



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

Corso di Laurea in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Elaborato finale

PROGETTO “TEEN TOK”: ESPLORARE I LEGAMI TRA ALESSITIMIA, DIFFICOLTÀ DI REGOLAZIONE EMOTIVA E FUNZIONAMENTO INTERPERSONALE NEGLI ADOLESCENTI

“Teen Tok” project: Exploring the Links between Alexithymia,
Emotional Regulation Difficulties and Interpersonal Functioning in
Adolescents

Relatrice

Prof.ssa Silvia Salcuni

Laureanda: Michela Cominelli

Matricola: 2081106

Anno Accademico 2023/2024

Indice

INTRODUZIONE	I
SEZIONE I: COSTRUTTI TEORICI.....	1
1. ADOLESCENZA E ALESSITIMIA.....	1
1.1 Definizione di alessitimia	1
1.2 Le specificità dell'adolescenza	2
1.3 Conseguenze psicologiche, psicopatologiche e comportamentali	4
1.4 Alessitimia e funzionamento interpersonale.....	9
1.5 Cenni ad aspetti eziologici dell'alessitimia.....	12
2. ADOLESCENZA E REGOLAZIONE EMOTIVA	19
2.1 Definizione e caratteristiche della regolazione emotiva	19
2.2 Lo sviluppo della regolazione emotiva in adolescenza.....	21
2.3 Difficoltà di regolazione in adolescenza e conseguenze sul benessere	25
SEZIONE II: LA RICERCA.....	31
3. OBIETTIVI E IPOTESI.....	31
4. METODI E STRUMENTI.....	37
4.1 Il progetto "Teen Tok"	37
4.1.1 La <i>survey</i> online.....	38
4.2 Descrizione del <i>Picture Frustration Study</i>	38
4.3 Il nuovo metodo di codifica per il PFS	40
4.3.1 Il primo livello di codifica: stile interpersonale	43
4.3.2 Il secondo livello di codifica: <i>Level of Personality Functioning</i>	46
4.3.3 Lo scoring collaborativo	47
4.4 Campione	48
4.5 Strumenti di misura	48
4.5.1 La scala TAS-20	48
4.5.2 Il questionario DERS.....	50
4.5.3 Il questionario SITBQ-NS.....	52

4.6 Analisi dei dati	53
5. RISULTATI	57
5.1 Analisi descrittive e differenze di genere.....	57
5.2 Test <i>t di Student</i> per campioni indipendenti: differenze in base al livello di alessitimia.....	63
5.3 Correlazioni.....	68
5.4 Correlazioni parziali.....	71
5.5 Modelli di regressione lineare.....	71
6. CONCLUSIONI	73
6.1 Limiti dello studio	74
6.2 Sviluppi futuri per la ricerca	75
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	I

Introduzione

L'alessitimia, ovvero la difficoltà ad identificare le proprie emozioni, distinguerle dalle reazioni corporee e comunicarle agli altri, è considerata fattore di rischio per lo sviluppo di diverse forme di disagio psicologico ed è intrinsecamente legata alle capacità di regolazione emotiva e alla sfera relazionale del soggetto.

Il presente studio si pone come obiettivo quello di esplorare i legami tra alessitimia, regolazione emotiva e funzionamento interpersonale in un campione non clinico di adolescenti. I dati analizzati sono stati raccolti attraverso la realizzazione del progetto "Teen Tok", che si occupa di valutare il benessere psicologico in ragazzi tra gli 11 e i 19 anni all'interno degli istituti scolastici aderenti e in alcuni centri clinici. Strumento cuore del progetto è il *Picture Frustration Study* (PFS) e, in particolare, il suo nuovo metodo di codifica "COSMO"; quest'ultimo prevede una siglatura di facile utilizzo per la valutazione del funzionamento dei soggetti secondo una prospettiva interpersonale, e si basa su un assessment di tipo collaborativo, che favorisce la partecipazione degli individui che compilano il test al processo di codifica stesso, al fine di giungere ad una migliore comprensione delle proprie modalità di risposta.

In particolare, questo lavoro si propone di analizzare se e come i livelli di alessitimia possano influenzare il benessere degli adolescenti (in termini di strategie di adattamento alla realtà e di funzionamento interpersonale), considerando il potenziale ruolo di mediazione delle difficoltà di regolazione emotiva in tale relazione.

L'elaborato è suddiviso in due sezioni, una legata agli aspetti teorici ed una alla ricerca.

I primi due capitoli sono dedicati alla trattazione dei due costrutti centrali, l'alessitimia e la regolazione emotiva, con particolare focus sulla fascia d'età adolescenziale, sulle possibili conseguenze psicologiche-psicopatologiche e comportamentali ad essi legate e sulle loro implicazioni rispetto alla sfera relazionale-interpersonale del soggetto.

La sezione sperimentale include la descrizione delle ipotesi di ricerca; l'illustrazione della procedura del progetto "Teen Tok" e, in particolare, del nuovo metodo di scoring COSMO; la presentazione e la discussione dei risultati ottenuti dalle analisi e le conclusioni derivanti da questo studio, comprensive di un punto di vista critico che include i limiti della ricerca e alcuni spunti per suoi eventuali sviluppi futuri.

SEZIONE I: costrutti teorici

1. Adolescenza e Alessitimia

1.1 Definizione di alessitimia

Il termine alessitimia deriva dal greco e significa letteralmente “non avere parole per le emozioni” (*a* = mancanza, *lexis* = parola, *thymos* = emozioni) ed è stato concettualizzato per la prima volta da Nemiah e Sifneos negli anni ‘70 nell’ambito dello studio di pazienti affetti da malattie somatiche. I due autori scelsero questa espressione per descrivere un disturbo affettivo-cognitivo caratterizzato da una profonda difficoltà a riconoscere, identificare, nominare e comunicare le proprie emozioni. In particolare, la carenza sarebbe collocabile ad un livello cognitivo-esperienziale dell’emozione, che appare slegato dalla dimensione fisiologica-comportamentale; le sensazioni e le attivazioni corporee-organiche percepite dal soggetto alessitimico non vengono riconosciute ed elaborate da una componente di alto livello di tipo simbolico-verbale (maggiormente cosciente), rimanendo così prive di una rappresentazione. L’assenza di una funzione rappresentazionale e di alfabetizzazione per gli affetti, quindi, non permette al soggetto di significarli, modularli e regolarli in modo efficace a livello psichico, lasciando come unica possibilità di scarica per tali attivazioni solamente il livello corporeo, senza che esse possano tradursi in pensiero e, quindi, in parola comunicabile. Lo stile affettivo-cognitivo osservabile in questi individui esclude in apparenza ogni riferimento agli stati emotivi: la loro modalità di muoversi nel mondo sembra riferirsi ad aspetti prettamente descrittivi e tangibili (come ad esempio il vissuto corporeo) (Marchetti & Cavalli, 2013). Secondo la definizione proposta da Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976, citato da Taylor, 2000), le caratteristiche centrali del costrutto dell’alessitimia sono riassumibili in questi quattro punti:

1. Difficoltà a identificare e descrivere le proprie emozioni;
2. Difficoltà a distinguere i sentimenti dalle sensazioni corporee dell'eccitazione emotiva;
3. Capacità immaginativa limitata (povertà di fantasia e di capacità onirica);
4. Stile cognitivo pragmatico orientato verso l'esterno.

Oltre ad un deficit nella componente cognitivo-esperienziale dei sistemi di risposta alle emozioni, un'altra difficoltà centrale nel funzionamento alessitimico riguarda il livello interpersonale di regolazione degli stati interni. Non essendo capaci di identificare e modulare le proprie emozioni, gli individui con un alto livello di alessitimia possiedono anche una scarsa capacità di comunicare il proprio disagio agli altri in modo funzionale e, di conseguenza, sono poco propensi ed efficaci nel chiedere ed ottenere aiuto e conforto all'interno delle relazioni (Taylor, 2000). Secondo Terminio (2023), un funzionamento alessitimico è percepibile nel momento in cui le parole dei soggetti, invece che aprire ad un autentico dialogo con l'Altro, chiudono il discorso. L'alessitimia può essere in questo paragonata al concetto lacaniano di *olofrase*, espressione derivata dalla linguistica che consiste nell'utilizzo di una singola parola per trasmettere il significato di un'intera frase; nel soggetto alessitimico, al posto di un discorso sulle proprie emozioni in cui si concatenano i diversi significati, si verifica un "congelamento dell'articolazione significante" e tutto viene condensato in quell'unica parola, mettendo in risalto una sorta di cortocircuito nella struttura del linguaggio (Terminio, 2023). Anche da un punto di vista clinico è osservabile nell'alessitimia un intreccio tra mentalizzazione e linguaggio (J. G. Allen et al., 2010): l'assenza di un livello rappresentazionale-simbolico degli affetti corrisponde alla mancata costruzione di un "vocabolario emotivo". Un lessico povero o inesistente per descrivere la propria esperienza emotiva può contribuire a determinare una vita emotiva meno profonda ed articolata e, viceversa, invece, possedere una maggiore ricchezza di risorse lessicali renderebbe più ampia anche la gamma di possibilità di risposta emotiva (J. G. Allen et al., 2010).

1.2 Le specificità dell'adolescenza

La prevalenza dell'alessitimia negli adolescenti è stata analizzata da Joukamaa e colleghi (2007) riscontrando tassi del 10% nelle ragazze e del 7% nei ragazzi, ma con un valore medio più alto (un'alessitimia più marcata) nei maschi rispetto alle femmine (Joukamaa et al., 2007, citato da Gatta et al., 2014). In adolescenza si verificano numerosi cambiamenti che interessano il soggetto da un punto di vista fisico, cognitivo, socio-emotivo e interpersonale. Le trasformazioni che si avvengono a livello neuro-biologico conducono ad un fisiologico disequilibrio nello sviluppo delle diverse aree e circuiti cerebrali: da un lato il sistema limbico sottocorticale, centro delle sensazioni di piacere e ricompensa e di attivazioni più istintive, è già pienamente funzionante, sensibile e maturo;

dall'altro, invece, la corteccia prefrontale (*Pre Frontal Cortex*, PFC), area deputata a svolgere funzioni cognitive di alto livello (ad esempio: prendere decisioni ponderate, pianificare, organizzare, modulare le emozioni e le reazioni, inibire comportamenti inadeguati in base al contesto) è ancora fortemente in via di sviluppo. Questo sbilanciamento può favorire una maggiore labilità ed instabilità emotiva nel corso dell'adolescenza, motivo per cui anche eventuali modalità disadattive di regolazione messe in campo dai ragazzi sono da considerarsi strategie di coping funzionali, a cui il soggetto tenta di appoggiarsi in attesa del raggiungimento della completa maturazione corticale, che avviene solitamente attorno ai 20 anni. Tra le dodici capacità di cui si compone il funzionamento mentale dell'adolescente, individuate da Lingiardi e colleghi all'interno del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2: infanzia e adolescenza; Speranza et al., 2020), tre rivestono un ruolo centrale se si parla di alessitimia e di esperienza emotiva. La prima, la numero 2 all'interno del manuale, è descritta come "Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti" (Speranza et al., 2020): in essa è inclusa la possibilità di sperimentare un'ampia gamma di emozioni (con diverse intensità e con valenza sia positiva che negativa), ma soprattutto, a quest'età, la capacità di riconoscerle, regolarle e comunicarle in modo efficace agli altri. Nel caso di un adolescente, infatti, si dà generalmente già per acquisita una certa capacità di alfabetizzazione emotiva (ovvero l'attribuire un nome ad un'attivazione fisiologica), che si sviluppa sin da bambini; il focus è quindi spostato principalmente sulla regolazione e sulla modulazione di tali emozioni e reazioni fisiologiche che, però, non sono processi così automatici quando sono presenti alti livelli di alessitimia. Si può in effetti affermare che, nonostante la fisiologica instabilità emotiva tipica adolescenziale, ogni soggetto possa differire dall'altro in questa capacità, che viene anche chiamata "cronometria affettiva" rimandando alla dimensione temporale necessaria alla PFC per svolgere le sue funzioni di elaborazione ed integrazione. Questa capacità influenza inevitabilmente anche la modalità con cui si costruiscono e si mantengono relazioni sociali; proprio quest'ultimo aspetto è quello implicato, invece, nella successiva "Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva". Questa fa riferimento principalmente ad una dimensione interpersonale, all'abilità del soggetto di comprendere ed interpretare azioni e comportamenti propri e altrui in termini di stati mentali quali bisogni, desideri, affetti, credenze e intenzioni (Speranza et al., 2020). Spesso negli adolescenti si rilevano

difficoltà proprio in quest'area poiché, come detto, il disequilibrio esistente tra sistema limbico e aree corticali può rendere difficili i processi di integrazione, comprensione ed espressione delle emozioni. A fronte di un eccesso di attivazione sottocorticale, che richiede al soggetto un grande impiego di risorse, la capacità cognitiva-riflessiva di riconoscere l'altro e i suoi stati interni può temporaneamente essere inibita in favore di un certo egocentrismo, ancora non del tutto superato dall'infanzia. Terzo elemento di rilievo in questa trattazione è la "Capacità di auto-osservazione", che riguarda la predisposizione e l'interesse autentico all'esplorazione di sé, del proprio funzionamento e del proprio mondo interno, una certa "curiosità psicologica" nel coglierne dettagli, nel fare collegamenti e nel darvi un senso (Speranza et al., 2020). Quest'ultima è possibile solo a partire dall'adolescenza grazie allo sviluppo di un pensiero astratto-simbolico che consente anche di assumere il punto di vista di un altro diverso da sé. Un basso livello di funzionamento in questo campo può essere correlato alla presenza di caratteristiche Alessitimiche che, al contrario, caratterizzano un'esperienza interna povera e carente, dove non può esistere curiosità rispetto al proprio funzionamento emotivo poiché non esiste una sua adeguata consapevolezza (Speranza et al., 2020).

1.3 Conseguenze psicologiche, psicopatologiche e comportamentali

L'alessitimia è considerata fattore di rischio trasversale a tutte le patologie somatiche e mentali (Taylor, 1997, citato da Taylor, 2000); oggi viene descritta come caratteristica trans-nosografica poiché una tale difficoltà a entrare in contatto con se stessi e con il proprio mondo interno può trovare la sua espressione attraverso alterazioni a livello comportamentale e attraverso la formazione di sintomi somatici o psicologici-psicopatologici di vario tipo (Trani et al., 2013). Quando non ci sono parole per elaborare i propri vissuti emotivi ecco che, allora, in questi soggetti è il corpo a *parlare* tramite agiti, sintomi e comportamenti che possono assumere svariate forme. L'assenza di una possibilità di simbolizzazione conduce lo stato affettivo a *ritornare direttamente al reale* (Recalcati, 2015), quindi, per esempio, ad esprimersi in quadri che riconosciamo come disturbi psicosomatici, disturbi del comportamento alimentare, disturbi da uso di sostanze, comportamenti di autolesionismo o di attacco al corpo e disturbi ansioso-depressivi. Da alcune ricerche siamo a conoscenza del fatto che pazienti affetti da disturbi somatici tendono a interpretare in modo errato e/o ad amplificare le sensazioni corporee connesse ai loro stati affettivi, a causa di una limitata capacità di comprenderli e di

regolarli (Bagby & Taylor, 1997, citato da Gatta et al., 2022). Honkalampi e colleghi (2009) hanno indagato la prevalenza dell'alessitimia e, in particolare, le sue possibili correlazioni con le scale sintomatologiche dello *Youth Self-Report 11-18* di Achenbach (questionario self-report per ottenere informazioni su adattamento, competenze e problemi comportamentali-emotivi del soggetto) in un campione di adolescenti finlandesi. Dallo studio è emerso che gli adolescenti alessitimici (che ottengono un punteggio nella *Toronto Alexithymia Scale-20* [TAS-20] clinicamente significativo) riportano maggiori sintomi depressivi (valutati con il *Beck Depression Inventory*, BDI) e punteggi più alti nelle scale dello YSR (sia per quanto riguarda sintomi internalizzanti sia per quelli esternalizzanti) rispetto ai non alessitimici. In particolare, in questo campione, le ragazze alessitimiche mostrano punteggi più alti in tutte le scale rispetto agli altri soggetti, mentre sia i ragazzi che le ragazze con alessitimia riportano più spesso problemi nelle relazioni sociali e problemi scolastici rispetto ai non alessitimici. Gli adolescenti alessitimici, inoltre, riferiscono un uso più frequente e problematico di alcol, valutato con il questionario AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), rispetto agli altri (Honkalampi et al., 2009), coerentemente con lo studio di Gatta e colleghi (2014), in cui, però, solo nei preadolescenti (età ≤ 13) è stata osservata una correlazione positiva tra alessitimia, problemi internalizzanti e assunzione di alcol, indicando una maggiore vulnerabilità psico-emotiva legata all'età come fattore di rischio per l'abuso di alcol (Gatta et al., 2014). In quest'ultimo studio, inoltre, la prevalenza di punteggi di alessitimia clinicamente significativi decresceva con l'aumentare dell'età dei soggetti, coerentemente con il graduale miglioramento delle abilità di controllo della risposta emotiva che si dovrebbe verificare con il progredire della crescita. Per i soggetti di età superiore a 13 anni, infatti, la correlazione tra alessitimia e assunzione di alcol non è stata osservata, suggerendo che tale modalità di funzionamento potrebbe essere più correlata all'età e non al consumo di alcol (Gatta et al., 2014).

Anche dai risultati dello studio di Rieffe e colleghi (2010) l'alessitimia sembra giocare un ruolo significativo nella spiegazione dei sintomi internalizzanti nei bambini e nei preadolescenti, indipendentemente dalla presenza di stati d'animo negativi (Rieffe et al., 2010). I risultati di altre ricerche hanno messo in evidenza che livelli più elevati di alessitimia, in particolare nei fattori della TAS-20 Difficoltà ad Identificare i Sentimenti (*Difficulties Identifying Feelings*, DIF) e Difficoltà a Descrivere i Sentimenti (*Difficulties*

Describing Feelings, DDF), possono essere considerati predittori di un maggior numero di sintomi internalizzanti, sia in soggetti adolescenti collocati in comunità residenziale (Muzi & Pace, 2020), sia, nel caso del fattore DIF, per preadolescenti facenti parte della popolazione generale (Trani et al., 2013). Nel caso di questi ultimi, Trani e colleghi (2013) hanno rilevato che soggetti con alti livelli di alessitimia ottengono punteggi maggiori soprattutto nelle scale per sintomi internalizzanti (ritiro, stati ansiosi, depressione), ma anche per sintomi esternalizzanti (comportamenti aggressivi e delinquenti) ed ossessivo-compulsivi dello YSR. Questo confermerebbe l'ipotesi di una relazione tra la presenza di caratteristiche alessitimiche e la manifestazione di varie forme di disagio nei preadolescenti, suggerendo che l'alessitimia possa costituirsi come fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di patologie in età evolutiva, in interazione con altre variabili individuali, relazionali e ambientali (Trani et al., 2013).

In uno studio caso-controllo con pazienti adolescenti che agivano comportamenti di *self-cutting* sono invece state riscontrate differenze significative, in riferimento all'alessitimia, rispetto alla frequenza con cui veniva compiuto tale agito: maggiori punteggi nella scala TAS-20 si associano ad un *self-cutting* definibile come abitudinario, suggerendo una possibile connessione tra la difficoltà di espressione e gestione degli stati emotivi e la tendenza a ricorrere con maggiore frequenza all'agito autolesivo (Gatta et al., 2019). Secondo Polk e Liss (2007, citato da Gatta et al., 2019) questo deficit nell'identificazione e nella comunicazione dei sentimenti spingerebbe l'adolescente a ricorrere all'autolesionismo come modalità espressiva delle proprie sensazioni dolorose. L'associazione positiva tra alessitimia e *self-cutting* riscontrata nello studio di Gatta e colleghi (2019) confermerebbe come questo comportamento sia principalmente sostenuto da un rinforzo emotivo negativo, essendo finalizzato alla riduzione di stati interni spiacevoli e vissuti come ingestibili. Un altro studio si è occupato di analizzare come l'alessitimia e la disregolazione emotiva influenzino i problemi internalizzanti e la somatizzazione in pazienti adolescenti che presentavano disturbi somatici (*Somatic Symptom Disorders*, SSD) e/o comportamenti autolesivi (*Non Suicidal Self-Injury*, NSSI), suddividendo il campione in tre gruppi distinti (NSSI; SSD; NSSI + SSD). Nel gruppo combinato è stata riscontrata una maggior prevalenza di alessitimia (misurata con la scala TAS-20) rispetto agli altri due gruppi; inoltre, il 74% dei soggetti facenti parte di questo gruppo ha ottenuto un punteggio globale collocabile nella fascia clinicamente

significativa. Mentre i risultati hanno evidenziato per i due gruppi NSSI e SSD un'esclusiva correlazione tra difficoltà ad identificare i sentimenti e la scala Lamentele Somatiche dello YSR, un profilo alessitimico più complesso era invece associato al gruppo combinato, nel quale i disturbi somatici correlavano anche con la difficoltà di descrivere i sentimenti e con il punteggio totale dell'alessitimia (Gatta et al., 2022). Lo studio suggerisce quindi un ruolo chiave dell'alessitimia sia per la somatizzazione che per l'autolesionismo in pazienti adolescenti, sebbene dai risultati emerga un suo ruolo di mediazione esclusivamente nella relazione tra problemi internalizzanti e somatizzazione, ma non tra problemi internalizzanti e comportamenti autolesivi.

Sfârlea e colleghi (2019) si sono occupati di esplorare le modalità di regolazione emotiva in ragazze adolescenti con diagnosi di anoressia nervosa (AN) o depressione maggiore (DM), analizzando se l'alessitimia potesse funzionare come predittore delle abilità di regolazione. Dai risultati emergono livelli più elevati di alessitimia nelle ragazze con diagnosi di AN o DM rispetto alle ragazze sane, nonché un utilizzo meno frequente di strategie di regolazione adattive ed uno più frequente di quelle disadattive. L'alessitimia, inoltre, predice positivamente le strategie di regolazione emotiva disadattive (Sfârlea et al., 2019). Per quanto riguarda il comportamento alimentare nella popolazione generale, uno studio preliminare di Shank e colleghi (2019) su bambini e adolescenti ha portato evidenze proprio su come l'alessitimia possa costituire un fattore di rischio in quanto positivamente associata ad un'ampia gamma di comportamenti e atteggiamenti alimentari disorganizzati (ad esempio una maggior probabilità perdere il controllo nel mangiare, il mangiare emotivo e il mangiare in assenza di fame). Anche controllando tali risultati per la presenza di sintomi depressivi, l'alessitimia è rimasta associata al mangiare in assenza di fame e all'assunzione di carboidrati e grassi (Shank et al., 2019).

