



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione  
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Attaccamento, regolazione affettiva e stress genitoriale:  
uno studio preliminare su adolescenti con problematiche  
psicopatologiche e i loro genitori**

Attachment, affect regulation and parental stress: a preliminary study on adolescents  
with psychopathological disorders and their parents

***Relatrice***

Prof.ssa Marina Miscioscia

***Correlatrice***

Prof.ssa Daniela Di Riso

***Laureanda: Chiara Sberna  
Matricola: 1236342***

Anno Accademico 2020/2021



## **RINGRAZIAMENTI**

Riservo questo spazio per ringraziare tutti coloro che hanno permesso e creduto nella stesura del presente lavoro e che mi hanno sostenuta lungo il mio percorso universitario.

Vorrei ringraziare la mia relatrice, la Professoressa Miscioscia, e la mia correlatrice, la Professoressa Di Riso, per avermi accompagnata e supervisionata nella scrittura di questo elaborato fornendomi utili consigli. Un ringraziamento speciale va alla mia tutor, la Psicologa Lara Tagliapietra, e all'intera equipe del Polo Adolescenti di Mestre presso cui ho svolto il tirocinio formativo, per aver creduto ed investito nel progetto, per avermi sostenuta nella sua realizzazione e per aver dato un prezioso contributo alla mia formazione.

Un ringraziamento speciale va a tutta la mia famiglia, in particolare a mio padre e a mia sorella, che hanno sempre creduto in me e che mi hanno sostenuta anche nei momenti più difficili, nonostante la distanza. A loro e a mia madre, affetto indelebile, dedico questo importante traguardo.

Alle amicizie di sempre, che sono il mio punto di riferimento, e ai legami creati lungo tutto il percorso universitario: grazie perché siete la spalla su cui poter contare, grazie per avermi sostenuta e per esserci, sempre. A Mattia, grazie per avermi supportata fino alla fine, per aver gioito con me nei momenti felici e incoraggiata anche nei momenti di sconforto, e soprattutto per aver creduto nelle mie capacità. Un ringraziamento speciale va a coloro che hanno lasciato un segno lungo questo percorso, a quei legami che hanno reso Padova una città piena di emozioni: grazie per i momenti di spensieratezza e di supporto, per aver reso speciali e divertenti questi anni padovani, forse fin troppo brevi.



## INDICE

INTRODUZIONE .....	7
Capitolo 1 - Impulsività e alessitimia: la regolazione affettiva in adolescenti con problematiche psicopatologiche .....	11
1.1 Cos'è la regolazione affettiva .....	11
1.2 La gestione delle emozioni in adolescenza.....	14
1.3 La disregolazione emotiva: il ruolo dell'alessitimia e dell'impulsività.....	16
1.3.1 Alessitimia e impulsività in soggetti con condotte autolesioniste.....	18
1.3.2 Alessitimia e impulsività in soggetti con disturbi del comportamento alimentare .....	20
Capitolo 2 - Attaccamento e correlati relazionali.....	25
2.1 Teoria dell'attaccamento e parenting.....	25
2.2 Rappresentazione dei pattern di attaccamento.....	28
2.2.1 Attaccamento e condotte autolesive.....	30
2.2.2 Attaccamento e disturbi alimentari .....	33
Capitolo 3 - Genitorialità e benessere psicofisico .....	39
3.1 Cos'è la funzione genitoriale .....	39
3.1.1 I determinanti della genitorialità .....	43
3.2 Stress genitoriale.....	45
3.2.1 Fattori di rischio .....	46
3.2.2 Conseguenze.....	48
3.3 Burnout genitoriale .....	49
3.3.1 Fattori di rischio .....	51
3.3.2 Conseguenze.....	52
3.4 Effetti della psicopatologia dei figli sul benessere genitoriale .....	54
3.4.1 Condotte autolesive e benessere genitoriale.....	54

3.4.2 Disturbi alimentari e benessere genitoriale .....	56
3.5 Fattori di rischio legati al contesto attuale .....	57
Capitolo 4 - La ricerca .....	61
4.1 Obiettivi .....	61
4.2 Ipotesi.....	62
4.3 Metodologia della ricerca .....	63
4.3.1 Partecipanti.....	63
4.3.2 Procedura.....	66
4.3.3 Strumenti .....	68
Capitolo 5 - Risultati .....	77
5.1 Statistiche descrittive .....	77
5.2 Disregolazione emotiva e pattern di attaccamento .....	83
5.3 Sintomi genitoriali: correlazioni con disregolazione emotiva e pattern di attaccamento .....	89
Capitolo 6 - Discussione.....	93
6.1 Limiti e sviluppi futuri.....	102
BIBLIOGRAFIA .....	105
APPENDICE .....	127

## INTRODUZIONE

L'adolescenza rappresenta una fase di transizione significativa per ogni individuo, intrisa di cambiamenti che coinvolgono ed invadono ogni aspetto della vita. L'adolescente, infatti, non si riconosce più in se stesso: da una parte sente la necessità di distaccarsi dalla sua famiglia per definire la propria identità, ma dall'altra teme di non avere i mezzi necessari per riuscire ad affrontare il mondo come un adulto. Si va incontro ad una sorta di contrattazione e assestamento di confini e di limiti, in cui l'adolescente non riesce a trovare una collocazione precisa (Lis, Venuti & De Zordo, 1995; Telleschi & Torre, 1997). Nel mezzo di tale caos giocano un ruolo fondamentale le emozioni. Gestire il caos emotivo in cui l'adolescente si dimena è un'ardua sfida: a causa dei cambiamenti fisici, che implicano un aumento di produzione ormonale, e cerebrali, con il rafforzamento di connessioni neurali tra le aree prefrontali e le regioni sottocorticali, dovrebbe strutturarsi e migliorare con il tempo la capacità di regolare le proprie emozioni (Aldao, Gee, De Los Reyes & Seager, 2016). Non si tratta, però, di un'abilità legata esclusivamente a vincoli corporei e temporali: per lo sviluppo e il miglioramento di tale capacità svolge un ruolo fondamentale il sistema di cura in cui cresce l'adolescente. Sin dalla nascita ognuno di noi è inserito in un sistema di relazioni affettive significative e necessarie per l'individuo, che rappresentano lo strumento di elezione a cui far riferimento per modulare la propria regolazione affettiva. Infatti, l'individuo nasce come essere eteroregolato, cioè incapace di regolarsi autonomamente, motivo per cui necessita di un supporto esterno (vicinanza fisica, emotiva) a cui fare affidamento. Con la crescita, ed in particolare nel periodo adolescenziale, tale processo diventa sempre più autonomo. Grazie alla reiterazione di tali interazioni il bambino acquisisce i mezzi necessari per consolarsi autonomamente, apprendendo stili di regolazione emozionale. Attraverso l'esperienza delle interazioni

