità sociale come stare in coppia, in una famiglia o in una comunità estende i limiti del sé facendo sentire gli individui parte di qualcosa e quindi connessi col mondo; o ancora, riuscire a sperimentare l'amore appassionato (Hayes et al., 2010; Plusnin et al., 2018). Ma anche l'atleta professionista, il leader dei diritti civili, lo scienziato, la celebrità, ecc…. sono acclamati nella misura in cui non possono essere dimenticati (Hart et al., 2005).

Gli elementi che concernono i valori e le pratiche culturali e l'autostima sono i concetti base che permeano la TMT, anche qui troviamo la nozione di valori culturali di riferimento sottoforma di difesa primaria contro l'ansia di morte.

Numerosi studi condotti sullo sfondo teorico della TMT avvalorano la tesi secondo cui è possibile attribuire alle relazioni intime la funzione di gestione dell'ansia di morte, nello specifico è stato scoperto come i promemoria di morte (DTA) possono aumentare il desiderio di relazioni intime (Mikulincer & Florian, 2000; Taubman-Ben-Ari et al., 2002). Altri studi hanno dimostrato che, laddove venga introdotto lo stimolo della salienza della morte (SM), viene promosso un alto investimento nelle relazioni intime, il desiderio più alto di avere figli e desiderare di stare con altre persone.

Inoltre, è stato osservato come pensare o essere esposti a *reminder* riguardanti relazioni significative prima di essere sottoposti a *death reminders* elimini l'accessibilità ai pensieri di morte (DTA) seguenti; ad esempio, inducendo pensieri positivi e incoraggianti da parte della propria madre o guardando immagini di bambini, ciò

favorirebbe la rimozione della salienza di morte (MS) sull'accessibilità ai pensieri di morte (DTA) (Hayes et al., 2010).

2.3.2 Il terzo buffer: il modello tripartito di sicurezza

Sulla base di quanto dibattuto finora, è possibile affermare l'esistenza di un terzo elemento costitutivo che funge da difesa contro l'ansia di morte. Il modello tripartito di sicurezza (Hart et al., 2005) suggerisce che ai classici *buffer* (autostima e visione del mondo) che servono allo scopo di porre un freno all'ansia di morte, venga aggiunto il terzo elemento che corrisponde alle relazioni intime (Hart, 2015; Hart et al., 2005). Questa teoria propone, inoltre, che i *buffer* siano tutti e tre efficaci in modo analogo rispetto alla gestione dell'ansia di morte; inoltre, nel qual caso dovesse presentarsi una minaccia ad una specifica componente tra le tre, si attiverebbe una difesa in grado bilanciare la situazione attivando gli altri *buffer*. Infine, il modello tripartito assicura che nel momento in cui si attivi, in modo corretto, un *buffer*, gli altri due saranno disattivati poiché non indispensabili. È interessante notare come tutti e tre i *buffer* siano importanti nel fungere da difesa, ma che il terzo *buffer*, ovvero quello delle relazioni intime, mitighi il pensiero della morte in modo quasi a sé stante, svincolato dagli altri (Hart, 2015; Hart et al., 2005; Plusnin et al., 2018). Naturalmente è bene evidenziare che l'utilizzo di questi *buffer* non è necessariamente esclusivo, anzi, non si escludono inevitabilmente tra loro. Nel funzionamento delle relazioni intime vi sono dei meccanismi a catena che includono, spesso e volentieri, anche gli altri due buffer: l'attaccamento porta sicurezza riducendo l'ansia esistenziale e il *caregiver* è anche colui che convalida la visione del mondo migliorando conseguentemente l'autostima. In situazioni che producono ansia di morte l'individuo ha tre protezioni preziose: ci si può rivolgere al *caregiver* se l'autostima è minata, ottenendo conforto; oppure se la visione del mondo è in pericolo, attraverso l'autostima, rammentano il proprio valore personale (Hart et al., 2005).

Plusnin e colleghi (2018) sulla base della loro revisione sistematica sugli studi della TMT hanno proposto un modello più completo sulla gestione del terrore (Fig. 2.4) in cui è sottolineato come le relazioni intime facciano fronte comune con gli altri elementi di difesa, perciò, come tutti e tre siano un amalgama contro l'ansia di morte.

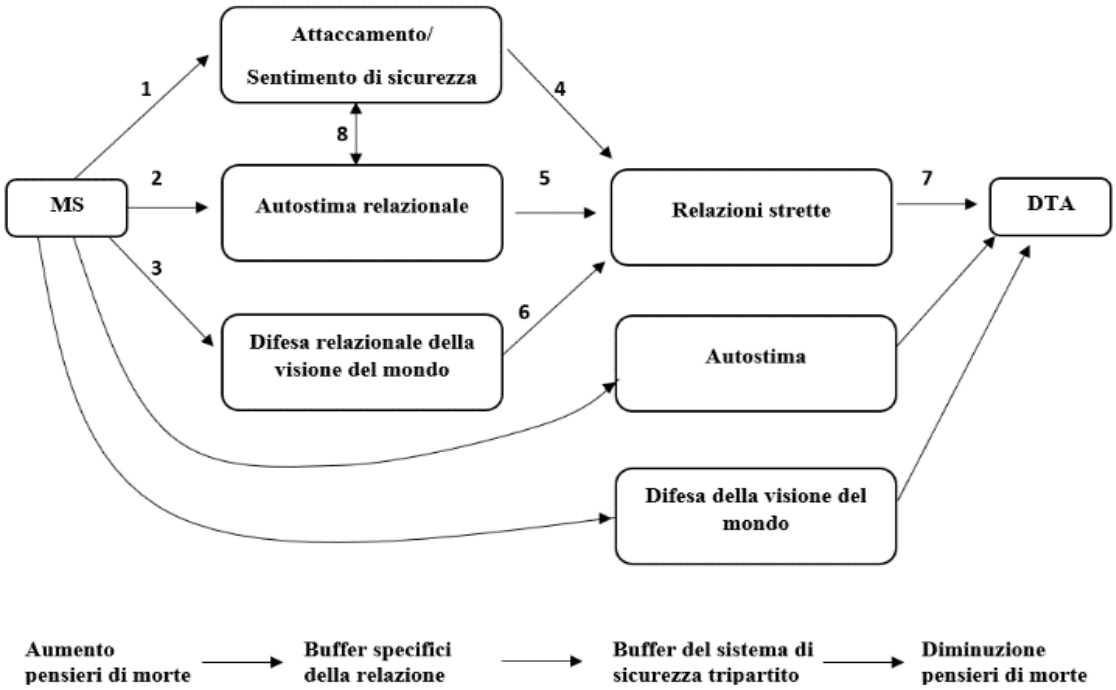

Figura 2.4 *Modello di processo concettuale dell'ampliamento del Modello Tripartito di Sicurezza. Nota. MS = salienza della mortalità; DTA = accessibilità al pensiero di morte (Plusnin et al., 2018).*

Questo modello consolida il già esistente modello tripartito secondo cui i tre *buffer* favoriscono la diminuzione dei problemi che derivano dall'ansia di morte (Hart et al., 2005; Plusnin et al., 2018). Tuttavia, viene inserito un modello aggiuntivo incorporato all'interno del modello tripartito stesso, che va a spiegare il fatto che la difesa delle relazioni intime rappresenta un *buffer* particolarmente intenso perché associato alle altre difese, dunque, l'associazione di tutte e tre le difese ne aumenta l'efficacia.

1) Il primo percorso è dato dall'attaccamento, infatti è da considerare che la difesa data dalle relazioni intime svolga una funzione principale contro l'ansia di morte (Percorsi 1 e 4 della figura 2.4) a prescindere e in modo autonomo rispetto alle altre due difese.

2) Il secondo percorso è rappresentato dall'autostima: questo percorso spinge l'individuo ad aumentare l'autostima relazionale così che si possa fare affidamento agli altri significativi, di modo da riaffermare positivamente il proprio sé (Percorsi 2 e 5).

3) Il terzo percorso si attua rafforzando la fede nella visione del mondo condivisa: le relazioni intime favoriscono una visione del mondo in cui riconoscersi, con l'altro significativo, attraverso la somiglianza e gli interessi comuni, promuove così l'immortalità (vedi Percorsi 3 e 6).

4) In conclusione, questi percorsi fanno sì che le relazioni intime riducano i pensieri sulla morte (vedi Percorso 7).

In sintesi, questo "modello nel modello" considera tutte e tre i *buffer* contro i pensieri legati alla morte come indistricabilmente connessi; questi poi sono utilizzati dagli individui che iniziano o mantengono una relazione stretta. Invece, nelle persone che non riescono o non hanno intenzione di avere una relazione stretta e di conseguenza in coloro che non trovano le relazioni di questo tipo una fonte di sicurezza appropriata, si attiverebbero le tipiche configurazioni di gestione del terrore (Plusnin et al., 2018).

2.3.3 La gestione del terrore e gli stili di attaccamento

Come citato precedentemente, alcuni studi hanno osservato che il partner funge da rifugio, da base sicura nei momenti di necessità e punto di partenza da cui esplorare il mondo. Ma se è vero che le relazioni intime modificano in qualche modo gli effetti dell'ansia di morte, è anche da considerare come le differenze individuali dovute dal tipo di stile di attaccamento siano determinanti per l'esito del processo (Mikulincer & Florian, 2000; Taubman-Ben-Ari et al., 2002).

Gli studi condotti volti ad indagare l'attaccamento di Hazan e Shaver (1987), hanno considerato la distinzione degli stili di attaccamento in: sicuro, ansioso-evitante e ansioso-ambivalente (Brennan et al., 1998); come già convenuto nei paragrafi precedenti, hanno osservato come queste categorie possano essere interpretate in riferimento alle due dimensioni fondamentali di ansietà ed evitamento. Gli individui che presentano un punteggio minimo in entrambe le dimensioni, presentano lo stile sicuro che è contraddistinto da un passato costellato da relazioni positive e sane e la conseguente considerazione delle relazioni intime da adulto come positive (Plusnin et al., 2018). Invece, coloro che presentano un punteggio elevato nell'evitamento non si fidano dell'altro e preferiscono mantenere una distanza emotiva nelle relazioni, sovrastimando la propria autoefficacia (Mikulincer & Shaver, 2003; Plusnin et al., 2018). Gli individui

con un punteggio elevato nell'ansietà hanno una forte immagine negativa degli altri, soprattutto si mostrano diffidenti quando l'altro ha degli atteggiamenti di buona volontà, ma al contempo hanno il terrore angosciante del rifiuto dell'altro (Plusnin et al., 2018); inoltre, sul piano interpersonale attivano delle strategie di iperattivazione che si manifestano attraverso comportamenti quali: controllo continuo del partner e sforzi costanti per mantenerlo vicino, tentando di ridurre la distanza emotiva, cognitiva, e fisica dal *caregiver* (Mikulincer & Shaver, 2003).

Anche per quanto riguarda la paura esistenziale della morte è possibile notare delle differenze sostanziali tra i diversi stili di attaccamento: gli individui con attaccamento sicuro sono emersi riportare livelli inferiori di ansia di morte, in *primis* perché riescono a costruire dei significati grazie a cui riescono a proteggersi, in particolar modo questo avviene perché il fatto stesso di essere all'interno di una relazione con una figura significativa è motivo di conforto e quindi alleggerisce questa paura esistenziale – la promozione delle relazioni significative è da ricercarsi nelle esperienze interpersonali positive vissute durante la propria esistenza – (Mikulincer & Florian, 2000; Plusnin et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al., 2002); mentre, coloro che hanno un alto punteggio nella dimensione dell'ansietà o dell'evitamento presentano delle difficoltà a gestire l'ansia di morte rispetto alle persone sicure (Taubman-Ben-Ari et al., 2002). In particolar modo, in alcuni studi sull'ansia di morte, è stato registrato il fatto che gli individui con un buon attaccamento sicuro, dopo la somministrazione dello stimolo della salienza di morte (SM), hanno avuto un incremento di atteggiamenti associati al mantenimento della relazione intima, ad esempio: una maggiore attrazione romantica, la percezione di avere maggior abilità sociale, maggior impegno rispetto all'intimità romantica. Per di più, è stato osservato che negli individui sicuri vi è una tendenza a percepire il mondo come solitamente sicuro e che le figure di attaccamento possano essere disponibili al sostegno nei momenti di angoscia (Mikulincer & Florian, 2000; Plusnin et al., 2018). Inoltre, le persone con attaccamento sicuro hanno la capacità di reagire sopprimendo istantaneamente le naturali difese contro i pensieri di morte: nel momento in cui hanno accesso ai pensieri di morte (DTA) non attuano la difesa relativa alla convalida della propria visione del mondo, anzi, sono più inclini alla tolleranza e all'interazione sociale rispetto a chi non condivide il loro pensiero o chi contravviene a determinate norme;

portando, inoltre, a un rafforzamento della propria fede nell'immortalità simbolica (Mikulincer & Florian, 2000).

In uno studio di Cox e collaboratori (2008, citato in Landau et al., 2010) è emerso che lo stile di attaccamento fungesse da predittore di ricerca di supporto emotivo: i partecipanti con stile di attaccamento sicuro ricercavano maggiormente il supporto del proprio partner romantico dopo essere stati esposti allo stimolo di morte (MS), mentre coloro che avevano uno stile insicuro direzionavano maggiormente la propria richiesta di supporto verso la famiglia di origine (i propri genitori) (Landau et al., 2010).

Le persone con attaccamento ansioso (insicuro-ambivalente) tendono a ricercare relazioni intime, ma la differenza sostanziale rispetto a coloro con un tipo di attaccamento sicuro è che questa manifestazione comportamentale diventa troppo intensa ed esasperata (attuando delle strategie iperattivanti) (Karreman & Vingerhoets, 2012; Plusnin et al., 2018). Per questi individui ansiosi, nel caso non riescano a mantenere la vicinanza del partner, la situazione viene percepita in modo così tragico e doloroso da essere inconsciamente paragonata alla morte. Infatti, in uno studio specifico è stato osservato che se viene chiesto loro di rispondere a ricordi di separazione con un'alta accessibilità ai pensieri di morte (DTA), nel momento in cui vengono loro proposti compiti di completamento di frasi il cui argomento concerne le situazioni di separazione, essi utilizzano per la maggior parte dei termini correlati alla morte (Mikulincer et al., 2002). In generale, le persone con attaccamento insicuro ansioso, nel momento dell'esposizione al promemoria di morte rivelano terrore sia conscio che inconscio, la difesa nella visione del mondo sembra non avere effetto, poiché il pensiero angosciante è confermato costantemente attraverso la ruminazione mentale (Mikulincer & Florian, 2000; Mikulincer & Shaver, 2003).

Gli individui insicuri-evitanti, invece, sono caratterizzati dal non ricorso alle relazioni intime come *buffer* contro l'ansia di morte, anzi, le sue caratteristiche riportano bassa attrazione romantica, basso interesse per le interazioni sociali e bassa livello di intimità (attuando strategie di disattivazione) (Karreman & Vingerhoets, 2012; Plusnin et al., 2018). Nel caso della paura della morte, essi allontanano dalla coscienza i pensieri di morte: ma nel caso questi divengano accessibili in seguito ad un compito distrattore, vengono nuovamente allontanati grazie alla difesa della propria visione del mondo inasprendo così il giudizio verso i trasgressioni (Mikulincer & Florian, 2000).

Anche l'immortalità simbolica (Lifton, 1979), è stata associata come mezzo protettivo nelle persone sicure: in uno studio di Florian e Mikulincer (1998, in Taubman-Ben-Ari et al., 2002), è stato osservato come le dimensioni dell'attaccamento (ansietà ed evitamento) erano correlate a un senso meno elevato di continuità e durata dell'immortalità simbolica, concludendo che gli individui con un attaccamento sicuro utilizzano maggiormente delle difese simboliche contro di l'ansia relativa alla morte, mentre, nei soggetti insicuri vi era un utilizzo meno marcato del suddetto elemento protettivo.

Altri studi condotti da Mikulincer e Florian (2000) che indagavano la reazione ai promemoria di morte (DTA) hanno avvalorato la tesi secondo cui lo stile di attaccamento modifica il risultato: gli individui sicuri, dopo essere stati esposti ai promemoria di morte (DTA) tendono ad affidarsi di più all'altro, cercando la prossimità ad altri significativi; mentre gli stili insicuri tendono ad usare diversi tipi di difese (Taubman-Ben-Ari et al., 2002).

CAPITOLO 3
IL BENESSERE PSICOLOGICO NEL CONTESTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Quest'ultimo capitolo teorico si concentrerà sul concetto di benessere psicologico, partendo dalle sue radici filosofiche secondo cui è possibile distinguere il benessere psicologico edonico ed eudaimonico, fino alle diramazioni teoriche più recenti per arrivare, infine, al modello del Benessere Psicologico Eudaimonico di Carol Ryff (1989). Il capitolo continuerà con elementi specifici che possono essere ricondotti agli studi sul benessere psicologico nel contesto pandemico.

Successivamente verrà trattato il benessere psicologico in associazione con elementi quali l'attaccamento. Poi, sarà trattato il tema dell'ansia di morte e del suo effetto sul benessere psicologico.

Infine, sarà esposto un paragrafo dedicato all'indagine della letteratura sulle giovani donne adulte nel contesto pandemico, focus importante per definire il campione su cui verte l'intera ricerca.

3.1 Benessere psicologico edonico Vs. eudaimonico e il Modello del Benessere Psicologico Eudaimonico di Carol Ryff

La pandemia da Covid-19 ha spinto numerosi studi a indagare l'impatto psicologico sulle persone in questo drammatico contesto; ma questo argomento è stato esplorato, in larga misura, attraverso delle misurazioni che andavano a ricercare la presenza o l'assenza di elementi di disagio sulla vita degli individui: ad esempio come le conseguenze negative della pandemia si potevano riversare sul loro stato emotivo oppure se le conseguenze pandemiche potessero dare il via o acuire i disturbi mentali (Paleari et al., 2021). Tuttavia, è da considerare il fatto che il benessere psicologico non sia determinato dalla sola assenza del disturbo, anzi, uno stato di benessere è caratterizzato dal benessere soggettivo, dunque, fare esperienza di emozioni positive, considerare la propria esistenza soddisfacente e funzionare in modo efficace, in particolar modo cercare

di accrescere il proprio potenziale, sentire di avere controllo sulla propria vita, avere uno scopo, essere autonomi e sperimentare relazioni positive (Paleari et al., 2021; Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008). Questi elementi possono essere ricondotti a due tipi di approcci: approccio edonico ed approccio eudaimonico (Paleari et al., 2021).

Un approccio al benessere di tipo edonico parte dal presupposto che le esperienze soggettive sia a livello cognitivo che a livello affettivo siano il fulcro del benessere stesso, perciò, soddisfacendo determinati desideri "immediati" si riesca ad essere completi (Paleari et al., 2021); il benessere edonico trova le sue radici filosofiche nell'antica Grecia, grazie alle teorizzazioni di Aristippo (435–356 a.C.); egli fondò la sua dottrina filosofica sulla concezione del piacere inteso come obiettivo esistenziale: il fine ultimo era quello di sperimentare il più possibile piacere per arrivare alla felicità. Successivamente Epicuro (341–270 a.C.), riprendendo le idee di Aristippo, fondò la sua scuola di filosofia, l'epicureismo. L'epicureismo si basava sul piacere come fondamento di una vita soddisfacente e felice; ma il piacere non era esclusivamente collegato all'edonismo più puro, anzi, è necessario soddisfare un mero bisogno solo per il raggiungimento dell'imperturbabilità (stato della mente e del corpo). Il piacere, dunque, nasce dalla cessazione del dolore; quest'ultimo si può presentare in forma psichica attraverso le paure (ad esempio, la paura della morte) che si combattono vivendo il presente, e attraverso i bisogni naturali (ad esempio, il cibo o gli amici) il cui giusto approccio è il relazionarvici con parsimonia (Verde, 2018). Perciò, quello di cui si necessitava per vivere in modo felice era ottenere una vita appagante e tranquilla, autosufficiente ma circondata da amici, pacifica e libera da elementi come paura e dolore (Ryff, 2018; Ryff et al., 2021; Ryff & Singer, 2008).

L'approccio che si fonda sul benessere eudaimonico, invece, concepisce il benessere psicologico dell'individuo come dato da elementi più profondi e duraturi che non si fermano al solo attimo, ma comprendono il successo innanzi "alle sfide esistenziali della vita" (Paleari et al., 2021). Questa concezione deriva dal filosofo Aristotele (384–322 a.C.) che nella sua opera "*Etica Nicomachea"*, asseriva come l'eudaimonia fosse l'attività dell'anima in accordo con la virtù e che fosse il bene più alto che una persona potesse avere. Il filosofo considerava il concetto di felicità non solo associato al semplice piacere, ricchezza oppure onore, il semplice "sentirsi bene" o la mera soddisfazione dei propri appetiti; ma l'eudaimonia, la virtù massima a cui si potesse aspirare, era dovuta

all'eccellenza personale: raggiungere il meglio che è dentro di sé (Paleari et al., 2021; Ryff, 2014, 2017; Ryff et al., 2021; Ryff & Singer, 2008). Il concetto di eudaimonia racchiude due basilari elementi filosofici della Grecia antica, "conosci te stesso" e "diventa ciò che sei". Il secondo elemento descritto richiede di far emergere le proprie capacità, i talenti che caratterizzano ogni singolo individuo, il cosiddetto *daimon* (Ryff, 2014).

Questi concetti vennero poi ripresi dalla scienza contemporanea come la psicologia clinica, ad esempio con le teorizzazioni di Jung (1933), quella dello sviluppo con Erikson (1959) da cui deriva il pensiero di come gli individui affrontano le varie fasi della vita. In particolare, l'approccio umanistico ne ha usufruito per indagare lo sviluppo dell'identità umana attraverso concetti come l'autorealizzazione con il pensiero di Maslow (1968) o con Rogers (1961) della "persona pienamente funzionante"; quello esistenziale, invece, anche grazie al pensiero di Frankl (1959), ha evidenziato come fosse fondamentale la ricerca di significato nella vita dell'essere umano (Ryff, 2014, 2018; Ryff et al., 2021; Ryff & Singer, 2008).

Carol Ryff, grazie a queste premesse filosofiche e grazie ai contributi degli autori sopracitati, ha costruito un modello multidimensionale del Benessere Psicologico Eudaimonico volto ad esplorare "i significati essenziali di ciò che costituisce il meglio che è dentro di noi" (Ryff, 2018). Il modello di Ryff è composto da sei dimensioni di benessere psicologico, queste sono volte a considerare "il benessere come sfida alla crescita" (Ryff et al., 2021). Dunque, l'individuo, durante tutta la sua esistenza, si troverà innanzi a delle sfide che cercherà di superare sforzandosi di farlo nel miglior modo possibile. Ad esempio, attraverso l'autoaccettazione cercare di stare bene con sé stessi nonostante la consapevolezza dei limiti che, volente o nolente, si possiedono; oppure mantenere delle "relazioni positive con gli altri", al contempo avendo una "padronanza ambientale" da permettere di plasmare ciò che li circonda per la soddisfazione di bisogni e desideri; sostenendo la propria "autonomia" intesa come autodeterminazione. Tutto ciò cercando di mantenere uno "scopo nella vita", ottenendo il massimo rendimento grazie alla "crescita personale" data dai talenti e capacità individuali (*ibidem*).

Le sei dimensioni del modello del Benessere Psicologico Eudaimonico sono anche impiegate per la costruzione di strumenti autovalutativi che permettono di indagare i costrutti dimensionali (Ryff, 2018). In particolare, Ryff ha proposto uno strumento

specifico per studiare il benessere psicologico, il *Psychological Well-Being Scale* (PWB). Grazie al PWB, a seconda delle risposte, è possibile trarre dei punteggi che vengono determinati da ogni singola sottoscala e/o al totale delle dimensioni: dunque, ogni dimensione può avere dei punteggi alti o bassi, elemento che aggiunge rigore concettuale ed empirico alle misurazioni (Ryff et al., 2021). Nello specifico le dimensioni possono essere concettualizzate nel seguente modo.