Di Carlo e colleghi (2024) hanno rilevato livelli più alti di alessitimia e ridotte capacità in alcuni aspetti della sensibilità enterocettiva (scarsa fiducia nei propri segnali corporei e ridotta reazione alle sensazioni scomode) nei soggetti che soddisfano i criteri per un *Problematic Use of Internet* (PUI) rispetto a quelli che non li soddisfano, all'interno di un campione di adolescenti e giovani adulti (età: 16-26 anni) proveniente dalla popolazione generale. Tali associazioni suggerirebbero un ruolo cruciale delle difficoltà di integrazione mente-corpo nello sviluppo di un PUI, in cui la rilevanza di internet e della tecnologia arriva ad alterare la percezione del corpo e delle emozioni, causando una

serie di comportamenti compulsivi o di dipendenza che influiscono negativamente sul funzionamento dell'individuo (Di Carlo et al., 2024). I tratti alessitimici erano stati collegati positivamente al PUI già in precedenza (Dalbudak et al., 2013, citato da Di Carlo et al., 2024), suggerendo che l'uso eccessivo di Internet potrebbe costituire un meccanismo di regolazione delle emozioni e di risposta a bisogni sociali non soddisfatti. Un ulteriore studio caso-controllo su pazienti adolescenti con diagnosi di disturbi psicologici si è occupato di approfondire il tema del ritiro sociale, cercando di chiarire il ruolo svolto dall'alessitimia in questo comportamento (Iannattone et al., 2021). I pazienti che presentavano segnali di ritiro hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo, sia in tutti i fattori della TAS-20 che nelle scale dello YSR relative a problemi internalizzanti, ansia-depressione, problemi sociali e nel suo punteggio globale. Inoltre, i problemi internalizzanti e il punteggio totale di alessitimia si sono rivelati predittori dei comportamenti di ritiro, suggerendo un loro potenziale ruolo nel predisporre gli adolescenti a questo tipo di manifestazioni (Iannattone et al., 2021). Infine, l'alessitimia appare associata a diverse variabili che costituiscono alcuni tra i segni distintivi dei disturbi di personalità; tra questi: difficoltà nelle relazioni sociali; sperimentazione di una vasta gamma di sintomi psicopatologici; difficoltà nella regolazione degli impulsi (Nicolò et al., 2011). Nicolò e colleghi (2011) hanno testato l'ipotesi per cui essa potrebbe costituire una caratteristica tipica di molti adulti con una diagnosi di disturbo di personalità, rilevando effettivamente che individui con livelli francamente significativi di alessitimia mostravano più problemi sociali ed una psicopatologia più grave (un numero di sintomi maggiore) rispetto agli altri gruppi. Tuttavia, da queste correlazioni non è possibile escludere che le difficoltà sociali e l'alessitimia siano entrambi il risultato di altri fattori non presi in considerazione, ad esempio dello stile di attaccamento (Nicolò et al., 2011). In aggiunta, Dimaggio e colleghi (2013) hanno esplorato l'ipotesi secondo cui la gravità del disturbo di personalità (definita dal numero di tratti presenti) potesse essere correlata alla presenza di maggiori livelli di problemi interpersonali, di sintomi e di alessitimia. La loro idea ha trovato conferma solo parzialmente: le differenze tra i gruppi (creati in base al diverso numero di sintomi) rispetto all'alessitimia non risultavano più statisticamente significative una volta controllato il *Global Severity Index* (GSI) della SCL-90 (*Symptom Check-List-90*), che riassume la gravità della psicopatologia (Dimaggio et al., 2013). Tale risultato potrebbe

indicare che l'alessitimia è una caratteristica comune solo ad alcuni dei pazienti con disturbi di personalità o, in alternativa, suggerire un'interessante evidenza se si considera il malessere in generale al di fuori della diagnosi: la mancata consapevolezza della propria sfera emotiva non sarebbe segno indicativo della gravità dei disturbi di personalità, ma, piuttosto, riflettere un importante disagio psicologico in generale. Uno stato di intenso dolore emotivo potrebbe rendere le persone incapaci di identificare, descrivere e comunicare i propri affetti (Dimaggio et al., 2013).

1.4 Alessitimia e funzionamento interpersonale

Come anticipato nella spiegazione del costrutto, sebbene l'alessitimia sia stata definita soprattutto in termini di deficit a livello intrapersonale, le osservazioni cliniche hanno evidenziato anche alcune mancanze a livello interpersonale. Essa sembra essere associata ad uno specifico stile interpersonale, connotato da difficoltà di relazione che possono compromettere il funzionamento sociale del soggetto (Vanheule et al., 2007). Questi individui sembrano utilizzare prevalentemente una modalità che si caratterizza per la tendenza ad evitare i conflitti, ad avvicinarsi agli altri in modo piuttosto distaccato, ad evitare relazioni strette prediligendo la formazione di legami superficiali e ad uno scarso impegno e coinvolgimento nell'eventuale processo psicoterapeutico (Nemiah & Sifneos, 1970, citato da Koppelberg et al., 2023). In accordo con questo, le ricerche sugli stili di attaccamento indicano che quello evitante-distanziante è il più diffuso tra i soggetti alessitimici (Taylor, 2000). Nell'ambito di studi condotti su pazienti con disturbi di personalità è stato riscontrato che un punteggio significativo o borderline di alessitimia può costituirsi come fattore di rischio non solo per una maggiore gravità della psicopatologia, ma anche per un'ampia gamma di problemi sociali (Nicolò et al., 2011). Vanheule e colleghi (2007) hanno analizzato se l'alessitimia potesse essere identificata attraverso schemi e modelli relazionali specifici, utilizzando il metodo del *Core Conflictual Relationships Theme* (CCRT), che consente di mappare desideri, intenzioni, modalità di risposta e percezioni delle risposte altrui all'interno delle interazioni degli individui, trovando conferma alla loro ipotesi: quanto più erano marcati i tratti alessitimici di un paziente, tanto più era probabile che emergessero specifici pattern relazionali (e specifici schemi transferali nel contesto della psicoterapia). Sono inoltre stati individuati tre indicatori centrali per riconoscere un funzionamento alessitimico: una scarsa preoccupazione per l'essere buoni e corretti con le altre persone (del fare la cosa giusta),

una forte percezione degli altri come cooperativi ed una bassa tendenza a reagire a conflitti interpersonali attraverso la formazione di sintomi somatici (Vanheule et al., 2007). Secondo gli autori dello studio, la scarsa importanza data all'essere corretti con gli altri potrebbe indicare un'indifferenza nei confronti dei loro potenziali giudizi, mettendo in luce uno scarso o assente desiderio di riconoscimento ed apprezzamento che, a sua volta, riflette un certo grado di distacco. La compresenza di questo indicatore e del secondo (idea positiva degli altri come collaborativi e disponibili) esclude che l'indifferenza verso le altre persone sia esplicabile come modalità reattiva derivante da qualche tipo di percezione negativa delle stesse; piuttosto, l'assenza di un'idea malevola e pessimista confermerebbe la mancanza di aspettative nei loro confronti (Vanheule et al., 2007). I pazienti alessitimici adulti valutati in questo campione mostrano quindi un'indifferenza a livello interpersonale che si articola contemporaneamente sui due fronti: da un lato non hanno grandi aspettative sugli altri e dall'altro non sentono la pressione di dover soddisfare quelle su di sé. Per quanto riguarda le manifestazioni somatiche, il loro essere correlate negativamente con l'alessitimia mostrerebbe che tali sintomi non sono reattivi ad eventi relazionali vissuti come stressanti, coerentemente con la distinzione fatta da Taylor (2003, citato da Vanheule et al., 2007) tra sintomi somatici e sintomi di conversione. Se questi ultimi sono il risultato di un elaborato processo psicologico, i sintomi di somatizzazione, invece, non sono da leggere come modalità espressiva di angosce e conflitti. Basandosi anche sui risultati delle ricerche appena menzionate, svolte su campioni clinici e su soggetti adulti, Koppelberg e colleghi (2023) si sono occupati di misurare l'alessitimia e l'eventuale presenza di problemi interpersonali in un campione di giovani adulti proveniente dalla popolazione generale. Per valutare quali sfaccettature del costrutto potessero essere associate alle difficoltà in ambito relazionale, si sono serviti del questionario IIP-D (*Inventory of Interpersonal Problems*, Horowitz et al., 2000, citato da Koppelberg et al., 2023) che è stato concettualizzato basandosi sul modello circomplesso del funzionamento interpersonale (*Inter-Personal Circumplex*, IPC), che verrà in seguito illustrato più nel dettaglio. In particolare, sono state prese in considerazione le due dimensioni ortogonali in cui esso si articola, denominate *agency* (assertività) e *communion* (cooperazione) ed un indice globale di distress interpersonale (punteggio totale dell'IIP). I risultati hanno messo in luce diverse correlazioni positive tra la TAS-20 e le sotto-scale dell'IIP, soprattutto per i fattori DIF e DDF, e tutti i fattori

della TAS erano associati positivamente all'indice globale di problemi interpersonali (Koppelberg et al., 2023). La difficoltà a identificare le emozioni è risultata essere il predittore principale di tale indice, anche controllando statisticamente per la presenza di affetti negativi (ansia e depressione) che spesso caratterizzano esperienze di fallimento interpersonale e possono aggravarle, suggerendo che questa sfaccettatura dell'alessitimia possa essere generalmente quella maggiormente legata a queste difficoltà. Tutte e tre le dimensioni della TAS-20 (DIF, DDF e EOT) correlano positivamente con il dominio "freddo" (*cold*) dell'IIP; questa evidenza suggerisce un possibile legame tra le caratteristiche tipiche dei soggetti alessitimici e problemi interpersonali quali la difficoltà a sentirsi vicini agli altri e a provare affetto per loro (Koppelberg et al., 2023), tenuto conto che la comprensione, l'espressione e la comunicazione delle emozioni sono cruciali per stabilire una qualche vicinanza emotiva con gli altri. La difficoltà di descrivere le emozioni è risultata essere un predittore negativo della variabile *agency*, controllando per gli affetti negativi, e della *communion*, indipendentemente dalla presenza di ansia e depressione (Koppelberg et al., 2023). Le difficoltà ad esprimere, verbalizzare e comunicare le emozioni potrebbero dunque costituire il fattore che causa o intensifica la tendenza a tenere una distanza interpersonale eccessiva e a possedere una bassa dominanza-assertività, che porta con sé il rischio di un minor successo e possibilità di impatto sociale.

Soggetti adolescenti con una bassa consapevolezza della propria sfera emotiva e che presentano scarse abilità di identificare, descrivere e gestire le emozioni si sono rivelati anche meno propensi a cercare aiuto all'interno delle loro relazioni significative informali (amici, famiglia), oltre che maggiormente inclini a rifiutare l'aiuto in generale (Ciarrochi et al., 2002). Questo risultato contraddice il senso comune per cui persone meno capaci di gestire le emozioni autonomamente dovrebbero cercare un sostegno al di fuori di sé, ed è stato solo parzialmente spiegato dalla presenza di supporto sociale; anche ragazzi con una buona rete, infatti, tendevano a farvi meno affidamento se possedevano scarse competenze emotive (Ciarrochi et al., 2002). Secondo gli autori, una possibile spiegazione a questi risultati sarebbe l'imbarazzo provato da questi soggetti proprio a causa delle loro difficoltà, vissute come inadeguatezze in campo emotivo, che li porterebbe a mostrarsi meno bisognosi di aiuto con le persone care, ma non ad avere una

minore propensione a cercarlo da sconosciuti (ad esempio professionisti della salute mentale).

1.5 Cenni ad aspetti eziologici dell'alessitimia

Cause genetiche, neurobiologiche, psicodinamiche e socioculturali sembrano tutte giocare un ruolo nello sviluppo dell'alessitimia (Caretti & La Barbera, 2005). Nemiah e Sifneos (1970a, 1977, citato da Luminet et al., 2020) proposero a loro tempo un'eziologia prevalentemente neuroanatomica in cui il collegamento tra sistema limbico e centri corticali deputati all'elaborazione dell'emozione risulterebbe disturbato e/o carente nei pazienti alessitimici. La loro ipotesi deriva dal modello teorico di MacLean (1949, citato da Luminet et al., 2020) secondo il quale le emozioni dolorose intense trovano espressione tramite percorsi autonomici e non attraverso collegamenti con la neocorteccia, cosa che lascerebbe tali attivazioni emotive prive di un'espressione simbolica. Questa ipotesi trova conferma in alcuni recenti studi di *neuroimaging* nei quali si riscontra una corrispondenza tra un alto punteggio TAS-20 ed una minore connettività funzionale tra aree corticali e sottocorticali (Mériaux et al., 2006, citato da Luminet et al., 2020). Hoppe (1977, citato da Taylor, 2000 e da Caretti & La Barbera, 2005, p. 87) ha invece proposto per primo l'idea che l'alessitimia potesse essere associata ad una limitazione nella funzionalità della comunicazione tra i due emisferi cerebrali. Conducendo ricerche su pazienti "*split-brain*", ovvero che mostravano un'interruzione della connessione diretta tra i due emisferi cerebrali data dalla resezione del corpo calloso, egli aveva osservato in loro alcune caratteristiche alessitimiche. Due studi si sono occupati di testare l'efficacia della comunicazione interemisferica attraverso un compito di localizzazione tattile delle dita in soggetti con cervello integro appartenenti a popolazioni cliniche – veterani di guerra con PTSD (Zeitlin et al., 1989, citato da Taylor, 2000 e da Caretti & La Barbera, 2005, p. 88) - e non cliniche – studenti universitari (Parker et al., 1999, citato da Taylor, 2000 e da Caretti & La Barbera, 2005, p. 87). A conferma dell'ipotesi, la presenza di alessitimia è stata associata ad un deficit nel trasferimento bidirezionale di informazioni sensomotorie tra l'emisfero destro e sinistro; questo risultato suggerisce che le caratteristiche alessitimiche potrebbero derivare da una limitata capacità di coordinare e integrare l'attività dei sistemi specializzati di elaborazione cognitiva, immaginativa ed emotiva dei due emisferi, in linea con la concettualizzazione di Bucci rispetto alla dissociazione tra rappresentazioni non verbali delle emozioni - che sono dominanti nell'emisfero destro - e

rappresentazioni in forma di immagini e parole - associate più all'emisfero sinistro, sede primaria dell'elaborazione simbolica e dell'articolazione del linguaggio (Bucci, 1997, citato da Taylor, 2000). Alla ricerca sui correlati neurali dell'alessitimia hanno contribuito anche gli studi di Lane e collaboratori (1997, 1998, citato da Caretti & La Barbera, 2005, e da Luminet et al., 2020) in cui è stata trovata una correlazione significativa tra i punteggi ottenuti in una scala di consapevolezza emotiva (*Levels of Emotional Awareness Scale*, LEAS) e le modificazioni del flusso sanguigno nella corteccia cingolata anteriore (*Anterior Cingulate Cortex*, ACC) durante compiti in cui alcuni specifici stimoli inducevano nei partecipanti reazioni emotive. Questo risultato suggerisce un'associazione tra il costrutto di interesse e l'attività dell'ACC durante l'attivazione emozionale (Caretto & La Barbera, 2005, p. 87); secondo gli autori, il deficit centrale dell'alessitimia, che riguarda la consapevolezza cosciente delle emozioni, deriverebbe da una trasmissione disfunzionale delle informazioni enterocettive all'ACC. I soggetti alessitimici manifesterebbero quindi le reazioni emotive senza averne reale consapevolezza a causa di una disconnessione neurale (Luminet et al., 2020).

Altra area che risulta implicata nelle basi neurobiologiche dell'alessitimia è l'amigdala; diversi studi condotti con risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno rilevato una ridotta risposta agli stimoli emotivi da parte di questa struttura nei soggetti con elevati livelli di alessitimia (Luminet et al., 2020).

Per quanto riguarda lo studio di fattori genetici, i risultati delle ricerche condotte su famiglie e gemelli riconoscono complessivamente un ruolo significativo alla componente genetica per l'eziologia del costrutto. Per esempio, diverse ricerche confermano un effetto trans-generazionale dell'alessitimia (Grabe et al., 2006; Mahler et al., 2009, citato da Luminet et al., 2020) e in uno studio su gemelli svolto da Jørgensen e colleghi (2007, citato da Luminet et al., 2020) gli autori stimano un'ereditarietà del 30-33% per i punteggi TAS-20.

Nel corso del tempo, la psicoanalisi ha fornito diversi contributi per spiegare l'eziologia di questo costrutto, tra cui si citano la teoria dell'attaccamento, i modelli teorici sullo sviluppo degli affetti, il concetto più recente di mentalizzazione e la teoria del codice multiplo di Bucci. I deficit che costituiscono il *core* centrale dell'alessitimia sono stati attribuiti, almeno in parte, ad un arresto nello sviluppo degli affetti durante la prima infanzia (Taylor et al., 1997, citato da Taylor, 2000). Nella sequenza di sviluppo proposta

da Lane e Schwartz (1987, citato da Taylor, 2000), il soggetto si costruisce gradualmente degli schemi delle emozioni sempre più articolati, passando dall'esserne consapevole solamente di fronte a manifestazioni osservabili a livello corporeo fino ad averne un'esperienza cosciente a livello simbolico. Secondo questa idea, quelli che inizialmente sono degli stati indifferenziati di benessere o malessere, a poco a poco si differenziano e subiscono una "de-somatizzazione". Bucci (1997, citato da Taylor, 2000) ha invece proposto una modifica a tale modello, affermando che questi aspetti più primitivi (il livello fisiologico-sensoriale dell'emozione) non vengano mai abbandonati, anche quando si raggiungono la simbolizzazione e la possibilità di verbalizzazione, ma piuttosto che i vari livelli costituiscano un codice multiplo in cui le emozioni possiedono diverse forme di rappresentazione (Bucci, 1997, citato da Taylor, 2000). In riferimento all'alessitimia, quindi, Bucci sostiene che l'individuo non sarebbe privo di simboli per gli stati somatici-fisiologici, ma che in lui esisterebbe una dissociazione più o meno marcata tra i diversi codici, che può causare l'attivazione di uno solo tra essi (ad es. solo la componente eccitatoria senza quella cognitiva) dando origine alle difficoltà che caratterizzano questo funzionamento. Come affermato in precedenza, negli individui alessitimici manca sostanzialmente una funzione di alfabetizzazione dell'*arousal* emotivo che trasformi l'attivazione organica-fisiologica in sentimento, pensiero o parola possibile da comunicare. Quando, ad esempio, un bambino piccolo soffre per una colica piange, suda e trema, ma non possiede adeguate competenze cognitivo-affettive per elaborare ciò che sta succedendo ad un livello più alto; è la mamma che toccandolo, parlandogli e verbalizzando il suo dolore vi dà un significato ed una forma. Anche se ancora lui non lo comprende, gli fornisce gradualmente dei contenitori che, con il passare tempo, gli consentiranno di dare un'identità e un nome alle sue attivazioni, permettendogli anche di distinguerle le une dalle altre. La qualità delle relazioni primarie nei primi anni di vita è quindi fondamentale perché il cervello non è ancora del tutto maturo; se va incontro ad una de-sintonizzazione affettiva, il bambino farà fatica e sarà più a rischio di alessitimia. Questo lavoro da parte del *caregiver* è riscontrabile all'interno di quella che Bion (1988) definì "funzione alfa" nella sua trattazione sull'esperienza emotiva: questa consiste nella capacità di "digerire" o "metabolizzare" le impressioni sensoriali, trasformandole nei cosiddetti "elementi alfa" così che il soggetto ne acquisisca consapevolezza (Bion, 1988). Sono invece definite "elementi beta" le percezioni sensoriali-corporee ed emotive grezze,

che restano immutate senza tradursi in pensiero, e che sono chiamate anche “cose in sé” proprio perché esistono indipendentemente dal fatto che il soggetto ne possieda una rappresentazione e ne sia consapevole. Per apprendere dall’esperienza emotiva e costruire il pensiero, a questi elementi si deve dare una forma, un significato (Stella, 1999b). Secondo Bion, quindi, la componente psichica richiede un processo analogo alla digestione, proprio come quella somatica; se la funzione alfa è alterata e non efficace, le impressioni e le emozioni provate rimarranno nella forma di “elementi beta” non digeriti. Emozioni intense quali paura, odio, frustrazione e invidia possono smuovere così tanto il soggetto da ostacolare o escludere l’attività della funzione alfa, fino a creare una scissione tra il soddisfacimento materiale dell’attivazione somatica (che permane) e quello psichico, che invece viene abbandonato. La distruzione della funzione alfa può rendere la personalità incapace di entrare in contatto anche con se stessa; invece di un pensiero rimangono al suo interno solamente gli elementi beta, aggregati nella forma di “falsa presenza” di un oggetto irreali, cattivo e persecutorio, che possono semplicemente essere evacuati ed eliminati (Bion, 1988; Stella, 1999b). Nella costruzione della funzione alfa del bambino ricopre un ruolo cruciale la madre, che per prima deve dare senso alle emozioni provate dal figlio ponendosi come contenitore degli elementi beta che lui proietta in lei. Secondo il pensiero di Bion, tale capacità è possibile grazie alla cosiddetta *rêverie*, uno stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli elementi provenienti dal bambino, per lui ancora incomprensibili, che consente alla madre di prenderli dentro di sé al suo posto, comprenderli, elaborarli, trasformarli e restituirglieli come contenuto “digerito”, ovvero dotato di senso, attraverso le pratiche di accudimento. In questo modo il figlio re-introietta le esperienze trasformate, apprende la capacità di contenimento e acquisisce la funzione alfa. Se invece la capacità della madre di svolgere questo compito è scarsa o assente, il bambino potrebbe sviluppare un “contenitore interno difettoso” che non gli permetterà di trasformare le percezioni e le sensazioni in rappresentazioni, con il rischio di sviluppare sintomi psicosomatici. Seguendo questa idea, è possibile spiegare come alcuni soggetti sentano di avere delle sensazioni-emozioni, ma non siano in grado di maneggiarle, poiché incapaci di recuperare un loro significato (Bion, 1988; Stella, 1999b).

Un altro punto di vista importante sul tema è quello di D.W. Winnicott; secondo il suo pensiero, la qualità dello sviluppo del bambino è determinata dalla natura delle funzioni

di cura della madre, che consentono al soggetto di essere confermato nel suo esistere e di diventare una persona (Stella, 1999a). In questo caso è rilevante soprattutto il suo concetto di “integrazione”: durante i primi mesi di vita, il bambino non possiede un’unità corporea che vive delle sensazioni, ma piuttosto lui è le sue sensazioni somatiche (Winnicott, 1945, citato da Stella, 1999a). La madre, per favorire uno sviluppo positivo, dovrebbe svolgere una funzione di sostegno chiamata *holding* (contenimento) in cui, attraverso le sue risposte, il bambino potrà gradualmente attribuire un senso alle sue stesse espressioni. Altra funzione rilevante parlando di corpo e psiche è quella di *handling* (manipolazione), che conduce all’insediamento della psiche nel soma per il costituirsi di un’unità psicosomatica salda, fondamentale per la salute mentale. Al contrario, infatti, nelle malattie psicosomatiche, la psiche e il corpo non hanno questo legame intimo.