primarie, il bambino immagazzina tali schemi mentali, così da poter richiamarli in memoria quando ne avrà bisogno. Gli esiti, più o meno positivi, della regolazione emotiva dipendono dalla qualità delle interazioni in infanzia. Ricevere risposte adeguate e sincroniche ai propri bisogni, sin dalla nascita, permette di sviluppare delle corrette strategie regolatorie; se, invece, si cresce in un ambiente poco responsivo o sensibile alle richieste, non si è in grado di attuare un'efficiente regolazione emotiva, con il rischio di incorrere a conseguenze devastanti per il benessere fisico e psicologico. Infatti, le esperienze primarie con i caregiver di riferimento giocano un ruolo fondamentale: se disfunzionali, il bambino apprenderà delle strategie regolatorie anomale. A tal proposito, gli esiti di tali strategie possono sfociare in veri e propri disturbi psicopatologici. In questo elaborato, in particolare, si analizzano i meccanismi sottostanti alla regolazione affettiva in popolazioni cliniche di adolescenti che praticano condotte autolesive e/o adolescenti con disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, si analizzano i costrutti di alessitimia ed impulsività, due tratti che guidano la regolazione affettiva e la messa in atto di comportamenti che rappresentano dei fattori di rischio per l'emergenza di psicopatologie. Spesso si ricorre a metodi disfunzionali di regolazione emotiva, come mezzi attraverso cui sopprimere o mascherare l'espressione delle emozioni. Infatti, molti studi dimostrano che una inadeguata gestione delle emozioni è spesso associata a pattern di attaccamento disfunzionali. Per attaccamento si intende quel legame significativo ed esclusivo, evolutivamente determinato da un insieme di atteggiamenti e comportamenti che hanno lo scopo di ottenere vicinanza e protezione da parte della figura di accudimento in situazioni di stress o di pericolo (Bowlby, 1969). Infatti, la tipologia di attaccamento sviluppata con il caregiver rappresenta un fattore influente poiché plasma l'individuo e lo

guida nelle relazioni future. Esso, dunque, può assumere un ruolo determinante negli esiti disfunzionali di regolazione affettiva.

Genitori di adolescenti con problematiche psicopatologiche frequentemente provano sentimenti di stress, esaurimento e depressione legati al malessere del figlio, a cui spesso non riescono a dare una spiegazione adeguata. Ciò può sfociare in preoccupazioni connesse ai compiti genitoriali o, in circostanze gravi, in patologie vere e proprie, come il burnout genitoriale, con conseguenze importanti per tutto il nucleo familiare.

Il presente elaborato ha l'obiettivo di presentare uno studio preliminare condotto su 10 soggetti adolescenti e sui rispettivi genitori. Si discuteranno, in ottica clinica, i dati esplorativi riguardanti i pattern di attaccamento e i tratti di alessitimia ed impulsività in adolescenti con condotte autolesive e con disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, si valuterà l'impatto che tali patologie possano esercitare sul benessere genitoriale, attraverso l'analisi dei livelli di stress e di burnout genitoriale.

Nello specifico, nel primo capitolo si introdurrà il concetto di regolazione affettiva negli adolescenti con problematiche psicopatologiche, in relazione ai due costrutti sopracitati: l'alessitimia e l'impulsività. Si analizzerà, dunque, il ruolo svolto da tali tratti e la loro incidenza nel contribuire all'esordio di psicopatologie.

Nel secondo capitolo, invece, ci si soffermerà sui correlati relazionali e sull'analisi dei diversi pattern di attaccamento. In particolare, si analizzerà, alla luce della teoria dell'attaccamento, come le abilità di parenting e l'interazione genitore-bambino nei primi anni di vita possano plasmare la struttura relazionale dell'individuo.

Nel terzo capitolo si approfondirà il costrutto della genitorialità e le conseguenze sul nucleo familiare associate all'esordio di psicopatologia dei figli adolescenti. In

particolare, si affronteranno le tematiche di stress e burnout genitoriale, le cause e le conseguenze annesse, e gli effetti sul benessere familiare. Tra i fattori di rischio presi in considerazione, si indagherà anche quanto la psicopatologia dei figli possa svolgere un ruolo importante nell'esordio di tale malessere.

Nella seconda parte dell'elaborato si presenterà la ricerca. Nel quarto capitolo, si procederà con la descrizione dello studio preliminare condotto, con l'identificazione di obiettivi, ipotesi e metodologia della ricerca. Infine, verranno discussi ed interpretati i risultati emergenti dalla relazione delle variabili sopracitate, alla luce delle premesse teoriche di riferimento. In conclusione, si discuteranno i limiti legati al presente studio e alcune riflessioni su obiettivi futuri per la ricerca.

## **Capitolo 1**

### **Impulsività e alessitimia: la regolazione affettiva in adolescenti con problematiche psicopatologiche**

L'obiettivo del presente capitolo è quello di spiegare cos'è e come avviene la regolazione delle emozioni negli adolescenti, attraverso l'analisi della letteratura di riferimento. In particolare, si approfondiscono due costrutti responsabili del fallimento di un'adeguata regolazione emotiva: l'alessitimia e l'impulsività. Si vuole indagare la funzione e l'impatto che tali costrutti hanno in adolescenti con condotte autolesive e con disturbi del comportamento alimentare, in relazione allo sviluppo e al mantenimento di tali psicopatologie.

#### **1.1 Cos'è la regolazione affettiva**

La regolazione delle emozioni è un'abilità fondamentale nella vita dell'individuo, poiché promuove il benessere soggettivo e, in ottica evolucionistica, garantisce la sopravvivenza dell'uomo. La regolazione emotiva è un costrutto multidimensionale: rappresenta una funzione complessa, caratterizzata da processi impliciti ed espliciti, ed è a sua volta influenzata dagli effetti delle variabili contestuali, tra cui la cultura, e dalle caratteristiche individuali (Raver, 2004; Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006; Morris, Silk, Steinberg, Myers & Robinson, 2007; Aldao, Sheppes & Gross, 2015; Aldao & Tull, 2015; Ford & Mauss, 2015).

Negli anni sono state date innumerevoli definizioni al costrutto di "regolazione emotiva" (EmR): sin dal 1991 con Cicchetti, Ganiban e Banett, successivamente Thompson (1994), poi Gross (1998) e infine Eisenberg, Hofer e Vaughan (2007) tentarono di analizzare tale costrutto nella sua complessità. Inizialmente, Gross, autore dei principali modelli di

regolazione emotiva, definì tale costrutto come “il processo attraverso il quale gli individui comprendono quale emozione stanno provando, quando la provano e come riescono a farne esperienza e ad esprimerla” (Gross, 1998, pp. 275). Successivamente, egli stesso ampliò il concetto e definì la regolazione emotiva come quel processo attraverso il quale gli individui definiscono l’episodio, la durata, la natura, l’esperienza e l’espressione della loro emozione (Gross, 2013).

La regolazione emotiva, inoltre, si fonda sulla capacità dell’individuo di regolare emozioni positive e negative, aumentando o abbassando il livello di attivazione. Per fare ciò l’individuo si serve di numerose strategie (Compas et al., 2014) che includono processi automatici e controllati, consci e inconsci (Gross, 2013): molti sono i modelli che spiegano come avviene tale processo, quali strategie cognitive vengono messe in atto e in quale stadio del processo di generazione delle emozioni vengono collocate (Gross, 2002). In particolare, mi soffermerò su come tali strategie regolative vengono messe in atto da adolescenti con problematiche psicopatologiche, assumendo connotati disfunzionali.