1) Autonomia: concerne determinate caratteristiche, quali l'indipendenza e l'autodeterminazione, prendere decisioni e saper scegliere nel rispetto dei propri standard personali, senza farsi trascinare da pressioni che provengono dell'esterno. L'autonomia è la capacità di regolare il proprio comportamento a partire da dentro, e quindi, avere punti di riferimento interni a sé per pianificare e mantenere la rotta nonostante le vicissitudini esterne.

   L'individuo, nel caso in cui il punteggio di questa singola sottoscala del PWB fosse alto, risulta essere autonomo e indipendente, riesce a contrastare o regolare le pressioni sociali di modo da poter pensare e agire in determinati modi; inoltre, valuta sé stesso in base a standard personali. Nel caso in cui il punteggio fosse basso l'individuo sarebbe preoccupato per le aspettative e le valutazioni degli altri, facendo troppo affidamento sui giudizi altrui soprattutto per prendere decisioni rilevanti, conformandosi così alle pressioni sociali.

2) Controllo ambientale**:** concerne la capacità della gestione dell'ambiente esterno, di modo da riuscire ad adattarsi in vari ambienti, dai più gestibili ai più ostici, tutto ciò cercando di modificarne le proprietà ove sia possibile, oppure, in caso contrario adattandosi e modificare il proprio operato. Da un lato, chi risulta avere un buon controllo ambientale, sa trarre vantaggio da ciò che lo circonda, dall'altro riesce comunque a piegare l'ambiente circostante per renderlo più conforme a sé stesso.

   Con un punteggio alto, l'individuo riesce ad avere padronanza nella gestione dell'ambiente circostante, anche tenendo sotto controllo varie attività esterne piuttosto complesse; riesce efficacemente a fare uso delle opportunità ambientali; ed è competente rispetto alla scelta o nella creazione ad hoc di contesti adatti alle proprie necessità e ai propri valori personali. Nel caso in cui l'individuo avesse un punteggio minore in questa sottoscala, ciò significherebbe che potrebbero

esserci delle problematicità ad amministrare la quotidianità, non riuscendo a modificare o migliorare il contesto nel quale si trova e non avendo consapevolezza delle opportunità che gli offre l'ambiente in cui vive.

3) Crescita personale: riguarda la capacità dell'individuo di aprire gli orizzonti rispetto al cambiamento o al promuovere nuove esperienze di modo da potersi concedere l'opportunità di scoprirsi e conoscersi, in particolare conoscere le risorse personali, i talenti.

   Chi risulta avere un elevato punteggio in questa dimensione si percepirà in costante evoluzione nel tempo, il sé in costante crescita ed espansione; risulta quindi aperto a nuove esperienze poiché si sente in grado di realizzare il proprio potenziale; ha una maggiore conoscenza di sé e una buona efficacia. L'individuo con un punteggio minore in questa sezione si sente bloccato, non ha senso di miglioramento nel corso del tempo; è annoiato e disinteressato alla vita e incapace di sviluppare nuovi atteggiamenti o comportamenti.

4) Relazioni positive con gli altri: saper creare e mantenere delle relazioni interpersonali appaganti e durature. In questo caso l'individuo deve saper promuovere l'apertura verso l'altro, saper provare empatia e affetto, oltre che essere in grado di mostrare la propria autenticità e sincerità, anche grazie al saper dare fiducia all'altro.

   Un individuo che totalizza un punteggio alto risulta avere relazioni intime in cui è possibile la fiducia con l'altro; possiede forti elementi empatici preoccupandosi del benessere altrui e in generale è competente in fatto di relazioni umane. Al contrario, colui che riscontra un punteggio basso ha poche relazioni intime e quindi trova difficoltoso essere caloroso, aperto e preoccupato per gli altri, per questo si isola ed è frustrato in fatto di relazioni interpersonali; non riescono a scendere a compromessi per il bene della relazione con l'altro.

5) Scopo nella vita**:** concerne la capacità, da parte dell'individuo, di precisare e definire in modo chiaro una meta da raggiungere. Queste mete rappresentano il fatto di avere una direzione e per questo doteranno il tutto di senso rispetto alla propria esistenza.

   L'individuo con un punteggio elevato possiede un obiettivo nella vita, una sorta di 'bussola' che lo guida verso l'obiettivo e sente e cerca un significato nella vita.

Al contrario, chi raggiunge un punteggio minore non ha un senso da ricercare nella vita, ha pochi obiettivi e nemmeno una 'strada' da percorrere poiché non ha prospettive o credenze che gli possano dare un senso.

6) Autoaccettazione**:** riguarda la capacità di essere soddisfatti di sé e della propria vita. L'autoaccettazione riguarda sia i propri difetti che i propri pregi, accettando e rispettando entrambi gli elementi che lo caratterizzano. Riguarda anche la consapevolezza che ciò che è stato ormai non può essere cambiato e per questo è necessario accettarlo, sia che riguardi questioni positive che negative.
   L'individuo, nel caso in cui il punteggio di questa singola sottoscala fosse alto, gode di un atteggiamento positivo verso sé stesso, riconoscendo e accetta svariati aspetti di sé, da quelli positivi a quelli negativi. Chi ha un punteggio basso, invece, è insoddisfatto di sé stesso, deluso dal suo passato, angosciato su certi elementi che lo caratterizzano, desiderando essere qualcos'altro da ciò che in realtà è.
   (Ryff et al., 2021).

In generale, la ricerca sul benessere psicologico si è concentrata sulle correlazioni con parecchi elementi che potrebbero modificare lo stato del benessere dell'individuo. Infatti, il benessere psicologico è legato ad un'ampia lista di variabili psicologiche, tra cui l'ottimismo che sembra essere predittore di alto benessere psicologico; oppure l'autostima che, laddove risulti stabile, porterebbe ad alti punteggi nelle dimensioni di padronanza ambientale e scopo della vita; o, ancora, la soddisfazione dei bisogni psicologici può portare ad un benessere psicologico più elevato (Ryff, 2014). È possibile trovare anche delle differenze sostanziali nel benessere psicologico in correlazione con variabili quali, il genere e l'età. Ad esempio, degli studi sul benessere psicologico, in particolare sulle dimensioni dello scopo della vita e della crescita personale, hanno evidenziato come vi sia una più bassa vulnerabilità in queste dimensioni in soggetti con un'età che li pone nel range dei giovani adulti, piuttosto che in soggetti più anziani (Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008). Infine, alcuni studi riportano delle differenze che si possono ricondurre alla variabile del genere: le donne conseguirebbero punteggi minori rispetto agli uomini in tutte le sottoscale, tranne nella dimensione che concerne le relazioni positive con gli altri (Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008).

Inoltre, altre ricerche empiriche hanno evidenziato come la presenza di eventi non normativi, come ad esempio, lo scoppio di una guerra, catastrofi naturali, attentati

terroristici, ecc.., provocano una modificazione sostanziale che andrebbe ad influire negativamente sul benessere psicologico; ed è possibile notare, in accordo con la teoria del valore di Schwartz (2006) come i cambiamenti radicali e improvvisi possano portare a delle conseguenze nel modo di vivere, fino a rivalutare determinati valori come non più fondamentali e trascurabili. Ad esempio, la crisi finanziaria del 2008, che ha colpito l'intero circuito economico mondiale, ha impattato sui giovani adulti con conseguenti cambi di prospettiva valoriale: un abbassamento dell'edonismo contro un innalzamento di elementi quali, la sicurezza, conformità, tradizione, ecc... (Bojanowska et al., 2021).

Nello specifico, la pandemia, essendo classificata come elemento non normativo, ha determinato delle conseguenze importanti nel modo di vivere e condurre la propria esistenza, in particolare è stato registrato un calo significativo del benessere psicologico durante il periodo pandemico in moltissimi stati del mondo tra cui, Cina, Stati Uniti, Giappone, Irlanda, Nuova Zelanda, Polonia (Bojanowska et al., 2021), Regno Unito e Italia (Paleari et al., 2021)

3.2 Benessere psicologico e attaccamento

Lo stile di attaccamento risulta un costrutto rilevante per la comprensione sia delle relazioni in età adulta sia del benessere psicologico dei singoli individui. Lo stile sicuro, infatti, è contraddistinto maggiormente da un buon livello di benessere psicologico, mentre l'attaccamento, insicuro-ansioso e insicuro-evitante, sono ambedue legati ad un minor benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012).

Analizzando più nello specifico la questione che riguarda i risvolti psicologici della pandemia, è possibile osservare come svariati studi hanno indagato questi aspetti. Per quanto, come già sottolineato, l'assenza di patologia non possa definirsi in sé come benessere psicologico, è anche vero che meno sintomi psicopatologici o, in generale, il non avere un disagio psicologico, è indubbiamente un elemento che favorisce il benessere psicologico dell'individuo (Paleari et al., 2021). Negli studi in questione è emerso il fatto che la maggior parte dei sintomi registrati durante il periodo pandemico da Covid-19, nel mondo, sono stati di ansia e depressione (Rajkumar, 2020a). Questi sintomi possono essere ricollegati alla teoria dell'attaccamento in quanto elementi che scaturiscono nella normale risposta umana alla separazione dalla figura di attaccamento; non importa se

questi elementi sovvengono in risposta a situazioni reali o immaginate o, ancora, vi sia una "minaccia" di separazione, sono comunque utilizzati dall'individuo come difesa. Tali elementi emergono anche in risposta a situazioni collegate alla malattia, che fornisce, quindi, un'ulteriore spiegazione all'aumento dei sintomi di ansia e depressione nell'attuale periodo pandemico (*ibidem*).

Perciò, l'attaccamento insicuro è associato a maggiore ansia per lo stato di salute, dunque, tali caratteristiche contribuiscono ad una maggiore possibilità di risposte disadattive che possono verificarsi proprio durante le epidemie (*ibidem*). Nello specifico, a differenza dell'attaccamento sicuro, l'attaccamento evitante è caratterizzato da una ridotta capacità di regolazione emotiva che si applicherebbe all'evitamento di situazioni di interazione, mentre l'attaccamento ansioso (insicuro-ambivalente) è caratterizzato da sovrabbondanza di atteggiamenti dipendenti verso gli altri di modo da cercare continuamente le loro attenzioni (Moccia et al., 2020). In uno studio sui risvolti psicologici durante la pandemia è stato possibile spiegare, attraverso la lente degli stili di attaccamento, come i partecipanti allo studio con uno stile ansioso (insicuro-ambivalente) avevano la tendenza a mostrare un elevato malessere collegato all'idea di una preoccupazione sulla mancata assistenza durante il periodo del *lockdown*. Mentre per i partecipanti con uno stile insicuro-evitante sono state riscontrate delle risposte tipiche di evitamento come l'esternare un atteggiamento troppo "calmo" nonostante la situazione allarmante, ma, al contrario, il loro stato interno potrebbe essere stato caratterizzato da elementi di disagio; perciò, coloro che avevano un attaccamento di tipo evitante consideravano le norme di isolamento imposte durante il *lockdown* meno disagevoli (*ibidem*).

Dunque, da questo studio è stato possibile osservare come gli elementi caratteristici dello stile sicuro fossero prevedibilmente buoni predittori di minor disagio psicologico, ma anche alcuni elementi attribuibili ad uno stile insicuro potessero comunque essere utili in questo contesto: infatti è emerso che sia lo stile sicuro che quello evitante rappresentavano un fattore protettivo valido a far fronte alla pandemia, proprio per il fatto che le persone con stile evitante approvavano l'isolamento, regolando in questo modo il disagio (*ibidem*).

3.3 Benessere psicologico e ansia di morte

La *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986) è una teoria che condensa il tema esistenziale della vita e della morte in relazione a come l'essere umano gestisce queste problematiche inevitabili che si ritroverà, volente o nolente, ad incontrare nel corso della propria esistenza. È una teoria che negli ultimi anni ha avuto grande rilievo scientifico in quanto tantissimi studiosi hanno dato il loro contributo per indagare, convalidare o disconfermare i vari elementi teorici della TMT. Le critiche mosse verso la TMT principalmente si sono sempre concentrate sulla scarsità di evidenze empiriche volte ad avvalorare il fatto che la consapevolezza della morte possa generare ansia e minacciare il benessere psicologico; questa critica poteva avere ragione d'essere all'inizio, tuttavia, negli anni sono state effettuate svariate prove che confermano le concettualizzazioni teoriche della TMT (Juhl & Routledge, 2016).

La ricerca empirica che tratta il benessere psicologico in relazione alla TMT interpreta la psicopatologia con il mancato equilibrio e l'uso disadattivo dei *buffer* contro l'ansia, ciò condurrebbe all'uso di strategie non consone, come ad esempio il lavaggio compulsivo delle mani in risposta ad una paura incontrollata dei germi (Juhl, 2019).

Degli studi effettuati da Juhl (2019) hanno dimostrato come la consapevolezza della morte portasse ad ansia e compromettesse il benessere psicologico di modo da rendere indispensabile l'uso dei *buffer* contro l'ansia di morte e preservare così il benessere psicologico. In un primo studio è stata precedentemente misurata una *baseline* sui tratti di autostima e significato della vita, poi è stato introdotto uno stimolo che intensificasse la consapevolezza della morte (MS, salienza di morte) e, infine, è stata fatta una seconda misurazione da comparare con la prima. Nello specifico l'autore ha indagato alcuni tratti che potrebbero avere un effetto di mitigazione della consapevolezza del tema della morte rispetto al benessere psicologico. Tra i tratti indagati si è considerato il significato della vita e l'autostima.

Il primo elemento, il significato della vita, secondo la *Terror Management Theory* rappresenta un modo per l'individuo di gestire la consapevolezza della morte dando, appunto, un significato, uno scopo, che permetterebbe di non provare intenso terrore della morte per tutto il corso della propria esistenza; dunque, nello studio è stato considerato che la salienza di mortalità dovrebbe aumentare l'ansia di morte solo per coloro che non hanno un alto significato della vita. Effettivamente i risultati hanno portato i partecipanti

posti nel gruppo sperimentale (con MS) ad avere una alta ansia di morte rispetto al gruppo di controllo e, sempre come previsto, non vi fosse differenza tra partecipanti con alto significato della vita dei due gruppi. Pertanto, è possibile confermare come le persone più vulnerabili rispetto all'ansia di morte fossero coloro i quali non provassero un alto significato della vita (*ibidem*).

Il secondo elemento, l'autostima, è stato indagato in un'ulteriore serie di studi, nello specifico è stata analizzata la consapevolezza della morte sul benessere psicologico in relazione all'autostima. L'ipotesi era che la MS avrebbe influito in modo sfavorevole sulla variabile del benessere in individui con una bassa autostima. Anche in questo caso le ipotesi sono state confermate: coloro che possedevano un'alta autostima avevano un livello maggiore di vitalità soggettiva (altra variabile indagata nello studio) rispetto a chi aveva un'autostima bassa. Questo, a riprova di come la consapevolezza della morte, nel caso in cui sia presente un basso livello di autostima, influisce negativamente sul benessere psicologico (*ibidem*).

Altri fattori che potrebbero avere una rilevanza fondamentale sull'ansia di morte sono l'età e il genere. Sebbene la letteratura non sia unanime sulla questione, vari studi hanno voluto indagare se l'ansia di morte potrebbe portare le persone ad impegnarsi in comportamenti che promuovono più frequentemente uno stile di vita salutare. Nello specifico, è noto, in letteratura, che le persone anziane abbiano comportamenti volti a mantenere un buono stato di salute più frequentemente rispetto ai giovani nella condizione in cui non vi sia ansia di morte, e che, invece, i giovani adulti promuovano gli stessi comportamenti salutari nel momento in cui viene introdotta la componente dell'ansia di morte (Bozo et al., 2009). Questa evidenza sembrerebbe controintuitiva, poiché nell'immaginario comune sarebbero proprio i giovani a sentirsi "immortali"; in realtà alcuni studi sul tema hanno ribaltato questa prospettiva: i giovani si considererebbero invincibili solo fino a quando non si sottopongono al ricordo della morte; nei giovani non vi è il prolungamento simbolico dell'immortalità attraverso, ad esempio, la crescita della propria prole che consentirebbe di vivere emblematicamente in loro (Henley & Donovan, 2003). Mentre per coloro che hanno maturato abbastanza esperienza e sono diventati anziani l'idea della conclusione della propria vita si trasformerebbe in un evento normativo, ed è proprio questo che darebbe modo di vivere questa esperienza più serenamente, inoltre, è stato riscontrato che gli individui anziani

siano più fiduciosi sul fatto di avere controllo sulla propria salute, fattore che incrementa la diminuzione dell'ansia di morte (Bozo et al., 2009).

Per quanto riguarda il genere è noto come le persone anziane di sesso femminile fossero più inclini a esibire comportamenti per preservare la propria salute rispetto alle donne più giovani e donne meno istruite; inoltre, l'età avanzata era abbondantemente correlata a comportamenti di ricerca della salute: ad esempio, le donne anziane erano più propense a fare controlli per la prevenzione del tumore al seno sottoponendosi regolarmente a esami diagnostici come le mammografie. Quindi, in linea con gli studi sopra riportati, le donne anziane tendono a mostrare comportamenti più inclini a preservare la propria salute quando non vi è salienza di mortalità (*ibidem*).

Queste evidenze hanno suggerito il fatto che, nonostante le persone più anziane siano fisiologicamente più vicine alla conclusione della loro vita rispetto ad una persona giovane, queste attivano meno difese per sopprimere i ricordi relativi alla morte. Anzi, nel momento in cui avviene l'aumento della frequenza degli stimoli di salienza di morte, il loro maggior impatto, a cui viene aggiunto il fatto che i *buffer* di protezione dalla consapevolezza della morte sono meno efficaci, possono indurre le persone anziane a sperimentare nuove strategie più adeguate a far fronte all'ansia di morte (Hecken hausen e Schulz, 1995 citato in Bozo et al., 2009); i giovani, invece, risultano reagire con più paura alla situazione che prevede un alto livello di salienza di morte, di modo che le difese attuate siano più forti e rigide contro la minaccia. Quest'ultimo fattore potrebbe essere utilizzato per incoraggiare i giovani adulti all'impegno di comportamenti che promuovano la propria salute come, ad esempio, l'utilizzo di campagne pubblicitarie o per la sensibilizzazione di temi specifici; anche se è opportuno utilizzare questi mezzi con parsimonia (Bozo et al., 2009).

In particolar modo, se si considera il panorama pandemico, il rischio per le persone più giovani di contrarre una forma di malattia mortale da Covid-19 fosse statisticamente inferiore rispetto agli anziani, è stato riscontrato tra i primi una maggiore ansia e ansia di morte. Infatti, molti studi concordano come l'età rappresenti una sorta di protezione: normalmente le vittime più anziane sopravvissute a calamità importanti presentano una sintomatologia più lieve se si considerano ansia, depressione e stress in confronto ai giovani. Elementi che possono essere spiegati dal fatto che le persone più adulte hanno un'esperienza fisiologicamente più lunga vista l'età e dal fatto che

potrebbero aver affrontato, proprio per la loro esperienza, altre situazioni con eventi catastrofici; ma anche il fatto di avere meno responsabilità sembra essere una spiegazione plausibile (Rodríguez-Rey et al., 2020).

Da uno studio svolto durante la pandemia, rivolto ai giovani adulti americani sottoposti ad un distress emotivo prolungato, sono emersi numerosi fattori riconducibili ad elevati livelli di stress, ansia, preoccupazione, paura, depressione, rabbia, irritabilità e noia. I fattori di stress segnalati più di frequente erano relativi alle conseguenze dirette portate dal virus, ad esempio, il timore di contrarlo in prima persona o che fossero i propri cari ad esserne vittima. Altri fattori segnalati erano riconducibili ai mutamenti indiretti riscontrati nella società durante la pandemia, con modificazioni nelle relazioni dovute alle norme di distanziamento sociale e il sentirsi sopraffatti da questi cambiamenti, in particolare nelle relazioni interpersonali, i giovani asserivano di sentirsi in "trappola" nelle proprie abitazioni per via delle esigenze continue degli altri membri della famiglia o i coinquilini, aggiungendo tensione e conflitto (Emery et al., 2021).

È da considerare che, nello specifico ambito pandemico, l'ansia di morte ha avuto un'enorme incremento, per questo è possibile applicare a tale situazione una particolare "branchia" della TMT, la *Terror Management Health Model* (TMHM, Goldenberg & Arndt, 2008) (vedi capitolo precedente) che tratta principalmente come l'individuo prende decisioni sulla propria salute in presenza di fattori relativi alla morte. In uno studio è stato proprio dimostrato che la specifica paura relativa al Covid-19 potesse spingere l'individuo a provare ansia di morte in una prospettiva esistenziale, elemento che può essere spiegato grazie al fatto che nei periodi di pericolo in cui la morte è resa saliente le persone riflettono maggiormente sulla propria caducità, arrivando così ad aumentare l'ansia (Scrima et al., 2022).

3.4 Benessere psicologico e sintomatologia ansiosa e depressiva

Già Menninger (1919), un centinaio di anni orsono, ebbe l'intuizione di studiare, nell'ambito della psichiatria, i possibili effetti e complicazioni dell'Influenza Spagnola associando così le conseguenze psicologiche negative legate alla malattia. Infatti, i dati raccolti negli ultimi anni, dall'inizio della pandemia fino ad oggi, mostrano come in tutto

il mondo si siano acuiti o siano sorti sintomi relativi ad ansia e a depressione in risposta al Covid-19 (Moccia et al., 2020). Le risposte emotive che emergono possono essere associate ad un aumento della paura e dell'incertezza, dovute principalmente al fatto che il *lockdown* non ha permesso la consueta libertà nel condurre la propria quotidianità e il non poter stare o assistere i propri familiari o, in generale, i propri cari; tutto ciò ha indubbiamente favorito un "sovraccarico" rispetto alla salute psicologica individuale (Brooks et al., 2020; Moccia et al., 2020).

Naturalmente non sappiamo ancora quali risvolti porterà il disagio pandemico a lungo termine, ma come già evidenziato dalla letteratura precedente su simili eventi non normativi che si protraggono per molto tempo e che presuppongono un costante pericolo per la propria sicurezza, si evince come tale fattore pandemico possa avere effetti sia sul breve che sul lungo periodo a discapito del benessere individuale. A riprova di ciò è già possibile osservare alcuni studi longitudinali condotti nel Regno Unito e negli Stati Uniti, in cui è stato registrato un incremento non indifferente delle problematiche relative ai disturbi psicologici: in particolare rispetto ai livelli di angoscia e depressione osservati prima dello scoppio della pandemia da Covid-19, giovani adulti e donne giovani adulte hanno presentato un incremento maggiore di questi problemi (Paleari et al., 2021).

In un altro studio condotto sulla popolazione neozelandese agli esordi della pandemia si è osservato il medesimo risultato con un incremento della sintomatologia depressiva e quella ansiosa in confronto a dati pre-pandemici; anche in questo studio i giovani adulti rientravano tra coloro che hanno mostrato un benessere psicologico minore, assieme ad altri soggetti a rischio di infezione da Covid-19, in entrambe le popolazioni la salute mentale è risultata più a rischio (Gasteiger et al., 2021).

3.5 Donne giovani adulte e la pandemia

È stato appurato che le donne, in particolar modo le giovani donne adulte, hanno subìto gli effetti negativi della pandemia più di altre categorie (rispetto alla loro controparte maschile o, ad esempio, rispetto ad altre fasce d'età) (Emery et al., 2021; Paleari et al., 2021). In uno studio è stato osservato che le donne e gli individui con un adattamento psicologico più scarso già prima della situazione pandemica hanno mostrato livelli più elevati di disagio psicologico durante la pandemia. Nello specifico si è arrivati

a dimostrare che le giovani donne adulte mostrano sintomi depressivi e stress percepito più severi e una minore capacità di gestire lo stress in risposta alla situazione pandemica rispetto ai giovani uomini adulti (Emery et al., 2021; Paleari et al., 2021).