Secondo la teoria dell’attaccamento, per regolare gli stati affettivi i soggetti si servono dei modelli operativi interni (MOI), schemi cognitivo-motivazionali costruiti attraverso le prime esperienze relazionali (Allen & Land, 1999, citato da Oskis et al., 2013). Se il bambino non ha esperito la presenza di una base sensibile ed affidabile per ottenere conforto, si creerà un legame di attaccamento insicuro, che formerà rappresentazioni negative del sé e dell’altro che potrebbero ostacolare le capacità di regolazione emotiva. Questi individui, una volta adolescenti (e poi adulti), potrebbero formarsi aspettative di indisponibilità e scarsa sensibilità delle figure di riferimento, sviluppando strategie di evitamento o di ansia per cercare di affrontare il disagio (Mallinckrodt & Wei, 2005, citato da Oskis et al., 2013). In uno studio condotto da Oskis e colleghi (2013) su un campione di ragazze adolescenti, è stato esplorato il legame tra stile di attaccamento e tratti alessitimici. Dai risultati emerge in primis che le adolescenti con attaccamento ansioso o evitante manifestano livelli più elevati di alessitimia rispetto a quelle con attaccamento sicuro; inoltre, gli stili insicuri ansioso-resistente ed evitante-distanziante risultano entrambi legati, seppur in modo diverso, alle diverse sfaccettature dell’alessitimia. Quello ansioso emerge come predittore del fattore DIF e la paura della separazione, tipica di questo stile, influenza il punteggio globale della TAS-20. Una carenza nella capacità di identificare i propri sentimenti in questo peculiare stadio dello sviluppo potrebbe riflettere un’iper-attivazione delle esperienze emotive-affettive dovute al processo di separazione-individuazione in corso e all’ansia e all’incertezza che lo accompagnano (Goodsitt, 1983, citato da Oskis et al., 2013), che rendono tale processo

di riconoscimento più faticoso e meno efficace. Lo stile di attaccamento evitante, invece, è predittore del fattore DDF e la presenza di limiti nella vicinanza-intimità, sua caratteristica tipica, correla a sua volta con tale difficoltà. Una maggiore distanza interpersonale, probabilmente, determina un calo nelle possibilità di descrivere ciò che si prova, semplicemente perché ci sono meno opportunità di condividere le esperienze emotive con altre persone. Un basso livello di attaccamento nei confronti del caregiver primario, invece, si è rivelato predittore del pensiero orientato all'esterno (EOT) (Oskis et al., 2013). Considerando un approccio squisitamente psicodinamico, è stato esaminato anche il ruolo mediatore dei meccanismi di difesa nella relazione tra stili di attaccamento e alessitimia (Besharat & Khajavi, 2013). Oltre a confermare una correlazione negativa tra attaccamento sicuro e alessitimia ed una positiva tra attaccamento insicuro e alessitimia, è stato messo in luce che meccanismi di difesa immaturi e nevrotici possono avere un ruolo di mediazione parziale in questa associazione, riducendone la potenza. I meccanismi di difesa, a loro volta influenzati dagli stili di attaccamento, possono quindi influenzare le competenze di un individuo nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni (Besharat & Khajavi, 2013).

Altri autori, invece, si sono focalizzati sul testare, sia in un campione clinico che in un gruppo di controllo, se l'alessitimia potesse essere spiegata come strategia di coping appresa con l'obiettivo di evitare esperienze emozionali intense o spiacevoli (Panayiotou et al., 2014). Il costrutto di evitamento esperienziale (*Experiential Avoidance*, EA), ovvero la tendenza ad evitare sensazioni, emozioni, pensieri ed eventi interni potenzialmente spiacevoli (Hayes, 2004, citato da Panayiotou et al., 2014), è stato proposto come meccanismo di mediazione tra i deficit alessitimici e lo sviluppo di sintomi psicosomatici e depressivi. Questa modalità di coping, infatti, seppur disfunzionale nel lungo termine, produce un effetto positivo immediato nell'alleviare l'angoscia. In entrambi i campioni presi in esame da Panayiotou e colleghi l'alessitimia (in particolare il fattore DIF) e l'EA sono risultati in forte correlazione tra loro; gli individui che manifestano le difficoltà tipiche dell'alessitimia potrebbero aver appreso questa modalità di evitamento per tentare di sottrarsi alle emozioni che non sono in grado di gestire in modo efficace. Sebbene tali risultati non possano costituire un'interpretazione a livello eziologico, il risultato conferma l'ipotesi iniziale degli autori: l'EA, in questo campione,

media gli effetti dell'alessitimia (e principalmente del fattore DIF) sulla presenza della sintomatologia (Panayiotou et al., 2014).

Infine, diversi studi hanno mostrato associazioni tra Alessitimia ed alcune caratteristiche socio-demografiche come livelli d'istruzione più bassi e condizioni socio-economiche discrete, anche se i risultati in letteratura non possono ritenersi univoci poiché in altre ricerche non sono stati riscontrati gli stessi effetti e poiché non è possibile chiarire la direzione di tali associazioni (Luminet et al., 2020). Kokkonen et al. (2001) hanno condotto uno studio su un campione di giovani adulti finlandesi proprio con l'obiettivo di valutare la prevalenza dell'alessitimia in relazione ad alcuni correlati sociodemografici (sesso, stato civile, livello di istruzione, lavoro, zona di residenza). Il risultato principale rivela una forte associazione tra Alessitimia e sesso maschile (prevalenza del 9.4% rispetto al 5.2% nelle donne) e tra Alessitimia e basso status socioeconomico, associazioni che rimangono statisticamente significative anche dopo l'aggiustamento per la variabile del disagio psicologico. Le caratteristiche Alessitimiche sono state inoltre associate anche alla disoccupazione (per entrambi i generi), ad uno scarso livello di istruzione e al basso livello di reddito. Considerando poi il ruolo che la cultura ha nel determinare il valore e l'importanza attribuita all'espressione e alla comunicazione delle proprie emozioni, è importante considerare eventuali differenze nell'alessitimia alla luce del contesto culturale in cui ci si trova. In Nord America e in Europa occidentale, per esempio, l'espressione di sé è ritenuta fondamentale per il benessere psicologico, ma non è così per tutte le culture (Luminet et al., 2020). Le e collaboratori (2002) hanno esplorato proprio il rapporto tra Alessitimia e cultura valutando le differenze tre gruppi di soggetti: americani di origine europea (EA), Americani di origine asiatica (AA) e studenti universitari malesiani. Entrambi i gruppi asiatici (AA e malesiani) ottengono livelli di Alessitimia più elevati rispetto al gruppo di origine europea e mostrano un'associazione più forte tra somatizzazione ed Alessitimia, suggerendo che la cultura possa avere un ruolo nell'influenzare sia i livelli che i correlati del costrutto (Le et al., 2002).

2. Adolescenza e Regolazione Emotiva

2.1 Definizione e caratteristiche della regolazione emotiva

Con l'espressione *regolazione emotiva* ci si riferisce ad una serie di processi che consistono nell'influenzare, attraverso l'attenuazione, l'intensificazione e/o il mantenimento, l'espressione di una determinata emozione (Gross, 2007, citato da Sighinolfi et al., 2010; Giromini et al., 2012). Tali processi coinvolgono cambiamenti che durano nel tempo e possono avvenire in modo automatico o controllato, consapevole o inconsapevole, oltre che diverso in base agli obiettivi. Una regolazione adattiva, infatti, riguarda la *modulazione* di tutte le esperienze emotive, non solo l'eliminazione-riduzione di quelle negative più intense, poiché ogni emozione, sia essa positiva o negativa, è dotata di una sua intrinseca natura funzionale.

Un possibile riassunto delle sfaccettature che compongono il costrutto di regolazione è stato proposto da Gratz e Roemer (2004), che hanno individuato quattro domini entro cui descriverlo:

1. Consapevolezza e comprensione delle emozioni;
2. Accettazione delle emozioni;
3. Capacità di controllare i comportamenti impulsivi e di perseguire gli obiettivi desiderati;
4. Capacità di utilizzare strategie di regolazione emotiva in modo flessibile ed appropriato alla situazione.

Alla base di una capacità di regolazione che si possa considerare adattiva si colloca quindi la consapevolezza emotiva. Questo costrutto è stato definito da Lane e Nadel (2000, citato da Sighinolfi et al., 2010) come la capacità di un individuo di riconoscere e descrivere le emozioni, proprie e altrui, ovvero di darvi una funzione comunicativa per poterle decifrare ed ottenere informazioni su una situazione o un comportamento. Affinché possa individuare e sviluppare strategie funzionali per affrontare e gestire le proprie emozioni, è quindi fondamentale che un soggetto sia consapevole di ciò che vive e prova. Il modello ancora maggiormente in uso per descrivere il processo di regolazione emotiva è il *Process Model of Emotion Regulation* di Gross (1998, citato da John & Gross, 2004). Secondo questa visione, le risposte emotive si sviluppano seguendo un'evoluzione temporale e le

strategie per regolarle possono essere distinte in base al momento in cui esercitano il loro impatto principale (Gross, 2001, citato da Gross & John, 2003). La principale macro-distinzione è tra strategie incentrate sugli antecedenti (*Antecedent-Focused Regulation*), messe in atto prima che si generino le tendenze di risposta, e strategie incentrate sulla risposta (*Response-Focused Regulation*), che invece riguardano ciò che avviene quando l'emozione e le tendenze di risposta sono già attivate. Tra le strategie di regolazione, due in particolare hanno ottenuto importanza e attenzione all'interno degli studi empirici: la "soppressione espressiva" (*suppression*), focalizzata sulla risposta, che consiste nel tentativo di inibire, ridurre ed evitare il vissuto emotivo in corso, e la "rivalutazione cognitiva" (*cognitive reappraisal*) che, invece, interviene sugli antecedenti per provare a ripensare ad una determinata situazione modificandone il significato e, di conseguenza, l'impatto emotivo (Gross, 1998, citato da Giromini et al., 2012). Gross e John (2003, 2004) hanno esaminato proprio queste due strategie per esplorarne le differenze individuali e le loro implicazioni su affetti, relazioni interpersonali e benessere generale. I loro risultati mostrano che l'uso del *reappraisal* porta i soggetti a sperimentare più emozioni positive e meno emozioni negative rispetto a chi invece utilizza la *suppression*, che riesce a mitigare l'espressione osservabile ma non l'esperienza soggettiva delle emozioni negative, che rimane invariata. Inoltre, la strategia del *reappraisal* si associa ad un migliore funzionamento interpersonale ed è correlata positivamente al benessere, al contrario della *suppression* che invece vi correla negativamente (Gross & John, 2003). In sintesi, l'uso abituale del meccanismo di soppressione-inibizione risulta essere maggiormente disfunzionale rispetto a quello della rivalutazione cognitiva, che mostra più benefici. Perché avvenga una rivalutazione è fondamentale che sia presente un certo grado di accettazione rispetto al provare sia emozioni positive che emozioni negative, che sono parte integrante e irrinunciabile della realtà. Una carenza nella possibilità di esperire e gestire una gamma ampia e completa di emozioni è quindi da considerarsi a sua volta disadattiva (Cole, Michel & Teti, 1994; Gross & Munoz, 1995, citato da Sighinolfi et al., 2010).

La presenza di difficoltà nella regolazione emotiva è considerata fattore trasversale e comune nella maggior parte dei disturbi psicologici. Nello studio di Sighinolfi e colleghi (2010) sulla validazione del questionario *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), l'ansia di tratto è risultata correlata con la sottoscala di Difficoltà di Distrazione

dall'emozione negativa, suggerendo che un livello di ansia elevato possa essere caratterizzato proprio da un deficit nella gestione delle proprie risorse attentive, che vengono interamente dedicate all'attivazione preoccupante. Nello stesso studio, la misura di depressione ottenuta con il BDI è risultata associata ad una mancanza di fiducia nelle proprie competenze di regolazione e ad una difficoltà nel controllo del proprio comportamento; questi due elementi rischiano di creare una condizione di impotenza e *hopelessness* nell'individuo, che può costituirsi come fattore di vulnerabilità proprio per una deflessione dell'umore verso il polo negativo (Sighinolfi et al., 2010).

La nascita delle emozioni è da ricercare molto frequentemente all'interno delle interazioni sociali, ed è proprio in questo contesto relazionale che le persone regolano le proprie emozioni per raggiungere obiettivi e mantenere buone relazioni con gli altri (John & Gross, 2004). Le strategie di regolazione hanno quindi un diverso impatto anche sul funzionamento interpersonale dei soggetti; è stato evidenziato che gli individui sperimentano livelli maggiori di stress (misurati in termini di aumento della pressione sanguigna) quando interagiscono con una persona che utilizza la *suppression* rispetto a una persona che utilizza il *reappraisal*. La soppressione, infatti, blocca lo scambio emotivo-comunicativo, rivelandosi potenzialmente molto più dannosa per l'interazione, le relazioni e il supporto sociale rispetto alla rivalutazione cognitiva (John & Gross, 2004). Il suo uso ripetuto è generalmente legato a minore vicinanza, minor supporto sociale-emotivo e minore probabilità di condividere le proprie esperienze emotive. Al contrario, l'utilizzo del *reappraisal* si lega ad una propensione a condividere le emozioni con gli altri e alla presenza di relazioni intime più strette (Rime et al., 1992, citato da John & Gross, 2004).

Un'ulteriore distinzione all'interno del grande costrutto di regolazione emotiva si colloca proprio nell'ambito dell'interazione; la regolazione può essere di tipo intra-personale, se si verifica a livello del singolo individuo (Gross, 2013, citato da Palmieri et al., 2022), o inter-personale, se avviene a livello di una diade o di un gruppo, sia che riguardi interazioni reali sia nel caso di rappresentazioni interne di interazioni esterne (Jacobs & Gross, 2014, citato da Palmieri et al., 2022).

2.2 Lo sviluppo della regolazione emotiva in adolescenza

L'adolescenza è un periodo cruciale della vita in cui si verificano diversi cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali, compresi quelli nei modelli di attaccamento,

che implicano cambiamenti nelle esperienze emotive relative a sé, ai genitori e ai coetanei (Verzeletti et al., 2016). In adolescenza, forse più che in altre fasi del ciclo di vita, il mondo emozionale assume un ruolo fondamentale (La Ferlita et al., 2007) poiché le trasformazioni che avvengono portano il soggetto a sperimentare esperienze emotive nuove e intense, più di quanto non avvenga in altre fasi dello sviluppo, che necessitano di essere adeguatamente regolate e modulate. Per comprendere al meglio da dove nasce questa vulnerabilità, è necessario prendere in considerazione il livello neurobiologico e in particolare il ruolo cruciale giocato dallo sviluppo cerebrale nella crescita. Come già accennato nel capitolo precedente, infatti, in questa fase evolutiva si va incontro ad uno squilibrio poiché sistemi diversi maturano in tempi diversi; le regioni corticali prefrontali (sede della regolazione e delle funzioni di alto livello) sono ancora in via di sviluppo, mentre il sistema limbico sottocorticale (sede dei circuiti della ricompensa e delle attivazioni emotive istintive) è già del tutto funzionante. Questa possibile disarmonia tra emozioni, cognizioni e comportamento rende l'adolescente sensibile durante lo sviluppo dei processi decisionali-normativi, oltre che alla possibile comparsa di un'ampia gamma di problemi emotivi e comportamentali (Steinberg, 2005). Per comprendere al meglio questo legame tra sviluppo psicologico e neurobiologico, è necessario tenere sempre in considerazione come cornice di lettura degli eventi due aspetti decisivi di quanto detto: per prima cosa, gran parte di questa maturazione riguarda regioni e sistemi fondamentali per regolare il comportamento e le emozioni. Secondo, i cambiamenti indotti dalla pubertà a livello di eccitazione precedono lo sviluppo di capacità normative, creando proprio la discrepanza prima menzionata tra l'esperienza affettiva percepita e la capacità di modularla in modo adeguato (Steinberg, 2005). Oltre che alla maturazione della corteccia prefrontale, i progressi a livello cognitivo sono resi possibili dallo sviluppo delle connessioni cerebrali, che diventano sempre più rapide grazie ai processi di mielinizzazione e che si estendono permettendo la comunicazione tra regioni cerebrali differenti (per esempio tra regioni prefrontali e sistema limbico). Oltre che al loro incremento, la maggiore efficienza delle connessioni si deve anche a processi di *pruning* (eliminazione, potatura) di quelle sinapsi che risultano poco utilizzate e poco funzionali. A livello cognitivo, quindi, gli adolescenti mostrano miglioramenti nella capacità di ragionamento logico-deduttivo, nell'elaborazione di informazioni e nella capacità di pensiero astratto, che influenzano anche il loro mondo sociale-relazionale: la capacità di

ragionamento astratto si riflette sulla possibilità di pensare agli altri in modo più ampio, multidimensionale e differenziato. Lo sviluppo affettivo è invece più strettamente connesso alla maturazione puberale e alle sue eccitazioni corporee-emotive, più che all'età cronologica (Steinberg, 2005).

Abbiamo affermato che la regolazione emotiva è fortemente influenzata dai processi cognitivi, ma è importante sottolineare che la loro relazione è bidirezionale: a sua volta, infatti, l'emozione ha un impatto sulla cognizione, come ad esempio su processi decisionali e scelte comportamentali. È stato effettivamente dimostrato che la scelta di attuare condotte rischiose non dipende da un'incapacità di comprendere i pericoli, ma piuttosto dal fatto che le azioni degli adolescenti sono molto influenzate dai sentimenti. Di fatto, la cognizione non è solo composta da processi "freddi" (che si svolgono in condizioni di bassa eccitazione-emozione), ma, in questa fase evolutiva più che mai, va compresa nei termini di cognizione "calda", guidata da sentimenti ed attivazioni e, quindi, meno facile da gestire. Durante la transizione adolescenziale, i sistemi di regolazione vengono gradualmente portati sotto il controllo delle funzioni esecutive centrali, con un'attenzione particolare all'interfaccia tra cognizione ed emozione (Steinberg, 2005). Il processo di integrazione di tali aspetti è lungo e deve essere letto alla luce dei numerosi compiti di sviluppo tipici di questo periodo che i ragazzi devono fronteggiare. La fase adolescenziale si caratterizza, infatti, per una varietà di trasformazioni che consentono di sviluppare competenze individuali prima delegate principalmente ai modelli familiari; si acquisiscono modelli di pensiero e ragionamento sempre più avanzati e sofisticati (grazie allo sviluppo cerebrale), inizia la costruzione di una propria identità utilizzando il gruppo dei pari come modello preferenziale di confronto e rispecchiamento (non più le figure genitoriali), si sviluppa un senso di responsabilità e di indipendenza-autonomia maggiore e viene riconosciuto un nuovo valore ai legami sociali, che consente di intraprendere le prime grandi relazioni (amicali ed affettive). Bowlby (1980), colloca proprio in adolescenza il graduale passaggio ad una relazione genitore-figlio sempre più raffinata, nella quale avviene l'integrazione e l'interiorizzazione delle strategie di regolazione delle emozioni sviluppate durante l'infanzia all'interno della diade. La qualità dell'attaccamento del bambino fornisce una cornice fondamentale per lo sviluppo e l'organizzazione della sua esperienza emotiva (Brumariu et al., 2021) e gli stili di attaccamento risultano avere importanti conseguenze sulla regolazione delle emozioni e

la salute; un attaccamento insicuro è stato associato a veri e propri deficit nella struttura neurale responsabile della regolazione emotiva (Mikulincer & Shaver, 2019, citato da Robin et al., 2023). I modelli di regolazione emotiva sviluppati precocemente all'interno della relazione bambino-caregiver sono gradualmente generalizzati ad altri contesti: la teoria dell'attaccamento può in questo senso essere letta come una teoria della regolazione delle emozioni, che inizia con la diade e consente di giungere all'autoregolazione individuale. Man mano che gli adolescenti acquisiscono una capacità di pensiero più raffinata, diventa possibile anche riflettere sulle rappresentazioni delle proprie relazioni di attaccamento: questo "passaggio al livello della rappresentazione", come lo ha definito Mary Main (Main et al., 1985, citato da Allen & Miga, 2010), non solo permette ma quasi obbliga il soggetto a costruire una nuova concettualizzazione dell'attaccamento. La ricerca di indipendenza e autonomia, compito evolutivo caratteristico di questa fase, si riflette anch'essa all'interno del legame di attaccamento: un adolescente in genere compie uno sforzo consapevole e notevole per non fare affidamento sulle sue figure di attaccamento quando è stressato, ma per provare, piuttosto, a regolare le emozioni in autonomia (J. P. Allen & Miga, 2010). Anche in questo caso, quindi, c'è uno squilibrio: se da un lato il sistema di attaccamento assume un ruolo meno importante nella vita quotidiana di un adolescente rispetto a quello che possiede nell'infanzia, dall'altro questo avviene proprio in un periodo in cui le sfide che richiedono la regolazione delle emozioni aumentano e necessitano di considerevoli risorse (J. P. Allen & Miga, 2010).

Da un punto di vista psicoanalitico, si colloca in adolescenza il riemergere della conflittualità edipica, l'incremento delle spinte pulsionali, la ristrutturazione del sé corporeo e la spinta al processo di separazione-individuazione. Queste ampie possibilità di sviluppo la rendono una fase evolutiva critica-sensibile per la riorganizzazione dei sistemi di regolazione che porta con sé numerose opportunità, ma anche altrettanti rischi. Essa è, infatti, il periodo di maggiore instabilità emotiva, e che si caratterizza per una maggior frequenza di disturbi sia internalizzanti che esternalizzanti (Verzeletti et al., 2016). Secondo questa cornice teorica, inoltre, un altro elemento centrale che non può non essere nominato se si parla di regolazione emotiva sono i meccanismi di difesa; essi infatti hanno proprio la funzione di proteggere la personalità del soggetto e la svolgono, ognuno in base alla propria definizione di funzionamento, abbassando il livello di angoscia che può scaturire dalle diverse situazioni (Robin et al., 2023).

2.3 Difficoltà di regolazione in adolescenza e conseguenze sul benessere

La regolazione delle emozioni è alterata in molti disturbi psichiatrici dell'adolescenza ed è quindi stata integrata sempre più nei modelli di psicopatologia (Robin et al., 2023). Il peso di una disfunzione nella regolazione emotiva all'interno della psicopatologia è così centrale da essere considerato uno dei criteri per la definizione stessa di disturbo mentale, che è spiegabile come "una sindrome caratterizzata da un disturbo clinicamente significativo nella cognizione, nella *regolazione delle emozioni* o nel comportamento di un individuo che riflette una disfunzione psicologica, biologica o dello sviluppo alla base del funzionamento mentale" (*American Psychiatric Association [APA]*, 2013, citato da Palmieri et al., 2022). I risultati di diversi studi hanno concluso che le difficoltà nella gestione delle emozioni non risultano legate ad una particolare categoria diagnostica, ma piuttosto che costituiscano un fattore di rischio e/o di mantenimento trans-diagnostico: molte, se non tutte, le forme di psicopatologia comportano una ridotta competenza emotiva, difficoltà nella regolazione delle emozioni e nella gestione dello stress (Palmieri et al., 2022). Proprio sulla base di questo, Robin e colleghi (2023) si sono occupati di esplorare la regolazione emotiva in un campione clinico di adolescenti con diagnosi psichiatriche, valutandola attraverso le misure di alessitimia, empatia, riconoscimento di espressioni facciali e meccanismi di difesa, e concentrandosi nello specifico sul ruolo giocato dagli stili di attaccamento. I risultati hanno rivelato l'esistenza di correlazioni tra le dimensioni dell'attaccamento e tutte le variabili di regolazione delle emozioni misurate, suggerendo un ruolo funzionale delle modalità di attaccamento nell'influenzare i processi di regolazione a diversi livelli. Inoltre, è plausibile ipotizzare che le diverse categorie di attaccamento possano delineare profili di regolazione differenti. Secondo queste evidenze, quindi, l'attaccamento potrebbe costituire la base dei processi di regolazione nei disturbi psichiatrici in adolescenza (Robin et al., 2023).