Come spiega il modello di Gross del 2015, la regolazione delle emozioni avviene attraverso la modifica degli stadi emotivi, secondo un processo articolato in tre fasi: identificazione, selezione e implementazione (Gross, 2015). Nella fase di identificazione le emozioni vengono percepite e valutate come positive o negative, ma ciò non basta, serve una regolamentazione. Nella fase di selezione (seconda fase), invece, si valutano le strategie di regolazione delle emozioni in relazione alle risorse disponibili dell’individuo, giungendo alla rappresentazione della strategia selezionata. Ed infine, nella fase di implementazione, si mette in atto la strategia regolativa selezionata.

Risulta evidente come la regolazione emotiva influenzi il benessere individuale: l'individuo, infatti, è in grado non solo di gestire le proprie emozioni, ma anche di adattare la propria risposta emotiva a fronte degli eventi di vita quotidiana (Verzelletti, Zammuner, Galli & Agnoli, 2016). Se tale abilità non viene gestita nel modo corretto, per esempio a fronte di una erronea o inappropriata regolazione emotiva, l'individuo sperimenta sentimenti negativi che perdurano nel tempo. In questo modo l'individuo affronterà qualsiasi evento stressante gestendo le proprie emozioni in modo errato.

Come tutte le capacità regolatorie, anche la capacità di regolazione delle emozioni migliora e si affina nel tempo, dall'infanzia fino all'età adulta, in modo diverso a seconda delle traiettorie di sviluppo (Cole, Martin & Dennis, 2004). Il potenziamento di tale capacità è determinato dallo sviluppo neurale legato all'età: l'incremento e il miglioramento di connessioni neurali determinano una migliore regolazione emotiva. In particolare, si parla di rafforzamento delle connessioni tra regioni cerebrali prefrontali, implicate nel controllo cognitivo, e regioni deputate all'elaborazione delle emozioni e del processo di ricompensa, tra cui l'amigdala e lo striato (Aldao et al., 2016).

Se alla nascita la regolazione affettiva del bambino viene gestita e regolata dalle figure di accudimento, con l'adolescenza, e con lo sviluppo delle aree cerebrali sopra citate, la regolazione affettiva diventa col tempo un processo autonomo. Sin dalla nascita il bambino è inserito all'interno di relazioni affettive significative che saranno determinanti per lo sviluppo della sua personalità, delle difese e delle capacità di regolare le emozioni (Barone, 2007; Tronick, 2008; Murray, 2014). Con il consolidarsi delle relazioni di attaccamento il bambino apprende specifici stili di regolazione emozionale. Ciò è determinato dalla "disponibilità emotiva" del genitore, cioè la sensibilità dell'adulto di intercettare e comprendere in modo corretto i bisogni dell'altro (Cassidy, 1994). L'abilità

del caregiver consiste dunque nel diventare un preciso strumento di misura nella comprensione e nell'ascolto delle segnalazioni che provengono dal bambino. Esperienze interattive adeguate permetteranno di conseguenza al bambino di sperimentare in modo positivo la regolazione e il controllo degli stati emozionali (Tronick, 2008). Inizialmente questa regolazione sarà gestita dal caregiver che, attento ai segnali del bambino, gli permetterà di fare esperienza della mutua regolazione. Solo quando il bambino avrà interiorizzato questi processi regolativi diventerà un essere autoregolato e, con il tempo, si servirà anche di abilità sempre più complesse, come le competenze cognitive o il linguaggio (Murray, 2014).

Nella prima infanzia, ma anche durante tutto l'arco della vita, la regolazione emotiva viene veicolata e influenzata da molti fattori, come la scuola, i pari, la cultura, ma soprattutto dal contesto familiare (Morris et al., 2007). A tale riguardo l'adolescenza rappresenta un momento cruciale per la vita dell'individuo poiché non solo si strutturano le strategie di regolazione delle emozioni, ma rappresenta anche il momento in cui la regolazione emotiva viene maggiormente influenzata da mondo circostante.

## **1.2 La gestione delle emozioni in adolescenza**

L'adolescenza rappresenta una fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta, caratterizzata da numerosi cambiamenti sul piano fisico, comportamentale, emotivo e cognitivo. Tali cambiamenti implicano intense esperienze emotive, dovute ai conflitti con i genitori o alle relazioni con i pari, che spesso possono indurre ad una maggiore propensione al rischio. Sebbene gli adolescenti abbiano una migliore regolazione emotiva rispetto ai neonati, spesso questa viene considerata inadeguata (Casey, Jones, & Hare, 2008). L'adolescenza è anche caratterizzata da un'elevata instabilità emotiva, motivo per cui spesso viene associata al periodo di insorgenza di disturbi internalizzanti (come la

depressione) ed esternalizzanti (disturbi del comportamento o antisociali). Ciò avviene proprio perché le regioni corticali prefrontali non sono ancora completamente sviluppate (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Steinberg, 2005; Zeman et al., 2006). Come dimostra lo studio di Nolen-Hoeksema (1991) tra le strategie di regolazione emotiva maggiormente utilizzate dagli adolescenti si colloca la ruminazione, spesso correlata allo sviluppo di disturbi internalizzanti. Questa strategia emotiva riguarda il pensare ripetutamente ad errori ed azioni svolti nel passato, con il tentativo di ridurre i sentimenti negativi. Paradossalmente questa strategia aumenta l'effetto negativo, generando l'aumento di disturbi internalizzanti come disturbi d'ansia, depressione, disturbi alimentari, abuso di sostanze (Spasojevic' & Alloy, 2001; Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Abela & Hankin, 2011; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Numerosi studi riportano che la ruminazione è maggiormente associata allo sviluppo di disturbi internalizzanti e, in misura minore, allo sviluppo di disturbi esternalizzanti, considerando le numerose variabili implicate, come l'influenza dei pari o il genere dell'individuo (Aldao et al., 2016).

Lo sviluppo fisico, sessuale, il bisogno di definire alcuni confini, il distacco dalle figure genitoriali sono solo alcuni degli aspetti che caratterizzano l'adolescenza (Nicolini, 2009). In questa cornice si colloca pure lo sviluppo di alcune facoltà che hanno a che fare con il mondo interno dell'adolescente, come la gestione delle emozioni. Spesso, negli adolescenti, avviene una sorta di "cortocircuito del pensiero": non si ha la capacità affinata di distinguere il pensiero dall'azione, motivo per cui "agiscono il pensiero", che in termini psicodinamici possiamo definire "acting out". Dunque, attraverso le azioni gli adolescenti comunicano il proprio mondo interno: gli agiti così diventano la rappresentazione del mondo interno (Nicolini, 2009).

Considerando che l'interiorizzazione delle capacità di regolazione emotiva richiede del tempo, dettato dallo sviluppo delle aree cerebrali sopracitate, spesso l'adolescente non è in grado di governare questi sentimenti e tende ad agire di impulso. Infatti, deficit nella regolazione emotiva possono essere la causa dello sviluppo di alessitimia ed impulsività.