Studi effettuati in Cina, ma anche in Europa, che indagavano i risvolti psicologici dati dalla pandemia hanno evidenziato come le donne e i giovani hanno accusato un maggior impatto psicologico negativo (Rodríguez-Rey et al., 2020). Questa conseguenza però è bene analizzarla da un punto di vista sociale, in quanto i modi in cui i ruoli di genere influenzano le donne e gli uomini risulta differente: molti dei settori più colpiti dalla crisi sanitaria sono popolati principalmente da donne (ad esempio riguardanti le professioni sanitarie, l'istruzione e l'assistenza all'infanzia), e questo ha avuto effetti sulla perdita di lavoro e di reddito (Rodríguez-Rey et al., 2020; *L'impatto della pandemia COVID-19 sulle donne (infografica) | Attualità | Parlamento europeo*, 2021). Inoltre, le donne avendo spesso il ruolo di *caregiver* all'interno delle famiglie, hanno risentito particolarmente delle misure restrittive (ad esempio la chiusura delle scuole ha aumentano il loro carico a casa) (Rodríguez-Rey et al., 2020).

Studi condotti sui lavoratori sanitari Cinesi in prima linea nei reparti Covid mirati a indagare il disagio psicologico in situazioni di emergenza, hanno evidenziato maggior incidenza nelle donne, che mostravano livelli più elevati di ansia, paura, tristezza e rabbia rispetto agli studenti maschi. In uno studio condotto su infermieri durante la pandemia di Covid-19 (Huang, Xu e Liu, 2020 citato in Ahmad et al., 2021) che ha indagato il rapporto tra risposte emotive e strategie di coping, sono emerse differenze di genere: anche in questo caso le donne hanno mostrato maggior ansia e paura rispetto agli uomini. Un secondo studio condotto, mirato ad indagare la salute mentale del personale sanitario, ha fatto emergere alti punteggi di somatizzazione, disturbo ossessivo-compulsivo, ansia, ansia fobica e psicoticismo. I risultati mostravano che le donne e le persone impegnate in prima linea erano maggiormente a rischio di sviluppare sintomi psichiatrici durante la pandemia (Ahmad et al., 2021).

A prescindere dalla pandemia che ci ha colpiti è bene considerare che possono esserci delle differenti vulnerabilità relative al genere a cui possono essere associate varie categorie di disturbo mentale. Per esempio, la depressione ha una maggior frequenza statistica nelle donne (Carpiniello, 2012). Le donne avrebbero una maggior possibilità di essere esposte a vari tipi di violenza (fisica e psicologica), fattore correlato all'insorgenza

di psicopatologie quali depressione, disturbo postraumatico da stress, disturbi dissociativi, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi (Carpiniello, 2012). Tuttavia, è doveroso sottolineare che questi tipi di violenza sono insiti nel contesto culturale e per questo vi è l'incapacità della vittima di sottrarsi ad un contesto di questo tipo, imponente e limitante, in cui le pratiche sociali sono vissute inconsapevolmente (Testoni, 2012).

È anche importante considerare che la letteratura è tendenzialmente concorde nell'attribuire alle donne con un attaccamento insicuro un attaccamento specificatamente di tipo ansioso (Del Giudice, 2011, 2019; Del Giudice & Belsky, 2010; Gugová & Heretik, 2011); tipologia di attaccamento che presenterebbe un rischio per il benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003).

Un altro elemento utile che prende in considerazione le differenze di genere, di fondamentale importanza nel presente testo, è la correlazione tra ansia di morte e genere, poiché la letteratura presenta svariati studi che attribuiscono solitamente alti livelli di ansia nelle donne rispetto agli uomini. Nel caso specifico dell'ansia di morte, anche qui, risulta più elevata nelle donne. Tuttavia, altri studi hanno esaminato il fatto che potrebbe non esserci una differenza sostanziale tra i due generi presi in considerazione nella generale paura della morte, ma risulterebbe una maggior ansia nelle donne verso la paura della propria morte (Lyke, 2013).

Nel presente elaborato non sono stati presi in considerazione disturbi specifici o specifiche categorie diagnostiche, ma è bene considerare questi elementi per dare maggior spessore alla scelta di valutare un tale campione non clinico, appunto composto da giovani donne adulte appartenenti alla popolazione generale.

SECONDA PARTE

CAPITOLO 4
LA RICERCA

Nel quarto capitolo ci si addentrerà nel vivo della spiegazione dello studio empirico trattato in questo elaborato.

In particolare, nel primo paragrafo saranno esposti tutti i vari passaggi che hanno permesso lo svolgimento dell'intero progetto di ricerca, dunque, si baserà sull'esposizione delle finalità prefissate del presente studio e le ipotesi di ricerca volte a strutturare tali obiettivi.

Il secondo paragrafo entrerà nel vivo della trattazione attraverso l'approfondimento della metodologia utilizzata, che racchiude ulteriori argomentazioni in cui vengono approfonditi temi che concernono i partecipanti, per poi descrivere gli strumenti utilizzati per la raccolta dati e la procedura adoperata.

Successivamente sarà esposto, nel terzo paragrafo, il metodo di analisi dei risultati che ha permesso di ottenere tali evidenze.

4.1 Obiettivi e ipotesi di ricerca

Il presente studio sperimentale ha avuto come obiettivo primario quello di indagare il benessere psicologico di donne giovani adulte all'interno del drammatico quadro pandemico sperimentato in Italia.

Nello specifico sono state introdotte delle variabili che potessero rappresentare al meglio questa situazione inusuale.

Innanzitutto, ci si è concentrati sui giovani adulti (dai 18 ai 35 anni) poiché, come specificato nella letteratura, in generale il giovane adulto è chiamato ad una sfida evolutiva con l'obiettivo di costruire la propria identità e il proprio ruolo nel mondo. La condizione esistenziale che integra i traguardi tipici adulti con le dimensioni

caratteristiche dei giovani come, ad esempio, una persona che si ritrova ancora nel mondo della formazione universitaria e per questo posticipa l'entrata nel mondo del lavoro non godendo di una stabilità che gli consentirebbe di essere pienamente autosufficiente (Codato et al., 2009). Non meno importante è il fatto che la letteratura focalizzata sulla variabile dell'età in relazione all'ansia di morte sembra confermare che nei giovani vi sia un livello maggiore di tale paura, che tenderebbe ad abbassarsi con l'aumentare dell'età (Chan & Chui, 2017; Lyke, 2013). Rispetto alla situazione portata dalla pandemia è stato riscontrato un alto livello di stress emotivo e un insufficiente adattamento psicologico, portando a sottolineare come questa popolazione possa essere tendenzialmente più vulnerabile sui fattori di stress dati dalla pandemica (Emery et al., 2021).

Il passo successivo è stato quello di scegliere le donne giovani adulte come campione predefinito: in quanto giovani, come spiegato sopra, la categoria presenta una problematica che rispecchia lo stare a metà tra l'essere indipendente e non esserlo; in più le donne, specialmente coloro che hanno un attaccamento insicuro, presentano prevalentemente un attaccamento ansioso rispetto agli uomini con un attaccamento insicuro (Del Giudice, 2011, 2019; Del Giudice & Belsky, 2010; Gugová & Heretik, 2011); e, le persone con attaccamento insicuro-ansioso, presentano un rischio maggiore per il benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003). Le persone con attaccamento ansioso utilizzano delle strategie di iperattivazione che risultano però inefficaci non solo per la gestione della relazione intima con il partner (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003; Plusnin et al., 2018), ma anche rispetto al fatto che non riescano a mantenere un alto livello di immortalità simbolica, che di conseguenza risulta inefficace come protezione contro l'ansia di morte (Florian & Mikulincer, 1998); infatti registrano livelli maggiori di ansia di morte e di accessibilità ai pensieri di morte (Mikulincer & Florian, 2000; Mikulincer & Shaver, 2003). Nel caso fossero esposti al promemoria di morte, manifesterebbero terrore conscio e inconscio, e la difesa contro l'ansia di morte della visione del mondo non avrebbe effetto, per via della ruminazione mentale di tale pensiero (Mikulincer & Florian, 2000; Mikulincer & Shaver, 2003). Inoltre, il benessere psicologico si presenta con delle variazioni sostanziali a seconda dell'associazione con diverse variabili, ad esempio la variabile del genere: le donne conseguirebbero punteggi minori rispetto agli uomini in

tutte le sottoscale del benessere psicologico eudaimonico, tranne nella dimensione che concerne le relazioni positive con gli altri (Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008).

Infine, il fattore pandemico, in quanto evento non normativo, ha impattato sul benessere psicologico in maniera preponderante sulla popolazione generale e in particolar modo sulle donne giovani adulte (Paleari et al., 2021). Situazione che, sempre nella popolazione femminile, ha anche favorito la crescita o l'esordio di psicopatologie, tra cui sintomatologie riconducibili all'ansia e alla depressione (Moccia et al., 2020; Paleari et al., 2021). Inoltre, le donne vivono, soprattutto per una questione relativa alle disuguaglianze sul ruolo di genere (Sánchez et al., 2020; Testoni, 2012) - elemento che ancora permea la cultura occidentale –, una situazione ancor più dura. Quadro che si acuisce con la pandemia (Sánchez et al., 2020): in quanto i sintomi depressivi e lo stress percepito divengono più rigidi e vi è una capacità più bassa rispetto alla gestione dello stress in risposta alla situazione pandemica (Emery et al., 2021).

Una prima ipotesi posta per far luce su una situazione di tale complessità è stata se l'ansia esistenziale della morte che la condizione umana implica, fosse accentuata dal periodo pandemico. Come già spiegato in precedenza, il Covid-19 ha portato tante morti inaspettate e per questo è stato "*reminder mortality salience*": proprio per il fatto di assistere a tante morti sia direttamente (ad esempio, nel caso di un familiare venuto a mancare per la malattia da Covid-19), sia indirettamente (assistendo quotidianamente al concetto di morte attraverso le notizie dei *media*) (Cui et al., 2020; Silva et al., 2021); quindi ci si attendeva uno stato alterato dell'ansia di morte. A partire da questa concettualizzazione, resa possibile utilizzando la lente teorica della TMT, è stato possibile sviluppare una serie di ipotesi. Il paradigma sperimentale *mortality salience* (MS), uno degli elementi cardine della *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986), è stata una proposta teorica e metodologica su cui si è svolta l'intera ricerca.

Dunque, se da una parte si è individuato nell'ansia di morte una variabile indipendente, e dall'altra si è cercato di capire come il benessere psicologico eudaimonico ne sia stato influenzato, si è anche voluto indagare il ruolo dell'attaccamento. Perciò, come le dimensioni dell'attaccamento, evitamento e ansietà, possano aver mediato la relazione tra ansia di morte e benessere psicologico. Quindi l'attaccamento è stato ipotizzato essere un mediatore in riferimento al Modello Tripartito di Sicurezza (Hart et al., 2005). In questo modello l'attaccamento è concettualizzato come terzo *buffer* (oltre a

visione del mondo e autostima), ovvero come il ricorso ad un partner con cui si è in relazione intima riesca a gestire e ad allontanare l'ansia generata dalla consapevolezza della finitudine (Hart, 2015; Hart et al., 2005). Prendendo a modello la letteratura esaminata sarebbe possibile aspettarsi un minor benessere psicologico per via dell'imprevedibilità degli eventi e dell'aumento della salienza di morte. Si ipotizza un effetto indiretto dell'ansia di morte sul benessere psicologico mediato dell'attaccamento. Dunque, un alto livello della paura della morte corrisponda ad un minor benessere psicologico. Ma ci si attende anche che l'attaccamento medi tale rapporto: di modo che sul benessere psicologico possa influire anche il tipo di attaccamento insicuro (attendendoci un benessere psicologico più basso).

Di seguito (Fig. 4.1) si propone l'ipotesi descritta in una rappresentazione grafica.

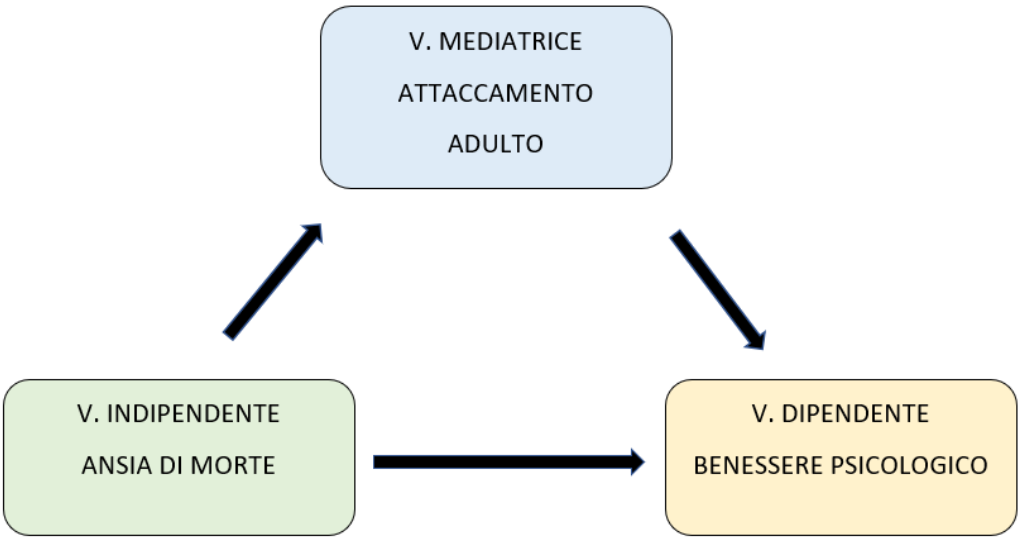

Figura 4.1 *Prima ipotesi di ricerca. Modello di mediazione.*

Un'altra domanda che è emersa in preparazione al presente studio era rivolta ai costrutti riferiti ai sintomi depressivi e ai sintomi ansiosi. Tale interrogativo è stato sviluppato in relazione alla letteratura che documenta che l'ansia di morte è positivamente e significativamente collegata alla depressione e all'ansia (Oker et al., 2021); e, nel dettaglio, nel panorama della pandemia è stato registrato un aumento importante della sintomatologia depressiva e ansiosa nella popolazione generale e, in particolar modo, nelle donne giovani adulte (Ahmad et al., 2021; Emery et al., 2021; Rodríguez-Rey et al., 2020).

Nello specifico, per la seconda ipotesi di ricerca ci si è prefissati la verifica del ruolo moderatore della sintomatologia ansiosa e depressiva in quanto sintomatologie di rilievo nella situazione pandemica, per la comprensione del benessere eudaimonico. Dunque, se i sintomi depressivi e quelli ansiosi moderassero l'influenza predittiva negativa dell'ansia dell'insicurezza dell'attaccamento sul benessere psicologico.

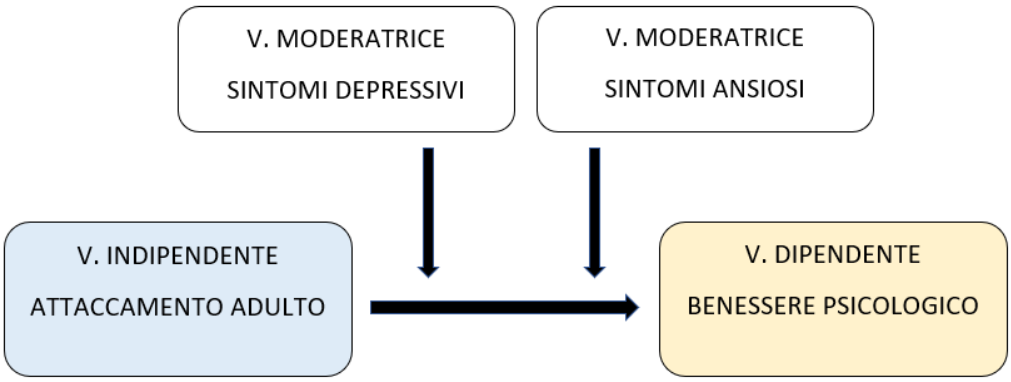

Figura 4.2 *Seconda ipotesi di ricerca. Modello di moderazione.*

4.2 Metodologia

4.2.1 Partecipanti

Allo studio hanno aderito *N*=220 donne in un range di età compreso tra i 18 e i 35 anni. Il campione definito preso in esame ha completato il questionario in ogni sua parte.

In base alle domande relative all'ambito sociodemografico che il protocollo di ricerca prevedeva, sono stati registrati dati in relazione all'età media delle partecipanti allo studio, che è stata di 25 anni; anche la mediana è stata 25 anni; mentre, l'età minima aveva un valore di 18 anni e l'età massima di 35; la deviazione standard del campione selezionato è stata di 3.48 anni (Tab. 4.1).

	Età
N	220
Missing	0
Mean	25
Standar deviation	3.48
Minimum	18
Maximum	35

Tabella 4.1. *Informazioni riguardo all'età del campione*

Altre caratteristiche sociodemografiche del campione preso in esame erano riconducibili alle frequenze relative al titolo di studio dichiarato: 64 (29%) delle partecipanti ha dichiarato di aver conseguito il diploma di scuola superiore; mentre, in 88 (40%) hanno dichiarato di aver conseguito il diploma di laurea triennale; in 52 (24%) il diploma di laurea magistrale, 4 (2%) e 5 (2%) rispettivamente un master di primo e di secondo livello; 1 (.45%) partecipante ha conseguito un dottorato, 4 (2%) hanno segnato la risposta "altro"; infine, due hanno omesso la risposta.

	Frequenza	%
Scuola secondaria di secondo grado	64	29
Laurea triennale	88	40
Laurea magistrale	52	24
Master di I livello	4	2
Master di II livello	5	2
Dottorato	1	.5
Altro	4	2
Nessuna risposta	2	1
Totale	220	100

Tabella 4.2 *Frequenze relative al titolo di studio del campione.*

Per quanto riguarda le frequenze dell'occupazione delle partecipanti è stato possibile registrare come 96 (43.63%) di esse abbiano dichiarato di essere studentesse, mentre in 31 (14.09%) abbiano dichiarato di essere studentesse-lavoratrici, 60 (27.27%) partecipanti si sono definite lavoratrici, 19 (8.63%) non erano lavoratrici in quanto disoccupate e inoccupate, infine, 14 (6.36%) hanno dichiarato di star intraprendendo uno stage o un tirocinio.

	Frequenza	%
Studentesse	96	43.63
Studentesse - lavoratrici	31	14.09
Lavoratrici	60	27.27
Disoccupate o inoccupate	19	8.63
Stagiste o tirocinanti	14	6.34
Nessuna risposta	0	0
Totale	220	100

Tabella 4.3 *Frequenze relative all'occupazione del campione*

Tra le altre informazioni è stata indagata la nazionalità delle partecipanti, che era prevalentemente italiana, infatti, è stato registrato che 215 (97.72%) partecipanti fossero di nazionalità italiana, mentre, 5 (2.27%) partecipanti hanno dichiarato altre nazionalità.

	Frequenza	%
Nazionalità: italiana	215	97.72
Altre nazionalità	5	2.27
Nessuna risposta	0	0
Totale	220	100

Tabella 4.4 *Frequenze relative alla nazionalità del campione*

Per quanto riguarda le informazioni in relazione allo Stato civile delle partecipanti, coloro le quali che hanno scelto la risposta nubile sono state 205 (93.18%), 11 (5%) hanno dichiarato di essere sposate, 2 (.9%) di essere unite civilmente e una sola partecipante ha dichiarato di essere separata 1 (.45%), infine, c'è stata una sola omissione di risposta 1 (.45%).

	Frequenza	%
Nubile	205	93.18
Sposate	11	28.63
Unite civilmente	2	64.09
Separate	1	.45
Nessuna risposta	1	.45
Totale	220	100

Tabella 4.5 *Frequenze relative allo stato civile del campione.*

Più avanti nel protocollo di ricerca è stata aggiunta una parte specifica relativa alla pandemia. La domanda è stata "Dove hai vissuto durante il *lockdown* marzo - maggio 2020". Le partecipanti che hanno risposto "Italia" sono state 212 (96.36%), mentre in 7 (3.18%) hanno segnato altri Stati esteri; infine, una partecipante (.45%) ha omesso la risposta.

"Dove ha vissuto durante il lockdown marzo - maggio 2020"	Frequenza	%
Italia	212	96.36
Stati esteri	7	3.18
Nessuna risposta	1	.45
Totale	220	100

Tab. 4.6 *Frequenze relative alla nazionalità del campione*

Inoltre, le partecipanti hanno risposto ad una serie di domande relative alla vita privata, nello specifico le relazioni sentimentali e l'essere genitore.

L'indagine riguardante la relazione con un/una partner ha permesso di registrare e suddividere le partecipanti in base a determinate caratteristiche: coloro che hanno dichiarato di avere una relazione stabile sono state in 151 (68.63%), mentre, in 69 (31.36%) hanno dichiarato, al contrario di non averne. Del sottogruppo di partecipanti con una relazione stabile (*N*=151) 54 (35.76%) di esse hanno dichiarato di avere una relazione minore di due anni; mentre, 97 (64.23%) hanno dichiarato di avere una relazione

maggiore di due anni. Per quanto riguarda il convivere col proprio/a partner è stato possibile registrare come, delle 97 partecipanti con una relazione maggiore di due anni, 56 (57%) non vivesse col proprio/a partner, mentre 41 (42%) vivesse con il/la partner. Del sottogruppo di partecipanti che hanno dichiarato di avere una relazione minore di due anni (*N*=54) 11 (20%) vivono col partner, mentre 43 (80%) di queste ha dichiarato di non vivere col partner.

Infine, è stata posta una domanda riguardante l'avere o meno uno/a o più figli/e rivolta a tutte le 220 partecipanti: 18 (8.18%) di esse ha dichiarato di avere figli, la maggioranza, 197 (89.54%) hanno risposto di non averne e, infine, 5 (2.27%) partecipanti hanno omesso la risposta.

	Frequenza	%
Single	69	31.36
Relazione stabile	151	68.63
Totale	220	100
Relazione da meno di due anni	54	35.76
Relazione da più di due anni	97	64.23
Totale	151	100
Non vivere col partner	56	57
Vivere col partner	41	42
Totale	97	100
Non avere figli/e	197	89.54
Avere figli/e	18	8.18
Nessuna risposta	5	2.27
Totale	220	100

Tabella 4.7 *Frequenze relative a informazioni riguardanti le relazioni sentimentali, la convivenza e l'avere figli.*

4.2.2 Strumenti

1) *Experiences in Close Relationship – Revised* (ECR-R; Fraley et al., 2000b) è un questionario *self-report* che valuta l'attaccamento adulto. L'attaccamento adulto a cui si fa riferimento è focalizzato principalmente sulle figure significative (*close ralationship*) con cui l'individuo entra in relazione, dunque legami stretti come le relazioni romantiche. Il sistema di attaccamento che si instaura tra il bambino e il suo *caregiver* si verifica anche nelle relazioni adulte (nelle relazioni romantiche), sistema che permette l'attivazione di difese nel momento in cui si verifica una minaccia percepita (Mikulincer e Shaver, 2016).

   Il questionario ECR-R è un questionario multidimensionale poiché composto da due dimensioni differenti: evitamento ed ansietà. Tali dimensioni fanno riferimento a due costrutti inquadrabili nel contesto della Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1989): per quanto riguarda l'evitamento è possibile affermare che questo costrutto edifica su un modello del sé di una persona che apparentemente sarebbe definita forte, autonoma e indipendente, un individuo, dunque, che percepisce la vicinanza con l'altro come minacciosa e perciò si sottrae a tale elemento; anzi, la dipendenza e l'intimità dal e col *caregiver* sono considerate caratteristiche negative a cui tendono a sottrarsi; mentre, per quanto riguarda l'ansietà è possibile descrivere questo costrutto con la ricerca della vicinanza del *caregiver*: vicinanza che diviene fondamentale in una relazione la cui ansietà di attaccamento è ad un livello alto; l'individuo, infatti, ha una forte paura dell'abbandono da parte del *caregiver*, poiché ritiene sé stesso (modello del sé) limitatamente degno di amore, per cui cerca costantemente una conferma di sé stesso e del suo "operato emotivo" nell'altro significativo (Busonera et al., 2014).