Dalla letteratura siamo a conoscenza di diversi studi in cui è dimostrato che adolescenti con sintomi depressivi usano più frequentemente specifiche strategie di regolazione delle emozioni disadattive; partendo da questo presupposto, Iwanski e colleghi (2021) hanno indagato il possibile ruolo di mediazione delle strategie di regolazione della tristezza nella relazione longitudinale tra attaccamento e sintomi depressivi in un campione di preadolescenti e adolescenti. I risultati evidenziano che una regolazione adattiva è effettivamente mediatore dell'associazione tra sicurezza dell'attaccamento e sviluppo di

successivi sintomi depressivi, coerentemente con l'idea che un attaccamento sicuro sia positivo per la capacità degli adolescenti di regolare efficacemente le emozioni negative (Iwanski et al., 2021). Un modello di attaccamento insicuro, invece, non si associa all'uso esclusivo di strategie disadattive, ma piuttosto si pone come fattore di vulnerabilità che può condurre allo sviluppo di una gerarchia di strategie di regolazione in cui quelle disadattive sono usate più spesso di quelle adattive (che sono però comunque presenti). A sua volta questo supporta la prospettiva per cui l'attaccamento insicuro non è da considerarsi un disturbo conclamato, ma una condizione di vulnerabilità e di rischio per un disadattamento successivo (Iwanski et al., 2021).

Verzeletti e colleghi (2016) si sono occupati di studiare se e come le strategie di regolazione delle emozioni siano correlate al benessere degli adolescenti in un campione normativo di 633 soggetti italiani (età media = 16.65; sd = 1.62). I loro risultati indicano che un utilizzo maggiore della strategia di *reappraisal* è positivamente associata a livelli maggiori di benessere, in particolare di soddisfazione di vita, percezione di supporto sociale e affetti positivi. Al contrario, la tendenza ad usare maggiormente la strategia di *suppression* si associa ad un livello di benessere inferiore per tutti gli indicatori, tra cui la salute psicologica, la solitudine emotiva e la presenza di affetti negativi, coerentemente con i risultati esistenti sugli adulti (John & Gross, 2004; Verzeletti et al., 2016). A differenza di quanto ipotizzato dagli autori in base ai valori culturali, ovvero che i maschi evitassero di esprimere le proprie emozioni più delle femmine e che le femmine si impegnassero nella rivalutazione cognitiva come o più dei maschi, i risultati non indicano differenze di genere nell'uso delle due strategie di regolazione prese in esame. L'assenza di una differenza nell'uso della *suppression* potrebbe riflettere, secondo gli autori, una tendenza culturale recente dell'occidente (in particolare in Italia) in cui risultano meno salienti le specifiche "regole emotive" legate al genere (Verzeletti et al., 2016). La crescita che avviene durante gli anni dell'adolescenza porta con sé la necessità di adeguarsi e di conformarsi alle norme sociali per essere accettati ed affrontare con successo le richieste contestuali. Un'ipotesi dello studio era, quindi, che adolescenti più grandi fossero più capaci di regolare le proprie emozioni rispetto a quelli più giovani, impiegando anche strategie diverse in modo flessibile. Anche questa ipotesi legata all'età non è stata confermata, suggerendo che la strategia più efficace del *reappraisal* si sviluppi e sia

presente già precocemente, senza differenze significative tra i diversi momenti evolutivi (Verzeletti et al., 2016).

Bozanoğlu e colleghi (2019) hanno preso in considerazione l'attaccamento ai caregivers di un campione di adolescenti, per esaminarne la relazione con la loro salute mentale (valutata tramite due indicatori: difficoltà di regolazione emotiva e depressione) e ponendo un focus sul possibile ruolo di mediazione dell'uso del linguaggio. Per quest'ultimo aspetto, gli autori hanno operazionalizzato il possibile *gap* percepito dai soggetti tra esperienza e linguaggio, riferendosi con esso alla discrepanza esistente tra ciò che i ragazzi sperimentano internamente e ciò che possono esprimere verbalmente (Bozanoğlu et al., 2019). Questo studio acquisisce una certa rilevanza all'interno di questo elaborato, poiché proprio il punto di partenza del primo capitolo è la descrizione di una condizione in cui il linguaggio e la parola risultano assenti o carenti (l'alessitimia) e che si lega ad una serie di difficoltà e possibili conseguenze psicopatologiche. I risultati riconoscono effettivamente all'uso del linguaggio e alla regolazione emotiva un ruolo come potenziali mediatori nella relazione tra attaccamento e salute mentale degli adolescenti, supportando l'ipotesi che l'attaccamento ai genitori influenzi la regolazione delle emozioni e la depressione proprio attraverso il *gap* prima menzionato. Queste evidenze sono in linea con quanto già discusso rispetto al ruolo cruciale giocato da una buona capacità di esprimere e descrivere le proprie esperienze interne per il benessere dei soggetti in questa delicata fase di vita; in quest'ottica, un miglioramento delle abilità linguistiche e comunicative potrebbe ridurre il *gap* causato da esperienze di attaccamento non ottimali, portando a sua volta a migliorare le capacità di regolazione delle emozioni degli adolescenti (Bozanoğlu et al., 2019).

Nel periodo storico in cui ci troviamo, si è assistito ad alcuni eventi di forte impatto sulla nostra vita, primo fra tutti la pandemia da Covid-19, con le sue implicazioni e conseguenze più o meno dirette. Dalla letteratura sappiamo che l'adolescenza è stata probabilmente la fascia d'età maggiormente colpita dagli effetti di questo fenomeno, con una grande quantità di ragazzi che riferiscono un aumento della solitudine, della noia, dei conflitti intrafamiliari e una riduzione del benessere in generale durante il lockdown (Bassi et al., 2022; Pace et al., 2022; Scharf et al., 2024). Dato che la regolazione delle emozioni risulta cruciale proprio nelle situazioni di stress, un evento così rilevante che colpisce tutta la popolazione può essere sfruttato negli studi come una manipolazione

"naturale" dello stress (Dworschak et al., 2023). In uno studio recente, è stato esaminato il ruolo della regolazione delle emozioni nelle cognizioni e nei comportamenti alimentari disfunzionali di bambini e adolescenti, che sappiamo essere fattori di rischio per lo sviluppo di successivi disturbi alimentari. Gli autori hanno utilizzato la metodologia *daily-diary* chiedendo ai partecipanti la compilazione di alcune misure ogni sera per tre settimane, in due periodi diversi a distanza di un anno l'uno dall'altro; la raccolta dei primi dati risale a prima della pandemia, e si è quindi svolta in una quotidianità "tipica", mentre i secondi sono stati raccolti durante le prime fasi della pandemia. I risultati, in linea con le ipotesi, mettono in luce come soggetti che riportano maggiori preoccupazioni per il peso e maggior attuazione di condotte restrittive utilizzino maggiormente due specifiche strategie di regolazione emotiva, che non riguardano solo le emozioni negative ma anche quelle positive; da un lato la ruminazione (regolazione di emozioni negative), che consiste nel focalizzarsi ripetutamente sui propri sintomi e preoccupazioni senza intraprendere azioni concrete per cambiare la situazione; dall'altro il *dampening*-smorzamento (regolazione di emozioni positive), ovvero il concentrarsi sugli aspetti negativi di uno stato d'animo e/o di una situazione positiva (Dworschak et al., 2023). È interessante sottolineare che tali associazioni sono state riscontrate solo nel secondo momento di valutazione, quello che coincide con l'inizio della pandemia da Covid-19. Considerato che l'esposizione allo stress è legata ad un aumento degli affetti negativi e della psicopatologia nell'adolescenza (Deng et al., 2021 e Monroe et al., 1999, citato da Dworschak et al., 2023), è logico pensare che le associazioni tra ruminazione, smorzamento e cognizioni e comportamenti alimentari disfunzionali possano essere state particolarmente spiccate in questo momento storico.

Anche Scharf e colleghi (2024) hanno svolto uno studio focalizzato sul periodo pandemico, esplorando gli effetti dei diversi stili di regolazione emotiva sul benessere post-lockdown in un campione di adolescenti israeliani; i risultati hanno dato conferma alle loro ipotesi, in quanto i soggetti mostrano effettivamente modelli di adattamento diversi a seconda del loro stile di regolazione. In particolare, emerge un adattamento ottimale nei ragazzi che utilizzano uno stile di regolazione integrato (*Integrative Emotion Regulation*, IER) – che si caratterizza per un atteggiamento interessato, curioso e non giudicante verso le proprie emozioni – e, invece, un disadattamento negli adolescenti che utilizzano uno stile basato sulla soppressione o che presentano segni di disregolazione

emotiva (Scharf et al., 2024). Questo risultato suggerisce che l'IER possa promuovere una buona resilienza durante le situazioni e gli eventi avversi e, al contrario, che la mancanza di un'autonomia nella regolazione, tipica della soppressione o della disregolazione, possa porre gli adolescenti a rischio di un disadattamento a lungo termine (Scharf et al., 2024).

Considerando tutte le evidenze qui esposte sul ruolo cruciale della regolazione – e quindi della disregolazione emotiva – per il benessere degli adolescenti, una possibile spinta motivazionale dovrebbe essere legata alla ricerca dei fattori che la promuovono fin dall'infanzia, così da poter individuare le basi per una buona capacità di regolazione durante l'adolescenza. Per un'ulteriore prova del valore e della rilevanza di questo costrutto per il benessere, si riporta che le conoscenze in letteratura ne riconoscono un ruolo anche nella possibilità di cura: il cambiamento che si verifica in psicoterapia risulta essere mediato proprio dall'acquisizione di processi di regolazione emotiva, che inizia a livello interpersonale all'interno della relazione clinica per poi estendersi a livello intrapersonale, sia all'interno che all'esterno del setting (Palmieri et al., 2022).

SEZIONE II: la ricerca

3. Obiettivi e ipotesi

Il presente studio, realizzato nel contesto del progetto “Teen Tok”, ha permesso di esplorare l’approccio, lo stile interpersonale ed il livello di funzionamento della personalità attraverso le risposte ad una gamma di possibili situazioni stressanti proposte dal test *Picture Frustration Study* (PFS; Rosenzweig, 1945), nonché di misurare alcune dimensioni e caratteristiche del funzionamento psicologico di un campione non-clinico di adolescenti. Nello specifico, questo lavoro si pone due obiettivi fondamentali. Il primo coincide con lo scopo del progetto “Teen Tok”: ottenere una mappatura generale del funzionamento degli adolescenti in community sample in termini di benessere psicologico in un periodo delicato come quello post-pandemico, anche attraverso la somministrazione su ampia scala del PFS al fine di ottenere evidenze sull’efficacia del nuovo metodo di scoring COSMO e sulla sua utilità in contesti clinici. Il secondo obiettivo, specifico della presente ricerca, è esplorare i legami tra alessitimia, difficoltà di regolazione emotiva e funzionamento interpersonale degli adolescenti.

Secondo Taylor (2000), le caratteristiche centrali del costrutto di alessitimia sono ascrivibili a deficit nell’elaborazione cognitiva, nella gestione e nella regolazione delle emozioni. Questa idea si basa sulla concezione della risposta emotiva e della sua regolazione come derivate dall’interazione reciproca di tre sistemi: quello neurofisiologico (sistema nervoso autonomo e neuroendocrino), quello motorio-espressivo (espressioni facciali, postura, tono di voce) e quello cognitivo-esperienziale (consapevolezza soggettiva e resoconto verbale degli stati emotivi) (Dodge & Garber, 1991, citato da Taylor, 2000). In aggiunta, si ritiene che la dimensione interpersonale dell’individuo possa a sua volta fornire supporto o, al contrario, compromettere, la regolazione delle emozioni. L’alessitimia, infatti, si configura come una difficoltà a gestire i propri sentimenti sia a livello individuale (autoconsapevolezza), sia a livello relazionale (comunicazione dei propri stati emotivi all’altro). Tutto ciò è supportato da studi che dimostrano come il costrutto si associ a stili disfunzionali di regolazione delle emozioni (La Ferlita et al., 2007; Laloyaux et al., 2015; Muzi & Madera, 2021; Sfârlea et al., 2019), ad una bassa intelligenza emotiva (Farina et al., 2021) e a un deficit di

trasferimento interemisferico bidirezionale (Hoppe, 1977; Parker et al., 1999; Zeitlin et al., 1989, citati da Taylor, 2000 e da Caretti & La Barbera, 2005, p. 88). Diversi studi correlazionali hanno trovato relazioni significative tra alti livelli di alessitimia e minori capacità di regolazione, che sembrano implicare la tendenza ad utilizzare strategie meno funzionali (Luminet et al., 2020). Sighinolfi e colleghi (2010) hanno riscontrato che la sottoscala della TAS-20 (*Twenty-items Toronto Alexithymia Scale*, Bagby et al., 1994) di “Difficoltà nell’identificare le emozioni” è l’unica a manifestare associazioni con tutte le dimensioni del questionario DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004). Questo dato sottolinea l’importanza per la persona di riconoscere e dare un nome e un significato ai propri vissuti emotivi; l’incapacità di comprendere ed interpretare le situazioni da cui questi ultimi hanno origine, oltre che la loro valenza positiva o negativa, potrebbe portare a difficoltà nella regolazione delle emozioni a più livelli: accettazione, capacità di controllo, fiducia riguardo l’efficacia delle proprie abilità di regolazione emotiva (Sighinolfi et al., 2010). Muzi e Madera (2021) hanno rilevato in un gruppo di adolescenti non clinici come un maggior livello di alessitimia sia predittore di un uso più frequente della strategia di regolazione emotiva considerata più disadattiva, la soppressione espressiva (*suppression*). Similmente, in un campione di studenti universitari, livelli più elevati di alessitimia sono risultati significativamente correlati a livelli più elevati di *suppression*; l’uso di questa strategia, inoltre, risulta specificamente predetto dal fattore “Difficoltà a descrivere le emozioni” della scala TAS-20 (Laloyaux et al., 2015).

HP1 - A partire da queste evidenze, quindi, ci aspettiamo che nel nostro campione punteggi più elevati nella scala TAS-20 si associno ad alti punteggi nel questionario DERS-SF, ovvero che individui maggiormente alessitimici presentino anche una maggiore disregolazione emotiva rispetto a chi ottiene punteggi bassi di alessitimia.

Come anticipato nei capitoli precedenti, molte evidenze in letteratura mettono in luce relazioni tra la presenza di caratteristiche alessitimiche ed un’ampia gamma di conseguenze comportamentali, di manifestazioni e di sintomi somatici, psicologici e psicopatologici di vario tipo, tanto da considerare l’alessitimia una caratteristica transnosografica (Di Carlo et al., 2024; Gatta et al., 2019, 2022; Honkalampi et al., 2009; Iannattone et al., 2021; Rieffe et al., 2010; Trani et al., 2013). Allo stesso modo, è sempre più diffusa una lettura dei processi di regolazione delle emozioni come elemento trans-

diagnostico alla base dello sviluppo e del mantenimento di un ampio spettro di psicopatologia, in quanto difficoltà al loro interno risultano associate ad una molteplicità di sintomi, sia internalizzanti sia esternalizzanti, e di compromissioni del benessere in adolescenza (Dworschak et al., 2023; Gross & John, 2003; Mancinelli et al., 2024; Verzeletti et al., 2016). Tra i sintomi e le manifestazioni più frequentemente legate all'alessitimia ed alla disregolazione emotiva, ricopre una posizione di rilievo l'autolesionismo non suicidario (*Non Suicidal Self-Injury*, NSSI) (Gatta et al., 2019, 2022). Quest'ultimo esordisce solitamente intorno ai 13-14 anni e in adolescenza incontra la sua massima diffusione; dai dati riportati da D'Agostino e colleghi (2018), infatti, il 13.9% della popolazione adolescenziale non clinica mette in atto comportamenti autolesionistici e la percentuale raggiunge il 50.6% se si considera la popolazione clinica. Le ricerche esistenti individuano tra i fattori psicologici predittivi di tali comportamenti proprio la presenza di tratti alessitimici e la disregolazione emotiva (Gatta et al., 2022). Inoltre, anche nell'ambito del NSSI la dimensione sociale gioca un ruolo fondamentale; tra i fattori ad essa legati si possono brevemente citare le modalità con cui l'agito viene nascosto o al contrario mostrato a livello interpersonale (possibile indice dei diversi funzionamenti di personalità in cui il sintomo va ad inserirsi), il ruolo dei social network nella condivisione del comportamento o nel mettere in contatto individui con difficoltà simili (favorendo l'identificazione) e, in modo simile, la possibile appartenenza ad un gruppo sociale in cui la problematica è condivisa e addirittura legittimata, che può favorire il proseguimento degli agiti per preservare un senso di appartenenza (Gatta et al., 2019).

HP2 - Ci aspettiamo, quindi, che soggetti con elevati punteggi nella TAS-20 e nel DERS-SF riportino più frequentemente di aver avuto ideazione o comportamenti autolesivi nei due item del SITBQ-NS (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire – Non Suicidal, D'Agostino et al., 2018) utilizzati, rispetto ai soggetti con minore disregolazione emotiva e con livelli di alessitimia inferiori.

Contributo specifico di questo lavoro è però il tentativo di fare un ulteriore passo in avanti, ipotizzando che le difficoltà di regolazione emotiva svolgano un ruolo di mediazione nella relazione tra la presenza di caratteristiche alessitimiche ed il benessere del soggetto in termini di strategie di adattamento e di funzionamento interpersonale. All'interno della letteratura esistente, sono presenti alcuni studi che hanno esaminato e confermato il ruolo

della regolazione delle emozioni come variabile che modera il rapporto tra alessitimia ed esiti psicologici disfunzionali. Gli studi, tuttavia, sono stati condotti principalmente su campioni di soggetti adulti o giovani adulti. Per esempio, basandosi sul modello multi-componenziale della regolazione emotiva di Gratz e Roemer (2004), Da Silva e colleghi (2017) hanno riscontrato l'influenza dei punteggi alessitimici sulla consapevolezza e sulla capacità di differenziazione emotiva, che a loro volta risultano essere mediatori significativi tra l'alessitimia e la gravità dei sintomi riportati da un campione clinico ed uno non clinico di adulti (da Silva et al., 2017). In un altro studio, un campione di giovani adulti è stato diviso in due gruppi per differenziare soggetti alessitimici e non-alessitimici; i risultati mostrano che il primo gruppo riporta più problemi di salute mentale rispetto al secondo (in termini di disturbi somatici, ansia, insonnia, depressione, problemi sociali) e, soprattutto, che queste problematiche sono probabilmente il risultato delle loro difficoltà di regolazione delle emozioni. Infatti, controllando per tali difficoltà, la differenza tra i due gruppi rispetto alle manifestazioni riportate non risulta più statisticamente significativa, suggerendo un ruolo di mediazione delle difficoltà di regolazione (soprattutto per le scale DERS "mancanza di chiarezza" e "non accettazione") rispetto all'effetto dell'alessitimia su alcune dimensioni rilevanti per la salute mentale (Pandey et al., 2011). Oltre che su dimensioni psicologiche intra-personali, il ruolo di mediazione delle capacità di regolazione emotiva nella relazione tra alessitimia e difficoltà di adattamento è stato riscontrato anche in ambito interpersonale. Velotti e colleghi (2016), ad esempio, hanno messo in luce il ruolo della disregolazione emotiva nel mediare il rapporto tra alessitimia e comportamenti sociali disinibiti (come, ad esempio, comportamenti di aggressività) in un campione psichiatrico misto ed in uno in comunità residenziale (entrambi di adulti). Nella ricerca di Edwards e Wupperman (2017), invece, le caratteristiche alessitimiche e la capacità di differenziazione delle emozioni spiegano il 43% della varianza dei comportamenti aggressivi impulsivi e queste relazioni risultano completamente mediate dalla difficoltà di regolazione delle emozioni.

HP3 - Basandosi anche sulle evidenze appena esposte, l'ipotesi della presente ricerca, quindi, è che elevati livelli di alessitimia influenzino negativamente l'adattamento di soggetti adolescenti in termini di fallimenti nelle dimensioni di agency (assertività, capacità di coping) e communion (capacità relazionali) e di compromissioni del livello di funzionamento della personalità valutati tramite il nuovo metodo di codifica del

Picture Frustration Study (Vetere et al., 2019), e che tale influenza possa essere mediata dalla presenza/assenza e dall'entità di difficoltà nella regolazione dei propri stati emotivi.

4. Metodi e Strumenti

4.1 Il progetto “Teen Tok”

“Teen Tok”, progetto approvato dal Comitato Etico Interdipartimentale di Psicologia dell’Università degli Studi Di Padova (n°5064/2022), nasce dalla collaborazione della Prof.ssa Silvia Salcuni dell’Università degli Studi di Padova con la Onlus “The Net – Legami terapeutici in rete”, il Dott. Carlo Vetere dell’Istituto Veneto di Terapia Familiare (ITFV) e la Prof.ssa Emanuela Brusadelli dell’Università di Wollongong (Australia). Si tratta di uno studio multicentrico che si svolge nelle scuole secondarie di secondo grado italiane e in alcuni servizi clinici (es. Neuropsichiatria Infantile) con un duplice scopo: da un lato, quello di validare il nuovo metodo di codifica “COSMO” (*COllaborative Scoring MethOd*) per il test *Picture Frustration Study* (PFS; Rosenzweig, 1945) per poterne confermare l’efficacia nella mappatura dei pattern di comportamento e degli stili interpersonali degli adolescenti in situazioni quotidiane; dall’altro, individuare precocemente eventuali livelli di rischio-vulnerabilità-fragilità dei ragazzi e delle ragazze adolescenti in un’ottica preventiva, al fine di poter mettere in atto interventi precoci e mirati di *coping training* qualora emergessero stili comportamentali o strategie di adattamento disfunzionali e/o maladattivi.

Il primo passo per la partecipazione alla ricerca è la firma di un accordo con l’Università degli Studi di Padova da parte del dirigente scolastico dell’istituto partecipante. Successivamente, agli alunni minorenni iscritti nelle classi individuate viene consegnato il modulo di consenso informato alla partecipazione da far firmare ai genitori.

Per la raccolta dei dati sono previsti due incontri in ogni classe: nel primo viene fornito ai ragazzi il link per accedere autonomamente dal proprio smartphone ad una *survey* online (Google Form) contenente questionari relativi a diverse dimensioni psicologiche. La compilazione richiede circa mezz’ora di tempo, all’interno di una durata totale dell’incontro di un’ora in cui viene anche illustrato agli studenti il progetto di ricerca per cui i genitori hanno prestato il consenso, enfatizzando l’importanza del loro contributo per la realizzazione dello studio e per una migliore comprensione delle necessità dei loro coetanei. Nel secondo incontro viene somministrato ai partecipanti lo strumento cuore del progetto, il *Picture Frustration Study* (versione adolescenti: PFS-A) tramite protocollo cartaceo; la compilazione richiede circa 30 minuti e, successivamente, viene dato un immediato riscontro ai ragazzi creando un momento di discussione e riflessione come

previsto dal metodo COSMO. In una finestra di tempo della durata variabile da classe a classe (da mezz'ora ad un'ora circa, in base alla disponibilità oraria dei docenti) viene quindi data loro una spiegazione semplificata della modalità di codifica dello strumento, nonché l'opportunità di confrontarsi sia con la laureanda referente che tra loro sulle risposte date e, quindi, di acquisire maggiore consapevolezza del proprio stile di funzionamento interpersonale. Questa modalità ha l'obiettivo di stimolare la riflessione collaborativa e la partecipazione attiva degli adolescenti, oltre che di supportarli nella ricerca di alternative di risposta più funzionali alle diverse situazioni (*coping training*).

4.1.1 La *survey* online

La *survey* compilata dai ragazzi attraverso il proprio smartphone consiste in un Google Form all'interno del quale sono stati inseriti strumenti testistici che valutano alcune dimensioni psicologiche rilevanti per la ricerca. Tra queste troviamo: regolazione emotiva, caratteristiche personologiche, capacità di fidarsi degli altri e di mettersi nei loro panni, comportamento in diversi contesti, rapporti con i pari, capacità di riconoscere e descrivere i propri e gli altrui stati emotivi. Di seguito si riporta una tabella riassuntiva degli strumenti utilizzati ed un esempio di item per ognuno.