Come detto in precedenza, tutto ciò dimostra quanto l'adolescenza rappresenti una fase delicata nella vita dell'individuo per lo sviluppo di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. La tendenza a mettere in atto comportamenti rischiosi potrebbe manifestare un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie; spesso, infatti, modalità di agire dell'individuo possono strutturarsi come tratti di personalità (Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015).

### **1.3 La disregolazione emotiva: il ruolo dell'alessitimia e dell'impulsività**

Come abbiamo precedentemente accennato, la disregolazione emotiva è un costrutto complesso che coinvolge diverse componenti: incapacità di riconoscere le emozioni proprie ed altrui, mancanza di consapevolezza e accettazione delle emozioni, incapacità di gestire le emozioni e i comportamenti, la mancata abilità di modulare l'intensità e la durata di esperienze emotive (Gratz & Roemer, 2004). Di conseguenza, a fronte di una disregolazione emotiva importante può aumentare la probabilità di mettere in atto comportamenti problematici e disadattivi come l'autolesionismo non suicidario ("non-suicidal self-injury", abbreviato in "NSSI", definito in termini clinici "cutting"), oppure comportamenti aggressivi e disturbi antisociali, promiscuità sessuale, uso e abuso di sostanze, o ancora disregolazione alimentare (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011; Weiss, Sullivan & Tull, 2015). La disregolazione emotiva così rappresenta terreno fertile per l'insorgenza di psicopatologie.

L'alessitimia e l'impulsività rappresentano due strategie regolatorie disfunzionali che possono essere a capo di una difficoltà nella regolazione delle emozioni.

L'alessitimia viene identificata come un costrutto di personalità subclinico, caratterizzato dall'incapacità di identificare e riconoscere le emozioni (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976). Paivio e McCulloch (2004) la definirono come "difficoltà nell'identificare e distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee, difficoltà ad etichettare e comunicare l'esperienza emotiva" (pp.342). Un soggetto alessitimico è come se mancasse della capacità verbale di descrivere l'esperienza emotiva; di solito è carente di espressioni facciali emotive appropriate al contesto e non mostra consapevolezza di sé (Tull, Medaglia & Roemer, 2005).

L'impulsività invece è un tratto comportamentale ad alto indice di ereditabilità. È un costrutto multidimensionale e viene definita come la tendenza ad agire senza pensare, senza valutare i potenziali rischi che l'azione messa in atto potrebbe comportare (Claes, Vertommen & Braspenning, 2000). Può essere definita come la tendenza ad agire in modo precipitoso, senza considerare in maniera razionale le conseguenze delle proprie azioni. È un predittore di comportamenti aggressivi, delinquenza e uso di sostanze, spesso infatti viene associato a vari disturbi di personalità (borderline, antisociale e uso di sostanze) e anche al disturbo di deficit di attenzione e iperattività (Bagge et al., 2004; Avila, Cuenca, Felix, Parcet & Miranda, 2004). Alcuni autori considerano l'impulsività come un aspetto della disregolazione emotiva, sebbene i due costrutti non siano del tutto sovrapponibili. Se da una parte la disregolazione emotiva include anche aspetti che non sono necessariamente connessi all'impulsività, dall'altra l'impulsività include anche una componente cognitiva, quindi l'incapacità di programmare l'azione, che non è necessariamente connessa alla disregolazione emotiva. Inoltre, però, all'interno del

costrutto di disregolazione emotiva, viene inclusa la componente dell'impulsività legata all'azione, che viene descritta come l'incapacità da parte del soggetto di inibire un comportamento impulsivo quando le emozioni ci sovrastano e ci attivano (Gratz & Roemer, 2004).

In particolare, ci soffermeremo su come l'alessitimia e l'impulsività vengono messe in atto da adolescenti con problematiche psicopatologiche, come i disturbi del comportamento alimentare e NSSI.

### **1.3.1 Alessitimia e impulsività in soggetti con condotte autolesioniste**

Prima di procedere con l'analisi della letteratura è importante riuscire a dare una definizione di autolesionismo non-suicidario (NSSI). Come descrive Nock nel 2010, l'autolesionismo non suicidario si riferisce alla lesione intenzionale e diretta del proprio tessuto corporeo, senza intento suicidario. Nel tempo sono stati usati molti termini e sono state date molte definizioni di autolesionismo, ma solo recentemente il NSSI è stato incluso nella terza sezione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come entità diagnostica separata. Recenti studi riportano percentuali alquanto elevate riferite all'aumento della presenza di questo fenomeno tra gli adolescenti: una recente metanalisi ha riportato una prevalenza di NSSI del 17,2% (Swannell, Martin, Page, Hasking & St. John, 2014). I metodi utilizzati dagli adolescenti per causare lesioni alla pelle sono svariati, i più comuni comportano il taglio o il graffio della pelle (Brunner et al., 2014) in varie parti del corpo. Come riportano Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson e Prinstein (2006), più della metà degli adolescenti clinici che avevano coinvolto nel loro studio soddisfaceva i criteri per un disturbo internalizzante (in particolare depressivo o ansioso), esternalizzante o con un disturbo correlato a sostanze, con un tasso di prevalenza di patologie psichiatriche pari all'87%. Specie negli

adolescenti con depressione, il NSSI viene visto come un modo per cercare sollievo dai sintomi depressivi (Kumar, Pepe & Steer, 2004). Inoltre, tra i disturbi di personalità associati al fenomeno del cutting sono prevalenti quelli del Cluster B e, tra le ragazze, spiccano i disturbi alimentari: circa un adolescente su tre con disturbi alimentari pratica anche cutting (Claes et al., 2003; Solano, Fernández-Aranda, Aitken, López & Vallejo, 2005). Il NSSI è un serio fattore di rischio per l'insorgenza di malattie mentali, in particolare il NSSI ripetitivo rappresenta un fattore predittivo non solo per l'ideazione suicidaria, ma anche per i tentativi di suicidio messi in atto (Stewart et al., 2017).

Oltre ai disturbi psichiatrici sono stati studiati anche i tratti psicologici associati al NSSI, come l'alessitimia e l'impulsività. Paivio e McCulloch (2004) hanno notato una particolare associazione tra NSSI e alessitimia: NSSI più grave era correlato a maggiori livelli di alessitimia (Polk & Liss, 2007).

Per quanto riguarda invece gli studi sull'impulsività, sono emersi esiti contrastanti: alcuni studi dimostrano che chi fa uso di cutting si percepisce come più impulsivo, come emerge da alcuni questionari autovalutativi (Herpertz, Sass & Favazza, 1997; Glenn & Klonsky, 2010; Rodav, Levy & Hamdan, 2014); invece, altri studi che utilizzano misure comportamentali dell'impulsività non notano differenze rispetto alla popolazione non clinica (Achenbach & Rescorla, 2001; Janis & Nock, 2009). Quindi, il dibattito tra impulsività e cutting rimane ancora aperto. Come però dimostra lo studio di Gatta, Dal Santo, Rago, Spoto e Battistella (2016) la presenza di NSSI sembra essere associata ad una quantità elevata di disturbi psicopatologici, non solo psichiatrici. Inoltre, l'impulsività sembra essere un tratto presente in tutti gli autolesionisti, sebbene ci siano ancora delle discordanze tra studi (Gatta et al., 2016).