   L'ECR-R e la sua versione precedente ECR si basano sulle due dimensioni sopracitate, ma queste non permettono la categorizzazione dei punteggi in uno stile di attaccamento specifico, o meglio, non è possibile classificare il punteggio del singolo intervistato nelle categorie dell'attaccamento adulto, come: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-ansioso, timoroso. Non è, infatti, un approccio al problema categoriale, bensì dimensionale. In questo caso è possibile considerare un individuo sicuro o insicuro attraverso i punteggi ottenuti dalle singole dimensioni; dunque, nel caso in cui vi fossero dei punteggi alti in entrambe le sottoscale di evitamento ed ansietà, allora il

soggetto risulterà “insicuro”, in caso contrario, a punteggi bassi lo stile risulterà “sicuro” (*ibidem*).

L’ECR-R deriva da una precedente versione l’*Experiences in Close Relationship Scale* (ECR; Brennan et al., 1998) uno strumento capace di indagare e valutare la qualità dei legami di attaccamento che nascono nelle relazioni con gli altri significativi, nello specifico con il proprio partner. Naturalmente, anche nella prima versione sono state utilizzate le due dimensioni di ansietà ed evitamento. Per la costruzione di tale questionario è stato necessario sottoporlo ad un campione numeroso di persone, partendo da ben 323 item per poi sfoltirlo per selezionarne 36 item più caratteristici; ognuna delle due dimensioni di ansietà ed evitamento si compone di 18 item (Busonera et al., 2014; Mikulincer e Shaver, 2016). Questa versione dello strumento ha poi lasciato il passo alla versione utilizzata nel presente elaborato, poiché la prima versione non possedeva caratteristiche psicometriche altissime; per questo, grazie alla procedura dell’*Item Response Theory*, sono stati scelti determinati item più rappresentativi dell’attaccamento adulto (Fraley et al., 2000b).

L’ECR-R conta un totale di 36 item suddivisi in due sottoscale, evitamento e ansietà, di 18 item ciascuna.

Il questionario premette delle indicazioni all’intervistato che richiedono di indicare la modalità di risposta, quest’ultima è costruita su una scala *Likert* a 7 punti così suddivisi: 1 corrisponde a “forte disaccordo” e 7 corrisponde a “forte accordo”. È presente un certo numero di item *reverse*, i cui punteggi, al fine di un’interpretazione corretta degli stessi, sono da invertire: dunque, 1 corrisponde a “forte accordo” e 7 a “forte disaccordo”.

Per quanto riguarda le sottoscale è possibile suddividere gli item in due gruppi attribuibili alle due dimensioni: il primo gruppo composto dagli item dispari si riferiscono alla dimensione dell’evitamento; mentre, gli item pari fanno riferimento alla dimensione dell’ansietà (Calvo, 2008). Degli esempi di item: evitamento, “*Preferisco non mostrare al partner come mi sento dentro*”; ansietà “*Mi preoccupo molto per le mie relazioni sentimentali*” (Busonera et al., 2014).

In questo studio la versione dell’ECR-R utilizzata è stata quella validata in italiano da Calvo (2008). Versione che ha preservato in generale delle buone proprietà

psicometriche: nello specifico è possibile affermare che vi sia un'alta validità interna delle scale, la somministrazione risulta facilitata per via del fatto che le tempistiche di compilazione sono sufficientemente brevi e risulta semplice la sua applicabilità (Busonera et al., 2014). La consistenza interna dello strumento, l'Alfa di Cronbach, risulta essere .89 della sottoscala della dimensione dell'evitamento, mentre la sottoscala della dimensione dell'ansietà è .88 (*ibidem*).

Nel presente studio, il valore dell'Alfa di Cronbach è stato, rispettivamente .93 per la sottoscala dell'evitamento, e .90 per la sottoscala dell'ansietà; valori che sembrano indicare un'ottima validità interna.

2) *Psychological Well-Being Scales* (PWB; Ryff et al., 2021) è un questionario *self-report* multidimensionale che ha il fine di indagare il benessere psicologico. È composto, nella versione estesa, da 84 item distribuiti in sei sottoscale che rappresentano le varie dimensioni attribuibili al benessere psicologico degli individui, elementi interpretabili attraverso la lente del costrutto del benessere eudaimonico.

   Le sei sottoscale del PWB fanno riferimento alle dimensioni di: indipendenza e autonomia (*Autonomy*); gestione e controllo del contesto ambientale (*Environmental mastery*); sviluppo del potenziale personale (*Personal growth*); rete di relazioni positive (*Positive relations*); obiettivi e finalità di vita (*Purpose in life*); auto accettazione (*Self-acceptance*) (Paleari et al., 2021; Ruini et al., 2003; Ryff et al., 2021).

   Nelle istruzioni citate nello strumento è richiesto agli intervistati di rispondere valutando il grado di accordo con ogni item; infatti, il questionario propone una modalità di risposta su una scala *Likert* a 6 punti, da 1 che corrisponde a "decisamente in disaccordo" a 6 con "decisamente d'accordo" (Paleari et al., 2021; Ruini et al., 2003).

   La versione validata in Italia (Ruini et al., 2003) presenta buone proprietà psicometriche che corrisponderebbero ad un'ottima valutazione specifica del benessere psicologico.

   Nel presente studio è stata utilizzata una versione ridotta del questionario originale (sempre derivante dalla versione validata in italiano): la versione del test a 54 item è stata scelta poiché più snella della versione a 84 ma pur sempre uno strumento che

mantiene una buona validità interna, oltre al fatto che risulta essere una delle versioni più diffuse in ambito di ricerca proposta in Italia.

Per quanto riguarda i punteggi si possono considerare sia le singole sottoscale per individuare un valore in ogni specifica dimensione, sia ricavare un punteggio totale (sommando le varie sottoscale). Un alto punteggio totale equivale ad un miglior stato di benessere psicologico, mentre un basso punteggio totale indica un benessere psicologico inferiore (Paleari et al., 2021).

Di seguito sono indicati, nello specifico, le dimensioni delle sottoscale del PWB:

a) Autonomia: è la capacità di regolare il proprio comportamento dall'interno, dunque, avere punti di riferimento personali e dentro di sé allo scopo di pianificare e mantenere una direzione nel proprio percorso personale, direzione che rimane stabile sebbene gli eventi esterni tendano a sviare. Le caratteristiche di tale sottoscala sono l'indipendenza e l'autodeterminazione, prendere decisioni e saper scegliere nel rispetto dei propri standard personali, senza farsi trainare da pressioni esterne. Esempio di item: *"Ho fiducia nelle mie opinioni, anche se sono diverse dal modo in cui pensano la maggior parte delle altre persone"* (Ryff et al., 2021).
b) Controllo ambientale**:** riguarda principalmente la capacità di gestire l'ambiente esterno, attraverso l'adattamento che si viene a verificare nei vari ambienti, da quelli più ardui a quelli più gestibili. Dunque, si cerca di modificare l'ambiente laddove lo consenta oppure modificare il proprio operato laddove non si possibile la modifica ambientale. Chi ha un buon controllo ambientale trae vantaggio da ciò che lo circonda, ma riesce, contemporaneamente a piegare l'ambiente per renderlo più conforme a sé stesso. Esempio di item: *"Sono abbastanza bravo a gestire le molte responsabilità della mia vita quotidiana" (ibidem).*
c) Crescita personale: concerne la capacità di adattarsi al cambiamento, partendo proprio dalla propensione al cambiamento stesso attraverso una apertura mentale che promuove nuove esperienze, concedersi l'opportunità di scopre i propri talenti e risorse. Esempio di item: *"Ho la sensazione di essermi sviluppato molto come persona nel tempo" (ibidem).*

d) Relazioni positive con gli altri: questa sottoscala riguarda il saper creare e mantenere delle relazioni interpersonali soddisfacenti e durature nel tempo. In questo caso l'individuo deve saper promuovere l'apertura verso l'altro, riuscire nel provare affetto ed empatia, deve anche saper mostrare la propria autenticità e sincerità, e saper dare fiducia all'altro. Esempio di item: *"So che posso fidarmi dei miei amici e loro sanno che possono fidarsi di me" (ibidem).*
e) Scopo nella vita: questa sottoscala riguarda la capacità avere una metà predefinita da poter raggiungere. La meta o le mete doteranno di senso rispetto alla propria esistenza. Esempio di item: *"Alcune persone vagano senza meta nella vita, ma io non sono uno di loro" (ibidem).*
f) Autoaccettazione**:** quest'ultima sottoscala riguarda la capacità di essere soddisfatti di sé e della propria vita. Saper riconoscere, accettare e rispettare sia i propri difetti che i propri pregi. Dunque, l'avere consapevolezza che il passato rimarrà tale e per questo è necessario accettarlo, sia ricordi concernenti questioni positive sia negative. Esempio di item: *"In generale, mi sento sicuro e positivo di me stesso" (ibidem).*

L'affidabilità interna, l'Alpha di Cronbach, di ogni sottoscala è la seguente: autoaccettazione .93, relazioni positive con gli altri .91, autonomia .86, padronanza ambientale .90, scopo nella vita .90, crescita personale .87. Mentre, nel presente studio l'Alpha di Cronbach per ogni sottoscala è: autoaccettazione .88, relazioni positive con gli altri .88, autonomia .85, padronanza ambientale .85, scopo nella vita .82, crescita personale .86; mentre l'indice totale è di .94; valori che indicano un'ottima validità interna.

3) *Collett-Lester Fear of Death Scale* (CL-FDS; Collett & Lester, 1969; Lester, 1990; Lester & Abdel-Khalek, 2003). È un questionario multidimensionale che esplora l'ansia di morte, nello specifico quattro dimensioni che fanno riferimento alla paura della morte. Le dimensioni sono volte a indagare la paura della morte e la paura del morire, questi concetti vengono poi associati al pensiero della propria morte oppure a quello della morte degli altri. Le sottoscale, infatti sono così suddivise: paura della propria morte, paura della morte degli altri, paura di stare per morire, paura che un altro stia per morire (Lester & Abdel-Khalek, 2003). Il fatto che questo strumento sia

suddiviso in più dimensioni dona un'esemplare rilevanza sul piano scientifico migliorandone la qualità, poiché ogni dimensione rileva degli aspetti legati ad una parte specifica del concetto di morte, sottolineandone le sfaccettature (Collett & Lester, 1969). Infatti, se vi fosse una misurazione su una scala unidimensionali sarebbe difficile discriminare, ad esempio, due individui con lo stesso punteggio totale ma che potrebbero essersi differenziati per elementi diversi riguardo l'ansia di morte, ciò renderebbe impossibile la distinzione tra i due.

Lo strumento originario *The Original Collett-Lester Scale* (Lester, 1990), nel tempo, ha subito svariate revisioni e modifiche (di fatti la prima versione, a differenza delle successive, conteneva 36 item) che hanno portato ad una delle versioni di validazione più attuale, la versione *Collett-Lester Fear of Death Scale Version 3.0* (Lester & Abdel-Khalek, 2003).

Lo strumento prevede, dunque, un totale di 28 item suddivisi in quattro sottoscale contenenti 7 item ciascuna. Mentre la modalità di risposta è costruita su una scala *Likert* a 5 punti così suddivisi: il valore massimo (5) fa riferimento a "Molto", mentre i valori centrali (4, 3 e 2) si riferiscono ad "Abbastanza", infine, il valore più basso (1) corrisponde a "Per Niente" (Lester & Abdel-Khalek, 2003; Testoni et al., 2019). Ogni individuo risponderà in base a quale valore rappresenti più adeguatamente i propri sentimenti di preoccupazione e/o ansia, che emergono dalla lettura delle domande, senza però soffermarsi eccessivamente ad elaborare la risposta.

Per quanto riguarda il punteggio è possibile affermare che più è alto, maggiore sarà l'ansia percepita collegata ai pensieri relativi alla morte e al morire. In ogni sottoscala è possibile avere un punteggio che va da 7 a 35; la fascia media del punteggio è di 24 punti, per cui sopra questo valore la paura della morte in generale è in aumento, sotto tale cifra la paura è paura minore (Lester & Abdel-Khalek, 2003).

Nel presente studio empirico è stata impiegata la traduzione italiana (*back-translation*) elaborata da Testoni e collaboratori (2019) della versione 3.0 della *Collett-Lester Fear of Death Scale Version* (Lester & Abdel-Khalek, 2003). Per quanto riguarda gli indici dell'alfa di Cronbach rispetto alla versione 3.0 in lingua originale è possibile affermare che lo strumento risulti affidabile, in quanto i seguenti indici sono: *death of self* .91; *dying of self* .92; *death of others* .88; *dying of others* .92 (*ibidem*).

Per quanto riguarda il valore dell'indice dell'Alpha di Cronbach evidenziato dai calcoli del presente studio relativi al CL-FDS, i valori sono i seguenti: per la scala totale è stato di .88; per le sottoscale: *death of self* (trad. italiana: la tua morte) .78; *dying of self* (trad. it.: il tuo morire inteso come processo) .62; *death of others* (trad. it.: la morte degli altri) .64; *dying of others* (trad. it.: il morire degli altri) 0.77. per quanto riguarda la suddivisione delle sottoscale assunta nel presente elaborato sono state prese in considerazione dei raggruppamenti di sotto variabili: ansia di morte relativa alla propria morte "Tu" formata da "il tuo morire" e "la tua morte", e ansia di morte "Altri" formata da "il morire degli altri" e la "morte degli altri"; queste, rispettivamente, hanno un indice Alfa di .87 e di .80. Concludendo, è possibile evidenziare un livello di affidabilità dello strumento più bassa dello strumento originale in relazione alle singole sottoscale, ma comunque buona.

4) Il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) è una versione del PHQ a nove item ed ha lo scopo di valutare sintomi depressivi e la depressione clinica. Il PHQ-9 deriva dalla *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) e si basa sulla quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) in particolare per quanto concerne il disturbo depressivo maggiore (Kroenke et al., 2001), concetti ripresi poi anche nella versione successiva del manuale, il DSM-5 (Grassi et al., 2017).
   Questo strumento si annovera tra la categoria dei test *self-report* che può essere, appunto, autosomministrabile oppure può essere somministrato da personale con una preparazione specifica (*ibidem*).
   Il PHQ-9 è formato principalmente di due macro-domande: la prima si compone di nove affermazioni che si riferiscono alla presenza dei nove sintomi principali della depressione avvenuti nelle ultime due settimane dal momento della somministrazione; ciascuna delle nove affermazioni viene valutata su una scala *Likert* a quattro punti (0 = per niente, 1 = alcuni giorni, 2 = più della metà dei giorni, 3 = quasi tutti i giorni) (Grassi et al., 2017; Kroenke et al., 2001).
   La seconda domanda è stata ideata per valutare in che modo gli eventuali sintomi depressivi hanno influito sulla vita del soggetto, dunque il grado di compromissione sul normale svolgimento dei compiti quotidiani. Le opzioni di risposta non hanno un

punteggio numerico, bensì si dividono in: “per niente difficile”, “abbastanza difficile”, “molto difficile”, “estremamente difficile” (Kroenke et al., 2001).

Il punteggio di questo strumento si dipana in un range compreso tra 0 e 27. Nel dettaglio è possibile indicare come sintomi depressivi sottosoglia i punteggi che si aggirano tra 5 e 9; mentre un punteggio ≥10 rappresenta il *cut-off* ideale per captare sintomi depressivi di rilevanza clinica (Gilbody et al., 2007; Grassi et al., 2017). Dunque, i punteggi sono coì suddivisi: 0-4 = depressione assente, 5-9 = depressione sottosoglia, 10-14 = depressione maggiore lieve, 15-19 = depressione maggiore moderata, ≥ 20 = depressione maggiore severa (Kroenke et al., 2001).

Per quanto riguarda l’invarianza di misura è stato confermato, grazie ad uno studio (Shevlin et al., 2022), che il PHQ-9 permette di effettuare confronti validi tra differenti variabili, tra cui sesso, età e paese diversi; infatti, il principio di invarianza di misura afferma che gli elementi contenuti in queste scale operino in modo equivalente rispetto a svariati gruppi di interesse (*ibidem*).

Il PHQ-9 è stato validato in vari studi italiani (Grassi et al., 2017). L’Alfa di Cronbach della versione originale ha un valore di .89 (Kroenke et al., 2001), mentre l’Alfa di Cronbach del presente studio empirico è di .87; che corrisponde ad un indice riconducibile ad un’ottima validità dello strumento.

5) *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) o scala del disturbo d'ansia generalizzato a 7 item è uno strumento il cui scopo è quello di valutare il disturbo d'ansia generalizzato (GAD). È un questionario di autovalutazione sull'ansia creato su una scala unidimensionale che serve per valutare lo stato di salute dell’individuo focalizzandosi sulle due settimane precedenti dal momento della somministrazione. Gli item si concentrano principalmente su come l’individuo si è sentito. In particolare se si è sentito nervoso, ansioso, se non è riuscito a interrompere dei pensieri relativi alle preoccupazioni o se ha perso il controllo di questo tipo di pensieri; se e quanto si è sentito preoccupato su molti elementi differenti della sua vita; se si è sentito in difficoltà rispetto al rilassamento, o se è stato in uno stato di irrequietezza tale per cui non è riuscito a stare fermo; se si è sentito spaventato e agitato come se potesse succedere qualcosa di negativo e incombente (Ruiz et al., 2011; Williams, 2014).

Questo *self-report* propone una valutazione su una scala *Likert* a 4 punti, che va da 0 a 21. Le opzioni di risposta per ogni item si dividono in: "per niente", "diversi giorni", "più della metà dei giorni" e "quasi ogni giorno", rispettivamente con 0, 1, 2 e 3. Il punteggio totale, solitamente, viene suddiviso in quattro range di punteggio, che vanno da un estremo la cui ansia è considerata perfettamente controllabile, ad un altro estremo in cui l'ansia risulta avere un peso importante: ansia normale (0-4), ansia lieve (5-9), ansia moderata (10-14) e ansia grave (15-21) (Spitzer et al., 2006).

Per quanto riguarda l'utilizzo del GAD-7 in letteratura, è possibile affermare, da precedenti studi condotti su popolazioni occidentali, che questo strumento possiede un'alta affidabilità e un'alta validità rispetto alla valutazione dei sintomi ansiosi (Ruiz et al., 2011).

I punteggi del GAD-7 possono essere definiti unidimensionali e affidabili. Inoltre, è stato confermato, grazie ad uno studio specifico sull'invarianza di misura, come capace di effettuare confronti validi tra variabili differenti come sesso, età e paese di provenienza. L'invarianza di misura, infatti, si fonda sul presupposto secondo cui gli elementi contenuti in queste scale funzionino in modo equiparabile per questi diversi gruppi di variabili (Shevlin et al., 2022).

La versione originale dello strumento ha mostrato una validità interna eccellente, infatti l'Alfa di Cronbach era di .92 (Spitzer et al., 2006). Mentre, nel presento studio l'Alfa di Cronbach è risultata di .90; corrispondente ad un'ottima validità interna.

4.2.3 Procedura

Una volta conclusa la parte tecnica relativa alla costruzione del protocollo in ogni sua parte è stato possibile diffonderlo online utilizzando un *link* diretto alla piattaforma Google Moduli. Tale piattaforma ha lo scopo di realizzare dei questionari e dei sondaggi di vario genere con la possibilità di inserire svariate possibilità di risposta (aperta o chiusa, a scelta multipla, su scala *Likert*). Gli strumenti inseriti avevano una breve descrizione specifica che è stata aggiunta allo scopo di rimanere fedeli al formato cartaceo ufficiale di ogni questionario.

La diffusione di tale link è stata attuata principalmente attraverso alcuni *social-network*, come Facebook e WhatsApp. Questa modalità online, - posto che fosse già

largamente utilizzata e oramai divenuta norma nella ricerca scientifica degli ultimi anni, in quanto la tecnologia permea anche il nostro quotidiano - (Gosling & Mason, 2015), si è dimostrata elemento di fondamentale importanza, utile propriamente in una situazione anomala come quella portata dalla pandemia da Covid-19: ha permesso, perciò, la diffusione quasi immediata di tale questionario nonostante la situazione sanitaria critica vissuta in un tale momento storico, per cui di facile compilazione comodamente da casa propria evitando così eventuali contagi.

Il link di invio diffuso sui *social-media* era accompagnato da una brevissima descrizione dello studio e dei criteri di selezione richiesti per poter partecipare alla ricerca

All'apertura del link il partecipante era indirizzato alla piattaforma Moduli di Google. Il protocollo, dunque, si apriva con una piccola introduzione per spiegare ai partecipanti gli argomento di indagine; il titolo riportato era "Il benessere psicologico nella pandemia da Covid-19". Naturalmente all'intervistato è stato data solo una panoramica generale del questionario per far sì che fosse al corrente dei temi trattati ed è stato sottolineato che non fosse tenuto obbligatoriamente a procedere con la compilazione, considerando la natura sensibile degli argomenti illustrati. Dunque, è stato messo in chiaro quali fossero i temi di indagine: l'esplorazione delle relazioni intime col partner (reale o ipotetico), le credenze sulla morte, il tono dell'umore e la tristezza, lo stato dell'ansia e il benessere psicologico.

L'ordine di successione dei questionari era strutturato in modo che le informazioni richieste sugli argomenti concernenti la morte fossero collocate alla fine, per non condizionare l'eventuale risposta ai questionari restanti.

Quindi, sono stati informati sulla natura volontaria dello studio e sulla possibilità di abbandonare il sondaggio in qualunque momento, esercitando, perciò, tale diritto (art. 7 del D. Lgs.196/2003).

Altro elemento basilare prima della compilazione vera e propria è stato quello di richiedere agli intervistati di completare un modulo specifico sul consenso informato.

Sempre in questa sezione iniziale sono state fornite le seguenti informazioni rispetto alla raccolta dei dati sensibili e sulla privacy: "tutte le informazioni raccolte in questa ricerca sono state trattate nel rispetto della vigente legge D. Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati saranno analizzati in modo anonimo e con

tutti i criteri che garantiscono la massima riservatezza, utilizzati unicamente ai fini della ricerca medesima. La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Padova".

Infine, i partecipanti hanno potuto accedere al questionario vero e proprio in forma anonima e della durata di circa 20 minuti. Non vi è stata nessun tipo di remunerazione per il reclutamento dei soggetti intervistati.

I dati su cui si fonda il presente studio sono stati raccolti in un periodo riconducibile tra il 20 e il 24 marzo 2021.

4.3 Metodi di analisi dei dati

Per il presente studio è stato necessario attuare delle analisi quantitative svolte sui dati raccolti grazie alla distribuzione del questionario su piattaforma online (Google Moduli). I file dei dati sono stati scaricati e consultati principalmente su Microsoft Excel.

Il dataset è stato successivamente controllato e sottoposto a *data cleaning*, al fine di garantire la correttezza dei dati e renderli perciò il più possibile affidabili, da cui sono stati ricavati 220 soggetti.

Il software adoperato per le analisi statistiche inferenziali è stato RStudio; mentre, per le analisi descrittive è stato utilizzato il software Jamovi.

Per quanto riguarda le analisi descrittive sono state considerate per ogni variabile sociodemografica, come età delle partecipanti e durata della relazione (solo del gruppo di partecipanti in una relazione stabile): media (M), deviazione standard (DS), minimo (Min) e massimo (Max). Inoltre, le analisi delle statistiche descrittive sono state attuate sulle variabili su cui si concentra il focus dello studio, in particolare sugli strumenti utilizzati: ECR-R, PWB, CL-FDS, GAD-7, PHQ-9.

Riguardo alle variabili sociodemografiche nominali è stato possibile ordinarle in tabelle di frequenza per ricavarne le percentuali: titolo di studio; occupazione; nazionalità; stato civile; assenza o presenza di una relazione stabile con un/a partner (suddivisi in: relazione minore di due anni o maggiore di due anni); convivenza con il/la partner; presenza o assenza di figli/e.

Al fine di analizzare la consistenza interna e l'affidabilità dei test utilizzati nel presente studio è stato calcolo il valore dell'Alpha di Cronbach (sia sul totale che sulle eventuali sottoscale presenti in determinati questionari).