Test (sigla)	Nome esteso	Esempio di item
-	Breve scheda anamnestica (genere, età, livello di scolarità, nucleo familiare)	<i>Quanti anni hai?</i>
RPQ	Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (23 item)	<i>Se vengo provocato, prima o poi reagisco</i>
TAS-20	Twenty-items Toronto Alexithymia Scale (20 item)	<i>Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti</i>
DERS-SF	Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (18 item)	<i>Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo</i>
ETMCQ	Epistemic Trust Scale (15 item)	<i>Quando ho un problema personale di solito chiedo consiglio agli altri</i>
PID-5 BF	Personality Inventory Dimensions 5 – Brief Form (25 item)	<i>Un sacco di gente ce l'ha con me</i>
SDQ	Strenght and Difficulties Questionnaire	<i>Per me è un mistero ciò che pesano le persone</i>
SITBQ-NS	Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire – NonSuicidal (2 item)	<i>Mi è acpitato di pensare di volermi fare del male fisico</i>

Tabella 1: sintesi degli strumenti utilizzati all'interno della *survey* online del progetto "Teen Tok".

4.2 Descrizione del *Picture Frustration Study*

Il PFS (Rosenzweig, 1945) è un test proiettivo-associativo composto da una serie di 24 vignette (tipo fumetto) che rappresentano due persone coinvolte in una situazione

leggermente frustrante e che può facilmente verificarsi (es. essere schizzati da un'automobile che passa quando piove, rompere un vaso, perdere il treno a causa di un guasto all'automobile). In ogni scena una delle due persone è l'artefice dell'evento frustrante, mentre l'altra lo subisce; il soggetto che risponde al test può trovarsi, a seconda della vignetta, nell'uno o nell'altro ruolo. La figura di sinistra di ogni situazione raffigurata pronuncia alcune parole che possono quindi sia descrivere la frustrazione dell'individuo, sia frustrarlo direttamente. La persona di destra è invece sempre rappresentata con un fumetto vuoto sopra di essa. Compito del soggetto è completare il fumetto su come lui pensa che il personaggio risponderà. Essendo il PFS un test proiettivo, l'attesa è che il soggetto si identifichi con il personaggio e proietti parti profonde di sé. Per rendere ciò più facile ed immediato, i tratti del viso e le espressioni facciali delle persone rappresentate sono omessi: in questo modo, il soggetto dovrebbe rispondere il più possibile con la prima associazione che gli viene in mente (Rosenzweig, 1945). Si riportano di seguito la consegna scritta sul protocollo cartaceo e due esempi di vignette:

ISTRUZIONI

In ciascuna figura di questo quaderno sono rappresentate due persone che stanno parlando: le parole dette dalla persona di sinistra sono stampate nel quadratino sopra di essa. Il quadratino posto sulla persona di destra è in bianco: immaginate ciò che questa risponderrebbe e scrivete nel quadratino bianco la **prima** risposta che vi viene in mente. Lavorate il più rapidamente possibile.

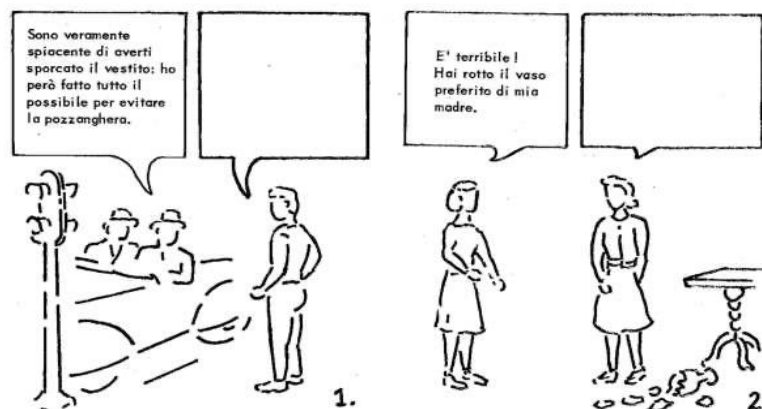


Figura 1: istruzioni ed esempi di vignette del PFS-A (Rosenzweig, 1945).

Il PFS nasce negli anni '40 da matrice psicodinamica con lo scopo di individuare gli schemi di risposta individuale allo stress quotidiano e lo stile personale di tolleranza alla frustrazione. Il sistema di codifica originale, quindi, considerava solo lo stile di risposta

allo stress secondo una visione intrapsichica individuale focalizzata sulla direzione dell'aggressività (tre dimensioni: Intra-aggressività; Aggressività repressa; Extra-aggressività) e sulla tipologia dell'aggressività (tre dimensioni: Dominanza dell'ostacolo; Difesa dell'Io; Persistenza del bisogno) (Rosenzweig, 1945). Tuttavia, un processo di codifica così lungo e complesso non si rivela efficace per condividere i risultati con i pazienti all'interno di un setting clinico, motivo per cui il PFS era utilizzato esclusivamente in ambito di ricerca.

4.3 Il nuovo metodo di codifica per il PFS

Il metodo CoSMo (*Collaborative Scoring Method*) nasce proprio dall'esigenza clinica di disporre di una modalità di codifica più semplice di quella originale, che implichi meno categorie e che sia alla portata anche del paziente, perché possa poter comprendere chiaramente i suoi punteggi durante la restituzione. Il nuovo sistema valuta le strategie di adattamento che il soggetto mette in campo per risolvere il problema proposto dalla vignetta; in questo modo, il PFS passa dall'essere un test proiettivo ad essere uno strumento *performance-based* (basato sulla prestazione) che permette di ottenere informazioni sul suo stile di risposta e di funzionamento, con uno spostamento di enfasi sulla dimensione interpersonale (Brusadelli, 2021). Ciò che viene valutato è *cosa* fa il soggetto e *come* lo fa, in termini di capacità relazionali (*communion*) e di capacità di coping (*agency*). Le vignette del PFS sono utili al fine di esplorare i modelli interpersonali e il livello generale di funzionamento della personalità del soggetto che risponde, proprio per la loro caratteristica di presentare situazioni della vita quotidiana. Le informazioni ricavate dalla valutazione delle variabili di *agency* e *communion* sono quindi utili per la comprensione del suo funzionamento nella vita di tutti i giorni (Vetere, 2021).

La cornice teorica del metodo COSMO pone le sue radici principalmente all'interno del Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità (*Alternative Model for Personality Disorders* [AMPD], American Psychiatric Association, 2013), introdotto nella sezione III del DSM-V, e del Modello Circumplexo Interpersonale (*InterPersonal Circumplex*, IPC). L'AMPD si propone di affrontare i disturbi di personalità concettualizzandoli in ottica dimensionale, che vada oltre la semplice categorizzazione dei sintomi e che possa fornirne una descrizione complessa, completa, accurata e clinicamente utile della personalità del paziente, anche ai fini di un eventuale trattamento, catturando l'intero spettro della personalità adattiva e disadattiva (Vetere et al., 2023; Widiger & McCabe,

2020). Piuttosto che basarsi sulla presenza/assenza dei sintomi che descrivono uno specifico disturbo distinguendolo dagli altri, gli autori ritengono sia più rilevante per la vita dell'individuo la comprensione globale della gravità del suo funzionamento quotidiano. Nell'AMPD i disturbi di personalità sono caratterizzati da due componenti centrali: compromissioni del funzionamento della personalità e tratti di personalità patologici (American Psychiatric Association, 2013).

La diagnosi del disturbo richiede quindi di affrontare due scelte:

- nel criterio A è inclusa la valutazione del grado di compromissione del funzionamento della personalità (*Level of Personality Functioning*, LPF), ovvero del livello di funzionamento del soggetto in due domini tra loro interconnessi, quello del Sé (in termini di Identità e Auto-direzionalità) e quello interpersonale (in termini di Empatia e Intimità). Il LPF affonda infatti le sue radici nella teoria psicodinamica, secondo cui i disturbi di personalità deriverebbero da deficit di base nel senso del sé e nella relazione interpersonale (Widiger & McCabe, 2020). La scala di valutazione distingue cinque possibili livelli di funzionamento che vanno da poca o nessuna (funzionamento sano, Livello 0) ad una lieve (Livello 1), moderata (Livello 2), grave (Livello 3) ed estrema (Livello 4) compromissione. La compromissione del funzionamento è considerata predittiva della presenza di un disturbo di personalità e la sua gravità indica la presenza di più disturbi o di uno dei disturbi più gravi (American Psychiatric Association, 2013);
- nel criterio B è presentato un modello dei tratti di personalità disadattivi a cinque domini (Affettività negativa, Distacco, Antagonismo, Disinibizione, Psicoticismo) che a loro volta includono 25 sfaccettature specifiche derivate da metanalisi della letteratura preesistente e da evidenze empiriche (American Psychiatric Association, 2013). Nel DSM-5 stesso è spiegato che questi cinque macro-domini sono da ritenersi varianti disadattive dei cinque domini del modello di personalità dei "*Big Five*" o "*Five Factor Model of personality*" (FFM), considerato il modello dimensionale principale della struttura di personalità (Widiger & McCabe, 2020).

L'AMPD integra quindi al suo interno diversi importanti approcci clinici alla personalità, tra cui l'IPC. Per comprendere le basi teoriche del nuovo metodo di codifica bisogna necessariamente porsi come principio di partenza il considerare che gran parte della personalità è interpersonale (Vetere et al., 2019). Sullivan (1940, 1953; citato da Fournier

et al., 2011) ha introdotto per primo la concettualizzazione interpersonale della personalità, prospettiva che poi Leary (1957, citato da Fournier et al., 2011) e altri hanno contribuito a concettualizzare in quello che è conosciuto come modello circomplesso interpersonale. Si definisce tale un modello che raffigura le variabili in una disposizione circolare, basandosi sul loro grado di somiglianza (Guttman, 1954, citato da Conte & Plutchik, 1981). Al suo interno, i tratti sono infatti disposti lungo un continuum spaziale di forma circolare dove quelli vicini tra loro sono da ritenersi simili, mentre tratti molto lontani rappresentano delle polarità; si tratta di un modo semplice e utile per concettualizzare la struttura dei tratti di personalità quando essi sono definiti dal comportamento interpersonale di un individuo (Conte & Plutchik, 1981; Fournier et al., 2011). Nonostante alcuni aspetti siano oggetto di discussione, tutti i ricercatori della prospettiva interpersonale riconoscono all'IPC una struttura bidimensionale; secondo gli autori la dimensione interpersonale della personalità può essere infatti letta nell'intersezione di due variabili fondamentali: l'*agency* e la *communion* (Horowitz, 2004; Pincus, Lukowitzsky, & Wright, 2010; Wiggins, 1991, citati da Vetere et al., 2019).

- L'*agency* riguarda l'autonomia, l'indipendenza e la dominanza del soggetto; si riferisce ai suoi tentativi di padroneggiare le situazioni, di affermare il proprio sé, di sperimentare potere, competenza e auto-realizzazione (Bakan, 1966, citato da Vetere et al., 2019).
- La *communion* si rifà invece più al senso di vicinanza e di appartenenza che motiva il soggetto alla ricerca di relazioni con gli altri, alla cooperazione e all'unione (Bakan, 1966; Wiggins, 1991, citati da Vetere et al., 2019).

Questi due tratti fondamentali sono stati originariamente descritti da Bakan (1966, citato da Ghaed & Gallo, 2006) e sono stati introdotti nell'IPC da Wiggins (1991, citato da Fournier et al., 2011), inserendo l'*agency* come asse verticale e la *communion* come asse orizzontale. Lo sviluppo di un forte senso di sé e di una significativa capacità di relazionarsi con gli altri sono ritenuti aspetti centrali in tutte le teorie sulla personalità (Vetere et al., 2019); essi sono considerati la base di molteplici aspetti del comportamento sociale, delle motivazioni e degli obiettivi del soggetto (Ghaed & Gallo, 2006). Tutte le forme di comportamento interpersonale possono essere viste come combinazioni dei quattro poli (Fournier et al., 2011).

Il metodo di codifica COSMO, come anticipato, si pone quindi come obiettivo quello di valutare le strategie di adattamento del soggetto tramite le risposte date alle vignette, ovvero basandosi sulla sua prestazione al test. Per ogni risposta fornita si effettua una valutazione a due livelli:

- il primo livello di valutazione è di tipo categoriale e consiste nel determinare lo stile interpersonale del soggetto, stabilendo a quale tra quattro possibili opzioni, date dall'incrocio di *agency* e *communion*, corrisponde la sua risposta;
- il secondo livello prevede invece una codifica di tipo dimensionale, riprendendo il criterio A dell'AMPD, e prevede la valutazione del livello di funzionamento della personalità (LPF) lungo una scala di punteggio che va da 1 a 4 (quattro possibili livelli).

4.3.1 Il primo livello di codifica: stile interpersonale

Nel primo livello di valutazione sono prese in considerazione le due variabili principali derivate dall'IPC, fondamentali per la comprensione del livello di funzionamento quotidiano di un individuo. L'*agency* è una dimensione legata al dominio del Sé dell'AMPD, in particolare alle capacità di coping che un soggetto è in grado di mettere in capo per padroneggiare la situazione, raggiungere un obiettivo prefissato e trovare una soluzione al problema presentato dalla vignetta (orientamento verso l'obiettivo). La *communion* è invece una variabile interpersonale che si riferisce alle capacità relazionali in termini di unione, solidarietà e vicinanza e in particolare nel mantenimento di una buona relazione con la persona coinvolta nel momento in cui si verifica una situazione stressante. Le due variabili si incrociano in un ipotetico piano cartesiano e dalla loro combinazione hanno origine quattro quadranti, corrispondenti a quattro stili interpersonali, che forniscono informazioni sulla personalità del soggetto. Le risposte ad ogni vignetta del PFS (quindi 24 per ogni soggetto) devono essere valutate singolarmente e collocate in uno dei seguenti quadranti:

- Stile amichevole-attivo (Q1): è caratterizzato da alta *agency* e alta *communion*. È il quadrante in cui si collocano risposte adattive definite da comportamenti proattivi e collaborativi, in cui il soggetto mostra un adattamento ottimale mostrandosi capace di mantenere buone relazioni con gli altri e di proteggere i propri interessi ed obiettivi senza subire danni;

- Stile amichevole-passivo (Q2): è caratterizzato da bassa *agency* e alta *communion*. Vengono collocate qui risposte di tipo passivo, in cui la relazione con l'altro è difesa e protetta anche a costo di perdere di vista i propri personali obiettivi e la capacità di tutelarsi (ad esempio prendendosi la colpa di quanto accaduto o svalutando le proprie capacità);
- Stile ostile-passivo (Q3): è caratterizzato da bassa *agency* e bassa *communion*. Vi sono collocate risposte in cui è presente un certo grado di frustrazione-ostilità che non viene però direttamente espressa verso l'altro personaggio. In questo stile non emergono proposte o azioni orientate al raggiungimento dei propri obiettivi o al preservarsi da possibili danni, ma anche la relazione con l'altro è compromessa dall'assumere una posizione passivo-aggressiva (ad es. usando lamentele, ironia, sarcasmo) o di vero e proprio ritiro. A causa dell'assenza di entrambe le capacità di coping e relazionali, questo è considerato il quadrante meno adattivo;
- Stile ostile-attivo (Q4): è caratterizzato da alta *agency* e bassa *communion*. Le risposte qui inserite esprimono la volontà di trovare soluzioni ai propri bisogni e di difendersi, perdendo però di vista la relazione con l'altro che viene compromessa e danneggiata a causa di azioni/parole aggressive (es. insulti, squalifiche, mancanze di rispetto).

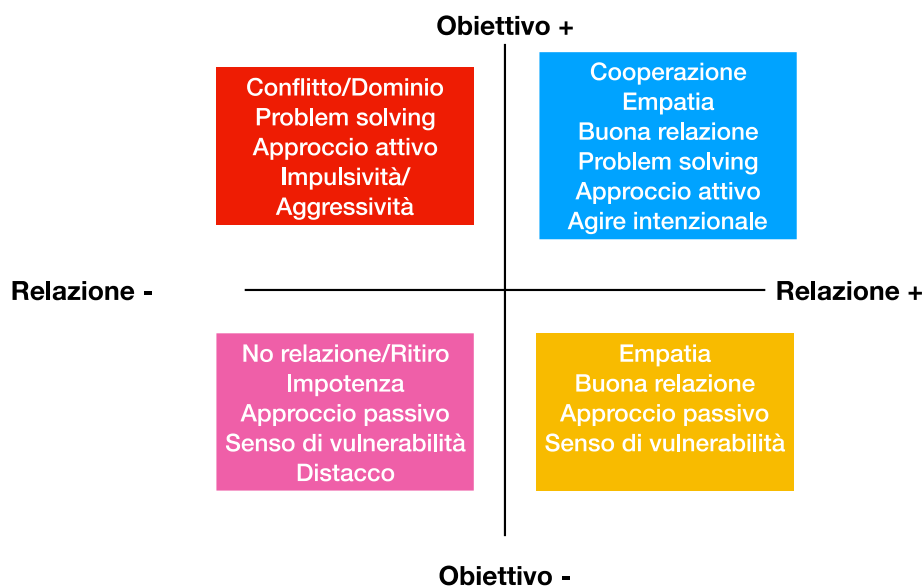


Figura 2: grafico dato dall'incrocio delle variabili *Agency* (orientamento verso l'obiettivo) e *Communion* (orientamento verso la relazione) prese in considerazione nel primo livello del nuovo sistema di codifica del PFS (Vetere, 2021).

Sono inoltre previste due categorie di codifica aggiuntive:

- Non Compreso (NC): si assegna nei casi in cui il soggetto con la sua risposta dimostra di non aver capito il significato della vignetta/situazione presentata (la risposta data non è inerente e non è possibile assegnarvi un quadrante). Considerando che le situazioni presentate dalle vignette sono molto semplici, questa categoria è rilevante per presumere quanti errori interpretativi il soggetto potrebbe fare nella sua vita quotidiana (Vetere et al., 2019);
- *Global Rejection* (GR): indica un rifiuto globale ed è utilizzata nei casi in cui la vignetta viene lasciata in bianco. Può indicare una dimenticanza, la non-comprensione della situazione, la volontà di non rispondere oppure un vero e proprio blocco causato da una situazione troppo attivante per il soggetto, che lo mette in difficoltà tanto da non riuscire a formulare una risposta (Vetere, 2021).

Basandosi su quanto esposto nella descrizione delle basi teoriche del metodo COSMO, i quattro quadranti appena descritti possono essere graficamente inseriti nel modello circumplesso.

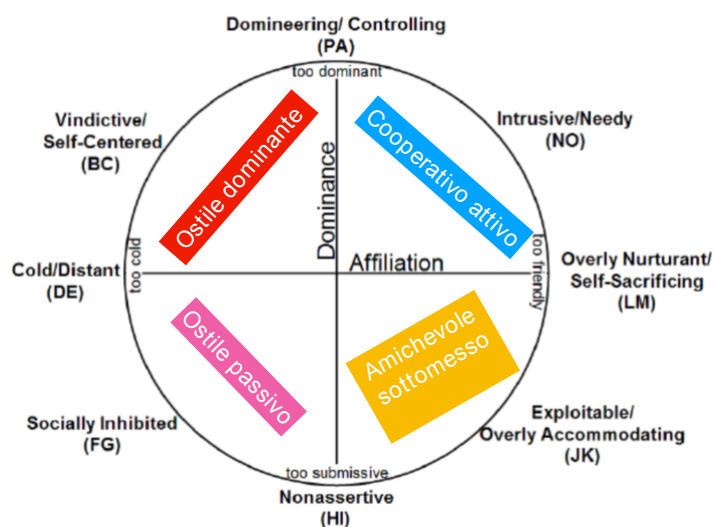


Figura 3: grafico in cui i quattro quadranti della codifica categoriale del PFS sono inseriti nel modello circumplesso (Vetere, 2021).

Dopo aver assegnato a tutte e 24 le vignette una categoria, si otterrà una distribuzione delle frequenze dei diversi quadranti; la modalità con frequenza maggiore indica lo stile interpersonale prevalente di un determinato soggetto.

Codificare le risposte in questo schema fornisce al clinico informazioni su più aspetti:

- Percezione: quanto l'individuo legge accuratamente la situazione;

- Affetto: come l'individuo vive la situazione in termini di emozioni;
- Sé: cosa vuole, verso cosa si orienta;
- Comportamento: cosa effettivamente fa (azioni).

4.3.2 Il secondo livello di codifica: *Level of Personality Functioning*

Come anticipato, il nuovo metodo di codifica per il PFS introduce anche un secondo livello di valutazione delle risposte, che abbraccia un'ottica di tipo dimensionale; il livello di funzionamento della personalità (LPF), infatti, può variare anche all'interno di uno spettro di risposte appartenenti allo stesso quadrante della codifica categoriale poiché viene valutata la qualità della risposta data dal soggetto. Ad essa si assegna un punteggio che permette di misurare quanto è adattiva o disadattiva la modalità messa in atto per affrontare la situazione interpersonale presentata, descrivendo il grado di vulnerabilità-compromissione del funzionamento, indipendentemente dal quadrante in cui la risposta è stata collocata nel primo livello di codifica. Per la misura dell'LPF si fa riferimento al criterio A proposto nell'AMPD (American Psychiatric Association, 2013); tuttavia, mentre la scala proposta dal DSM-V prevede cinque livelli di funzionamento, la scala LPF del *Picture Frustration Study* ne individua quattro che vanno da 1 (lieve compromissione) a 4 (estrema compromissione), raggruppando sotto il livello 1 i primi due livelli previsti dall'AMPD (0 e 1).

La descrizione dei diversi livelli è brevemente illustrata di seguito (Vetere, 2021):

1. Funzionamento sano-adattivo (poca o nessuna compromissione): risposte "normali", generalmente date da una persona capace di percepire, tollerare e regolare un'ampia gamma di emozioni, di pianificare e perseguire obiettivi sensati e realistici rispetto alla situazione e alle proprie capacità, di utilizzare standard di comportamento adeguati al contesto e in grado di comprendere il punto di vista dell'altro anche quando non lo condivide; la persona è consapevole dell'impatto delle proprie azioni sulle altre persone.
2. Compromissione moderata: le risposte sono connotate da emozioni regolate dalla situazione esterna e di forte rabbia/disappunto o vergogna/inadeguatezza; la persona trasmette con esse un senso di inferiorità e vulnerabilità oppure una compensazione positiva eccessiva; in generale il bisogno principale che emerge è quello di autoregolazione. Anche la relazione con l'altro è compromessa dalla persistenza del proprio bisogno o dal tentativo di evitare il conflitto.

3. Compromissione grave: sono risposte disadattive in cui si denota una difficoltà a stabilire e conseguire obiettivi personali, a causa di un debole senso di autonomia e di sé come soggetto agente. Le emozioni sono disregolate, il soggetto prova disgusto e squalifica per sé o per gli altri rispetto alla situazione in cui si trova e mostra un'eccessiva identificazione o un'eccessiva indipendenza da essi. Non è consapevole o si disinteressa degli effetti delle proprie azioni sulle altre persone.
4. Compromissione estrema: risposta disregolata; le emozioni sono incongruenti con il contesto o sono estreme (in positivo e in negativo) e sono presenti forti reazioni che sfuggono al controllo (di odio/aggressività o di auto-svalutazione e senso di colpa pervasivo). Non è presente l'esperienza di un sé unitario, autonomo e agente e l'attenzione per il punto di vista altrui è totalmente assente; il soggetto tende a focalizzarsi sul soddisfacimento delle proprie necessità e/o sull'evitamento di un eventuale danno.