Questi dati hanno una rilevanza significativa per i clinici e i terapeuti in termini di trattamento: si dovrebbe porre più importanza alla gestione emotiva quando si lavora con adolescenti autolesionisti e con i loro genitori, per migliorare l'alleanza terapeutica (Gatta et al., 2011; Gatta, Gallo & Vianello, 2015).

### **1.3.2 Alessitimia e impulsività in soggetti con disturbi del comportamento**

#### **alimentare**

Per quanto riguarda invece la vasta popolazione dei disturbi dell'alimentazione, sono state condotte molte ricerche per valutare l'associazione di tale disturbo con l'alessitimia e l'impulsività. Anche in questo caso, prima di procedere con i dati riportati in letteratura, serve dare una definizione di tali disturbi. In accordo con la quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), i disturbi alimentari vengono classificati come disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, caratterizzati da un persistente disturbo del comportamento alimentare. Soggetti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione mettono in atto comportamenti disturbati associati all'assunzione del cibo, comportamenti che possono compromettere la loro salute fisica o il funzionamento psicosociale. I disturbi dell'alimentazione sono principalmente rappresentati dall'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating; mentre i disturbi della nutrizione sono la pica, il disturbo da ruminazione e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono disturbi complessi: per definirne l'eziopatogenesi bisogna prendere in considerazione l'interazione tra fattori genetici e ambientali. Ad eccezione del disturbo da binge-eating che può esordire a qualsiasi età, i disturbi dell'alimentazione esordiscono prevalentemente in età adolescenziale: gli adolescenti rappresentano quindi il gruppo maggiormente a rischio per l'esordio di tali

disturbi e ciò è dovuto ad una serie di fattori ambientali, biologici e psicologici (Gander, Sevecke & Buchheim, 2015). Come emerge dalla teoria dell'attaccamento, grazie ai lavori di Bowlby (1969) che offrono una cornice teorica, le caratteristiche individuali e le dinamiche familiari contribuiscono all'emergere di disturbi alimentari soprattutto in fase adolescenziale. Come sarà meglio descritto nel prossimo capitolo, tale cornice teorica sarà utile per capire come i deficit di alcune funzioni psicologiche, come la regolazione delle emozioni, siano terreno fertile per lo strutturarsi di tali disturbi.

Molti studi dimostrano che tra i pazienti con disturbi alimentari, adolescenti e adulti, i tratti Alessitimici rappresentano un requisito importante: l'alessitimia non solo rappresenta un tratto importante per lo sviluppo dei disturbi alimentari (Fassino, Daga, Pierò & Delsedime, 2007), ma soprattutto viene riconosciuta come fattore prognostico negativo (Speranza, Loas, Wallier & Corcos, 2007). I risultati di tale studio dimostrano quanto la difficoltà nell'identificare ed esprimere i propri sentimenti rappresenti un fattore negativo per un esito a lungo termine sui pazienti con disturbi alimentari (Speranza et al., 2007). Tra i comportamenti inadeguati messi in atto come strategie di difesa disfunzionali contro la manifestazione delle proprie emozioni ricorrono frequentemente l'eccessiva attività fisica o diete troppo restrittive. Negli ambienti in cui non è permesso esprimere emozioni, poiché viste come inaccettabili, l'individuo cresce con la sensazione di colpevolezza nel manifestare l'emozione, generando distress. Ciò potrebbe fungere come terreno fertile per la messa in atto di comportamenti disfunzionali sul piano alimentare, che l'individuo interiorizza come *modus operandi* per frenare l'espressione delle emozioni (Corstorphine, 2006).

Per quanto riguarda l'impulsività invece compaiono diverse evidenze in letteratura in relazione ai DCA. L'impulsività rappresenta un elemento frequente in molti disturbi

psichiatrici, specialmente nei disturbi alimentari. In particolare, adolescenti con bulimia nervosa mostrano più alti livelli di impulsività rispetto a pazienti anoressiche: adolescenti che praticano abbuffate o condotte di eliminazione sembrano essere più impulsivi di chi non mette in atto queste tipologie di comportamenti (Cassin & Von Ranson, 2005). Studi dimostrano che nei pazienti anoressici l'aggressività comportamentale e l'autocontrollo possono coesistere: tali soggetti riportano autocontrollo ma mostrano impulsività a livello comportamentale (Butler & Montgomery, 2005). Inoltre, una minoranza di pazienti anoressici ha difficoltà a gestire condotte autolesive, comportamenti aggressivi e abuso di sostanze (Stein, Lilenfeld, Wildman & Marcus, 2004).

Come è stato già detto, a causa della sua multidimensionalità, la manifestazione dell'aggressività può dipendere anche da fattori di rischio predisponenti, come fattori biologici o ambientali (Klump, Wonderlich, Lehoux, Lilenfeld & Bulik, 2002). Vari studi presenti in letteratura dimostrano quanto la presenza di psicopatologie esternalizzanti nei genitori influenzi la manifestazione dell'impulsività nei figli: come dimostrano gli studi di Young, Stallings, Corley, Krauter e Hewitt (2000) e di Hicks, Krueger, Iacono, McGue e Patrick (2004) la psicopatologia di tipo esternalizzante nei genitori è in stretta relazione con la presenza di tratti disinibitori di personalità, come l'impulsività e l'aggressività, nei figli. Inoltre, esiste una forte ereditabilità della vulnerabilità allo spettro di disturbi esternalizzanti, piuttosto che del rischio di sviluppo di un disturbo esternalizzante (Hicks et al., 2004). Tra i molti fattori eziologici si collocano anche episodi traumatici o di abuso in età infantile (Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky & Abbott, 1997): da un'attenta analisi della letteratura emerge che pazienti con diagnosi di bulimia nervosa mostrano maggiore incidenza di traumi infantili, come abusi fisici e psicologici (Myers et al., 2006; Corstorphine, Waller, Lawson & Ganis, 2007). Infatti, la presenza di impulsività e

l'elevata emotività in pazienti con disturbi alimentari possono essere indice di poca stabilità e calore familiare (Steiger & Bruce, 2007).

Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologie importanti come l'autolesionismo e i disturbi alimentari bisogna considerare l'importanza degli stili di attaccamento riscontrati in tali pazienti, tematica che verrà affrontata nel dettaglio nel capitolo successivo. Molti studi dimostrano quanto l'attaccamento insicuro, nelle sue diverse sfaccettature, possa essere un notevole fattore di rischio per lo sviluppo di condotte autolesive, associato ad una disfunzionale gestione delle emozioni. Analogamente emerge una prevalenza significativa di attaccamento insicuro per disturbi del comportamento alimentare. Il ruolo del caregiver, dunque, risulta essere primario nel promuovere il benessere del bambino. Infatti, il genitore o il caregiver di riferimento ha la duplice funzione di essere "base sicura" e "porto sicuro" per il bambino: in particolare, per base sicura si intende, in modo figurato, il luogo che fornisce sicurezza e dal quale il bambino parte per esplorare il mondo (Bowlby, 1988); ma allo stesso tempo deve anche essere un "porto sicuro in cui poter tornare" per trovare sicurezza e protezione nel momento in cui incontrerà dei pericoli (Hainsworth, 1963, pp.105).