Per indagare le ipotesi della presente ricerca sono state attuate delle analisi sui modelli di mediazione e moderazione. Sono state create per ogni modello una matrice di correlazione i cui valori significativi tra variabili erano individuati a $p<.05$. Successivamente, sono state effettuate delle analisi di regressione lineare ai fini della verifica del modello di mediazione e poi quello di moderazione ipotizzato. Ciò è stato realizzato mediante il software RStudio, per mezzo del quale è stata osservata la significatività dei coefficienti β tra le variabili di studio comprese nei modelli ed è stato calcolato il coefficiente di determinazione R^2.

Per effettuare le analisi sui modelli su cui poggiano le ipotesi di ricerca, si è dovuto procedere con la realizzazione delle correlazioni, calcolando il coefficiente di Pearson; queste sono state condotte considerando le variabili dall'ansia di morte suddivise in due raggruppamenti di sottoscale che riguardano la concezione che il soggetto ha della morte rispetto sé stesso ("Tu") e la concezione che ha della morte degli altri ("Altri"), prese dai punteggi dell'CL-FDS, e le variabili relative alle dimensioni di ansietà ed evitamento dell'attaccamento, affiorate dai punteggi dell'ECR-R.

CAPITOLO 5
RISULTATI DELLO STUDIO

In questo quinto capitolo, si procederà con l'esposizione dei risultati del presente studio; i cui sotto paragrafi sono suddivisi specificatamente nell'analisi delle varie ipotesi di ricerca, tra cui la mediazione e la moderazione.

5.1 Risultati

Una volta calcolate le statistiche descrittive (paragrafo 4.2.1), i cui dati sono stati utili ad avere una panoramica sui partecipanti allo studio, sono stati calcolati i valori dell'alfa di Cronbach in riferimento alla validità interna di ogni questionario utilizzato (paragrafo 4.2.2 relativo alla presentazione di ogni strumento).

Successivamente si è proceduto con l'analisi delle statistiche descrittive di tutte le variabili di studio (Tab. 5.1), indagate attraverso l'uso totale di cinque strumenti: *Experiences in Close Relationship – Revised* (ECR-R; Fraley et al., 2000b) suddiviso nelle due dimensioni di ansietà ed evitamento; *Psychological Well-Being Scale* (PWB; Ryff et al., 2021) di cui è stata utilizzata solo la scala totale (attraverso la somma delle sei sottoscale di cui è composto); *Collett-Lester Fear of Death Scale* (CL-FDS; Collett & Lester, 1969) suddiviso in due sottoscale "Tu" (formato dalla somma delle sottoscale "il tuo morire" e "la tua morte") e "Altri" (formato dalla somma delle sottoscale "il morire degli altri" e "morte degli altri"); il *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001), il *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006).

	Ansietà ECR-R	Evitamento ECR-R	Beness. PWB-tot	Depress. PHQ-9	Ansia GAD-7	Ansia di Morte tot	Ansia di Morte Tu	Ansia di Morte Altri
N	220	220	220	220	220	220	220	220
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	51.9	40.9	235	10.3	9.81	100	45.1	55.0
Median	49.0	38.0	239	9.00	9.00	101	45.0	56.0
Standard deviation	19.8	18.2	38.5	6.18	5.56	17.5	12.0	8.29
Minimum	18	18	113	0	0	48	16	27
Maximum	119	107	317	27	21	140	70	70

Tabella 5.1*- Statistiche descrittive di tutte le variabili di studio.*

5.1.1 Risultati della prima ipotesi di ricerca: il modello di mediazione

Il modello di mediazione statistica viene utilizzato nel momento in cui vi è la presenza di tre variabili, in particolar modo quando viene ipotizzato che l'effetto della variabile indipendente sulla variabile dipendente non sia diretto, ma sia legato all'effetto di una terza variabile che interviene nella relazione tra la VI e la VD. Quando è attuata un'analisi di mediazione l'effetto sulla VD è suddiviso in due parti: con l'effetto diretto è possibile osservare cosa accade tra due variabili (VI e VD), con l'effetto indiretto (o mediato) si ha la quantità di variazione dell'effetto totale nel momento in cui viene introdotto il mediatore nella regressione statistica.

Per indagare i risultati della prima ipotesi di ricerca è stata prodotta una matrice di correlazione delle sole variabili implicate nella mediazione con lo scopo di approfondire le relazioni tra di esse (Tab. 5.2).

	Ansia morte tot	Ansia morte Tu	Ansia morte Altri	Ansietà	Evitamento	Beness. tot
Ansia morte _tot	1.00	0.91**	0.80**	0.25**	0.04	-0.16
Ansia morte _Tu	0.91	1.00	0.47**	0.19	0.03	-0.08
Ansia morte _Altri	0.80	0.47	1.00	0.26**	0.04	-0.21*
Ansietà	0.25	0.19	0.26	1.00	0.52**	-0.40**
Evitamento	0.04	0.03	0.04	0.52	1.00	-0.35**
Beness. tot	-0.16	-0.08	-0.21	-0.40	-0.35	1.00

Tabella 5.2 *Matrici di correlazione tra le variabili della prima ipotesi di ricerca. Indice di correlazione di Pearson.* ** p < .05; ** p < .01.*

La tabella 5.2 si riferisce ai risultati delle analisi correlazionali bivariate per le variabili di studio relative alla prima ipotesi di ricerca, calcolate in riferimento al coefficiente di Pearson. Al di sopra della diagonale i valori sono stati modificati attraverso la correzione di Bonferroni. La correzione di Bonferroni, o test di Bonferroni, è un test statistico che si è dimostrato necessario nel presente studio poiché sono stati presi in esame più questionari e per questo la probabilità di errore avrebbe potuto essere falsata, perciò, questo test è stato attuato per impedire che i dati apparissero erroneamente statisticamente significativi.

La matrice di correlazione è stata generata su un campione con numerosità pari a 220 soggetti.

La tabella della matrice di correlazioni presenta i seguenti risultati: innanzitutto è possibile notare una correlazione positiva tra ansia di morte "Tot" e ansia di morte "Tu" (r=.91, p < .01) che rispettivamente rappresentano l'ansia di morte totale e l'ansia di morte riferita alla preoccupazione per la propria morte; inoltre, correla anche con l'ansia di morte "Altri" (r=.80, p < .01) che rappresenta la preoccupazione per la morte degli altri. L'ansia di morte totale ("Ansia di morte tot") correla con ansietà (r=.25, < .01), dimensione dell'attaccamento adulto, ma non sembra correlare significativamente con la seconda dimensione della stessa (evitamento) e con il benessere psicologico.

La variabile ansia di morte “Tu” correla con ansia di morte “Altri” (r=0.47, < .01), mentre per quanto riguarda la relazione con l’ansietà l’ipotesi di correlazione viene rifiutata poiché il PValue supera il valore soglia di .05, tuttavia il valore risulta *borderline* perché viene superato di poco (p=.07); inoltre, non vi è correlazione significativa nemmeno con evitamento e con benessere psicologico.

La variabile ansia di morte “Altri” correla positivamente con ansietà (r=.26, < .01), e correla negativamente con il benessere psicologico (r=-0.21, < .01).

L’ansietà dell’attaccamento correla positivamente con l’evitamento (r=.52, < .01) e negativamente con il benessere psicologico (r=-0.40, < .01).

Infine, l’evitamento correla negativamente con il benessere psicologico (r=-0.35, < .01).

Per quanto riguarda la verifica della prima ipotesi di ricerca è stato usato lo *Structural Equation Model*, attraverso cui sono state attuate una serie di regressioni lineari bivariate (per ogni coppia di variabili) per confermare o meno il modello di mediazione trattato nel paragrafo 4.1.

Il grafo sottostante (Fig. 5.1) espone il modello di mediazione in riferimento alla prima ipotesi di ricerca, in particolar modo è stata esaminata solo l’ansia di morte totale. Le frecce unidirezionali raffigurano il percorso degli effetti delle variabili coinvolte e il relativo punto di partenza e di fine; ogni percorso è unito attraverso delle frecce di colore blu per indicare i percorsi con un valore significativo, mentre le frecce di colore rosso uniscono percorsi non significativi. Inoltre, il numero degli asterischi accanto ai valori stanno ad indicare il grado di significatività della relazione tra i percorsi delle variabili.

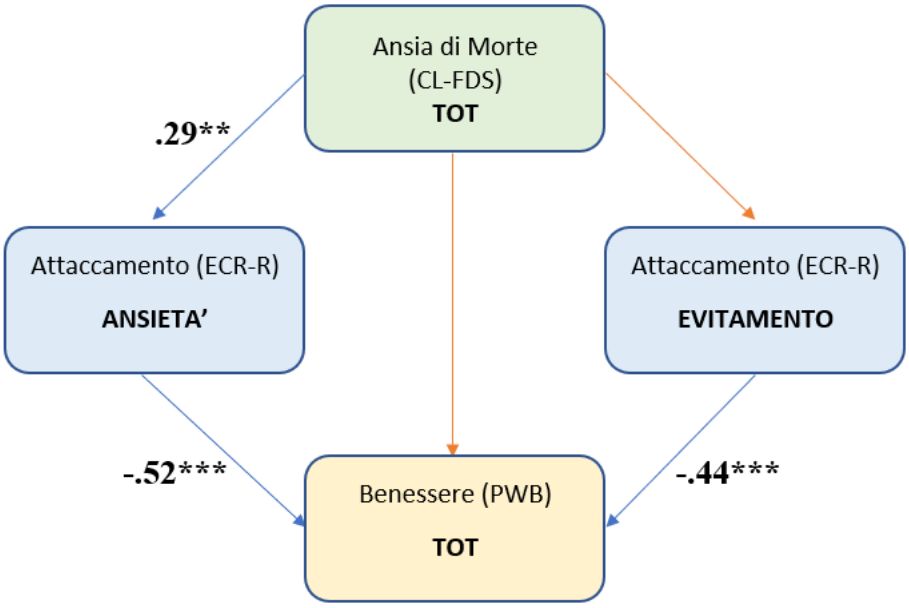

Figura. 5.1 *Rappresentazione statistica del modello di mediazione con ansia di morte totale. Le frecce di colore blu indicano una correlazione significativa, mentre le frecce di colore rosso una correlazione non significativa. Gli asterischi indicano l'entità della relazione tra variabili: * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.*

Il modello di mediazione è stato utilizzato per la valutazione dell'effetto dell'ansia di morte totale, considerata come variabile indipendente (VI), sul benessere totale, considerata variabile dipendente (VD), attraverso la mediazione dell'attaccamento adulto nelle dimensioni di ansietà ed evitamento.

Dall'analisi dei risultati (Fig. 5.1) è possibile notare come vi sia un effetto significativo indiretto tra la l'ansia di morte totale sul benessere psicologico con la mediazione dell'ansietà (dimensione dell'attaccamento). Vi sia, inoltre, un effetto diretto significativo dell'evitamento (dimensione dell'attaccamento) sull'*outcome*, il benessere psicologico.

In altre parole, risulta essere confermato il modello di mediazione che concerne le variabili di ansietà dell'attaccamento adulto, ansia di morte totale e benessere psicologico: l'ansia di morte totale ha un effetto sul benessere psicologico, effetto indiretto che viene mediato dall'ansietà, perciò, alti livelli di ansia di morte aumentano l'ansietà

dell'attaccamento (β=-.29, $p < .01$), il quale a sua volta fa abbassare il livello del benessere psicologico, poiché vi è una correlazione negativa tra le variabili (β= -.52, $p < .001$).

Mentre, per quanto riguarda l'evitamento l'effetto diretto che ha sul benessere psicologico risulta negativo: perciò, ad alti livelli di evitamento diminuisce il benessere psicologico (β=-.44, $p < .001$).

Non risulta confermato il modello di mediazione costruito sulla variabile dell'evitamento dell'attaccamento, poiché l'effetto tra ansia di morte ed evitamento non risulta essere significativo.

Nemmeno ansia di morte, benessere psicologico e attaccamento evitante risultano avere delle correlazioni significative.

Infine, il coefficiente di determinazione R^2 del presente modello di mediazione (delle variabili di ansietà dell'attaccamento adulto, ansia di morte totale e benessere psicologico) ha un valore del 14%.

Il secondo grafo (Fig. 5.2) rappresenta una specifica del modello di mediazione: è sempre riconducibile al modello di mediazione precedente ma è chiarito il rapporto del percorso dell'ansia di morte in relazione al benessere psicologico. In questo caso sono state osservate le sottoscale ansia di morte "Tu" e ansia di morte "Altri". Qui è possibile notare come una parte del modello non risulti significativa, infatti, ansia di morte "Altri" è l'unico sottogruppo di sottoscale dell'CL-FDS che si leghi al benessere psicologico in modo significativo attraverso la mediazione con la sola ansietà.

In particolar modo è possibile constatare come il modello di mediazione sia confermato (concernente le variabili ansia di morte "Altri", attaccamento adulto ansioso e benessere psicologico): l'ansia di morte "Altri" ha un effetto sul benessere psicologico, effetto indiretto che viene mediato dall'ansietà. Gli effetti corrispondenti sono: ad alti livelli di ansia di morte provata per gli altri ("Altri"), aumenta l'ansietà dell'attaccamento (β=-.51, $p < .01$), la quale, conseguentemente, produce una correlazione negativa che genera un abbassamento del livello di benessere psicologico (β= -.50, $p < .001$).

Ancora, l'ansia di morte "Altri" ha un effetto diretto negativo sul benessere psicologico (β= -.72, $p < .05$), elemento che indica come all'aumentare dell'ansia di morte per gli altri diminuisce il benessere psicologico.

L'evitamento, anche in questo caso - come visto nel grafo precedente -, ha un effetto sul benessere psicologico negativo, ciò significa che ad alti livelli di evitamento diminuisce il benessere psicologico (β=-.45, $p < .001$).

Non appaiono correlazioni significative tra le seguenti variabili: tra ansia di morte "Altri" ed evitamento dell'attaccamento, ansia di morte "Tu" con l'ansietà dell'attaccamento, ansia di morte "Tu" con il benessere psicologico, e infine, ansia di morte "Tu" con l'evitamento dell'attaccamento adulto.

Infine, il coefficiente di determinazione R^2 del presente modello di mediazione (che concerne le variabili ansia di morte "Altri", attaccamento adulto ansioso e benessere psicologico) ha un valore che raggiunge il 16%.

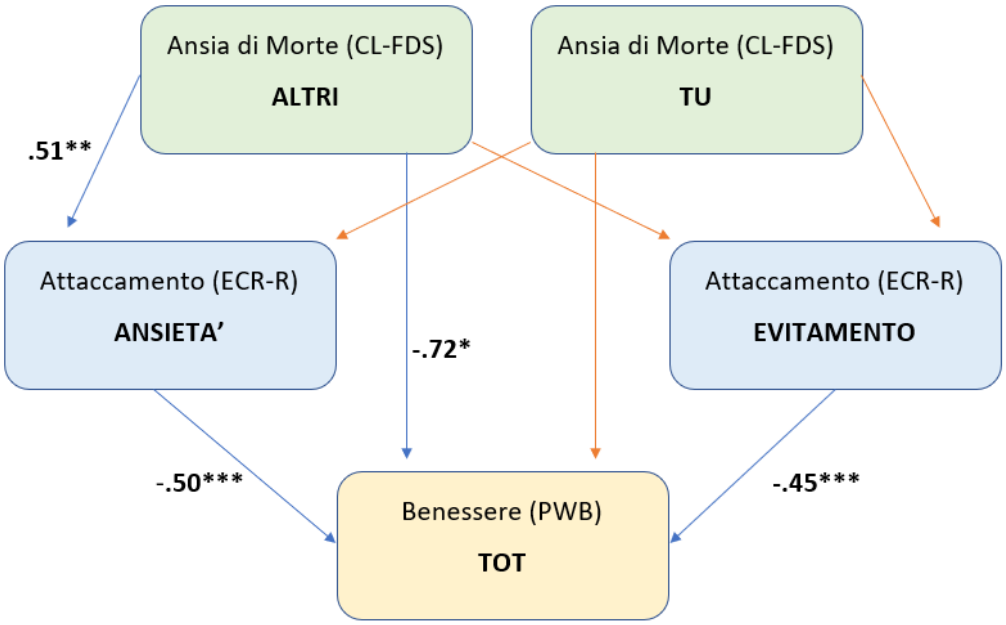

Figura 5.2 *Rappresentazione statistica del modello di mediazione con ansia di morte "Tu" e "Altri". Le frecce di colore blu indicano una correlazione significativa, mentre le frecce di colore rosso una correlazione non significativa. Gli asterischi indicano l'entità della relazione tra variabili: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$*

5.1.2 Risultati della seconda ipotesi di ricerca: il modello di moderazione

Per moderazione si intende un'analisi statistica atta allo scopo di verificare se una variabile moderatrice (qualitativa o quantitativa) condiziona la direzione e/o la forza della relazione tra una variabile indipendente (VI) ed una variabile dipendente (VD). Nel presente lavoro è stato scelto di constatare se l'effetto della variabile predittrice (attaccamento adulto, nelle dimensioni di ansietà ed evitamento) sul benessere psicologico di giovani donne adulte durante la pandemia, poteva essere moderato dai sintomi di ansia e di depressione.

Per indagare i risultati della seconda ipotesi di ricerca è stato necessario generare una matrice di correlazione considerando le sole variabili implicate nella moderazione al fine di approfondire le relazioni tra di esse (Tab. 5.3), i valori sono stati calcolati in riferimento al coefficiente di Pearson. Anche in questo caso è stata utilizzata la correzione di Bonferroni, elementi visibili sopra la diagonale della tabella di matrice di correlazione.

Il campione utilizzato, così come per la prima ipotesi, aveva una numerosità uguale a 220 soggetti.

	Ansietà	**Evitamento**	**Ansia (GAD)**	**Depressione (PHQ)**	**Beness. tot**
Ansietà	1.00	0.52**	0.29**	0.27**	-0.40**
Evitamento	0.52	1.00	0.22*	0.25**	-0.35**
Ansia (GAD)	0.29	0.22	1.00	0.71**	-0.48**
Depr. (PHQ)	0.27	0.25	0.71	1.00	-0.58**
Beness. tot	-0.40	-0.35	-0.48	-0.58	1.00

Tabella 5.3*. Matrici di correlazione tra le variabili della seconda ipotesi di ricerca. Coefficiente di Pearson.* ** p < .05; ** p < .01.*

La matrice di correlazione considera i seguenti risultati: innanzitutto è possibile notare una correlazione significativa positiva tra ansietà ed evitamento (r=.52, p < .01), entrambe dimensioni dell'attaccamento adulto. Inoltre, l'ansietà risulta correlare positivamente con: sintomi ansiosi e sintomi depressivi (rispettivamente r=.29, p < .01 e r=.27, p < .01); infine, correla significativamente e negativamente con il benessere psicologico (r=-.40, p < .01).

L'evitamento correla, invece, positivamente con i sintomi ansiosi e depressivi (rispettivamente r=.22, p < .05; r=.25, p < .01) e negativamente con il benessere psicologico (r=-.35, p < .01).

I sintomi ansiosi (ansia GAD-7) correlano positivamente con i sintomi depressivi (depressione PHQ-9) (r=.71, p < .01) e negativamente con il benessere psicologico (r=-.58, p < .01).

Per verificare la seconda ipotesi di ricerca è stata svolta un'analisi di regressione lineare multipla al fine di confermare o meno il modello di moderazione trattato nel paragrafo 4.1. Di seguito, nel grafo (Fig. 5.3), sono esposti i dati che spiegano tale modello.

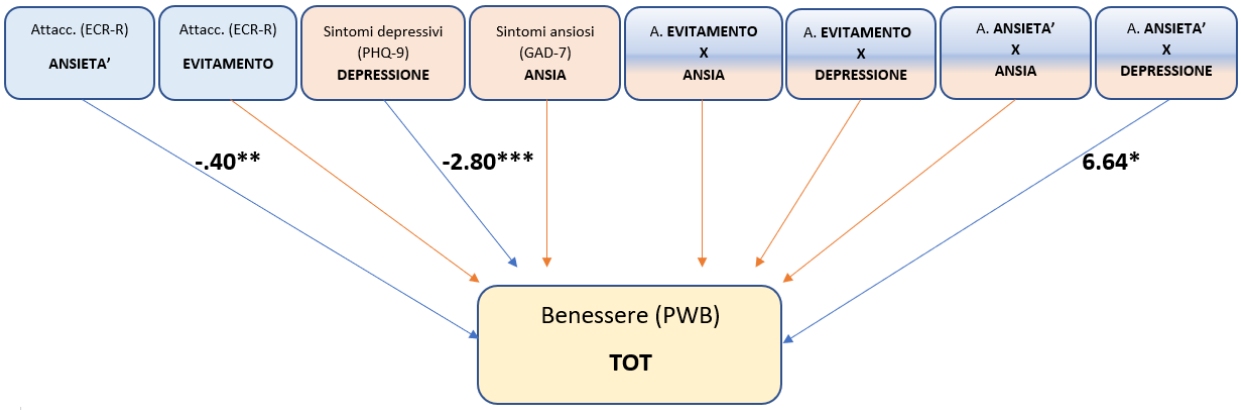

Figura 5.3 *Rappresentazione statistica del modello di moderazione; le frecce di colore blu indicano una correlazione significativa, mentre le frecce di colore rosso una correlazione non significativa. Gli asterischi indicano l'entità della relazione significativa tra variabili: * p < .05; ** p < .01; *** p < .001*

Il modello di moderazione è stato costruito sulle seguenti variabili: l'attaccamento (nelle due dimensioni di ansietà ed evitamento) è stato considerato come variabile indipendente (VI), il benessere psicologico come *outcome* (VD), mentre, i sintomi depressivi e i sintomi ansiosi sono stati considerati come moderatori.

Il grafico (Fig. 5.3) ha il fine di indicare la significatività o meno delle relazioni tra le variabili. L'analisi, visibile da tale grafico, sottolinea un effetto diretto negativo dell'ansietà dell'attaccamento adulto sul benessere psicologico (β=-.40, p < .05), che

indica che all'aumentare dell'ansietà dell'attaccamento diminuisce il benessere psicologico.

Un altro effetto diretto negativo dei sintomi depressivi sul benessere psicologico (β=-2.8, $p < .001$) rappresenta come all'aumentare dei sintomi depressivi viene a verificarsi un abbassamento del benessere psicologico.

Mentre, tutte le altre combinazioni, visibili con la freccia rossa nella rappresentazione grafica, non sono risultate significative: l'effetto di evitamento dell'attaccamento sul benessere psicologico; l'effetto dei sintomi ansiosi sul benessere psicologico; l'effetto di moderazione tra le variabili evitamento, sintomi ansiosi e benessere psicologico; l'effetto di moderazione tra le variabili evitamento, sintomi depressivi e benessere psicologico; e, infine, l'effetto di moderazione tra le variabili ansietà dell'attaccamento, sintomi ansiosi e benessere psicologico.

Il valore del coefficiente di determinazione R^2 del presente modello di moderazione (tra le variabili ansietà dell'attaccamento, sintomi depressivi e benessere psicologico) ha un valore totale del 42%.

Infine, l'unico effetto di moderazione avanzato nel presente studio riguarda l'attaccamento ansioso che viene moderato di intensità dai sintomi depressivi andando di conseguenza a modificare il benessere psicologico (β=6.64, $p < .05$). Già dagli effetti diretti è stato possibile constatare che le singole variabili in relazione col benessere psicologico fossero significative e, nello specifico, avessero entrambe un impatto negativo sul benessere psicologico; mentre, queste tre variabili osservate insieme, indagate attraverso il modello di moderazione, sono risultate significative. È possibile notare come nella moderazione il segno della correlazione appare positivo e questo è dovuto al fatto che la relazione tra ansietà dell'attaccamento e benessere psicologico (tra le quali avviene una correlazione negativa, dunque all'aumentare dell'ansietà il benessere psicologico cala) è più forte quando entra in gioco la variabile moderatrice della sintomatologia depressiva: quindi, quando i sintomi depressivi sono alti (presenza di depressione) il legame tra ansietà dell'attaccamento e benessere psicologico è più forte. Dunque, il segno positivo nasce in ragione del fatto che la relazione principale tra le due variabili indipendente e dipendente (VI e VD) diviene più forte quando la depressione aumenta; e di conseguenza la relazione è più debole quando i sintomi depressivi calano.