L'LPF, quindi, indica l'adattamento del soggetto al proprio ambiente, ed è considerato predittivo della gravità del pattern di personalità emergente (American Psychiatric Association, 2013).

4.3.3 Lo scoring collaborativo

Il metodo COSMO nasce, come detto, con un obiettivo clinico. Grazie al suo utilizzo, la valutazione della personalità diventa uno strumento al servizio dell'intervento e del cambiamento terapeutico, possibile attraverso la collaborazione con i pazienti (Vetere et al., 2019). Questa idea è coerente con i principi dell'Assessment Collaborativo (*Collaborative Assessment, CA*), modalità semi-strutturata in cui i test psicologici non sono utilizzati solo per la diagnosi e la pianificazione degli interventi o per misurare gli esiti di un trattamento, ma anche come chiave di volta per realizzare interventi brevi (Finn, 2009, citato da Vetere et al., 2019). Lo scoring può quindi essere svolto individualmente dal clinico, coinvolgendo il soggetto solo in un momento di restituzione successivo, oppure facendo partecipare quest'ultimo sin dall'inizio del processo. Il sistema di valutazione viene spiegato in modo semplice e comprensibile, ad esempio disegnando i quadranti, spiegandone le caratteristiche e facendo per ognuno degli esempi di risposta (Vetere, 2021). La valutazione collaborativa fornisce una possibilità di coinvolgimento attivo del soggetto in tutte le parti dell'assessment, compresa la codifica

e l'interpretazione dei risultati, aumentando l'impatto di questi ultimi (Brusadelli, 2021). Questo metodo, molto centrato sul paziente, risulta particolarmente utile se si tratta di pazienti o soggetti adolescenti; il coinvolgimento attivo li rende veri protagonisti del processo di comprensione del proprio funzionamento, supporta lo sviluppo di obiettivi personali, incrementa l'autostima, aiuta a focalizzarsi sulle proprie risorse e a comprendere meglio se stessi e il proprio funzionamento. Inoltre, contribuisce alla costruzione di una buona alleanza grazie alla condivisione e alla discussione; l'obiettivo ultimo è aiutare i ragazzi a comprendere gli aspetti disfunzionali e a trovare strategie migliori per gestire le proprie reazioni emotive (Vetere et al., 2019).

4.4 Campione

Il campione esaminato nel presente lavoro di ricerca è stato estratto dal campione normativo globale del progetto "Teen Tok", che include i partecipanti di tutti gli istituti scolastici aderenti alla ricerca durante l'anno scolastico 2023-2024.

È costituito da 300 soggetti adolescenti, di età compresa tra i 15 e i 18 anni, pareggiati rispetto al genere ($n_{\text{maschi}} = 150$; $n_{\text{femmine}} = 150$).

4.5 Strumenti di misura

Al fine di esplorare i legami tra i costrutti teorici presentati nei primi due capitoli e di verificare le ipotesi della presente ricerca, oltre al profilo derivato dai due livelli di codifica del *Picture Frustration Study* - strumento centrale all'interno del progetto "Teen Tok" - sono stati presi in considerazione i risultati ottenuti dalla somministrazione di tre strumenti tra quelli presenti nella *survey* online somministrata ai partecipanti, che vengono di seguito elencati e successivamente descritti:

- *Twenty-items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*;
- *Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (DERS-SF)*;
- *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire - NonSuicidal (SITBQ-NS)*.

4.5.1 La scala TAS-20

La *Twenty-items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, Bagby et al., 1994) è un questionario self-report volto a misurare l'alessitimia. Si compone di 20 item a cui i soggetti devono rispondere utilizzando una scala Likert a 5 punti (da "per niente d'accordo" a "molto d'accordo"). Attraverso l'analisi fattoriale è stato possibile

identificare tre fattori corrispondenti al costrutto dell'alessitimia, che costituiscono le tre sotto-scale della TAS-20 in cui sono raggruppabili gli item:

1. Difficoltà a Identificare i Sentimenti (*Difficulties Identifying Feelings*, DIF);
2. Difficoltà a Descrivere i Sentimenti (*Difficulties Describing Feelings*, DDF);
3. Pensiero Orientato all'Esterno (*Externally Oriented Thinking*, EOT).

Il punteggio totale che si ottiene può variare tra un minimo di 20 ed un massimo di 100; valori maggiori indicano livelli più alti di Alessitimia.

Per quanto riguarda i *cut-off* di interpretazione dei risultati ottenuti, vengono considerati:

- francamente Alessitimici: soggetti che ottengono un punteggio maggiore o uguale a 60;
- borderline: soggetti con un punteggio compreso tra 55 e 59;
- non Alessitimici: individui con punteggio inferiore a 55.

La scala risulta avere buona consistenza interna (Alfa di Cronbach =.81) e buona affidabilità test-retest su un intervallo di tre mesi ($r = .77$) (La Ferlita et al., 2007). Alcuni limiti dello strumento sono, invece, l'esclusione della componente di povertà immaginativa, individuata in origine come una delle caratteristiche centrali del costrutto, e il fatto che si tratta di una misura di autovalutazione compilata direttamente da soggetti per i quali le difficoltà riguardano proprio la capacità di leggere il proprio mondo interno. In uno studio del 2007, La Ferlita e colleghi si sono occupati per primi di valutare l'applicabilità della TAS-20 a soggetti adolescenti, somministrandola ad un campione costituito da 360 studenti di scuole superiori (età media = 16.13 anni) e analizzandone la struttura fattoriale per verificare la concordanza con quella della popolazione adulta. Dalla loro indagine emerge una differente struttura rispetto alla soluzione a tre fattori; il terzo (Pensiero Orientato all'Esterno) viene infatti scomposto in due fattori distinti, che sono stati denominati "Difficoltà nel Contatto e nell'Utilizzo delle Emozioni" e "Pensiero Orientato all'Esterno". Nel campione preso in esame, la validità fattoriale della TAS-20 è addirittura superiore di quella per la popolazione adulta. Le variazioni di struttura riscontrate potrebbero, secondo gli autori, suggerire la presenza di differenze qualitative tra una popolazione e l'altra, tenuto conto della specificità che la dimensione emotiva riveste in adolescenza (La Ferlita et al., 2007). Trattandosi di uno strumento self-report,

tuttavia, in adolescenza più che mai bisogna riconoscervi un forte limite legato proprio all'auto-valutazione di una dimensione così complessa e nella quale è proprio la possibilità di riferire ciò che si sente ad essere maggiormente deficitaria (Porcelli & Todarello, 2005, citato da La Ferlita et al., 2007).

4.5.2 Il questionario DERS

Il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004) è un questionario *self-report* che valuta le difficoltà di regolazione in presenza di emozioni negative. Si compone di 36 item cui il soggetto risponde su una scala Likert a 5 punti (da 1 = “quasi mai” a 5 = “quasi sempre”) e che possono essere raggruppati in sei sottoscale:

- a) Mancanza di accettazione delle risposte emotive (*Non acceptance*): tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle primarie, oppure alla non-accettazione del proprio disagio;
- b) Difficoltà ad impegnarsi in comportamenti orientati verso un obiettivo (*Goals*): difficoltà a concentrarsi e svolgere attività quando si provano emozioni negative;
- c) Difficoltà nel controllo degli impulsi (*Impulse control*): difficoltà a mantenere il controllo sul proprio comportamento nel momento in cui si vivono emozioni negative;
- d) Ridotta autoconsapevolezza emotiva (*Awareness*): tendenza a fare attenzione alle emozioni e capacità di riconoscerle (punteggi invertiti per il calcolo);
- e) Accesso limitato a strategie di regolazione emotiva (*Strategies*): tendenza a credere che sia difficile regolare le emozioni negative sperimentate;
- f) Mancanza di chiarezza emotiva (*Clarity*): incapacità di comprendere e discriminare l'emozione vissuta.

Dalla somministrazione del DERS è possibile ottenere un punteggio per ogni sottoscala e un punteggio totale, dato dalla somma di ognuna. Punteggi elevati indicano una maggiore disregolazione emotiva; quelli corrispondenti ad un percentile di 50 sono da considerarsi tipici, mentre, se più alti, suggeriscono la presenza di problematiche clinicamente significative.

Considerandone le associazioni con altre misure di psicopatologia, il punteggio totale del questionario è risultato positivamente correlato all'affettività negativa e negativamente correlato con l'affettività positiva. Lo strumento possiede buone proprietà statistiche, con

un α di Cronbach che si colloca tra 0.72 e 0.87, buona validità predittiva e alta consistenza interna, sia per campioni clinici che non clinici (Gratz & Roemer, 2004). La sua versione italiana è stata tradotta e validata da Sighinolfi e colleghi (2010) su un campione di 190 soggetti (età media = 30.8; sd = 9.7), che hanno individuato sei fattori finali, con qualche differenza ma di fatto corrispondenti alla concettualizzazione di Gratz e Roemer (2004):

- a) Mancanza di accettazione della risposta emotiva;
- b) Difficoltà di distrazione dall'emozione: l'impossibilità di proseguire un compito orientato ad un obiettivo è considerato conseguenza di questo deficit nella capacità di distrarsi dall'*arousal* che monopolizza gran parte delle risorse attentive;
- c) Mancanza di fiducia nelle proprie abilità di regolazione emotiva;
- d) Difficoltà nel controllo dei comportamenti (quando si provano emozioni negative);
- e) Difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita;
- f) Ridotta autoconsapevolezza emotiva: riflette il grado di attenzione prestata al proprio stato emotivo.

Uno studio successivo è stato invece condotto su un campione più ampio ($n = 249$) e di età inferiore (media = 25.6; sd = 8.6) per valutare la struttura fattoriale e la consistenza interna della versione italiana del DERS. I risultati hanno evidenziato una replica della struttura originale a sei fattori e valori adeguati di consistenza interna, coerentemente con gli studi precedenti, supportando ulteriormente il modello multidimensionale di regolazione emotiva proposto da Gratz e Roemer e suggerendo che la versione italiana è uno strumento valido e affidabile, sia per la ricerca che per l'utilizzo clinico (Giomini et al., 2012). In un ulteriore studio l'analisi fattoriale confermativa ha replicato e suggerito una struttura fattoriale simile a quella degli autori anche per un campione normativo di adolescenti; i risultati mostrano inoltre una buona consistenza interna e validità dei punteggi del questionario, paragonabili a quelli riportati da Gratz e Roemer (2004) nel loro campione di adulti (Neumann et al., 2010).

All'interno della *survey* del progetto "Teen Tok", il questionario DERS è stato somministrato nella sua versione breve, DERS-SF (*Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form*, Kaufman et al., 2016), considerata più adatta per essere inclusa in

batterie di valutazione più lunghe (Rossi et al., 2023). La versione breve, validata nella versione italiana su soggetti adulti da Rossi e colleghi (2023), si costituisce di 18 item e presenta la medesima struttura fattoriale dell'originale. In un studio molto recente di Mancinelli et al. (2024), il DERS-SF è stato validato anche in un campione di adolescenti italiani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni (N = 704, età media = 13.38). Nello specifico, l'obiettivo finale di quest'ultimo era quello di valutare i contributi individuali di ciascuna subscale al fattore generale e la robustezza del punteggio totale del DERS-SF. I risultati sostengono la natura multidimensionale del DERS-SF, confermando la sua struttura originale a sei fattori, in linea con la teorizzazione multidimensionale delle difficoltà di regolazione emotiva di Gratz e Roemer (Gratz & Roemer, 2004). Le associazioni statisticamente significative che emergono tra le singole sub-scale, il punteggio globale del questionario e i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti dei soggetti sottolineano l'importanza di considerare sia il punteggio totale sia le singole dimensioni valutate nel questionario, che possono fornire informazioni complementari (Mancinelli et al., 2024).

4.5.3 Il questionario SITBQ-NS

Il *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire – Non Suicidal* è uno strumento *self-report* che permette di misurare l'intero spettro dell'autolesionismo non suicidario (*Non Suicidal Self-Injury*, NSSI) dall'ideazione all'atto (D'Agostino et al., 2018). Si tratta di versione modificata della *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* ([SITBI], Nock et al., 2007, citato da D'Agostino et al., 2016), un'intervista semi-strutturata creata appositamente per la valutazione di pensieri e comportamenti autolesivi, considerati punti diversi dello stesso continuum (Nock, 2010, citato da D'Agostino et al., 2018).

Lo strumento completo si compone di 28 item suddivisi in due moduli, il primo incentrato sui pensieri autolesivi e il secondo sui comportamenti autolesivi, entrambi indagati nelle stesse dimensioni (presenza/assenza; età di esordio; frequenza; uso concomitante di alcool/sostanze; metodi/modalità; motivazioni) e permette di ottenere 3 punteggi: Ideazione Autolesiva (IA), Comportamento Autolesivo (CA) e Spettro Autolesivo (SA) (D'Agostino et al., 2017).

Il SITBQ-NS ha dimostrato ottime proprietà psicometriche, in particolare per quanto riguarda l'affidabilità (α di Cronbach = 0,983) (D'Agostino et al., 2018).

All'interno della *survey* del progetto “Teen Tok” sono stati inclusi solo due item del questionario, al fine di indagare la presenza/assenza di pensieri e/o comportamenti autolesivi, senza riferimenti a età di esordio, modalità e frequenza.

4.6 Analisi dei dati

Le analisi dei dati sono state realizzate tramite il software SPSS (*Statistical Package for Social Science*).

In primo luogo, sono state effettuate le analisi descrittive per le scale globali degli strumenti self-report presenti nella *survey* online e per i diversi indici del *Picture Frustration Study*, calcolando media, deviazione standard, valore massimo e valore minimo.

Successivamente è stato realizzato un test *t di Student* per campioni indipendenti, al fine di testare la significatività di eventuali differenze di genere tra i punteggi medi ottenuti da ragazzi e ragazze negli strumenti somministrati.

Per poter verificare le ipotesi di ricerca precedentemente descritte, si è scelto di differenziare il campione in due sottogruppi dividendo i soggetti in base ai livelli di alessitimia, stimati attraverso la somministrazione della scala TAS-20. Il gruppo di soggetti “alessitimici” include i partecipanti con un punteggio TAS totale maggiore o uguale a 60, mentre il gruppo “non alessitimici” quelli con un punteggio fino a 59 (incluso in questo gruppo, quindi, anche i punteggi definibili come *borderline*). Per esaminare le differenze tra i due è stato eseguito, anche in questo caso, un test *t di Student* per campioni indipendenti.

Alla luce delle ipotesi formulate, inoltre, si rendeva necessario disporre di una misura che stimasse il grado di adattamento-benessere in termini di funzionamento interpersonale. Oltre all'indice derivante dal livello di codifica dimensionale del PFS (LPF), è quindi stato individuato un indice quantitativo composito denominato *Q3 index*, che dipende dal livello di codifica categoriale; esso consiste in una proporzione del numero di risposte classificate come Q3 (cioè corrispondenti al quadrante ed allo stile interpersonale meno adattivo) sulle altre risposte (Q1+Q2+Q4). Un valore elevato del Q3index indica una maggiore frequenza di risposte Q3 e suggerisce, quindi, difficoltà significative nella gestione delle interazioni interpersonali, in particolare in termini di assertività, empatia e capacità relazionali.

Per l'interpretazione di questo indice sono stati fissati due *cut-off*, che delineano tre diversi possibili profili di funzionamento negli adolescenti:

- Normativi-Sani ($Q3index < 0.80$);
- A rischio ($Q3index < 1.61$);
- Clinici ($Q3index > 1.61$).

I due indici (LPF e Q3 index) vengono inoltre considerati anche in modo combinato attraverso l'indice $Qi3*LPF$, così da poter disporre di una misura di adattamento e benessere che unisca i due livelli di codifica del PFS.

Per verificare l'ipotesi finale di questo lavoro (*HP3*) sono state calcolate le correlazioni tra le scale e gli indici dei vari strumenti; in particolare, ai fini delle domande di ricerca, sono rilevanti le correlazioni tra il punteggio TAS totale, i diversi fattori della scala TAS (DIF; DDF; EOT), il punteggio DERS-SF totale, il Q3 index, il LPF e l'indice $Qi3*LPF$. Al fine di appurare se il DERS-SF influenzasse effettivamente la relazione tra TAS-20 e Q3 index, tra TAS-20 e LPF e tra TAS-20 e $Qi3*LPF$, sono state stimate anche le correlazioni parziali tra queste ultime, controllando statisticamente l'effetto del punteggio totale ottenuto nel questionario DERS.

Infine, sono stati testati cinque diversi modelli di regressione lineare.

- Nel primo modello il livello di benessere/adattamento ($Qi3*LPF$) è assunto come variabile dipendente (Y), mentre il livello di Alessitimia (TAS totale) è assunto come predittore (X);
- Nel secondo il livello di benessere/adattamento ($Qi3*LPF$) è assunto come variabile dipendente (Y), mentre il fattore 3 della scala TAS (EOT) è assunto come predittore (X);
- Nel terzo, il livello di benessere/adattamento ($Qi3*LPF$) è assunto come variabile dipendente (Y), mentre il fattore 1 della scala TAS (DIF) è assunto come predittore (X);
- Nel quarto il livello di benessere/adattamento ($Qi3*LPF$) è assunto come variabile dipendente (Y), mentre il fattore 2 della scala TAS (DDF) è assunto come predittore (X);

- Infine, nell'ultimo modello testato, la percentuale di Q4 ottenuti (risposte di stile ostile attivo) è assunta come variabile dipendente (Y), mentre il fattore 3 della scala TAS (EOT) è assunto come predittore (X).

5. Risultati

5.1 Analisi descrittive e differenze di genere

Dalle statistiche descrittive si evince che l'età media ($n = 300$) è pari a 16.17 anni (deviazione standard = 0.556). Le distribuzioni di frequenza rispetto all'età dei soggetti sono illustrate nella tabella seguente.

Età	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
15	20	6.7	6.7
16	214	71.3	78.0
17	61	20.3	98.3
18	5	1.7	100.0
	300	100.0	

Tabella 2: frequenze assolute e percentuali rispetto all'età dei soggetti appartenenti al campione.

I risultati del PFS, in modo conforme alle attese per un *community sample*, mostrano una maggiore prevalenza di risposte attribuibili ad uno stile amichevole attivo (Q1), considerato quello ottimale e maggiormente adattivo; segue lo stile amichevole passivo (Q2); minore è invece la presenza di stili interpersonali ostili, sia passivi, sia attivi.

Prendendo in considerazione le macro-dimensioni di *agency* e *communion* che determinano i quattro quadranti della codifica categoriale e combinando, quindi, le frequenze medie di due quadranti alla volta (in base all'asse verticale o a quello orizzontale), risultano essere maggiormente frequenti gli stili di risposta amichevoli (Q1+Q2) rispetto a quelli ostili (Q3+Q4) e gli stili di risposta passivi (Q2+Q3) rispetto a quelli attivi (Q1+Q4).

Il livello medio di funzionamento della personalità (LPF) del campione si colloca nel range atteso per un'adolescenza sostanzialmente sana e adattiva (Vetere et al., 2023). Il quadrante in cui in media il LPF è maggiore è quello corrispondente ad uno stile amichevole passivo (Q2). Questo dato indica una tendenza a rispondere in modo meno adattivo (in termini di funzionamento di personalità) nelle risposte date adottando questo stile di risposta interpersonale, rispetto a quando si adottano altre modalità relazionali.

Il valore medio del Q3 index suggerisce l'esistenza di profili di funzionamento interpersonale mediamente adattivi e sani all'interno del campione analizzato,

coerentemente con le attese previste per un campione non clinico in cui prevalgono i Q1 e gli stili attivi rispetto ai Q3 passivo-ostili (range atteso: Q3 index < 0.80).

Nella tabella di seguito sono riportati sinteticamente i risultati appena discussi.

	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Q1 (amichevole attivo)	0	19	7.79	3.740
Q2 (amichevole passivo)	0	17	7.45	3.361
Q3 (ostile passivo)	0	15	4.88	2.792
Q4 (ostile attivo)	0	14	3.34	2.613
NC (Non Compreso)	0	3	0.33	0.592
GR (Global Rejection)	0	7	0.19	0.750
Q1+Q2 (amichevole)	0	24	15.25	4.451
Q3+Q4 (ostile)	0	22	8.22	4.373
Q1+Q4 (attivo)	4	19	11.14	3.247
Q2+Q3 (passivo)	3	20	12.33	3.280
LPF	1.042	3.292	1.614	0.308
Q3 index	0.000	1.667	0.297	0.243

Tabella 3: statistiche descrittive del campione ($n = 300$) rispetto agli indici del PFS.

Dalle analisi è possibile anche osservare alcune differenze di genere nei valori medi risultanti dalla somministrazione del PFS. L'utilizzo di uno stile interpersonale amichevole attivo è mediamente più diffuso nelle ragazze rispetto ai ragazzi, così come per lo stile amichevole passivo. Rispondere adottando stili interpersonali ostili, invece, è più diffuso nei maschi che nelle femmine, sia nel caso di uno stile attivo, sia nel caso di uno passivo.

Considerando la dimensione della *communio*, le femmine utilizzano in media stili più amichevoli rispetto ai maschi (Q1+Q2), che rispettivamente, invece, adottano più spesso stili di tipo ostile (Q3+Q4). Le medie sono invece simili tra i due generi per quanto riguarda la dimensione *dell'agency* (stili passivi Q2+Q3; stili attivi Q1+Q4).

Il LPF medio è superiore per i ragazzi rispetto alle ragazze e la differenza di genere risulta statisticamente significativa dal calcolo del t-test bilaterale ($t = 4.840$; $p < .001$), oltre che associata ad un *effect size* medio ($d = 0.559$).

Per quanto riguarda invece il *Q3 index*, i maschi ottengono un punteggio superiore alle femmine e anche questa differenza risulta statisticamente significativa dal calcolo del *t*-test bilaterale ($t = 6.512$; $p < .001$); l'indice *d* di Cohen riflette un *effect size* associato medio-grande ($d = 0.752$).

Infine, nell'indice che combina i due livelli di codifica del PFS ($Q3*LPF$), la media dei ragazzi risulta significativamente superiore a quella delle ragazze ($t = 6.550$; $p < .001$); anche in questo caso, la dimensione dell'effetto associata riflette un effetto medio-grande ($d = 0.756$).

Nella tabella che segue sono riportati i valori medi di entrambi i generi.

	Genere	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
Q1 (amichevole attivo)	Maschi	150	7.09	3.856	0.315
	Femmine	150	8.50	3.491	0.285
Q2 (amichevole passivo)	Maschi	150	6.59	3.012	0.246
	Femmine	150	8.31	3.480	0.284
Q3 (ostile passivo)	Maschi	150	5.77	2.975	0.243
	Femmine	150	3.99	2.279	0.186
Q4 (ostile attivo)	Maschi	150	3.95	2.849	0.233
	Femmine	150	2.74	2.203	0.180
Q1+Q2 (amichevole)	Maschi	150	13.68	4.614	0.377
	Femmine	150	16.81	3.677	0.300
Q3+Q4 (ostile)	Maschi	150	9.71	4.620	0.377
	Femmine	150	6.73	3.541	0.289
Q1+Q4 (attivo)	Maschi	150	11.03	3.125	0.255
	Femmine	150	11.24	3.371	0.275
Q2+Q3 (passivo)	Maschi	150	12.36	3.173	0.259
	Femmine	150	12.30	3.393	0.277
LPF	Maschi	150	1.697	0.326	0.027
	Femmine	150	1.531	0.265	0.022
Q3 index	Maschi	150	0.383	0.285	0.023
	Femmine	150	0.212	0.149	0.012

Qi3*LPF	Maschi	150	0.693	0.625	0.051
	Femmine	150	0.333	0.251	0.020

Tabella 4: valori medi negli indici del PFS distinti in base al genere dei soggetti (N = 300).