## **Capitolo 2**

### **Attaccamento e correlati relazionali**

Dopo aver esaminato come si sviluppa la regolazione affettiva in adolescenti con problematiche psicopatologiche e quali sono i costrutti in essa implicati, nel presente capitolo si indaga il ruolo ricoperto dal principale sistema regolatorio: l'attaccamento. All'interno di una cornice teorica di riferimento, si passano in rassegna i correlati relazionali e i singoli pattern di attaccamento. In particolare, l'obiettivo del presente capitolo è di analizzare la rappresentazione dei pattern di attaccamento in adolescenti con condotte autolesive e con disturbi del comportamento alimentare.

#### **2.1 Teoria dell'attaccamento e parenting**

Prima di definire i pattern di attaccamento, è necessario fornire una cornice teorica a riguardo. John Bowlby, padre della teoria dell'attaccamento (1944), durante i suoi studi universitari si interessò all'importanza del legame con il genitore nello sviluppo del bambino. Osservazioni sistematiche portarono l'autore della medesima teoria ad affermare che i bambini mostrano elevati livelli di stress nel momento in cui vengono separati dalla madre, nonostante qualcun altro provveda nel fornirgli le cure adeguate (Bowlby, Robertson & Rusenbluth, 1952). In particolare, notò che i bambini reagivano con un pattern comportamentale ben definito: protestavano alla separazione dalla madre e reagivano con forte angoscia (Robertson & Bowlby, 1952). Si cercò dunque di dare una spiegazione che giustificasse tale reazione da parte del bambino. Sorprendentemente, come dimostrarono gli studi di Bowlby, la richiesta di vicinanza materna da parte del bambino non era dettata dalla ricerca di cibo, mero istinto di sopravvivenza e soddisfazione di un bisogno primario, ma, come anche dimostrato dai pionieristici studi

di Harlow (1958), da un desiderio di prossimità biologicamente fondato. Lo scopo del bambino, infatti, non era la ricerca di cibo ma la vicinanza di qualcuno che si prendesse cura di lui e che gli fornisse calore e protezione. Di conseguenza, secondo un'ottica evolucionistica, un bambino che può avere accanto qualcuno a cui fare affidamento sarà un bambino che avrà maggiori possibilità di sopravvivenza (Cassidy, 2008).

Per comprendere appieno la teoria dell'attaccamento bisogna prestare particolare attenzione ai comportamenti di attaccamento, che rappresentano tutta quella serie di azioni messe in atto dal bambino per favorire la vicinanza del caregiver. Attraverso numerosi studi si è notato come i comportamenti di attaccamento si manifestino in circostanze di minaccia o stress, come alla presenza di un estraneo, o derivino da una situazione di insofferenza (come la sensazione di fame, sofferenza fisica, dolore in generale), cioè tutte quelle condizioni che possono essere percepite dal bambino come potenzialmente pericolose. Di conseguenza, il comportamento di attaccamento non risulta essere sempre attivo nel bambino, ma si innesca quando egli fa esperienza di un potenziale pericolo per la sua vita. Ad ogni attivazione del comportamento di attaccamento solitamente segue una cessazione dello stesso, sebbene le caratteristiche individuali possano fare la differenza. Infatti, il modo in cui il soggetto risponde agli stimoli che attivano o disattivano il sistema di attaccamento permette di individuare diversi pattern di attaccamento.

Da un punto di vista evolucionistico, la risposta dei bambini alla separazione dal caregiver ha un forte valore adattivo (Simpson & Belsky, 2016). Dopo la separazione i bambini manifestano comportamenti di protesta, come piangere o urlare, per cercare di richiamare l'attenzione del caregiver. Sulla base di come risponde il caregiver di riferimento, il bambino apprende ed interiorizza delle strategie di regolazione, più o meno adattive, che

dipendono dalla qualità della risposta ricevuta. Comprendere in modo corretto la richiesta del bambino e rispondere adeguatamente non è un'abilità presente in tutti gli individui, ma si sviluppa con il tempo prestando particolare attenzione al linguaggio infantile. Tale abilità viene chiamata da Ainsworth "sensibilità materna" e rappresenta sia la capacità di percepire ed interpretare correttamente i segnali provenienti dal bambino, sia l'abilità di rispondere in modo appropriato (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Questo determina la qualità della cura materna, quindi la capacità della madre di "osservare il comportamento del bambino e da quello inferire gli stati mentali associati a quel comportamento" (De Carli & Simonelli, 2018, pp. 109; Venuti, Simonelli & Rigo, 2018).

Come è già stato descritto nel primo capitolo, il bambino è inserito sin dalla nascita in un sistema di relazioni affettive significative che costituiranno la base per la costruzione dei suoi modelli di attaccamento e per le rappresentazioni di sé e degli altri. Le ripetute esperienze con i caregiver si organizzano all'interno di "modelli operativi interni" (MOI) del sé e della figura di attaccamento, che regolano l'attivazione del sistema di attaccamento e permettono al bambino di crearsi delle aspettative sulle interazioni future (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Quindi, il sistema di attaccamento si rappresenta come un'organizzazione psichica interna stabile dell'individuo, costituita da sentimenti, ricordi e aspettative, che il bambino ha sperimentato e interiorizzato durante i primi anni di vita. Tali aspetti sono considerati rilevanti per il consolidamento del legame di attaccamento perché lo guideranno per tutta la sua vita nella costruzione di nuovi rapporti interpersonali. Così il bambino apprende degli stili di regolazione emotionale determinati dalla disponibilità emotiva del genitore: se quest'ultimo offre delle esperienze interattive adeguate allora il bambino sarà in grado, col tempo, di regolare i propri stati emozionali negativi (Tronick, 2008). Di conseguenza, si può dedurre che l'attaccamento è un sistema

regolatorio, si fonda cioè su processi di eteroregolazione e autoregolazione. Proprio nel momento in cui il bambino percepisce il pericolo mette in atto i comportamenti di attaccamento. Come descrivono Ainsworth e colleghi (1978) in relazione alla sensibilità, cioè la capacità di intercettare i bisogni altrui, e responsività dell'adulto, cioè la capacità di rispondere in maniera adeguata e non casuale, si delineano diversi pattern di attaccamento: attaccamento sicuro, attaccamento evitante, attaccamento ambivalente, ed infine, attaccamento disorganizzato.