Per indagare ulteriormente il modello di moderazione, è stata apportata una suddivisione tra i punteggi delle variabili relative ai sintomi ansiosi (GAD-7) e depressivi (PHQ-9), nello specifico ciascuna è stata suddivisa da un punteggio di *cut-off*. Per l'ansia è stato definito un *cut-off* di 10, valore sotto cui ogni risultato è stato definito assenza di sintomi ansiosi e sopra a tale valore è stato definito presenza di sintomi ansiosi. Stesso meccanismo è stato attuato per la variabile depressione, attraverso la creazione di due livelli rispetto alla mediana (9): ai punteggi compresi in un range da 0 a 8 vi è stato attribuito il significato di assenza di sintomi depressivi, sopra tale valore (da 9 a 27), invece, è stato definito presenza di sintomi depressivi.

Per analizzare meglio l'andamento delle frequenze dei sintomi depressivi è stato prodotto un grafico *boxplot* (Fig. 5.4) da cui è possibile notare come la "scatola" sia posizionata verso punteggi più bassi rispetto ai sintomi depressivi; i "baffi" sono asimmetrici, dunque, siamo in presenza di una asimmetria positiva essendo la media (10.3) maggiore della mediana (9).

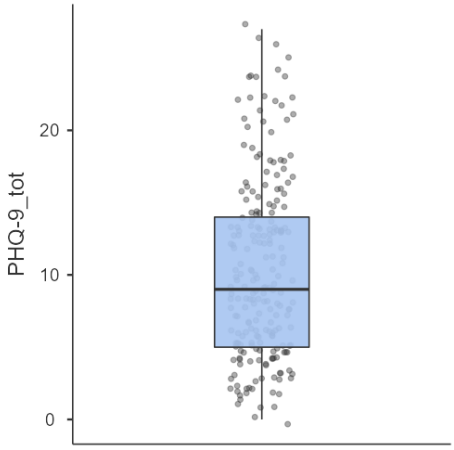

Figura 5.4 *Boxplot della distribuzione della variabile relativa ai sintomi depressivi.*

Da queste ulteriori analisi, approntate attraverso la suddivisione con *cut-off*, è emerso che, in conferma delle analisi di regressione precedenti, quasi tutte le analisi di moderazione approntate nelle molteplici combinazioni delle variabili citate non sono risultate significative, poiché gli andamenti delle rette non differivano né per pendenza né per valore. Solo di una analisi è sembrato che il modello di moderazione potesse funzionare: tra ansietà dell'attaccamento, depressione e benessere psicologico.

L'andamento del modello di moderazione che risultava essere statisticamente significativo - qui sotto spiegato graficamente (Fig. 5.5) – è stato, dunque, costruito

attraverso una suddivisione dei punteggi fatta grazie ad un valore *cut-off*, di modo da avere le categorie "depressione sì" e "depressione no". Analizzando il grafico è possibile notare come le rette non risultino avere una pendenza nettamente differente tra le due categorie, ma è altrettanto visibile una differenza di altezza tra l'andamento delle due rette, il cambiamento infatti è determinato dalla sola intercetta. Dunque, l'impatto negativo dell'ansietà sul benessere psicologico è più forte nei soggetti all'interno del gruppo senza sintomi depressivi ("depressione no"), di conseguenza nelle persone maggiormente depresse è minore l'impatto negativo dell'ansietà sul benessere psicologico. Dunque, in "depressione no" sotto al *cut-off* scelto sono visibili valori più alti di benessere psicologico totale, infatti la retta inizia da un punto nettamente più alto sull'asse delle ordinate (che corrisponde al livello di benessere psicologico); mentre, in "depressione sì" la retta inizia da un punteggio relativo al benessere psicologico più basso, la cui traiettoria porta in un punto ancor più basso. In conclusione, l'effetto di moderazione sembra essere presente poiché vi è un abbassamento globale dei livelli di benessere psicologico in presenza del parametro depressione, perciò, in presenza di tale parametro è possibile osservare una diminuzione più drastica del benessere psicologico.

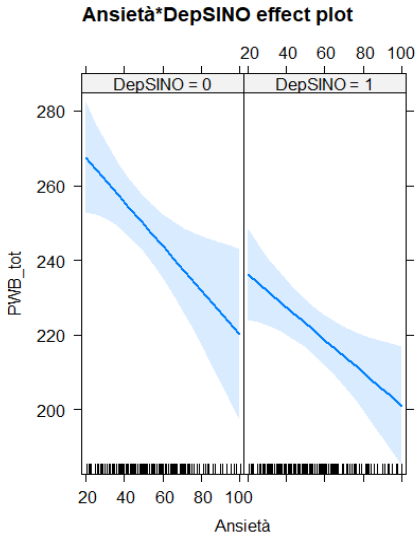

Figura 5.5 *Andamento del modello di moderazione tra le variabili: ansietà dell'attaccamento, benessere psicologico e sintomi depressivi, con suddivisione dei punteggi tramite cut-off "depressione sì" e "depressione no".*

CAPITOLO 6
DISCUSSIONE DEI RISULTATI, LIMITI DELLA RICERCA E PROSPETTIVE FUTURE

In questo sesto e ultimo capitolo, si procederà con la discussione, il cui scopo mira ad integrare i risultati ottenuti con delle possibili spiegazioni presenti in letteratura. In particolare, saranno esposte le considerazione della prima e della seconda ipotesi di ricerca.

Successivamente saranno esposte le conclusioni e, infine, i limiti e le prospettive future.

6.1 Discussione

L'obiettivo principale della ricerca era orientato all'indagine del benessere psicologico di donne giovani adulte durante la pandemia da Covid-19, in particolare durante il periodo intercorso nel primo *lockdown* in Italia, osservandone gli effetti a un anno dalle prime chiusure.

I punti cardine dell'intera ricerca sono emersi principalmente per cercare di dare un'interpretazione allo stato emotivo della popolazione durante un periodo così drammatico, per questo le variabili in gioco si sono orientate primariamente sull'ansia di morte e sull'attaccamento adulto in relazione al benessere psicologico. Inoltre, è stato indagato il ruolo delle variabili che, per nostra ipotesi, potevano essere rilevanti ed implicate nello studio del benessere psicologico durante la pandemia, ossia la presenza di sintomi ansiosi e depressivi.

Le giovani donne che hanno partecipato alla ricerca sono state scelte per svariati motivi. Tra questi, il considerare la fascia dei giovani adulti (dai 18 ai 35 anni) è stata una scelta dovuta al fatto che essi si posizionassero a metà tra due mondi: il giovane adulto, di per sé, si trova all'interno di una sfida evolutiva che ha come fine il costruire la propria identità e il proprio ruolo nel mondo, tutto questo però con mezzi limitati in quanto, nella maggior parte dei casi, non ha ancora la stabilità che gli verrebbe garantita dall'"universo

adulto" con l'entrata nel mondo del lavoro; condizione che gli garantirebbe l'autosufficienza (Codato et al., 2009).

Inoltre, la giovane età sarebbe correlata ad una maggiore ansia di morte, livello che tenderebbe ad abbassarsi con l'aumentare dell'età (Chan & Chui, 2017; Lyke, 2013). Ancora, la pandemia ha incrementato il livello di stress emotivo e un insufficiente adattamento psicologico, sottolineando come i giovani adulti possano essere tendenzialmente più vulnerabile nel contesto pandemico (Emery et al., 2021).

Nel presente studio è stato scelto di concentrarsi prevalentemente sull'attaccamento di tipo insicuro, andandone a indagarne le caratteristiche nel campione predefinito. Nel caso dell'attaccamento insicuro, la letteratura conferma che le donne con questo tipo di attaccamento sarebbero più inclini a sviluppare un tipo di attaccamento ansioso rispetto alla controparte maschile (Del Giudice, 2011, 2019; Del Giudice & Belsky, 2010; Gugová & Heretik, 2011). In generale l'attaccamento insicuro risulta essere un fattore di rischio per il benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003). Concentrarsi su un campione femminile risulta, dunque, interessante in ragione del fatto che le donne insicure avrebbero in prevalenza un attaccamento ansioso, ed è possibile che abbiano delle difficoltà a mantenere un alto benessere psicologico. Nell'attaccamento ansioso, sul piano interpersonale, avviene l'impiego di strategie di iperattivazione (ad esempio il continuo controllo del partner per ridurre la distanza emotiva) (Mikulincer & Shaver, 2003), ma tali strategie non sono efficaci (Mikulincer & Shaver, 2003; Karreman & Vingerhoets, 2012; Plusnin et al., 2018); le stesse strategie potrebbero non riuscire nel mantenimento di un alto livello di immortalità simbolica, il cui effetto fa sì che questa non risulti una protezione adeguata contro l'ansia di morte (Florian & Mikulincer, 1998). Per questo, le persone insicure-ansiose detengono livelli maggiori di ansia di morte e di accessibilità ai pensieri di morte (Mikulincer & Florian, 2000; Mikulincer & Shaver, 2003). Nel caso in cui le suddette, fossero esposte al promemoria di morte, manifesterebbero terrore conscio e inconscio, e la difesa contro l'ansia di morte della visione del mondo non produrrebbe alcun effetto grazie alla ruminazione mentale di tale pensiero (Mikulincer & Florian, 2000; Mikulincer & Shaver, 2003).

Anche il benessere psicologico, come è possibile osservare dalla letteratura, mostra delle variazioni in relazione al genere. Infatti, le donne otterrebbero punteggi più

bassi rispetto agli uomini prevalentemente in tutte le sottoscale del benessere psicologico eudaimonico, eccetto nella dimensione delle relazioni positive con gli altri (Ryff, 2017; Ryff & Singer, 2008).

Infine, il fattore pandemico, essendo evento non normativo e imprevisto, ha notevolmente impattato sul benessere psicologico nella popolazione generale ma anche, nello specifico, sulle donne giovani adulte (Paleari et al., 2021). Tale fattore pandemico ha, inoltre, contribuito ad acutizzare un quadro relativo alla questione delle disuguaglianze sul ruolo di genere (Sánchez et al., 2020; Testoni, 2012), ancora presente nella cultura occidentale (Sánchez et al., 2020): nelle donne vi è stato un esordio o, laddove già presente, l'aumento dei sintomi depressivi, dei sintomi ansiosi e dello stress percepito (Emery et al., 2021; Moccia et al., 2020; Paleari et al., 2021).

La pandemia da Covid-19 ha portato ad assistere a tante morti sia in modo diretto (ad esempio, nel caso di un familiare venuto a mancare per la malattia da Covid-19), sia indiretto (assistendo quotidianamente al concetto di morte attraverso le notizie dei *media*) (Cui et al., 2020), rappresentando un *death reminder* che ha reso saliente la mortalità (*mortality salience*, MS) (Menzies & Menzies, 2020) ponendo la popolazione a confrontarsi insistentemente con la consapevolezza della mortalità. In letteratura la *Terror Management Theory* (TMT; Greenberg et al., 1986) rappresenta una prospettiva teorica utile per l'indagine di questi aspetti.

Altro elemento che è stato determinante per la lettura del mondo durante la crisi pandemica è stata la Teoria dell'Attaccamento adulto (Bowlby, 1989). Nel dettaglio, come le dimensioni dell'attaccamento adulto, di evitamento e ansietà, potessero aver influito sul benessere psicologico nel quadro pandemico.

Esaminando, nello specifico un'estensione della TMT, il Modello tripartito di sicurezza (Hart et al., 2005), è possibile trovare il *trai d'union* tra i due paradigmi teorici della TMT e dell'attaccamento adulto: se la TMT considera le difese contro l'ansia di morte, la visione del mondo e l'autostima, una terza via che si aggiunge alle difese principali potrebbe essere colta nelle relazioni intime (Hart, 2015; Hart et al., 2005).

In ultimo, la Teoria del Benessere Eudaimonico (Ryff et al., 2021) è stata considerata per verificare il grado di benessere psicologico emerso dalle circostanze pandemiche.

In conclusione, su queste premesse è stato possibile indagare il ruolo dell'attaccamento nella relazione tra ansia di morte e il benessere psicologico e il ruolo dei sintomi ansiosi e depressivi nella relazione tra ansia di morte e benessere psicologico, in una popolazione femminile nel contesto pandemico.

Il presente studio è stato quindi costruito attorno a due principali ipotesi di ricerca: indagare come l'attaccamento abbia un ruolo di mediazione tra ansia di morte e benessere psicologico e il ruolo moderatore dei sintomi depressivi e ansiosi nella relazione tra l'attaccamento adulto con il benessere psicologico nel contesto della pandemia da Covid-19.

6.1.1 L'ansia di morte in relazione al benessere psicologico, il ruolo mediatore dell'attaccamento: discussione dei risultati concernenti la prima ipotesi di ricerca

La prima ipotesi di ricerca concerne l'analisi della mediazione che coinvolge le tre seguenti variabili: come l'attaccamento abbia un ruolo di mediazione tra ansia di morte e benessere psicologico. Considerando la letteratura analizzata le aspettative sui possibili risultati riguardavano un basso benessere psicologico determinato dall'aumento della salienza di morte durante la pandemia. È stato, perciò, ipotizzato un effetto indiretto dell'ansia di morte sul benessere psicologico mediato dell'attaccamento (nelle dimensioni di ansietà ed evitamento).

I dati raccolti hanno effettivamente confermato che le dimensioni dell'attaccamento adulto hanno un'influenza predittiva diretta e negativa con il benessere psicologico. La letteratura sostiene come l'attaccamento sicuro viene considerato un buon predittore di un livello di benessere psicologico più elevato, mentre, al contrario l'attaccamento insicuro registra maggiori effetti negativi sul benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003). Perciò, per quanto riguarda l'indagine su benessere psicologico e correlati dell'attaccamento adulto è possibile considerare il presente studio in linea con la letteratura. Ad esempio, in uno studio (Kafetsios & Sideridis, 2006) è stato rilevato come specificatamente l'attaccamento ansioso fosse inversamente correlato col benessere psicologico, fattore che ha trovato

maggiore intensità nei giovani adulti (Kafetsios & Sideridis, 2006); elemento, anche in questo caso, in linea con i dati raccolti nella presente ricerca.

Per quanto riguarda la verifica del modello di mediazione, è stata osservata un'effettiva mediazione tra le variabili che concernono l'ansia di morte totale, l'attaccamento adulto ansioso e il benessere psicologico totale. In questo "circolo" di variabili il mediatore, attribuito all'elemento dell'ansietà dell'attaccamento, ha presentato dei buoni punteggi pari ad un'ottima significatività, per questo ha effettivamente svolto il ruolo di mediatore nella relazione tra l'ansia di morte (totale) e il benessere psicologico: pertanto ad un aumento dell'ansia di morte aumenta l'attaccamento ansioso, che di conseguenza predispone un abbassamento del benessere psicologico (infatti la correlazione risulta negativa). In altre parole, è stato osservato un effetto indiretto dell'ansia di morte sul benessere psicologico mediato dall'attaccamento ansioso, dunque, un'influenza predittiva negativa sul benessere da parte dell'ansia di morte attraverso la mediazione dell'attaccamento di tipo insicuro-ansioso.

Anche questo modello viene considerato in linea con la letteratura, in quanto in svariati studi (ad esempio, Mikulincer & Florian, 2000) è stato visto come le persone con attaccamento insicuro-ansioso, quando entrano in contatto con l'esposizione al promemoria di morte rivelano terrore sia conscio che inconscio, rendendo le difese contro il terrore della morte non efficaci (Mikulincer & Shaver, 2003).

La stessa considerazione non si può attribuire, invece, alla dimensione che interessa l'evitamento dell'attaccamento adulto, poiché non è stata registrata alcuna mediazione. Questa condizione potrebbe essere spiegata dal fatto che nelle persone con un attaccamento evitante l'ansia di morte potrebbe essere considerata poco rilevante e quindi poco spaventosa in quanto esse cercano di allontanare da sé la situazione stressante (Rajkumar, 2020a): nel momento in cui si dovesse palesare il pensiero della morte, essi lo distanzierebbero il più possibile dalla propria coscienza, attuando la difesa della propria visione del mondo in modo tale da intensificare il giudizio verso il trasgressore o il "diverso" (Mikulincer & Florian, 2000). Questa condizione potrebbe essersi acuita durante la pandemia, in quanto il *mortality reminder* è stato costantemente presente e per questo la persona con attaccamento evitante potrebbe non aver dato peso sufficiente a determinati tipi di reazioni emotive, a maggior ragione nel caso in cui si stia parlando di emozioni negative come l'ansia dovuta ai pensieri relativi alla morte. Infatti, sulla stessa

linea, in uno studio è emerso che sia lo stile sicuro che quello evitante rappresentano un fattore protettivo valido a far fronte alla pandemia, in ragione del fatto che lo stile evitante tende ad approvare l'isolamento, regolando in questo modo il disagio (Moccia et al., 2020).

Altro fattore interessante emerso dalle analisi del modello di mediazione è attribuibile all'analisi specifica tra le stesse variabili citate sopra ma suddivise in sottogruppi di scale, nel dettaglio: nel momento in cui si attua una suddivisione dell'ansia di morte creando delle "sottovariabili" di ansia di morte "Tu" e ansia di morte "Altri"; è emerso come nel modello di mediazione tra ansia di morte "Altri" (VI) in relazione con il benessere psicologico totale (VD), si osserva nella dimensione dell'ansietà (VM) dell'attaccamento adulto una mediazione significativa. In altre parole: un aumento dell'ansia di morte verso gli altri correla positivamente con l'attaccamento ansioso; dunque, a maggiore ansia di morte corrisponde maggiore ansietà dell'attaccamento; ma a maggiore ansietà dell'attaccamento diminuisce il benessere psicologico. Infatti, è presente una correlazione negativa tra l'ansia di morte e il benessere psicologico che indica che ad un alto livello di ansia di morte diminuisce il benessere psicologico. In altre parole, anche in questo caso specifico in cui vengono esaminati dei sottogruppi di variabili, è stato osservato un effetto indiretto: dunque, un'influenza predittiva negativa sul benessere da parte dell'ansia di morte "Altri" attraverso la mediazione dell'attaccamento di tipo insicuro-ansioso.

Innanzitutto, è possibile commentare questo tipo di mediazione affermando che questi dati sono in linea con la letteratura, tuttavia, di norma alcuni studi incentrati sul genere hanno registrato un aumento dell'ansia di morte verso sé stessi da parte delle donne, rispetto alla controparte maschile (Lyke, 2013), ma i risultati nel presente studio empirico sembrano puntare ad un incremento della paura della morte per gli altri e non per sé stessi. Questo fattore potrebbe essere interpretato alla luce dello specifico modello *Terror Management Health Model – Pandemic* (TMHM-P; Goldenberg & Arndt, 2008) il quale descrive come i comportamenti e gli atteggiamenti attuati durante la pandemia siano da ricercarsi nell'influenza data dai pensieri di morte consci e inconsci innescati, appunto, dal Covid-19 (Dimoff et al., 2021). Infatti, l'ansia di morte diretta verso gli altri potrebbe essere considerata come frutto della situazione portata dalla pandemia: quest'ultima potrebbe aver acuito la paura esistenziale per la morte (Pyszczynski et al.,

2021) in un tipo di paura più "concreto" e che quindi nel periodo designato possa essere emerso un terrore caratteristico e specificatamente diretto verso le altre persone. È bene sottolineare che il frangente storico in cui le partecipanti allo studio hanno vissuto, per via delle restrizioni sanitarie, ha impedito loro di stare accanto ai propri cari, gettando le persone nella paura e nell'incertezza favorendo così un sovraccarico della propria salute psicologica (Brooks et al., 2020; Moccia et al., 2020). Inoltre, il fatto che i comportamenti sanitari attuati per far fronte al virus e quindi alla minaccia concreta della morte, come lavarsi spesso le mani, utilizzare le mascherine chirurgiche, l'uso degli igienizzanti, ecc… potrebbero aver indotto le persone a sentirsi più sicure rispetto alla propria incolumità, innalzando queste difese prossimali che sono state utili a diminuire la sensazione di vulnerabilità di modo da alleggerire l'ansia di morte (Abutaleb, et al., 2020 citato in Dimoff et al., 2021), difese che però non sono servite a proteggere i soggetti dall'ansia di morte provata in relazione ai propri cari, lasciando così nell'incertezza e facendo rimanere in costante allerta per la salute altrui. Inoltre, per quanto riguarda le persone con un attaccamento insicuro-ansioso - essendo più inclini ad utilizzare a livello interpersonale dei comportamenti iperattivanti, e quindi il cercare costantemente di monitorare il *caregiver* per sforzarsi di mantenerne la vicinanza, aumentando le richieste di attenzione e cura e riducendo il più possibile la distanza fisica (oltre che quella cognitiva ed emotiva) - potrebbero essere state in pensiero per le persone care proprio per la paura di non avere controllo e per paura di rimanere sole (Mikulincer & Shaver, 2003).

In sintesi, il modello presentato ha fornito dei dati che si possono annoverare tra risultati in accordo con la letteratura esistente su cui è stato possibile costruire le ipotesi di ricerca. Tuttavia, sono emersi anche dati che pongono delle considerazioni e dei quesiti nuovi, poiché il territorio delle ricerche sulle problematiche psicologiche durante e dopo la pandemia si presenta ancora vasto e inesplorato.

6.1.2 Il ruolo moderatore dei sintomi ansiosi e depressivi nella relazione tra attaccamento adulto e benessere psicologico: discussione dei risultati concernenti la seconda ipotesi di ricerca

La seconda ipotesi di ricerca era rivolta ai sintomi depressivi e ai sintomi ansiosi. Sappiamo, da studi di recente pubblicazione, che il contesto pandemico ha incrementato un peggioramento delle condizioni psicopatologiche delle persone in tutto il mondo (ad esempio, Ahmad et al., 2021; Emery et al., 2021). Dunque, i sintomi depressivi e i sintomi ansiosi potevano essere annoverati tra i possibili moderatori nella relazione tra l'attaccamento adulto (nelle due dimensioni di ansietà ed evitamento) e il benessere psicologico. Ipotizzando che, nel caso in cui fossero presenti tali sintomi, questi potessero fungere da moderatori sul benessere psicologico, abbassandone i livelli.

Dai risultati emersi da questa seconda ipotesi di ricerca è stato confermato un effetto diretto dell'ansietà, come elemento dell'attaccamento adulto, sul benessere psicologico; l'effetto significativo appare negativo, perciò, all'aumentare dell'ansietà risulta un abbassamento del benessere psicologico. Questo fattore è stato confermato dalla letteratura sul tema poiché l'attaccamento sicuro, di norma, viene considerato un buon predittore di un livello di benessere psicologico più elevato, mentre, al contrario l'attaccamento insicuro registra un incremento degli effetti negativi sul benessere psicologico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003).

Per quanto riguarda i sintomi depressivi, è emerso come nella relazione tra questi e il benessere psicologico vi sia un effetto diretto significativo, elemento in accordo con la letteratura che attribuisce, durante la crisi pandemica, ad un alto livello di sintomi depressivi un benessere psicologico minore (Gasteiger et al., 2021; Paleari et al., 2021). Questo requisito potrebbe, infatti, aver esacerbato delle condizioni preesistenti alla pandemia da Covid-19. In proposito degli studi sul benessere psicologico hanno confrontato dati pre-pandemici con dati raccolti durante la pandemia, ed è stato registrato un aumento di queste sintomatologie (Gasteiger et al., 2021; Paleari et al., 2021). Per quanto riguarda il benessere psicologico individuale durante il periodo pandemico è stato possibile osservare alcuni studi in cui è stato registrato un incremento delle problematiche relative ai disturbi psicologici, quali la depressione in confronto ai livelli pre-pandemici,

in particolar modo di giovani adulti e donne giovani adulte (Paleari et al., 2021). In generale, infatti, i dati sulla pandemia mostrano come in tutto il mondo si siano acuiti o siano nati sintomi relativi ad ansia e a depressione in risposta al Covid-19 (Moccia et al., 2020).