In merito al questionario SITBQ-NS, gli adolescenti di questo campione rispondono positivamente all'item che indaga la presenza di ideazione autolesiva con una frequenza superiore rispetto alle attese per la distribuzione nazionale ed europea, che è pari al 15-20% (D'Agostino et al., 2018). Nello specifico, il 35.3% di essi riferisce di aver avuto almeno una volta pensieri di questo tipo. Per quanto riguarda invece l'item che valuta la presenza di comportamenti-agiti, la frequenza con cui i soggetti del campione rispondono affermativamente è in linea con le attese (21.7%).

Si riporta di seguito la tabella riassuntiva delle distribuzioni di frequenza per le risposte affermative ai due item.

	Frequenza (N=300)	Percentuale
SITBQ-NS IDEAZIONE	106	35.3%
SITBQ-NS COMPORAMENTO	65	21.7%

Tabella 5: frequenze assolute e percentuali delle risposte affermative agli item del SITBQ-NS.

Anche in questo caso vi sono differenze di genere; coerentemente con le attese derivanti dai dati esistenti in letteratura, la percentuale di ragazzi che risponde affermativamente è inferiore rispetto a quella delle ragazze nell'item che valuta la presenza di pensieri autolesivi. Per quanto riguarda gli agiti, la differenza tra le medie è meno accentuata, ma comunque presente. La statistica test calcolata conferma la presenza di una differenza statisticamente significativa tra i due generi, soprattutto relativamente all'ideazione ($t = -5.846$; $p < .001$; *effect size* medio $d = -.675$), ma anche, seppur con minore significatività, per quanto riguarda i comportamenti ($t = -2.686$; $p = .008$; *effect size* piccolo $d = -.310$). Anche considerando il t-test unilaterale, il *p-value* risulta significativo sia per quanto riguarda l'ideazione ($p < .001$), sia per gli agiti ($p = .004$).

I risultati ottenuti dal campione preso in esame suggeriscono, in linea con le evidenze presenti in letteratura (D'Agostino et al., 2018; Gatta et al., 2019), che le ragazze tenderebbero a manifestare più frequentemente pensieri e comportamenti autolesivi rispetto ai ragazzi.

	Genere	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
SITBQ-NS IDEAZIONE	Maschi	150	.20	.401	0.33
	Femmine	150	.51	.502	.041
SITBQ-NS COMPORAMENTO	Maschi	150	.15	.362	.030
	Femmine	150	.28	.451	.037

Tabella 6: statistiche descrittive dei due generi rispetto ai risultati negli item del questionario SITBQ-NS.

Il punteggio totale medio del campione nel questionario DERS-SF è in linea con i valori normativi italiani di riferimento (Mancinelli et al., 2024).

Le ragazze tendono mediamente a dichiarare maggiori difficoltà di regolazione emotiva rispetto ai ragazzi in tutte le sue componenti, valutate dalle sottoscale del questionario.

Le statistiche descrittive distinte per i due generi sono espone nella tabella 7.

	Genere	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
DERS-SF TOT	Maschi	150	2.440	0.548	0.045
	Femmine	150	2.885	0.639	0.052
DERS-SF non accettazione	Maschi	150	2.575	0.708	0.058
	Femmine	150	2.807	0.819	0.067
DERS-SF difficoltà distrazione	Maschi	150	3.215	1.038	0.085
	Femmine	150	3.693	1.080	0.088
DERS-SF mancanza fiducia	Maschi	150	2.144	0.949	0.077
	Femmine	150	2.760	1.076	0.088
DERS-SF no controllo impulsi	Maschi	150	1.958	0.898	0.073
	Femmine	150	2.620	1.211	0.099
DERS-SF ridotta autoconsapevolezza	Maschi	150	2.635	0.843	0.069
	Femmine	150	2.758	0.865	0.071
DERS-SF no chiarezza emotiva	Maschi	150	2.111	0.891	0.073
	Femmine	150	2.675	1.024	0.084

Tabella 7: statistiche descrittive dei due generi rispetto ai risultati nelle sottoscale del questionario DERS-SF.

La differenza di genere nel punteggio medio DERS-SF totale, valutata con un t-test per campioni indipendenti, risulta significativa ($t = -6.479$; $p < .001$) ed associata ad una dimensione dell'effetto medio-grande ($d = -0.748$).

Confrontati con le norme italiane, i punteggi di entrambi i generi sono in linea con i valori di riferimento (Mancinelli et al., 2024).

I risultati ottenuti nella scala TAS-20, che valuta l'alessitimia, riflettono una media globale del campione pari a 53.15 (sd = 9.4), valore collocabile nella fascia di punteggio non alessitimico, quindi in norma con le attese. Nelle ragazze emerge un punteggio medio totale più elevato rispetto ai ragazzi; questo dato è in contraddizione con i risultati dello studio citato in precedenza e condotto da Joukamaa et al. (2007, citato da Gatta et al., 2014) sulla prevalenza dell'alessitimia negli adolescenti, in cui i ragazzi mostravano livelli più elevati rispetto alle ragazze in termini quantitativi, sebbene in generale l'alessitimia risultasse più diffusa nel genere femminile.

Considerando i singoli fattori della scala TAS-20, i risultati mettono in evidenza una maggiore difficoltà delle femmine rispetto ai maschi nell'identificare e nel descrivere le proprie emozioni (DIF e DDF), mentre i ragazzi ottengono un punteggio medio superiore a quello delle ragazze rispetto all'utilizzo di un pensiero orientato all'esterno (EOT).

La tabella seguente riporta le statistiche descrittive per i due generi in riferimento ai punteggi della scala TAS-20.

	Genere	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
TAS-20	Maschi	150	51.27	8.270	0.675
TOT	Femmine	150	55.03	10.092	0.824
TAS-20	Maschi	150	15.59	5.222	0.426
DIF (F1)	Femmine	150	19.32	5.791	0.473
TAS-20	Maschi	150	13.88	3.502	0.286
DDF (F2)	Femmine	150	15.63	3.984	0.325
TAS-20	Maschi	150	21.81	3.714	0.303
EOT (F3)	Femmine	150	20.07	3.688	0.301

Tabella 8: statistiche descrittive dei due generi rispetto ai risultati ottenuti nella scala TAS-20.

Mentre nello studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di adolescenti italiani La Ferlita e colleghi (2007) non avevano riscontrato differenze significative tra maschi e femmine, la differenza di genere nel punteggio totale di alessitimia rilevata all'interno del nostro campione risulta statisticamente significativa dal calcolo del t-test per campioni indipendenti ($t = -3.523$; $p < .001$), con una stima della dimensione dell'effetto medio-piccola (d di Cohen = 0.407).

Le differenze di genere, inoltre, si confermano statisticamente significative anche per quanto riguarda le medie dei singoli fattori della scala (DIF; DDF; EOT).

5.2 Test *t di Student* per campioni indipendenti: differenze in base al livello di alessitimia

Al fine di verificare le ipotesi di ricerca di questo lavoro, si è reso necessario distinguere i soggetti alessitimici da quelli non alessitimici creando due sottocampioni secondo un criterio quantitativo, per poter esplorare le differenze tra i due diversi funzionamenti. Il campione è quindi stato suddiviso nei due gruppi in base al punteggio totale ottenuto nella scala TAS-20:

- nel gruppo denominato “alessitimici” sono stati inclusi i partecipanti con punteggio TAS totale ≥ 60 (francamente alessitimici);
- nel gruppo “non alessitimici” sono stati inclusi i soggetti con punteggio TAS totale fino a 59 (non alessitimici e con punteggi di 55-59, considerabile *borderline*).

Osservando le rispettive distribuzioni di frequenza si può affermare che, nonostante la maggioranza dei soggetti rientri nel gruppo non-alessitimico, una parte considerevole del campione sia caratterizzata da livelli di alessitimia disadattivi. In particolare, 81 soggetti su 300 (corrispondenti al 27% della numerosità campionaria) ottengono un punteggio superiore al *cut-off* stabilito; la distribuzione di soggetti con difficoltà nel riconoscere, nominare e condividere le emozioni è quindi superiore alle attese per la popolazione adolescenziale, che sappiamo collocarsi nel range del 15-20% (Gatta et al., 2014).

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva delle distribuzioni di frequenza rispetto al livello di alessitimia, che determina anche l'appartenenza dei soggetti ai due sottocampioni.

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
Non Alessitimici e border (TAS ≤ 59)	219	73.0	73.0
Alessitimici (TAS ≥ 60)	81	27.0	100.0
Totale	300	100.0	

Tabella 9: frequenze assolute e percentuali del livello di Alessitimia dei soggetti

Per esplorare e analizzare le differenze tra i punteggi medi ottenuti dai due sottogruppi, è stato realizzato un test *t di Student* per campioni indipendenti.

La prima ipotesi di questo lavoro (*HPI*) riguarda il legame tra Alessitimia e regolazione delle emozioni; in particolare, si ipotizza che il gruppo di individui con livelli franchi di Alessitimia (denominato, appunto, “Alessitimici”) presenti anche una maggiore disregolazione emotiva (stimata attraverso il punteggio del DERS-SF), rispetto ai soggetti non Alessitimici. La media nel punteggio totale è effettivamente maggiore nel gruppo Alessitimico rispetto al gruppo non Alessitimico. Esaminando le diverse sottoscale che compongono lo strumento DERS-SF, anche in ognuna di esse i punteggi medi del gruppo “Alessitimici” risultano superiori a quelli del gruppo “non Alessitimici”.

Nella tabella di seguito sono riportate le statistiche descrittive per entrambi i gruppi.

	Gruppo	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
DERS-SF TOT	Non alessitimici	219	2.439	0.512	0.035
	Alessitimici	81	3.267	0.536	0.059
DERS-SF non accettazione	Non alessitimici	219	2.583	0.716	0.048
	Alessitimici	81	2.983	0.848	0.094
DERS-SF difficoltà distrazione	Non alessitimici	219	3.307	1.101	0.074
	Alessitimici	81	3.852	0.932	0.104
DERS-SF mancanza fiducia	Non alessitimici	219	2.189	0.934	0.063
	Alessitimici	81	3.165	1.052	0.117
DERS-SF no controllo impulsi	Non alessitimici	219	2.070	0.998	0.067
	Alessitimici	81	2.881	1.202	0.134
DERS-SF ridotta autoconsapevolezza	Non alessitimici	219	2.501	0.775	0.052
	Alessitimici	81	3.226	0.840	0.093
DERS-SF no chiarezza emotiva	Non Alessitimici	219	1.985	0.696	0.047
	Alessitimici	81	3.498	0.847	0.094

Tabella 10: statistiche descrittive dei due sottocampioni per i risultati delle sottoscale del questionario DERS-SF.

I risultati ottenuti confermano l'esistenza di una differenza statisticamente significativa nelle difficoltà di regolazione emotiva, che sono maggiori nei soggetti francamente alessitimici rispetto a quelli non alessitimici o con livello di alessitimia borderline.

$$t_{\text{DERS}_{\text{tot}}} (298) = -12.292; p\text{-value} = < .001; d = -1.599$$

L'*effect size*, stimato con l'indice *d* di Cohen riflette, quindi, un effetto molto grande che rafforza ulteriormente ed avvalorava quanto appena esposto.

In letteratura esistono alcune evidenze rispetto all'esistenza di una differente associazione tra il punteggio TAS e le singole sottoscale del questionario DERS-SF, poiché l'alessitimia sembrerebbe legarsi in modo diverso alle varie sfaccettature che costituiscono il macro-costrutto di regolazione emotiva. A questo proposito, si riporta di seguito una tabella riassuntiva dei risultati del t-test per tutte le scale del questionario.

	t	gl	p-value	d di Cohen
DERS non accettazione	-3.782	124.539	< .001	-0.532
DERS difficoltà distrazione	-4.268	167.489	< .001	-0.514
DERS mancanza fiducia	-7.760	298	< .001	-1.009
DERS controllo impulsi	-5.417	123.049	< .001	-0.767
DERS ridotta autoconsapevolezza	-7.036	298	< .001	-0.915
DERS no chiarezza emotiva	-14.384	122.228	< .001	-2.045

Tabella 11: prospetto riassuntivo dei risultati del t-test per campioni indipendenti tra i due sottocampioni rispetto alle diverse scale del questionario DERS-SF.

Osservando sia i valori di significatività (*p-value*) sia quelli dell'*effect size*, si può affermare che, non solo per il punteggio totale ma anche per tutte le varie sottoscale del DERS-SF, i soggetti del gruppo con alessitimia differiscono in modo significativo da quelli non alessitimici, in quanto caratterizzati da maggiori difficoltà di regolazione emotiva in tutte le sue dimensioni.

Dai risultati del t-test è possibile anche determinare se i due sottocampioni differiscono rispetto alla presenza di ideazione e i comportamenti autolesivi, valutata attraverso il questionario SITBQ-NS, come ipotizzato nella seconda ipotesi di questo lavoro (*HP2*).

In media, la percentuale di soggetti che riferiscono la presenza di pensieri autolesivi è maggiore all'interno del gruppo con livelli di alessitimia patologici rispetto agli individui non alessitimici. Similmente, la quota di soggetti che riportano di aver agito questi comportamenti è mediamente superiore per il gruppo di soggetti con livelli patologici di alessitimia rispetto a quelli con livelli borderline o nella norma. I risultati di quest'ultimo gruppo sono infatti in linea con le attese per entrambi gli item proposti, che si collocano

attorno al 15-20%, mentre quelli del gruppo “alessitimici”, come ipotizzato, sono superiori.

La tabella 12 riporta le statistiche descrittive dei risultati al questionario SITBQ-NS di entrambi i gruppi.

	Gruppo	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
SITBQ-NS ideazione	Non alessitimici	219	.25	.432	.029
	Alessitimici	81	.64	.482	.054
SITBQ-NS comportamento	Non alessitimici	219	.16	.367	.025
	Alessitimici	81	.37	.486	.054

Tabella 12: statistiche descrittive dei due gruppi rispetto ai risultati del questionario SITBQ-NS.

I risultati confermano sia l’esistenza di una differenza statisticamente significativa per entrambi gli item del questionario SITBQ-NS valutata con un t-test a due code, sia l’ipotesi di ricerca, secondo cui pensieri e comportamenti autolesivi sarebbero più frequenti in soggetti alessitimici, verificata con t-test unilaterale.

$$t_{\text{ideazione}} (127.212) = -6.478; p\text{-value} < .001; d = -0.886$$

$$t_{\text{comportamento}} (121.135) = -3.543; p\text{-value} < .001; d = -0.523$$

La dimensione dell’effetto, calcolata attraverso la d di Cohen, risulta grande per la differenza di ideazione autolesiva (-0.886) e media relativamente alla differenza in termini di comportamento agito (-0.523).

L’ipotesi centrale di questo lavoro di ricerca ($HP3$) riguarda, infine, l’influenza del livello di alessitimia sul benessere del soggetto, valutato in termini di funzionamento interpersonale e di adattamento alla realtà (livello di funzionamento di personalità).

Tuttavia, confrontando i valori medi ottenuti nell’indice LPF, questi appaiono molto simili tra il gruppo di soggetti alessitimici e quello con livelli non patologici di alessitimia, con il punteggio di quest’ultimo che risulta addirittura di poco superiore (quindi meno adattivo). In ogni caso, i valori medi di entrambi i gruppi si collocano nel range di normalità atteso per soggetti adolescenti non clinici (Vetere et al., 2023).

Dal t-test realizzato per confrontare le medie dei sottocampioni è possibile confermare che non esiste una differenza significativa tra i due ($p = .192$) e, in particolare, il risultato della statistica test porta a rifiutare l'ipotesi secondo cui il gruppo alessitimico presenterebbe un peggiore livello di funzionamento di personalità ($p = .385$).

Anche la differenza tra i valori medi ottenuti dai due sottocampioni nel Q3 index (entrambi in norma, < 0.80 .) non risulta statisticamente significativa ($p = .189$); gli adolescenti con un livello patologico di alessitimia, quindi, non presentano maggiori difficoltà interpersonali rispetto a quelli con livelli di alessitimia in norma.

Com'è logico ipotizzare alla luce di quanto appena detto, anche l'indice che combina i due livelli di codifica (Q3*LPF) non differisce in modo rilevante tra i due ($p = .168$).

Infine, anche per quanto riguarda la frequenza negli stili di risposta (quadranti), non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

	Gruppo	N	Media	Deviazione std.	Errore std. della media
LPF	Non alessitimici	219	1.622	.332	.022
	Alessitimici	81	1.592	.231	.026
Q3 index	Non alessitimici	219	.305	.244	.016
	Alessitimici	81	.277	.238	.026
Q3*LPF	Non alessitimici	219	.530	.530	.036
	Alessitimici	81	.467	.443	.049

Tabella 13: statistiche descrittive dei due gruppi rispetto agli indici derivanti dal PFS.

5.3 Correlazioni

Per stimare la forza e la direzione delle relazioni tra le variabili di interesse, è stato calcolato il coefficiente di correlazione r di Pearson.

		TAS DIF	TAS DDF	TAS EOT	TAS TOT
DERS-SF TOT	r di Pearson	.765	.571	-.037	.692
	Sig. (2-code)	< .001	< .001	.524	< .001

Tabella 14: correlazioni tra il punteggio DERS-SF totale e i fattori della scala TAS-20.

L'ipotesi dell'esistenza di un'associazione tra livello di alessitimia e di difficoltà di regolazione emotiva suggerisce l'esistenza di una relazione lineare positiva moderata tra le due variabili: valori elevati nel punteggio TAS totale tendono ad essere moderatamente correlati a valori elevati nel punteggio DERS totale (e viceversa). L'*effect size* evidenziato dai valori di r superiori a .60 è senz'altro molto alto per le correlazioni trovate tra disregolazione emotiva e alessitimia totale, e il fattore 1 in particolare. Questo dato potrebbe indicare una particolare associazione tra le difficoltà di regolazione emotiva e la componente dell'alessitimia che riguarda l'incapacità di identificare e riconoscere ciò che si prova. Non avere consapevolezza e chiarezza del proprio stato interno, quindi, potrebbe rendere difficile regolarlo in modo adeguato.

Sebbene questo confermi l'ipotesi di un legame tra le due variabili, l'analisi della correlazione non fornisce indicazioni sulla natura di tale relazione. L'indice r di Pearson, quindi, non ci consente di affermare che il livello di alessitimia influenza le difficoltà di regolazione emotiva; potrebbe essere che sia la seconda ad avere un rapporto di causa-effetto sulla prima, che la loro associazione sia determinata dalla presenza di altre variabili non considerate, oppure ancora che sia dovuta al caso.

Dallo studio di Koppelberg et al. (2023) si hanno evidenze rispetto all'esistenza di legami tra i fattori che costituiscono il costrutto di alessitimia e le dimensioni interpersonali di *agency* e *communion* valutate dall'IIP, che si basa, come la codifica del PFS, sul modello circomplexo interpersonale. I coefficienti di correlazione sono quindi stati stimati anche per esaminare le relazioni tra le scale della TAS-20 e gli indici del PFS.

L'indice r di Pearson tra il punteggio TAS totale e la combinazione di quadranti che denota una bassa *agency* (Q2+Q3) è pari a .071, valore che non riflette alcuna correlazione di interesse tra le due variabili. Allo stesso modo, anche il coefficiente che stima la relazione tra punteggio TAS ed una bassa *communion* (Q3+Q4) non ottiene valori di rilievo ($r = .023$).

Per quanto riguarda la correlazione lineare tra il punteggio TAS totale e il LPF, il coefficiente r di Pearson risulta pari a .002. Tale dato indica che non è presente alcuna relazione tra le due variabili.

Similmente, la correlazione lineare tra il punteggio totale della TAS e il Q3 index, è pari a .036; anche questa evidenza segnala l'assenza di una correlazione tra il livello di alessitimia e le difficoltà interpersonali valutate tramite il PFS.

Come presumibile, anche dal calcolo della correlazione del punteggio TAS con l'indice Qi3*LPF non si ottiene un valore rilevante ($r = .040$).

Osservando invece i singoli fattori della TAS, emerge un'evidenza di possibile interesse; il terzo fattore della scala (EOT), che denota la tendenza a adottare una modalità di pensiero orientata verso l'esterno, presenta una correlazione positiva ($r = .211$) con le modalità di risposta caratterizzate da una bassa *communion* (quadranti Q3+Q4) ed una correlazione negativa ($r = -.202$) con gli stili di risposta che riflettono invece un'alta *communion* (quadranti Q1+Q2). Entrambe le correlazioni, seppur deboli, risultano significative a livello 0.01 ($p < .001$); questo dato potrebbe suggerire l'esistenza di un legame tra uno stile di pensiero poco guidato dall'esperienza interna ed una bassa capacità relazionale (di cooperazione e vicinanza con l'altro).

Lo stesso fattore, inoltre, risulta positivamente correlato con il Q3 index, seppur debolmente ($r = .167$); anche questa correlazione è significativa a livello 0.01 del test (sign. a due code = .004). Un risultato simile è presente nella stima della correlazione tra l'EOT e il LPF; il coefficiente r di Pearson è pari a 0.173 e significativo a livello 0.01 del test (sign. a due code = .003). Considerando infine l'indice combinato Qi3*LPF, la significatività della correlazione è maggiore ($< .001$) e il coefficiente pari a 0.196.

I risultati appena esposti smentiscono l'ipotesi di una relazione tra il livello totale di alessitimia e la presenza di difficoltà nel funzionamento interpersonale e nell'adattamento del soggetto valutate con il PFS. Tuttavia, essi sembrano suggerire la possibile esistenza di una relazione significativa tra tali difficoltà ed una specifica caratteristica dei soggetti alessitimici, ovvero l'utilizzo di una modalità di pensiero orientato verso l'esterno (che esclude quindi gli aspetti emozionali dell'esperienza interna). Valori elevati nel fattore EOT tendono ad essere debolmente correlati a valori elevati negli indici LPF, Q3 index e Qi3*LPF (e viceversa). In altre parole, gli individui che ottengono un punteggio maggiore nel fattore 3 della scala TAS-20 (EOT) otterrebbero anche punteggi più elevati negli indici LPF, Q3 index e Qi3*LPF, che riflettono maggiori difficoltà in termini di funzionamento interpersonale e di livello di funzionamento della personalità, rispetto agli adolescenti che hanno punteggi EOT inferiori.

Alla luce di questi risultati legati all'*Externally Oriented Thinking*, è bene però sottolineare che tale fattore è proprio quello più controverso in età adolescenziale. La

Ferlita e colleghi (2007), nello studio preliminare di valutazione della TAS-20 su un campione di adolescenti italiani, tramite l'analisi fattoriale dello strumento, avevano riscontrato una certa instabilità del fattore EOT, che non era mai emersa, invece, nei campioni di adulti. Questa modalità di pensiero è legata ad un'incapacità o difficoltà dei soggetti ad utilizzare le emozioni e gli stati interni come guida per agire e riflettere sull'esperienza, che, quindi, li porterebbe a adottare modalità di pensiero maggiormente basate su segnali esterni. Questa instabilità del fattore EOT potrebbe suggerire una caratteristica propria degli adolescenti, che, in una fase evolutiva ricca di instabilità e mutamenti, sarebbero ancora alla ricerca di strategie per fronteggiare le difficoltà emotive legate ad un funzionamento Alessitimico; al contrario, gli adulti adotterebbero già questo stile di pensiero proprio come conseguenza o in associazione a tali deficit.