## **2.2 Rappresentazione dei pattern di attaccamento**

Un bambino con attaccamento sicuro manifesta un ottimo equilibrio tra la capacità esplorativa e il comportamento di attaccamento, come ritorno al porto sicuro (Tambelli, 2017; Venuti, Simonelli & Rigo, 2018). Sarà dunque un bambino consapevole e fiducioso della presenza della figura genitoriale, adeguatamente responsiva e disponibile in caso di necessità, in particolare nel momento in cui il bambino attiva il sistema di attaccamento a fronte di situazioni di pericolo. La ripetuta conferma di queste aspettative aumenta la probabilità che il bambino esplori l'ambiente circostante e che sia capace di entrare in relazione con gli altri. Un bambino con attaccamento evitante, invece, sembra non avere fiducia nella risposta materna, poiché quest'ultima è stata manchevole di fronte alle richieste del bambino, che, di conseguenza, mostrerà maggiore distacco ed evitamento del contatto col caregiver. Così il bambino cercherà di autoregolarsi da solo, perché sa di non poter contare sulla risposta attenta della madre. Per consolarsi, un bambino con attaccamento evitante non punterà sulla relazione con l'altro ma su se stesso, facendo affidamento sull'autoregolazione. Spesso, all'interno di diadi con tale funzionamento, il genitore sminuisce la gravità del pericolo percepita dal bambino, il quale cercherà dunque di cavarsela da solo. Un bambino con un attaccamento ambivalente, invece, non riesce ad

utilizzare la madre come base sicura e mostra scarsa capacità esplorativa. Ciò avviene perché la risposta materna è stata nel tempo poco prevedibile e sempre differente. Di conseguenza, il bambino incontra incoerenze ed imprevedibilità nella responsività materna. Per ovviare a tale comportamento disfunzionale il bambino innalzerà fortemente le richieste di aiuto per ridurre al minimo l'imprevedibilità nella risposta materna. Infatti, bambini con attaccamento disorganizzato mostrano espressioni amplificate di rabbia e irritabilità, che rappresentano un modo per segnalare in modo evidente una richiesta di aiuto, riducendo così al minimo le competenze di autonomia. Ciò fa sì che il comportamento di attaccamento è sempre attivo, riducendo la capacità autoregolativa. Per ultimo, l'attaccamento disorganizzato rappresenta uno stile particolare, poiché si colloca al limite tra i pattern di attaccamento precedentemente descritti e i disturbi dell'attaccamento. Rappresenta una forma disadattiva del legame, un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie. I bambini disorganizzati sembrano privi di qualsiasi strategia regolatoria, mostrando comportamenti imprevedibili, atipici e contraddittori (Main & Solomon, 1986; 1990). Questo avviene perché il caregiver si mostra con atteggiamento spaventante/spaventato: l'adulto, che dovrebbe proteggere il bambino, è imprevedibile, diventando, a sua volta, fonte di pericolo. Il bambino sperimenta così incongruenza interna, poiché vorrebbe rivolgersi al genitore, come fonte di rassicurazione, ma allo stesso tempo il genitore stesso suscita paura (Lyons-Ruth, & Jacobvitz, 2016). In questo tipo di diadi si ha a che fare con adulti che, a fronte delle richieste del bambino, reagiscono con paura, diventando, a loro volta, paurosi agli occhi del bambino. Questo particolare pattern di attaccamento trova una quota elevata in bambini con genitori abusanti e maltrattanti, che rappresentano forme di aggressività attiva; ma un genitore può mostrarsi pericoloso anche quando è incapace di fornire protezione, rappresentando così fonte di

pericolo per il bambino. Una spiegazione che viene data a questa tipologia di comportamento affonda le radici nell'infanzia dei genitori: probabilmente da piccoli non hanno ricevuto protezione e cure adeguate a tal punto di non riuscire ad attivare competenze protettive. (Speranza, 2017; De Carli, Simonelli, 2018).

Successivamente ad una panoramica teorica sui diversi stili di attaccamento, nei paragrafi successivi si analizza la complessa interazione tra i sistemi relazionali e la capacità di regolazione emotiva in adolescenti con condotte autolesive e con disturbi alimentari.

### **2.2.1 Attaccamento e condotte autolesive**

Da tempo si cerca di indagare l'eziologia dei comportamenti autolesivi messi in atto dagli adolescenti. Alcuni ricercatori hanno approfondito il legame causale che l'influenza del retroscena familiare ha sul comportamento autolesivo dell'adolescente (Spirito, Brown, Overholser & Fritz, 1989; Adam, 1990; Blumenthal, 1990). In particolare, molti studi mostrano che le famiglie di soggetti con condotte autolesive presentano importanti problematiche interne al nucleo familiare, come conflitti (de Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wdters, 1992), instabilità e caos (Adam, Lohrenz, Harper & Streiner, 1982; de Jong, 1992), abusi sessuali (de Wilde et al., 1992; Shaunessey, Cohen, Plummer & Berman, 1993) e presenza di violenze familiari (Hawton, O'Grady, Osborn & Cole, 1982; Kosky, 1983).

Per quanto riguarda gli adolescenti che praticano cutting, Adam, West & Sheldon-Keller (1996) individuarono l'attaccamento insicuro come fattore associato all'utilizzo di condotte autolesive. Infatti, nel 1994, Adam ha mostrato come il comportamento suicidario rappresenti un estremo comportamento di attaccamento messo in atto in risposta alla minaccia rappresentata dall'attaccamento stesso. Tale gesto

rappresenterebbe l'espressione di rabbia e angoscia verso una figura di attaccamento che non viene percepita né responsiva né disponibile, esito di un attaccamento insicuro (Adam, 1994). Così, la probabilità di mettere in atto determinati comportamenti risulta correlata a come le avverse esperienze di attaccamento si siano strutturate in modelli operativi interni. L'attaccamento insicuro può essere l'esito degli effetti di traumi non risolti, come separazioni, perdite e abusi. Questi ultimi possono essere fattori di rischio importanti per la messa in atto di comportamenti autolesivi in adolescenti (Adam et al., 1996). In questo studio, Adam e colleghi trovarono che all'interno del gruppo sperimentale, composto da soggetti autolesionisti, è stata rilevata una quota maggiore di attaccamento di tipo preoccupato e di attaccamento di tipo irrisolto-disorganizzato, a differenza del gruppo di controllo, composto da soggetti non autolesionisti, in cui vi era una maggior prevalenza di attaccamento evitante. Inoltre, dalla somministrazione di test proiettivi come l'AAI (Adult Attachment Interview; George, Kaplan & Main, 1984), in soggetti con attaccamento non risolto è emersa una importante disorganizzazione cognitiva, attraverso la presenza di lapsus nel racconto, indice di mediazione tra esperienze traumatiche non risolte e comportamento suicidario. Alla presenza di immagini che rievocano eventi traumatici, tali risposte disorganizzate indicano che attenzione, memoria di lavoro e coscienza vengono sopraffatti da precedenti esperienze traumatiche (Main, van Uzendoom & Hesse, 1993). Dunque, qualsiasi evento traumatico, perdita o crisi, che l'adolescente vive, può fungere da trigger del comportamento suicidario, innescando una disorganizzazione cognitiva, azione motrice del comportamento suicida (Maltsberger, 1988; Spirito et al., 1989; Adam, 1990). Studi clinici descrivono gli adolescenti con condotte suicide come immaturi e tendenti a relazioni complicate, compromesse da problemi di dipendenza, sensibilità e gelosia

(Spirito et al., 1989; Blumenthal, 1990). Nell'ottica della teoria dell'attaccamento, Bowlby (1973) li classificherebbe attraverso un attaccamento di tipo ansioso: sarebbero soggetti costantemente insicuri e in allerta sulle relazioni più intime, minacciando il rapporto attraverso atteggiamenti di rabbia e di ansia.