Tuttavia, in questa seconda ipotesi di ricerca, le altre relazioni tra variabili non risultano significative. Una tra queste, quella che vede una relazione diretta dell'evitamento dell'attaccamento adulto col benessere psicologico che, per lo stesso motivo trattato nel paragrafo precedente, potrebbero non essere significativa per svariati motivi: primariamente potrebbe riguardare il fatto che nell'attaccamento adulto evitante avviene un costante allontanamento dalle situazioni che potrebbero portare all'espressione emotiva (Mikulincer & Shaver, 2003, 2019; Moccia et al., 2020) e per questo il benessere psicologico potrebbe, apparentemente, risultare invariato. Stessa spiegazione potrebbe essere impiegata per l'analisi che coinvolge la moderazione tra le variabili di evitamento dell'attaccamento, depressione e ansia, sul benessere psicologico. Anche in questo caso sia i sintomi depressivi che i sintomi ansiosi potrebbero non influire, dunque non moderare, il rapporto con il benessere psicologico.

Seppur controintuitivo, anche l'ansietà dell'attaccamento adulto non sembra essere moderata dai sintomi ansiosi, non portando, perciò, ad una modificazione del benessere psicologico. Ciò appare in controtendenza poiché l'ansietà dell'attaccamento adulto è caratterizzata da sovrabbondanza di atteggiamenti dipendenti di modo da cercare continuamente l'attenzione altrui; a maggior ragione ciò si acuisce in momenti di crisi particolarmente importanti (Mikulincer et al. 1993, in Mikulincer & Shaver, 2003) come è accaduto per la pandemia (Moccia et al., 2020).

L'analisi che concerne l'unica effettiva moderazione tra le variabili di ansietà dell'attaccamento adulto, sintomi depressivi e benessere psicologico appare, invece, significativa. In questo caso vi è una concreta moderazione da parte dei sintomi depressivi; poiché all'aumentare di questi ultimi appare un aumento di intensità delle variabili di attaccamento ansioso col benessere psicologico (tra le quali vi è una relazione inversa): perciò all'aumentare dei sintomi depressivi aumenta anche l'impatto del basso benessere psicologico nelle persone con un attaccamento ansioso. Per confermare questa ipotesi sono stati confrontati due gruppi di variabili che hanno dato modo di evidenziare come laddove vi fossero sintomi depressivi, in una condizione di attaccamento ansioso,

il benessere psicologico fosse intaccato in modo evidente; mentre, laddove i sintomi depressivi fossero bassi o irrilevabili il benessere psicologico fosse intaccato in maniera meno vertiginosa. Ciò porta a sottolineare come i sintomi depressivi siano decisivi nel condizionare il benessere psicologico. Dunque, i sintomi depressivi sono risultati moderatori dell'influenza negativa dell'ansia di morte sul benessere psicologico. Questo è effettivamente in linea con la letteratura. Innanzitutto, lo stile di attaccamento risulta determinante non solo perché in relazione con le scelte del partner in età adulta, ma anche perché indirizza il benessere psicologico: se lo stile sicuro è contrassegnato da un buon livello di benessere psicologico, l'attaccamento insicuro-ansioso e insicuro-evitante, invece, sono legati ad un benessere psicologico più basso (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2003). Inoltre, in alcune ricerche è emerso che lo stile sicuro (per i motivi citati sopra) e quello evitante ritraevano un fattore protettivo valido a far fronte alla pandemia, per il fatto che lo stile evitante tende all'isolamento per regolare il disagio (Moccia et al., 2020); dunque, è ragionevole dedurre che nello stile di attaccamento ansioso l'isolamento possa aver contribuito a far emergere o esacerbare i sintomi depressivi, e che questi abbiano portato ad un benessere psicologico inferiore. Inoltre, è stato osservato che le strategie iperattivanti tipiche dello stile di attaccamento ansioso, sembrerebbero portare ad una reazione verso eventi stressanti e ad un aumento di fattori associabili al disagio psicologico, come un aumento della depressione (Mikulincer et al., 1993 citato in Mikulincer & Shaver, 2003).

6.2 Conclusioni

In conclusione, la presente ricerca ha permesso di indagare la condizione psicologica delle giovani donne adulte durante la pandemia avvenuta in Italia, effettuandone un riscontro con la raccolta dati a circa un anno dalle prime chiusure. Attraverso lo studio quantitativo di determinate variabili psicologiche è stato possibile confrontare i risultati con la letteratura esistente sulle teorie principali su cui è stato basato l'intero studio empirico. Questo lavoro ha solcato il panorama delle ricerche psicologiche concernenti l'ansia di morte, l'attaccamento adulto e il benessere eudaimonico.

Riassumendo, la presente trattazione ha potuto evidenziare il fatto che i dati raccolti hanno confermato che l'attaccamento adulto, sia nella dimensione dell'ansietà

che nella dimensione dell'evitamento, hanno una relazione diretta e negativa con il benessere psicologico: perciò, sia per quanto riguarda l'ansietà che per l'evitamento, il benessere psicologico tende a calare. Dunque, l'attaccamento adulto di tipo insicuro, in generale produce un minor benessere psicologico.

Il modello di mediazione ha confermato un'effettiva modifica delle variabili prese in considerazione: l'ansia di morte totale, l'attaccamento adulto ansioso e il benessere psicologico totale. Il mediatore di tale modello, ovvero l'ansietà dell'attaccamento adulto, ha presentato dei punteggi che ne hanno evidenziato un'ottima significatività, per questo ha svolto concretamente il ruolo di mediatore nella relazione tra l'ansia di morte (totale) e il benessere psicologico; perciò, ad un aumento dell'ansia di morte viene incrementato l'attaccamento ansioso, che a sua volta, grazie ad una correlazione negativa, diminuisce il livello di benessere psicologico; pertanto l'attaccamento insicuro risulta mediare l'influenza predittiva negativa dell'ansia di morte sul benessere psicologico. Il modello risulta in linea con la letteratura, poiché è stato osservato come le persone con attaccamento insicuro ansioso, quando entrano in contatto con l'esposizione al promemoria di morte rivelano terrore sia conscio che inconscio, rendendo le difese contro il terrore della morte non efficaci.

Sempre per quanto riguarda il modello di mediazione appena esposto è stato possibile indagare nello specifico la relazione dell'ansia di morte "Tu" e ansia di morte "Altri" (sottogruppi delle scale relative all'ansia di morte totale) facendo emergere altri particolari interessanti: il modello di mediazione tra ansia di morte "Altri" in relazione con il benessere psicologico totale, vede nella dimensione dell'ansietà dell'attaccamento adulto una mediazione significativa. Ovvero, un aumento dell'ansia di morte provata verso gli altri correla positivamente con l'attaccamento ansioso: a maggiore ansia di morte corrisponde maggiore ansietà dell'attaccamento, e a maggiore ansietà dell'attaccamento diminuisce il benessere psicologico (essendoci una correlazione negativa tra le due); pertanto, anche in questo caso l'attaccamento insicuro media l'influenza predittiva negativa dell'ansia di morte sul benessere psicologico. Anche questa circostanza è sostenuta dalla letteratura, tuttavia, alcuni studi incentrati sul genere hanno registrato una differenza riguardante un incremento dell'ansia di morte verso sé stessi da parte delle donne. I dati del presente studio potrebbero essere interpretati sotto la lente del modello *Terror Management Health Model – Pandemic* (TMHM-P) a cui è possibile

ricondurre i comportamenti e gli atteggiamenti attuati durante la pandemia in risposta ai pensieri di morte consci e inconsci innescati, appunto, dal Covid-19. L'ansia di morte diretta verso gli altri potrebbe essere stata incrementata proprio dalla pandemia: la paura esistenziale per la morte si è trasformata in una forma di paura più "concreta" facendo emergere una paura diretta verso le altre persone. Considerando che le partecipanti allo studio hanno vissuto, per via delle restrizioni sanitarie, un periodo che ha vietato loro di stare accanto ai propri cari, e per questo acuendo le paure e l'incertezza favorendo così un sovraccarico della propria salute psicologica. Inoltre, le difese prossimali attuate per contrastare le minacce dell'ansia di morte, come i comportamenti sanitari per fronteggiare il virus (lavarsi spesso le mani, l'utilizzo delle mascherine chirurgiche, l'uso di igienizzanti, ecc…) potrebbero aver spinto le persone ad acquisire più sicurezza rispetto alla propria incolumità, a discapito, però, dall'ansia di morte provata verso ai propri cari che, essendo lontani e inavvicinabili, ha lasciato una profonda incertezza e uno stato di costante allerta per la salute altrui. Inoltre, per quanto riguarda le persone con un attaccamento insicuro-ansioso, essendo più inclini ad utilizzare a livello interpersonale dei comportamenti iperattivanti - quindi il cercare costantemente di monitorare il *caregiver* per sforzarsi di mantenerne la vicinanza, riducendo il più possibile la distanza fisica (oltre che quella cognitiva ed emotiva) -, potrebbero essere state in apprensione per le persone care proprio per la paura di non avere controllo e per paura dell'abbandono.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca è stato confermato che tra i sintomi depressivi e il benessere psicologico vi sia un effetto diretto significativo; condizione in linea con la letteratura che attribuisce ad un alto livello di sintomi depressivi ad un benessere psicologico minore. Questa condizione potrebbe, infatti, aver esacerbato delle condizioni preesistenti alla pandemia da Covid-19. Per quanto riguarda il benessere psicologico individuale durante il periodo pandemico anche in questo caso i dati mostrano una familiarità con la letteratura recente in cui è stato registrato un incremento delle problematiche relative ai disturbi psicologici, quali la depressione in confronto ai livelli pre-pandemici, in particolar modo di giovani adulti e donne giovani adulte.

Benché in controtendenza, come si evince dalla letteratura, l'ansietà dell'attaccamento adulto non è implicata nel modello di moderazione dai sintomi ansiosi, non variando in modo significativo il livello di benessere psicologico.

Il modello di moderazione, invece, è stato in parte confermato. Le variabili esaminate dell'attaccamento adulto ansioso sull'*outcome*, il benessere psicologico, vengono moderate dai sintomi depressivi. Infatti, laddove vi fossero sintomi depressivi, in una condizione di attaccamento ansioso, il benessere psicologico veniva intaccato in modo evidente, mentre, nel caso in cui i sintomi depressivi fossero ad un livello minimo o non fossero affatto rilevabili il benessere psicologico veniva intaccato in maniera meno importante. Ciò porta a concludere come i sintomi depressivi siano decisivi nel condizionare il benessere psicologico; pertanto, i sintomi depressivi moderano l'influenza predittiva negativa dell'ansia dell'insicurezza dell'attaccamento sul benessere psicologico. Anche in questo caso è possibile affermare che i dati coincidono con la letteratura esistente. Innanzitutto, se lo stile sicuro è contrassegnato da un buon livello di benessere psicologico, gli stili insicuro-ansioso e insicuro-evitante, invece, sono legati ad un benessere psicologico più basso. Inoltre, lo stile sicuro e quello evitante sono riconducibili a un fattore protettivo valido a far fronte alla pandemia, poiché lo stile evitante tende all'isolamento per regolare il disagio, dunque, è ragionevole dedurre che nello stile di attaccamento ansioso, l'isolamento possa aver contribuito a far emergere o esacerbare i sintomi depressivi, e che questi abbiano portato ad un benessere psicologico inferiore. Infine, le strategie iperattivanti tipiche dello stile di attaccamento ansioso porterebbero a reagire innanzi a eventi stressanti aumentando i livelli di depressione.

6.3 Limiti e prospettive future

Uno degli elementi che vanno a sfavore del presente studio è il fatto che il campione non era particolarmente numeroso, inoltre, la scelta mirata di concentrarsi solo sulle giovani donne adulte, ha sì permesso di analizzare nello specifico questa categoria, ma ha anche impedito di poter esaminare il problema confrontandolo con altre categorie, come ad esempio i giovani uomini adulti, ma anche il confronto con più range di età, elementi che avrebbe potuto dare all'intero progetto più spunti di analisi.

Inoltre, la ricerca è stata portata avanti senza l'ausilio di un questionario specifico che misurasse la variabile "Covid", (in quanto elemento che semplicemente fa da sfondo/contesto al disegno di ricerca).

Infine, un altro elemento utile sarebbe quello di confrontare dati precedenti al periodo pandemico e dati più recenti "post-pandemia" con un follow-up longitudinale.

Avere un confronto con i dati precedenti sarebbe stato fondamentale per proporre delle comparazioni interessanti concernenti le variabili di studio.

APPENDICE

Protocollo di ricerca nella piattaforma Google Moduli

Gentile partecipante, ti proponiamo di aderire ad uno studio *online* il cui scopo è quello di studiare come alcune caratteristiche personali, quali lo stile individuale di relazione, e le credenze sulla morte e l'inflessibilità psicologica influenzano il benessere psicologico.

DESCRIZIONE

Il questionario è diviso nelle seguenti parti principali:

1) come la persona vive generalmente le relazioni con un partner - 36 domande
2) il benessere psicologico - 54 domande
3) il tono dell'umore e tristezza - 9 domande
4) lo stato dell'ansia - 7 domande
5) la paura della morte - 28 domande.

Il tempo previsto per la compilazione è di circa 20 minuti.

TRATTAMENTO DATI

Tutte le informazioni raccolte in questa ricerca saranno trattate nel rispetto delle vigenti leggi D.Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I tuoi dati saranno analizzati in modo anonimo e con tutti i criteri che garantiscono la massima riservatezza, utilizzati unicamente ai fini della ricerca medesima.

Il responsabile della ricerca è il Prof. Vincenzo Calvo, afferente al Dipartimento FISPPA dell'Università di Padova. Il responsabile della ricerca si impegna ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente in termine di raccolta, trattamento e conservazione di dati sensibili. Ogni partecipante ha in ogni momento facoltà di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.196/2003. I dati, raccolti ed elaborati in forma aggregata e anonima, potranno essere inseriti in pubblicazioni e/o presentati a congressi o seminari scientifici. Il trattamento dei tuoi dati sarà avviato solo con la sottoscrizione di tale consenso.

DICHIARO:

- Di essere maggiorenne
- Di aderire volontariamente alla realizzazione della ricerca in qualità di partecipante
- Di essere a conoscenza degli obiettivi e delle finalità di tale progetto di ricerca
- Di essere a conoscenza che i dati ricavati, nell'assoluto anonimato, saranno trattati esclusivamente per fini didattici e di ricerca
- Di essere consapevole che non è prevista la possibilità di ottenere la restituzione dei dati raccolti una volta inviati.

Per eventuali chiarimenti è possibile contattare il Prof. Vincenzo Calvo, e-mail: vincenzo.calvo@unipd.it.
Grazie mille per il tuo prezioso contributo!

Proseguendo nella compilazione del questionario esprimo il consenso a partecipare alla ricerca.

Questionario demografico

Indica la data di oggi: ____ /____/____

Informazioni sul partecipante

Sesso: ○ Maschio ○ Femmina ○ Altro

Data di nascita: ____ /____/____

Segna il tuo livello linguistico

- Madrelingua
- Ottimo
- Buono
- Principiante

Nazionalità: ○ Italiana ○ Altro

Dove hai vissuto da marzo maggio 2020? ○ Italiana ○ Altro

Scrivi la città nella quale hai vissuto da marzo maggio 2020

_____

Con chi hai vissuto da marzo maggio 2020? (puoi segnare più di una risposta)

- Da solo/a
- Con i miei coinquilini
- Famiglia d'origine (mamma, papà, fratelli/sorelle)
- Famiglia (partner/figli)
- Con i miei amici
- Altro

Dove vivi attualmente? ○ Italia ○ Altro

Con chi vivi attualmente? (puoi segnare più di una risposta)

- Da solo/a
- Con i miei coinquilini
- Famiglia d'origine (mamma, papà, fratelli/sorelle)
- Famiglia (partner/figli)
- Con i miei amici
- Altro

Titolo di studio

- Dottorato
- Master di II livello
- Master di I livello
- Laurea magistrale
- Laurea triennale
- Scuola secondaria di secondo grado (diploma)
- Altro

Quale è la tua attuale occupazione?

- Studente/ssa
- Studente/ssa lavoratore/lavoratrice
- Tirocinante/stagista
- Occupato
- Inoccupato (in cerca della prima occupazione)
- Disoccupato

Se disoccupato hai perso il lavoro per motivi legati alla pandemia da covid-19?

○ No ○ Sì

Se occupato (oppure occupato durante il primo lockdown), che lavoro svolgi/svolgevi?

_____

Quale è il tuo stato civile attuale?

- Celibe/nubile
- Sposato/a
- Separato/a
- Divorziato/a
- Unito/a civilmente

Attualmente hai una relazione stabile con un/una partner? ○ No ○ Sì

Se sì, da quanto tempo (anni e mesi)?

_____

Se sì, vivi insieme al/alla tuo/a partner? ○ No ○ Sì

Se sì da quanto vivete insieme (anni e mesi)?

_____

Hai figli/e? ○ No ○ Sì

Se sì, elencare età e sesso di ciascuno

_____

Questionario ECR-R

(Fraley et al., 2000b; trad. it. Calvo, 2008)

Le seguenti affermazioni si riferiscono a come ti senti nelle relazioni sentimentali. Siamo interessati al modo in cui generalmente vivi le relazioni, e non soltanto a ciò che sta succedendo in una relazione attualmente in corso. Rispondi ad ogni affermazione indicando la misura del tuo accordo o disaccordo, cliccando sulla casella corrispondente.

Nel rispondere tieni presente che per "partner" s'intende solamente un partner sentimentale (ad esempio la propria ragazza o il proprio ragazzo, la fidanzata o il fidanzato, il coniuge) e quindi non parenti, amici o colleghi. Inoltre, tieni presente che le parole "vicino" o "intimo" si riferiscono alla vicinanza psicologica o emotiva (ad esempio aprirsi, confidarsi, condividere emozioni ed esperienze), oltre che a quella fisica o sessuale.

	Forte disaccordo		**Neutrale/Misto**			**Forte accordo**	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Preferisco non mostrare al partner come mi sento dentro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ho paura di perdere l'amore del mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mi sento a mio agio nel condividere con il partner i miei pensieri e sentimenti più personali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Spesso temo che il mio partner non voglia più stare con me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Trovo difficile concedermi di fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Spesso ho paura che il mio partner non mi ami veramente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mi sento molto a mio agio quando mi trovo in intimità con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Temo che il partner non tenga a me quanto io tengo a lui/lei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Non mi sento a mio agio ad aprirmi con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Spesso desidero che i sentimenti del mio partner verso di me siano forti quanto i miei verso di lui/lei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Preferisco non avere eccessiva intimità con il partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Mi preoccupo molto per le mie relazioni sentimentali.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mi sento a disagio quando il partner vuole essermi molto vicino/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando il mio partner non è con me, temo che possa interessarsi a qualcun altro.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Trovo abbastanza facile entrare in intimità con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Quando manifesto i miei sentimenti al partner, temo che lui/lei non senta le stesse cose per me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Non è difficile per me entrare in intimità con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Raramente mi preoccupo del fatto che il mio partner possa lasciarmi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Di solito parlo con il mio partner dei miei problemi e delle mie preoccupazioni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Il mio partner mi fa dubitare di me stesso/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mi è d'aiuto rivolgermi al mio partner nei momenti di bisogno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Non mi preoccupo spesso abbandonato/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Al mio partner dico quasi tutto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Trovo che il mio partner non voglia essere intimo con me quanto io vorrei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dialogo e mi consulto sulle cose con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Capita a volte che i sentimenti del partner nei miei confronti cambino senza una ragione apparente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. M'innervosisco quando il partner si avvicina troppo a me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. A volte il mio desiderio di stabilire un rapporto molto stretto fa allontanare le persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Mi sento a mio agio a fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Temo che non piacerei al partner, se mi conoscesse per come sono veramente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Per me è facile fare affidamento sul partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. "Divento matto/a" se non ricevo dal mio partner l'affetto e il sostegno di cui ho bisogno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Per me è facile essere affettuoso/a con il mio partner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Temo di non essere all'altezza delle altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Il mio partner capisce veramente me e i miei bisogni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Il mio partner sembra accorgersi di me solo quando sono arrabbiato/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Questionario PWB - 54

(Ryff et al., 2021)

Per cortesia, esprimi il tuo grado di accordo con le affermazioni che seguono cliccando per ognuna un numero da 1 a 6, dove 1 = Non sono d'accordo e 6 = Sono perfettamente d'accordo.

	Non sono d'accordo				**Sono d'accordo**	
	1	2	3	4	5	6
1. Le richieste della vita di tutti i giorni spesso mi abbattono.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tendo a concentrarmi sul presente perché il futuro sicuramente mi darà problemi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Le mie attività quotidiane mi sembrano banali e insignificanti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Non ho ancora una buona percezione di quello che sto cercando di fare nella vita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Di solito mi pongo degli obiettivi, ma ora fare ciò mi sembra una perdita di tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mi piace fare progetti per il futuro e lavorare perché essi si possano realizzare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sono abile a gestire il tempo, cosicché posso adattarmi a tutte le cose che devono essere fatte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Invidio molte persone per la vita che conducono.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. La mia vita quotidiana è molto impegnata, ma provo un senso di soddisfazione nell'essere all'altezza della situazione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Alcune persone sono senza progetti, ma io non sono una di quelle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Mi sento frustrato quando cerco di pianificare le mie attività quotidiane perché non porto mai a termine le cose che mi propongo di compiere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ho difficoltà a programmare la mia vita in modo soddisfacente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Ho rinunciato a grossi miglioramenti o cambiamenti nella mia vita già da molto tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. In definitiva non sono sicuro che la mia vita abbia molto significato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. La maggior parte delle persone mi trova piacevole ed affettuoso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Non sto bene con la gente e nell'ambiente che mi circonda.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Spesso mi sento isolato perché ho poche vere amicizie con cui condividere le mie preoccupazioni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Non ho molte persone che vogliono ascoltarmi quando ho bisogno di parlare.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ho la sensazione che gli amici mi stiano dando molto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Mi sembra che la maggior parte delle altre persone abbia più amici di me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Non ho avuto esperienza di molte relazioni calorose e di fiducia con gli altri.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. So che mi posso fidare dei miei amici ed essi sanno che possono fidarsi di me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Partecipo ai problemi dei miei amici così come loro partecipano ai miei.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Tendo a preoccuparmi di quello che le altre persone pensano di me.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Trovo che sia stressante non essere all'altezza delle cose che devo compiere ogni giorno.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Non ho paura di esprimere le mie opinioni, anche se esse sono contrarie a quelle della maggior parte delle altre persone.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Tendo ad essere influenzato dalle persone che hanno forte personalità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ho fiducia nelle mie opinioni anche se esse sono contrarie a quelle degli altri.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Per me è difficile esprimere le mie opinioni su questioni controverse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Spesso cambio parere se i miei amici o familiari sono d'accordo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Giudico me stesso secondo ciò che penso sia importante e non per ciò che gli altri pensano sia importante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sono soddisfatto di come sono andate le cose nella mia vita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. In generale mi sento fiducioso e sicuro nei confronti di me stesso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Sono soddisfatto della maggior parte degli aspetti della mia personalità.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Se fossi infelice della mia situazione di vita farei certamente qualcosa per cambiarla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Molte volte non mi sento soddisfatto dei risultati ottenuti nella mia vita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Il più delle volte mi sento orgoglioso di chi sono e della vita che conduco.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sono una persona attiva nel mettere in pratica i progetti che mi sono prefissato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. L'atteggiamento che ho nei miei confronti forse non è così positivo come quello che gli altri hanno verso sé stessi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. I miei progetti di vita sono stati più una fonte di soddisfazione che di frustrazione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Il passato ha avuto i suoi alti e bassi, ma in generale non vorrei cambiarlo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Quando mi confronto con amici e familiari sono soddisfatto per quello che sono.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sono stato capace di costruirmi una casa e uno stile di vita che mi soddisfa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. In generale, ho la sensazione di imparare sempre di più di me stesso col passare del tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Penso sia importante avere nuove esperienze che ti aiutino a confrontare l'opinione che hai di te e del mondo circostante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. Quando ci penso, non sono migliorato molto come persona negli anni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Secondo me la gente di ogni età può continuare a crescere e svilupparsi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Col tempo ho acquisito molta consapevolezza che mi ha permesso di diventare una persona più forte e capace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
49. Ho la sensazione di essere "cresciuta" molto come persona con il passare del tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

50. Per me la vita è stata un continuo processo di apprendimento, cambiamento e crescita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Sono contento che le mie vedute siano cambiate e maturate col tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Le mie decisioni non sono di solito influenzate da quello che qualcun altro sta facendo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. Per me è più importante essere soddisfatto di me stesso piuttosto che avere l'approvazione degli altri.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Generalmente me la cavo bene nel prendermi cura delle mie finanze personali e dei miei affari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Il più delle volte mi sento orgoglioso di chi sono e della vita che conduco.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sono una persona attiva nel mettere in pratica i progetti che mi sono prefissato.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. L'atteggiamento che ho nei miei confronti forse non è così positivo come quello che gli altri hanno verso sé stessi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. I miei progetti di vita sono stati più una fonte di soddisfazione che di frustrazione.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41. Il passato ha avuto i suoi alti e bassi, ma in generale non vorrei cambiarlo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42. Quando mi confronto con amici e familiari sono soddisfatto per quello che sono.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sono stato capace di costruirmi una casa e uno stile di vita che mi soddisfa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44. In generale, ho la sensazione di imparare sempre di più di me stesso col passare del tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45. Penso sia importante avere nuove esperienze che ti aiutino a confrontare l'opinione che hai di te e del mondo circostante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46. Quando ci penso, non sono migliorato molto come persona negli anni.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47. Secondo me la gente di ogni età può continuare a crescere e svilupparsi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48. Col tempo ho acquisito molta consapevolezza che mi ha permesso di diventare una persona più forte e capace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

49. Ho la sensazione di essere "cresciuta" molto come persona con il passare del tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50. Per me la vita è stata un continuo processo di apprendimento, cambiamento e crescita.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51. Sono contento che le mie vedute siano cambiate e maturate col tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52. Le mie decisioni non sono di solito influenzate da quello che qualcun altro sta facendo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
53. Per me è più importante essere soddisfatto di me stesso piuttosto che avere l'approvazione degli altri.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54. Generalmente me la cavo bene nel prendermi cura delle mie finanze personali e dei miei affari.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Questionario PHQ-9

(Kroenke et al., 2001)

A) Durante le ultime due settimane, con quale frequenza sei stato/a disturbato/a da qualcuno dei seguenti problemi?