5.4 Correlazioni parziali

Al fine di eliminare il possibile effetto dovuto all'associazione con altre variabili nelle stime delle correlazioni, sono state calcolate anche le correlazioni parziali tra il punteggio TAS-20 e i diversi indici derivanti dallo scoring del *Picture Frustration Study*, controllando statisticamente per la variabile relativa al punteggio DERS-SF totale.

La correlazione parziale tra il Q3 index e il punteggio totale TAS risulta pari a $r = 0.71$; tuttavia, tale relazione non risulta statisticamente significativa ($p = 0.222$), così come la correlazione parziale tra TAS-20 e LPF ($r = 0.028$), che non è di interesse.

Infine, la correlazione parziale tra l'indice Q3*LPF e il punteggio TAS totale risulta pari a $r = 0.86$; anche in questo caso, però, il valore di significatività ($p = .137$) suggerisce che la relazione non è rilevante ai fini di un'interpretazione.

5.5 Modelli di regressione lineare

Tra i cinque modelli di regressione testati, nessuno risulta avere un buon valore predittivo. Il coefficiente di adattamento (R^2), ottiene in tutti i casi valori vicini allo zero; questa evidenza suggerisce si tratti di modelli le cui variabili esplicative (predittori) non sono adatte per prevedere i valori della variabile dipendente. Questi risultati, quindi, smentiscono l'ipotesi di ricerca secondo cui il livello di Alessitimia determinerebbe il grado di difficoltà nel funzionamento interpersonale e nell'adattamento, quanto meno nel campione di adolescenti non clinici considerati.

6. Conclusioni

Obiettivo del presente lavoro di ricerca è stato quello di esplorare i legami tra alessitimia, difficoltà di regolazione emotiva e funzionamento interpersonale in un campione non clinico di adolescenti, valutando nello specifico l'impatto delle difficoltà nel riconoscere, descrivere e comunicare i propri stati interni sul benessere dei partecipanti.

A tale scopo, è stato preso in esame un campione estratto dal *community sample* globale dei partecipanti al progetto "Teen Tok".

I risultati illustrati nel capitolo precedente confermano la prima ipotesi di ricerca (*HP1*) mettendo in evidenza l'esistenza di una differenza in termini di regolazione emotiva tra i soggetti che mostrano un livello di alessitimia nella norma o borderline (gruppo "non alessitimici") e quelli che, invece, possiedono livelli definibili come patologici e disadattivi (gruppo "alessitimici"). Le analisi realizzate per confrontare i due sottocampioni hanno infatti confermato che i secondi presentano maggiori difficoltà di regolazione emotiva in tutte le diverse componenti del costrutto rispetto ai primi.

Differenze tra i due gruppi sono confermate anche per quanto riguarda la presenza di agiti e di pensieri autolesivi (*HP2*); all'interno del sottocampione alessitimico, infatti, una percentuale maggiore di ragazzi riferisce di avere (o di aver avuto in passato) pensieri e comportamenti autolesivi, rispetto al gruppo di soggetti con livelli di alessitimia non patologici. Come ipotizzato, le difficoltà legate ad un'adeguata elaborazione ed integrazione delle emozioni (tipiche dell'alessitimia) si associano a comportamenti in cui il vissuto emozionale non simbolizzato viene agito attraverso diverse manifestazioni, tra cui anche quelle di attacco al corpo.

I risultati, tuttavia, smentiscono l'ipotesi finale di ricerca (*HP3*) secondo cui negli adolescenti un livello di alessitimia disadattivo si legherebbe ad un peggior funzionamento nella dimensione interpersonale e ad un peggior livello di funzionamento di personalità, compromettendo l'adattamento e il benessere. Dalle analisi effettuate, infatti, non emergono differenze statisticamente significative tra i ragazzi con franchi livelli di alessitimia e quelli con un livello in norma.

Non avendo prove di significatività a favore della relazione appena descritta, non è stato esaminato nel dettaglio il ruolo di mediazione delle difficoltà di regolazione emotiva al suo interno, che era stato precedentemente ipotizzato.

Dai risultati delle analisi emergono alcune deboli correlazioni tra il fattore *Externally Oriented Thinking* della scala TAS-20 e le dimensioni legate al PFS che riguardano il benessere del soggetto. Queste potrebbero riflettere l'esistenza di un legame tra le difficoltà relazionali e di adattamento degli adolescenti ed una sfaccettatura specifica del costrutto di Alessitimia, ovvero la tendenza a adottare una modalità di pensiero che non si basa sui propri stati interni emotivi per guidare le azioni e i ragionamenti. Tuttavia, come anticipato, questo fattore è meno stabile negli adolescenti rispetto che in età adulta; considerato che l'adolescenza è fase di cambiamenti e di integrazione, questa evidenza necessita, quindi, di cautela a livello interpretativo, oltre che di essere maggiormente approfondita.

6.1 Limiti dello studio

I risultati sopra esposti dovrebbero essere considerati alla luce di alcuni limiti, che suggeriscono anche le possibili direzioni per eventuali sviluppi della ricerca e del progetto "Teen Tok" in futuro.

Un primo limite riguarda propriamente lo strumento cuore del progetto, il *Picture Frustration Study*. Il linguaggio utilizzato nelle vignette, infatti, include alcuni termini desueti che non sono più di comune utilizzo, specialmente dagli adolescenti (es. vignetta 11: "telefonista"; vignetta 14: "essa"). Inoltre, anche alcune situazioni rappresentate sono poco frequenti nella loro quotidianità (es. vignetta 23: la "benedizione"). Questo rischia di indurre risposte dettate più da difficoltà di comprensione e di immedesimazione, più che di effettivo funzionamento interpersonale, rendendo i risultati del test poco affidabili. Altro fattore che può costituire una limitazione è la somministrazione dello strumento all'interno del gruppo classe; sebbene quest'ultimo rappresenti un contesto familiare e noto ai ragazzi, la presenza dei compagni di pari età potrebbe influenzare alcune risposte per desiderabilità sociale o per una scarsa serietà nello svolgimento dei compiti.

Ulteriore possibile criticità del progetto è l'ampia eterogeneità che ha caratterizzato lo svolgimento dei momenti di restituzione tra i diversi istituti partecipanti e anche nelle diverse classi all'interno della medesima scuola. Tali differenze possono derivare dalla scansione oraria adottata in ogni istituto, dalla disponibilità concessa dei docenti e dal tempo di cui necessitavano i ragazzi per la compilazione del PFS. Un momento di spiegazione, discussione e confronto (*coping training*) della durata di un'ora o di meno di mezz'ora potrebbe infatti avere un impatto ed un'utilità molto diversi. Inoltre, le

risposte al questionario di gradimento potrebbero essere influenzate proprio dallo svolgimento e dalla durata del momento di restituzione, così come dalle tempistiche a disposizione per la realizzazione del progetto e, quindi, per la sua piena comprensione. Tuttavia, anche questo questionario non è stato proposto in tutte le classi, sempre per motivi di tempo; di conseguenza, fino a questo momento non è stato possibile analizzare l'impatto della modalità di restituzione svolta sulla piacevolezza e sull'utilità del progetto dichiarate dai partecipanti.

6.2 Sviluppi futuri per la ricerca

Per ampliare i risultati ottenuti in questo lavoro, è auspicabile proseguire il processo di somministrazione del PFS in diverse scuole del territorio italiano, in modo da disporre di un campione normativo sempre più numeroso che contribuisca alla validazione del nuovo metodo di scoring COSMO ed alla comprensione del benessere degli adolescenti nel periodo post-pandemico.

Rispetto ai limiti del PFS, potrebbe essere utile ricreare le vignette del test con una formulazione delle frasi più moderna e raffigurando situazioni più ecologiche per la vita quotidiana degli adolescenti di oggi, così da renderlo uno strumento realmente calibrato sulla realtà dei soggetti a cui viene proposto. Un ulteriore passo in avanti potrebbe essere la digitalizzazione di tali vignette e, quindi, dello strumento stesso, così da rendere il momento della compilazione più accattivante grazie alla fruizione di mezzi tecnologici. A questo proposito, è attualmente in corso un progetto di ricerca che si sta occupando proprio del restyling del test in chiave più moderna e appealing per gli adolescenti di oggi. L'adattamento prevede sia un nuovo format grafico, sia la sostituzione di oggetti del passato (telefono con rotella, giradischi) con oggetti più noti e appartenenti alla quotidianità dei ragazzi di oggi (es. smartphone).

Per quanto riguarda il contesto di somministrazione, potrebbe essere interessante confrontare somministrazioni svolte in contesti diversi (es. gruppo conosciuto; gruppo sconosciuto; individuale). Tuttavia, la ripetizione del test non è adatta a questo strumento e la spiegazione del metodo di scoring prevista del progetto renderebbe le risposte ad una nuova somministrazione non valide.

Rispetto alle tempistiche e alla modalità di restituzione nelle classi, sarebbe auspicabile renderle maggiormente omogenee, così da ottenere risultati sempre più comparabili. AD ogni modo, nel caso questo non fosse possibile, potrebbe essere interessante riuscire a

tenerne conto e a somministrare a tutti il questionario di gradimento; questo consentirebbe di indagare eventuali differenze tra i ragazzi che hanno avuto un momento di discussione più lungo e quelli che hanno invece avuto solo pochi minuti a disposizione per la spiegazione del metodo di scoring e per un momento di confronto. Analizzando le risposte date nel questionario, specialmente nelle domande riguardanti consapevolezza e punti di vista su di sé e sugli altri, si potrebbe valutare se una modalità di restituzione più completa ed approfondita possa effettivamente determinare una maggiore piacevolezza nella partecipazione al progetto, nonché una maggiore utilità percepita ed una migliore comprensione del PFS, delle proprie modalità di funzionamento interpersonale e del punto di vista degli altri, rispetto ad una restituzione breve ed approssimativa.

Riferimenti bibliografici

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Cortina Raffaello.

Allen, J. P., & Miga, E. M. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of social and personal relationships*, 27(2), 181–190. <https://doi.org/10.1177/0265407509360898>

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* (5. ed).

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Bassi, G., Mancinelli, E., Boldrini, B., Mondini, G., Ferruzza, E., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2022). Perception of Changing Habits among Italian Children and Adolescents during COVID-19 Quarantine: An Epidemiological Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(6), 806. <https://doi.org/10.3390/children9060806>

Bermond, B. (2000). G. J. Taylor, R. M. Bagby and J. D. A. Parker (1997). Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (Paperback edition 1999). Cambridge University Press. ISBN 0- 521-77850. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 240–240. [https://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3<240::AID-CPP245>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<240::AID-CPP245>3.0.CO;2-7)

Besharat, M. A., & Khajavi, Z. (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 571–576. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.09.003>

Bion, W. R. (1988). *Apprendere dall'esperienza / Wilfred R. Bion*. Armando.

Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e Perdita: Vol. 3. La perdita della madre: Tristezza e depressione* (Vol. 3).

Bozanoğlu, İ., Şimşek, Ö. F., Altıntaş, E., & Kocayörük, E. (2019). Revisiting Attachment to Parents and Depression Link in Adolescence: The Importance of Language Use and Emotion Regulation. *Current Psychology*, 38(3), 599–607. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9714-5>

Brusadelli, E. (2021). *Symposium Picture Frustration Study: A new way to use an old test*. Virtual 3rd International Collaborative/Therapeutic Assessment Conference, University of Wollongong Australia (Unpublished).

Caretti, V., & La_Barbera, D. (2005). *Alessitimia: Valutazione e trattamento / a cura di Vincenzo Caretti, Daniele La Barbera*. Astrolabio.

Ciarrochi, J., Deane, F., Wilson, C., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30, 173–188. <https://doi.org/10.1080/03069880220128047>

Conte, H. R., & Plutchik, R. (1981). A circumplex model for interpersonal personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 701–711. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.4.701>

da Silva, A. N., Vasco, A. B., & Watson, J. C. (2017). Alexithymia and Emotional Processing: A Mediation Model. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1196–1205. <https://doi.org/10.1002/jclp.22422>

D'Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., & Monti, M. R. (2018). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal (SITBQNS): Development and validation of a revised version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) for the self-assessment of nonsuicidal self-injury. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(6), 344–352.

D'Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., & Rossi Monti, M. (2017). *Psychometric properties of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal (SITBQ-NS)*. <https://ora.uniurb.it/handle/11576/2666229>

D'Agostino, A., Pepi, R., & Rossi Monti, M. (2016). *Measuring nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors: An adapted version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) for the Italian clinical context*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15654.11841>

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Ugurlu, H., & Yildirim, F. G. (2013). Relationship of Internet Addiction Severity with Depression, Anxiety, and Alexithymia, Temperament and Character in University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(4), 272–278. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0390>

De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F., & Di Giannantonio, M. (2020). Emotional Dysregulation in Adolescents: Implications for the Development of Severe Psychiatric Disorders, Substance Abuse, and Suicidal Ideation and Behaviors. *Brain Sciences*, 10(9), Articolo 9. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090591>

Di Carlo, F., Vicinelli, M. C., Pettorruso, M., De Risio, L., Migliara, G., Baccolini, V., Trioni, J., Grant, J. E., Dell'Osso, B., & Martinotti, G. (2024). Connected minds in

disconnected bodies: Exploring the role of interoceptive sensibility and alexithymia in problematic use of the internet. *Comprehensive Psychiatry*, 129, 152446. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152446>

Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P. H., d'Angerio, S., Conti, M. L., Fiore, D., Pedone, R., Procacci, M., Popolo, R., & Semerari, A. (2013). Differences between axes depend on where you set the bar: Associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 371–382. <https://doi.org/10.1521/pe.2012.26.043>

Dworschak, C., Polack, R. G., Winschel, J., Joormann, J., & Kober, H. (2023). Emotion regulation and disordered eating behaviour in youths: Two daily-diary studies. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 31(5), 655–669. <https://doi.org/10.1002/erv.2993>

Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2017). Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant Behavior*, 38(10), 1160–1171. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1241066>

Farina, E., Pepe, A., Ornaghi, V., & Cavioni, V. (2021). Trait Emotional Intelligence and School Burnout Discriminate Between High and Low Alexithymic Profiles: A Study With Female Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645215>

Fournier, M. A., Moskowitz, D. S., & Zuroff, D. C. (2011). Origins and applications of the interpersonal circumplex. In *Handbook of Interpersonal Psychology. Theory, Research, Assessment and Therapeutic Interventions*. John Wiley & Sons.

Gatta, M., Angelico, C., Rigoni, F., Raffagnato, A., & Miscioscia, M. (2022). Alexithymia and Psychopathological Manifestations Centered on the Body: Somatization and Self-Harm. *Journal of Clinical Medicine*, 11(8), Articolo 8. <https://doi.org/10.3390/jcm11082220>

Gatta, M., Facca, I., Colombo, E., Svanellini, L., Montagnese, S., & Schiff, S. (2014). Alexithymia, Psychopathology and Alcohol Misuse in Adolescence: A Population Based Study on 3556 Teenagers. *Neuroscience & Medicine*, 05, 60–71. <https://doi.org/10.4236/nm.2014.51009>

Ghaed, S. G., & Gallo, L. C. (2006). Distinctions Among Agency, Communion, and Unmitigated Agency and Communion According to the Interpersonal Circumplex, Five-Factor Model, and Social-Emotional Correlates. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 77–88. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_09

- Giromini, L., Velotti, P., de Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(9), 989–1007. <https://doi.org/10.1002/jclp.21876>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation* (pp. xvii, 654). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Horowitz, L. M., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems Manual*. The Psychological Corporation.
- Iannatone, S., Miscioscia, M., Raffagnato, A., & Gatta, M. (2021). The Role of Alexithymia in Social Withdrawal during Adolescence: A Case–Control Study. *Children*, *8*(2), 165. <https://doi.org/10.3390/children8020165>
- Iwanski, A., Lichtenstein, L., Mühlhng, L. E., & Zimmermann, P. (2021). Effects of Father and Mother Attachment on Depressive Symptoms in Middle Childhood and Adolescence: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Brain Sciences*, *11*(9), 1153. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091153>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*(6), 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(4), 373–376. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a

population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 471–476. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>

Koppelberg, P., Kersting, A., & Suslow, T. (2023). Alexithymia and interpersonal problems in healthy young individuals. *BMC Psychiatry*, 23(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05191-z>

La Ferlita, V., Bonadies, M., Solano, L., De Gennaro, L., & Gonini, P. (2007). Alessitimia e adolescenza: Studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e adolescenza*, 6.

Laloyaux, J., Fantini, C., Lemaire, M., Luminet, O., & Larøi, F. (2015). Evidence of Contrasting Patterns for Suppression and Reappraisal Emotion Regulation Strategies in Alexithymia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(9), 709–717. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000353>

Le, H.-N., Berenbaum, H., & Raghavan, C. (2002). Culture and alexithymia: Mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions. *Emotion (Washington, D.C.)*, 2(4), 341–360. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.2.4.341>

Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2020). *Alessitimia i progressi della ricerca, della teoria e della pratica clinica Luminet, Olivier <1969->, Bagby, R. Michael <1953->, Taylor, Graeme J. <1940->. Alexithymia = Alessitimia.*

Mancinelli, E., Cottu, M., & Salcuni, S. (2024). Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form in a sample of Italian adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.23732>

Marchetti, A., & Cavalli, G. (2013). Le difficoltà emotive nello sviluppo: Il caso dell'alessitimia e dell'autolesionismo. Dalla ricerca psicologica e neuroscientifica alla psicoterapia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4. <https://doi.org/10.4453/rifp.2013.0034>

Muzi, S., & Madera, F. (2021). Attaccamento, alessitimia e strategie di regolazione emotiva in gruppi di adolescenti a basso e alto rischio. *Giornale italiano di psicologia*, 4/2021. <https://doi.org/10.1421/104149>

Muzi, S., & Pace, C. S. (2020). Relazioni tra sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, attaccamento, regolazione emotiva e alessitimia in adolescenti in comunità residenziale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1/2020. <https://doi.org/10.1449/95801>

Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (s.d.). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, pp. 430–439). Butterworths.

- Neumann, A., van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, *17*(1), 138–149. <https://doi.org/10.1177/1073191109349579>
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, *190*(1), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
- Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences*, *54*(1), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.023>
- Pace, C. S., Rogier, G., & Muzi, S. (2022). How are the youth? A brief-longitudinal study on symptoms, alexithymia and expressive suppression among Italian adolescents during COVID-19 pandemic. *International Journal of Psychology: Journal International De Psychologie*, *57*(6), 700–708. <https://doi.org/10.1002/ijop.12866>
- Palmieri, A., Fernandez, K. C., Cariolato, Y., Kleinbub, J. R., Salvatore, S., & Gross, J. J. (2022). Emotion Regulation in Psychodynamic and Cognitive-Behavioural Therapy: An Integrative Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, *19*(2), 103–113. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220204>
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K., Sy, J., & Björgvinsson, T. (2014). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *56*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, *7*(4), Articolo 4. <https://doi.org/10.5964/ejop.v7i4.155>
- Polk, E., & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, *43*(3), 567–577. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.003>
- Recalcati, M. (2015, agosto 24). *Perché l'anestesia dei sentimenti è un rischio della nostra civiltà*. <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2015/08/24/perche-lanestesia-dei-sentimenti-e-un-rischio-della-nostra-civiltà26.html>

- Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 425–430. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.010>
- Robin, M., Surjous, L., Belbèze, J., Bonnardel, L., Lamas, C., Silva, J., Peres, V., & Corcos, M. (2023). Four attachment-based categories of emotion regulation in adolescent psychic troubles. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133980>
- Rosenzweig, S. (1945). The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality, 14*, 3–23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1945.tb01036.x>
- Rossi, A. A., Panzeri, A., & Mannarini, S. (2023). The Italian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (IT-DERS-SF): A Two-step Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 45*(2), 572–590. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10006-8>
- Scharf, N., Benita, M., & Benish-Weisman, M. (2024). Emotion regulation styles and Adolescent adjustment following a COVID-19 lockdown. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 40*(1), e3274. <https://doi.org/10.1002/smi.3274>
- Sfârlea, A., Dehning, S., Keller, L. K., & Schulte-Körne, G. (2019). Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *Journal of Eating Disorders, 7*, 41. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0271-1>
- Shank, L. M., Tanofsky-Kraff, M., Kelly, N. R., Jaramillo, M., Rubin, S. G., Altman, D. R., Byrne, M. E., LeMay-Russell, S., Schvey, N. A., Broadney, M. M., Brady, S. M., Yang, S. B., Courville, A. B., Ramirez, S., Crist, A. C., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2019). The Association Between Alexithymia and Eating Behavior in Children and Adolescents. *Appetite, 142*, 104381. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104381>
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 16*, 141–170.
- Speranza, A. M., McWilliams, N., & Lingiardi, V. (2020). *Manuale diagnostico psicodinamico: PDM-2: 0/18 infanzia e adolescenza / a cura di Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams, Anna Maria Speranza*. R. Cortina.

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Stella, S. (1999a). Il contributo di D.W. Winnicott. In A. Lis, S. Stella, & G. C. Zavattini, *Manuale di psicologia dinamica* (pp. 191–208). Il mulino.
- Stella, S. (1999b). La nascita del pensiero: Wilfred R. Bion. In A. Lis, S. Stella, & G. C. Zavattini, *Manuale di psicologia dinamica* (pp. 191–208). Il mulino.
- Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134–142. <https://doi.org/10.1177/070674370004500203>
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487–508. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.3.487.22136>
- Terminio, N. (2023, marzo 21). L'alessitimia come clinica dell'olofrase. *Nicolò Terminio*. <https://www.nicoloterminio.it/psicoanalisi-psicoterapia/psicoanalisi-laciana/l-alessitimia-come-clinica-dell-olofrase.html>
- Trani, M. D., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M., Levi, G., & Di Trani, M. (2013). Alessitimia, sintomatologia internalizzante, esternalizzante ed ossessivo-compulsiva in pre-adolescenza: Studio empirico su 160 soggetti. *Rassegna di Psicologia*, 3/2013. <https://doi.org/10.7379/75666>
- Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y., Verhaeghe, P., & Meganck, R. (2007). Relationship patterns in alexithymia: A study using the core conflictual relationship theme method. *Psychopathology*, 40(1), 14–21. <https://doi.org/10.1159/000096385>
- Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 237, 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.025>
- Verzeletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C., & Agnoli, S. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology*, 3(1), 1199294. <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1199294>
- Vetere, C. (2021). *Simposio: A performance- based test on the Circumplex model: An adaptation of the Picture Frustration Study coherent with Criterion A and Level of personality functioning of the AMPD*. Society of Personality Assessment Virtual Convention, Virtual Conference (Unpublished).

Vetere, C., Bassi, G., Brusadelli, E., Del Guerra, R., & Rosadini, M. L. (2023). *Collaborative Scoring MethOd (COSMO): Unveiling the dynamics of interpersonal relationships through the Picture Frustration Study*. *New Horizons in Psychological Assessment*.

Vetere, C., Brusadelli, E., & Aschieri, F. (2019). Adattamento clinico del Picture Frustration Study nelle situazioni ad alta conflittualità. In *Essere genitori: La dimensione parentale della personalità. Atti del IV congresso AITF*. In Riga Edizioni.

Widiger, T. A., & McCabe, G. A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3–4), 149–156. <https://doi.org/10.1159/000507378>