(0 = mai; 1 = alcuni giorni; 2 = più di metà dei giorni; 3 = quasi tutti i giorni)

	Mai 0	Alcuni giorni 1	Più di metà dei giorni 2	Quasi tutti i giorni 3
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose.	☐	☐	☐	☐
2. Sentirsi giù, depresso o disperato.	☐	☐	☐	☐
3. Difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno o dormire troppo.	☐	☐	☐	☐
4. Sentirsi stanco o avere poca energia.	☐	☐	☐	☐
5. Scarso appetito o mangiare troppo.	☐	☐	☐	☐
6. Sentirsi in colpa o di essere un fallito o di aver danneggiato sé stesso o la sua famiglia.	☐	☐	☐	☐
7. Difficoltà a concentrarsi sulle cose, come leggere il giornale o guardare la televisione.	☐	☐	☐	☐
8. Muoversi o parlare così lentamente tanto che anche gli altri se ne accorgevano o, al contrario, essere così irrequieto o agitato da doversi muovere da ogni parte molto più del solito.	☐	☐	☐	☐
9. Pensare che sarebbe meglio essere morto o di farsi del male in qualche modo.	☐	☐	☐	☐
B) Se hai riscontrato la presenza di qualcuno dei problemi indicati nel presente questionario, in che misura quei problemi ti hanno creato difficoltà nel lavoro, nel prendersi cura delle cose a casa o nello stare insieme agli altri?	Nessuna difficoltà ☐	Qualche difficoltà ☐	Notevole difficoltà ☐	Estrema difficoltà ☐

Questionario GAD-7

(Spitzer et al., 2006)

Nelle ultime due settimane con quale frequenza ti ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

(0= Mai; 1= Alcuni giorni; 2= giorni; 3= Quasi tutti i giorni).

	Mai 0	Alcuni giorni 1	Per oltre la metà dei giorni 2	Quasi tutti i giorni 3
1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a.	☐	☐	☐	☐
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni.	☐	☐	☐	☐
3. Preoccuparsi troppo per varie cose.	☐	☐	☐	☐
4. Avere difficoltà a rilassarsi.	☐	☐	☐	☐
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a.	☐	☐	☐	☐
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente.	☐	☐	☐	☐
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile.	☐	☐	☐	☐

Questionario Collet-Lester (3.0)

(Lester & Abdel-Khalek, 2003)

Quanto ti disturbano o ti creano ansia i seguenti aspetti della morte e del morire inteso come processo?

Leggi ogni riga e rispondi velocemente. Non ragionare troppo sulle risposte. Si vogliono qui raccogliere soltanto le tue prime impressioni, anche se momentanee. Indica il numero che meglio rispecchia i tuoi sentimenti, tenendo conto che: 1= per niente; 3= abbastanza; 5= molto.

LA TUA MORTE

	Molto		**Abbastanza**		**Per niente**
	5	4	3	2	1
1. Il fatto che la tua morte riguardi soltanto te.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il fatto che la vita sia troppo corta.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Perderti tutto ciò che avverrà dopo la tua morte.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Morire giovane.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cosa si prova da morti.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Non poter mai più pensare o sentire nulla.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Il deteriorarsi del tuo corpo dopo la morte.	☐	☐	☐	☐	☐

IL TUO MORIRE COME PROCESSO

	Molto		**Abbastanza**		**Per niente**
	5	4	3	2	1
1. La degenerazione corporea coinvolta nel processo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il dolore che potresti provare morendo.	☐	☐	☐	☐	☐
3. La perdita di capacità intellettive che avviene invecchiando.	☐	☐	☐	☐	☐

4. La perdita di capacità fisiche che può avvenire morendo.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Non sapere se avrai la forza di affrontare la tua morte mentre avviene.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il fatto che non potrai intervenire più di tanto sul processo della tua morte.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Il fatto che potresti morire in un ospedale, lontano da amici e parenti.	☐	☐	☐	☐	☐

LA MORTE DEGLI ALTRI

	Molto		**Abbastanza**		**Per niente**
	5	4	3	2	1
1. Perdere qualcuno che ti è caro.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dover vedere il corpo morto della persona.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Non poter mai più comunicare con quella persona.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Rimpiangere di non esser stati abbastanza gentili con la persona quando era in vita.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Invecchiare senza più quella persona accanto.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sentirti in colpa perché ti senti sollevato dalla morte della persona.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Provare solitudine senza quella persona.	☐	☐	☐	☐	☐

IL MORIRE DEGLI ALTRI COME PROCESSO

	Molto		**Abbastanza**		**Per niente**
	5	4	3	2	1
1. Dover passare del tempo con qualcuno che sta morendo.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il fatto che quella persona voglia parlare della morte con te.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Guardare questa persona mentre soffre.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Assistere alla degenerazione corporea di questa persona.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Non sapere come affrontare il tuo dolore in sua presenza.	☐	☐	☐	☐	☐

6. Assistere alla perdita delle sue capacità intellettive.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Realizzare che prima o poi succederà anche a te.	☐	☐	☐	☐	☐

CONCLUSIONE

Gentile partecipante, grazie per il tuo prezioso contributo! Come esplicitato all'inizio del questionario ti chiediamo se desideri essere ricontattato/a. In caso affermativo ti chiediamo di scrivere la tua e-mail nello spazio sotto dedicato. Ti ricordiamo inoltre che non si è vincolati ai fini del questionario e che i tuoi dati saranno trattati garantendo l'anonimato. Se non vuoi essere ricontattato, premi direttamente "invia". Inoltre, se vuoi, puoi lasciare le tue osservazioni e i tuoi commenti.

Grazie ancora da parte di tutto il nostro team di ricerca!

E-MAIL DEL/LA PARTECIPANTE PER CONTATTO SUCCESSIVO

_____

COMMENTI AGGIUNTIVI

_____

BIBLIOGRAFIA

Ahmad, M., Floris, M. M., Leone, C., & Piga, V. (2021). L'impatto psicologico dell'epidemia di COVID-19 sugli operatori sanitari nel periodo iniziale dell'emergenza: Una breve e rapida revisione sistematica. *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 6.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Arndt, J., & Goldenberg, J. L. (2017). Where health and death intersect: Insights from a terror management health model. *Current directions in psychological science*, *26*(2), 126–131.

Arndt, J., & Vess, M. (2008). Tales from existential oceans: Terror management theory and how the awareness of our mortality affects us all. *Social and Personality Psychology Compass*, *2*(2), 909–928.

Barbara, G., Facchin, F., Micci, L., Rendiniello, M., Giulini, P., Cattaneo, C., Vercellini, P., & Kustermann, A. (2020). COVID-19, lockdown, and intimate partner violence: Some data from an Italian service and suggestions for future approaches. *Journal of women's health*, *29*(10), 1239–1242.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.

Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.

Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, *4*(2), 166–170.

Bojanowska, A., Kaczmarek, Ł. D., Koscielniak, M., & Urbańska, B. (2021). Changes in values and well-being amidst the COVID-19 pandemic in Poland. *PloS one*, *16*(9), e0255491.

Bowlby. (1989). *Una base sicura* (Vol. 43). Cortina.

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

Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino.

Bowlby, J. A. (1973). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*, 759–775.

Bozo, Ö., Tunca, A., & Šimšek, Y. (2009). The effect of death anxiety and age on health-promoting behaviors: A terror-management theory perspective. *The Journal of Psychology*, *143*(4), 377–389.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.*

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 3–35.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*(10227), 912–920.

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, *14*(2), 155–195.

Busonera, A., Martini, P. S., Zavattini, G. C., & Santona, A. (2014). Psychometric properties of an Italian version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Scale. *Psychological reports*, *114*(3), 785–801.

Calvo, V. (2008). Il questionario ECR-R: aspetti di validazione della versione italiana dello strumento. *Atti del X Congresso Nazionale AIP–sezione Clinica-Dinamica, Padova*, 275–279.

Carpiniello, B. (2012). *Differenze di Genere e Salute Mentale. Atti della Conferenza Tematica Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*.

Chan, H. C., & Chui, W. H. (2017). The influence of low self-control on violent and nonviolent delinquencies: A study of male adolescents from two Chinese societies. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *28*(5), 599–619.

Codato, M., Testoni, I., & Ronconi, L. (2009). STILE D'ATTACCAMENTO, RAPPRESENTAZIONE DELLA MORTE E FELICITÀ. UN'INDAGINE CONDOTTA CON GLI STUDENTI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *3*(1), 409–416.

Collett, L.-J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The journal of Psychology*, *72*(2), 179–181.

Courtney, E. P., Goldenberg, J. L., & Boyd, P. (2020). The contagion of mortality: A terror management health model for pandemics. *British Journal of Social Psychology*, *59*(3), 607–617.

Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). *Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment.*

Cui, Y.-X., Zhou, X., Zu, C., Zhai, H.-K., Bai, B.-R., Xu, Y.-M., & Li, D. (2020). Benevolent creativity buffers anxiety aroused by mortality salience: Terror management in COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, *11*, 601027.

de Lima, C. V. C., Cândido, E. L., da Silva, J. A., Albuquerque, L. V., de Menezes Soares, L., do Nascimento, M. M., de Oliveira, S. A., & Neto, M. L. R. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of affective disorders*, *275*, 253–254.

Del Giudice. (2011). Sex differences in romantic attachment: A meta-analysis. Personality and social psychology bulletin. *Personality and social psychology bulletin*, *37*(2), 193–214.

Del Giudice, M. (2019). Sex differences in attachment styles. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 1–5.

Del Giudice, M., & Belsky, J. (2010). Sex differences in attachment emerge in middle childhood: An evolutionary hypothesis. *Child Development Perspectives*, *4*(2), 97–105.

Dimoff, J. D., Dao, A. N., Mitchell, J., & Olson, A. (2021). Live free and die: Expanding the terror management health model for pandemics to account for psychological reactance. *Social and Personality Psychology Compass*, *15*(3), e12585.

Elizarrarás-Rivas, J., Vargas-Mendoza, J. E., Mayoral-García, M., Matadamas-Zarate, C., Elizarrarás-Cruz, A., Taylor, M., & Agho, K. (2010). Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC psychiatry*, *10*(1), 1–9.

Emery, R. L., Johnson, S. T., Simone, M., Loth, K. A., Berge, J. M., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on stress, mood, and substance use among young adults in the greater Minneapolis-St. Paul area: Findings from project EAT. *Social Science & Medicine*, *276*, 113826. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113826

*Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle: Selected Papers, with a Historical Introd. By David Rapaport*. International Universities Press.

Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological bulletin*, *144*(5), 532.

Fang, Y., Nie, Y., & Penny, M. (2020). Transmission dynamics of the COVID-19 outbreak and effectiveness of government interventions: A data-driven analysis. *Journal of medical virology*, *92*(6), 645–659.

Florian & Mikulincer. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(3), 725.

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current opinion in psychology*, *25*, 26–30.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000a). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, *78*(2), 350.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000b). The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Questionnaire. *Recuperado de: http://www. psych. uiuc. edu/~ rcfraley/measures/ecrritems. htm*.

*Frankl. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.

Gasteiger, N., Vedhara, K., Massey, A., Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Coupland, C., & Broadbent, E. (2021). Depression, anxiety and stress during the COVID-19 pandemic: Results from a New Zealand cohort study on mental well-being. *BMJ open*, *11*(5), e045325.

Gausman, J., & Langer, A. (2020). Sex and gender disparities in the COVID-19 pandemic. *Journal of Women's Health*, *29*(4), 465–466.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Berkeley adult attachment interview. *Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California, Berkeley*.

Gilbody, S., Richards, D., & Barkham, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ–9 and CORE–OM. *British Journal of General Practice*, *57*(541), 650–652.

Goldenberg, J. L., & Arndt, J. (2008). The implications of death for health: A terror management health model for behavioral health promotion. *Psychological review*, *115*(4), 1032.

Gosling, S. D., & Mason, W. (2015). Internet research in psychology. *Annual review of psychology*, *66*, 877–902.

Grassi, L., Costantini, A., Caruso, R., Brunetti, S., Marchetti, P., Sabato, S., & Nanni, M. G. (2017). Dignity and Psychosocial-Related variables in advanced and nonadvanced cancer patients by using the patient dignity Inventory-Italian version. *Journal of pain and symptom management*, *53*(2), 279–287.

Greenberg, J., & Arndt, J. (2012). Terror management theory. *Handbook of theories of social psychology*, *1*, 398–415.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In *Public self and private self* (pagg. 189–212). Springer.

Gugová, G. R., & Heretik, A. (2011). Gender differences in attachment styles using Slovak version of the Experiences in Close Relationships–Revised (ECR-R). *Acta Educationis Generalis*, *1*(2), 29–36.

Haktanir, A., Can, N., Seki, T., Kurnaz, M. F., & Dilmaç, B. (2021). Do we experience pandemic fatigue? Current state, predictors, and prevention. *Current Psychology*, 1–12.

Hart, J. (2015). The psychology of defensiveness: An integrative security system model of attachment, self-esteem, and worldviews. In *Handbook of Personal security* (pagg. 93–112). Psychology Press.

Hart, J., Shaver, P. R., & Goldenberg, J. L. (2005). Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, *88*(6), 999.

Hayes, J., Schimel, J., Arndt, J., & Faucher, E. H. (2010). A theoretical and empirical review of the death-thought accessibility concept in terror management research. *Psychological bulletin*, *136*(5), 699.

Hazan e Shaver. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. https://doi.org/doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Henley, N., & Donovan, R. J. (2003). Young people's response to death threat appeals: Do they really feel immortal? *Health education research*, *18*(1), 1–14.

Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.

Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2020). *Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2.*

Juhl, J. (2019). Terror management theory: A theory of psychological well-being. In *Handbook of terror management theory* (pagg. 303–324). Elsevier.

Juhl, J., & Routledge, C. (2016). Putting the terror in terror management theory: Evidence that the awareness of death does cause anxiety and undermine psychological well-being. *Current Directions in Psychological Science*, *25*(2), 99–103.

*Jung, C. G. (1933). Modern Man in Search of a Soul; WS Dell & CF Baynes. *Trans. (Harcourt, Brace & World, New York, NY)*.

Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of health psychology*, *11*(6), 863–875.

Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual differences*, *53*(7), 821–826.

Konrath, Chopik, Hsing, & O'Brien. (2014). Changes in adult attachment styles in American college students over time: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16*(9), 606–613.

Landau, M. J., Sullivan, D., & King, L. A. (2010). Terror management and personality: Variations in the psychological defense against the awareness of mortality. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(10), 906–917.

Lehto, R., & Stein, K. F. (2009). *Death anxiety: An analysis of an evolving concept*.

Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death studies*, *14*(5), 451–468.

Lester, D., & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: A correction. *Death studies*, *27*(1), 81–85.

*Lifton. (1979). *The broken connection*.

Lifton, R. (1973). The sense of immortality: On death and the continuity of life. *American journal of psychoanalysis*, *33*(1), 3–15.

L'impatto della pandemia COVID-19 sulle donne (infografica) | Attualità | Parlamento europeo. (2021, marzo 1). https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/society/20210225STO98702/l-impatto-della-pandemia-covid-19-sulle-donne-infografica

Lyke, J. (2013). Associations among aspects of meaning in life and death anxiety in young adults. *Death studies*, *37*(5), 471–482.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, *33*(1), 48–61.

Ma-Kellams, C., & Blascovich, J. (2012). Enjoying life in the face of death: East–West differences in responses to mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, *103*(5), 773.

*Maslow, A. H. (1968). Toward a Psychology of Being, 2nd Edn New York. *NY: Van Nostrand Reinhold.*

McGregor, H. A., Lieberman, J. D., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Simon, L., & Pyszczynski, T. (1998). Terror management and aggression: Evidence that mortality salience motivates aggression against worldview-threatening others. *Journal of personality and social psychology*, *74*(3), 590.

*Menninger, K. A. (1919). Psychoses associated with influenza: I. General data: Statistical analysis. *Journal of the American Medical Association*, *72*(4), 235–241.

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*.

Mikulincer e Shaver. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

Mikulincer, M., & Florian, V. (2000). Exploring individual differences in reactions to mortality salience: Does attachment style regulate terror management mechanisms? *Journal of personality and social psychology*, *79*(2), 260.

Mikulincer, M., Florian, V., Birnbaum, G., & Malishkevich, S. (2002). The death-anxiety buffering function of close relationships: Exploring the effects of separation reminders on death-thought accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(3), 287–299.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). *The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes.*

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *25*, 6–10.

Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., & Sani, G. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: An early report on the Italian general population. *Brain, behavior, and immunity*, *87*, 75–79.

Nayler, C. (2010). *What is self-esteem? 3 theories on the function of self-esteem*. Positive Psychology: http://positivepsychology. org. uk/self-esteemtheory ….

Neimeyer, R. A., Moser, R. P., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: Psychometric considerations. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *47*(1), 45–76.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death studies*, *28*(4), 309–340.

Oker, K., Schmelowszky, Á., & Reinhardt, M. (2021). Comparison of the relationship between death anxiety and depressive and anxiety symptoms among Norwegian and Turkish female psychology students. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *83*(4), 816–830.

Paleari, F. G., Pivetti, M., Galati, D., & Fincham, F. D. (2021). Hedonic and eudaimonic well-being during the COVID-19 lockdown in Italy: The role of stigma and appraisals. *British Journal of Health Psychology*, *26*(2), 657–678.

Parmar, D., Stavropoulou, C., & Ioannidis, J. P. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: Systematic literature review. *Bmj*, *354*.

Patel, M. P., Kute, V. B., Agarwal, S. K., & behalf of COVID, O. (2020). “Infodemic” COVID 19: More Pandemic than the Virus. *Indian journal of nephrology*, *30*(3), 188.

Plusnin, N., Pepping, C. A., & Kashima, E. S. (2018). The role of close relationships in terror management: A systematic review and research agenda. *Personality and Social Psychology Review*, *22*(4), 307–346.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological review*, *106*(4), 835.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, *130*(3), 435.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., & Maxfield, M. (2006). On the Unique Psychological Import of the Human Awareness of Mortality: Theme and Variations. *Psychological Inquiry*, *17*(4), 328–356. https://doi.org/10.1080/10478400701369542

Pyszczynski, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S. (2021). Terror management theory and the COVID-19 pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, *61*(2), 173–189.

Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 52, pagg. 1–70). Elsevier.

Rajkumar, R. P. (2020a). Attachment theory and psychological responses to the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Psychiatria Danubina*, *32*(2), 256–261.

Rajkumar, R. P. (2020b). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, *52*, 102066. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in psychology*, *11*, 1540.

*Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A process conception of psychotherapy*. Boston MA: Houghton Mifflin.

Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*.

Ruiz, M. A., Zamorano, E., García-Campayo, J., Pardo, A., Freire, O., & Rejas, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, *128*(3), 277–286.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069.

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, *83*(1), 10–28.

Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics*, *64*(2), 159–178.

Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science*, *13*(2), 242–248.

Ryff, C. D., Boylan, J. M., & Kirsch, J. A. (2021). Eudaimonic and hedonic well-being. *Measuring well-being*, 92–135.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, *9*(1), 13–39.

Sable, P. (2008). What is Adult Attachment? *Clinical Social Work Journal*, *36*(1), 21–30. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0110-8

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, *16*(1), 1–11.

Sánchez, O. R., Vale, D. B., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *151*(2), 180–187.

Schwartz, S. H. (2006). *Basic human values: An overview*.

Scrima, F., Miceli, S., Caci, B., & Cardaci, M. (2022). The relationship between fear of COVID-19 and intention to get vaccinated. The serial mediation roles of existential anxiety and conspiracy beliefs. *Personality and Individual Differences*, *184*, 111188.

Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., & McKay, R. (2022). Measurement invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) across four European countries during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, *22*(1), 1–9.

Silva, W. A. D., de Sampaio Brito, T. R., & Pereira, C. R. (2021). Anxiety associated with COVID-19 and concerns about death: Impacts on psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, *176*, 110772.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of internal medicine*, *166*(10), 1092–1097.

Strachan, Schimel, Arndt, Williams, Solomon, Pyszczynski, & Greenberg. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33*(8), 1137–1151.

Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Mikulincer, M. (2002). The effects of mortality salience on relationship strivings and beliefs: The moderating role of attachment style. *British journal of social psychology*, *41*(3), 419–441.

Testoni, I. (2012). Essenzialismo tra psicologia sociale e studi di genere: Paradossi italiani intorno alla differenza. *Psicologia sociale*, *7*(2), 285–0.

Testoni, I., Ancona, D., & Ronconi, L. (2015). The ontological representation of death: A scale to measure the idea of annihilation versus passage. *OMEGA-Journal of death and dying*, *71*(1), 60–81.

Testoni, I., Ronconi, L., Cupit, I. N., Nodari, E., Bormolini, G., Ghinassi, A., Messeri, D., Cordioli, C., & Zamperini, A. (2019). The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study. *Death studies*.

Verde, F. (2018). I pathe di Epicuro tra epistemologia ed etica. *Elenchos*, *39*(2), 205–230.

Williams, N. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational medicine*, *64*(3), 224–224.

Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK.

Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *31*(2), 86.

Zamarro, G., Perez-Arce, F., & Prados, M. J. (2020). Gender Differences in the Impact of COVID-19. *KTLA. Accessed on July*, *16*, 2021.

**Opera non direttamente consultata*