Che l'attaccamento insicuro sia un fattore di rischio per la messa in atto di condotte autolesive è stato ampiamente dimostrato, ma sarebbe interessante capire qual è il meccanismo sottostante a tale relazione. Per colmare questo gap serve ricollegarsi al precedente capitolo riguardo alla regolazione emotiva. Infatti, da un'attenta analisi della letteratura, l'attaccamento insicuro, fattore di rischio per la comparsa di condotte autolesive in adolescenti (Ferguson, Woodward & Horwood, 2000; Salzinger, Rosario, Feldman & Ng-Mak, 2007), spesso è associato ad una disfunzionale gestione delle emozioni negative, come la rabbia, e a strategie di coping disadattive a fronte di situazioni stressanti (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming & Gamble, 1993; Seiffge-Krenke, 2006). Nello studio di Glazebrook, Townsend e Sayal (2015) l'obiettivo dei ricercatori era quello di analizzare, attraverso uno studio longitudinale, in adolescenti autolesionisti l'esito dell'attaccamento insicuro, dopo un follow-up di sei mesi: i soggetti che erano stati classificati come "sicuri" mostrano un miglioramento nelle capacità di problem solving dopo il periodo di follow-up; invece, i soggetti "insicuri" riportano esiti peggiori. Ciò dimostra quanto l'attaccamento insicuro possa determinare esiti peggiori in adolescenti autolesionisti, manifestando la presenza di deficit nella regolazione emotiva (Rogier, Petrocchi, D'aguanno & Velotti, 2017). Da ciò risulta evidente quanto la relazione tra attaccamento, esiti dell'autolesionismo e regolazione emotiva sia strettamente connessa. Secondo gli autori questo effetto è dovuto al fatto che i partecipanti sicuri avevano dei caregiver attenti, che hanno riconosciuto il loro autolesionismo come segnale di distress

e angoscia, e che hanno mostrato aiuto e supporto, incoraggiando il figlio a sviluppare strategie di coping adattive. Infatti, come emerge dallo studio di Yip, Ngan e Lam (2003), gli adolescenti riportano che il comportamento dei genitori può influenzare ulteriormente l'autolesionismo. Esplorare le percezioni dell'adolescente sull'importanza del ruolo del caregiver nel promuovere lo sviluppo di capacità di problem solving adattive a seguito di autolesionismo potrebbe essere un utile obiettivo per la ricerca futura.

Dunque, è possibile dedurre quanto l'attaccamento sicuro, sia in relazione al caregiver sia con i pari, possa essere considerato un punto di forza: migliora le capacità di problem solving, aiuta a riprendersi dall'autolesionismo ma soprattutto sottolinea l'estrema importanza ricoperta dalla rete sociale e dalle relazioni primarie in adolescenti con storie di autolesionismo (Glazebrook, Townsend & Sayal, 2015). Ovviamente però, come in tutte le relazioni diadiche, l'influenza non è mai unidirezionale: anche le caratteristiche genetiche e temperamentali del bambino possono influenzare la sensibilità delle cure fornite dal caregiver (Fearon, Shmueli-Goetz, Viding, Fonagy & Plomin, 2014). Dunque, la relazione tra stile di attaccamento, esiti dell'autolesionismo e capacità di problem solving dipende dal genitore, dal figlio e dagli effetti bidirezionali di tale rapporto.

### **2.2.2 Attaccamento e disturbi alimentari**

Dalla letteratura sulla popolazione dei disturbi del comportamento alimentare, attraverso l'utilizzo di questionari self report, emerge una prevalenza di attaccamento di tipo insicuro tra gli adolescenti e i giovani adulti (Orzolek-Kronner, 2002; Steins, Albrecht & Stolzenburg, 2002; Bäck, 2011). Come precedentemente descritto, all'interno dell'attaccamento insicuro è possibile individuare diverse sottocategorie con delle caratteristiche differenti. Tra questi si possono individuare gli insicuri/evitanti, gli insicuri/ambivalenti e gli insicuri/disorganizzati (o disorganizzati). Alcuni autori hanno

riscontrato una maggiore prevalenza di attaccamento di tipo evitante in pazienti con disturbi alimentari (Ramacciotti, Sorbello, Pazzagli, Vismara, Mancone & Pallanti, 2001; Latzer, Hochdorf, Bachar & Canetti, 2002), altri, invece, di tipo ansioso/ambivalente (Salzman, 1996; Tereno, Soares, Martins, Celani & Sampaio, 2008).

Pochissimi sono gli studi in letteratura (circa otto) che, attraverso l'utilizzo di test proiettivi self-report, indagano i pattern di attaccamento in adolescenti e giovani adulti con disturbi del comportamento alimentare (Gander et al., 2015). Da questi studi emerge che tali soggetti mettono in atto differenti strategie difensive per far fronte a situazioni di stress. In particolare, gli autori individuano due principali tipologie di comportamento: la strategia di disattivazione e la strategia di iperattivazione. La prima viene messa in atto nel momento in cui il soggetto percepisce la figura di attaccamento come evitante: per distogliere l'attenzione dal distress provato nel momento in cui si attiva il sistema di attaccamento, il soggetto impara a sopprimere la vicinanza altrui. La seconda, invece, viene messa in atto nel momento in cui si percepisce la figura di attaccamento come imprevedibile, e consiste nel cercare di massimizzare la richiesta di vicinanza, generando di conseguenza una preoccupazione passiva (Dias, Soares, Klein, Cunha & Roisman, 2011). In questa tipologia di pazienti emerge una quota elevata di attaccamenti non risolti: spesso si tratta di esperienze traumatiche o abusi, ma anche circostanze avverse nell'infanzia, come abusi psicologici o problemi di salute mentale nei genitori, divorzi (Lejonclou, Nilsson & Holmqvist, 2014). Tuttavia, si sa poco della relazione tra eventi traumatici precoci e l'esordio di disturbi del comportamento alimentare.

In una recente review (Gander et al., 2015) emerge un'alta incidenza di attaccamento irrisolto, specialmente nelle pazienti anoressiche. Inoltre, la stessa tipologia di attaccamento risulta predominante anche nelle rispettive madri: tale dato denota

un'importanza cruciale degli aspetti transgenerazionali, ancora oggi poco analizzati ma che rappresentano un'importante frontiera di ricerca. Infatti, la presenza di un trauma non risolto nella madre può compromettere la sensibilità alle richieste del bambino, caratteristica che, come detto precedentemente, risulta essere di fondamentale importanza per l'instaurarsi del legame di attaccamento. Come sostengono Iyengar e colleghi, una ridotta sensibilità materna a causa di un trauma non risolto può contribuire alla trasmissione transgenerazionale del trauma (Iyengar, Kim, Martinez, Fonagy & Strathearn, 2014).

Sarebbe interessante approfondire la natura del trauma non risolto, sia negli adolescenti con disturbi alimentari sia nelle rispettive madri: questo potrebbe migliorare la comprensione del ruolo dell'attaccamento irrisolto nell'esordio del disturbo. Poiché le madri traumatizzate tendono ad anteporre i propri bisogni a quelli dei figli, ci si aspetterebbe una prevalenza di figlie dipendenti dalle madri, poiché incapaci di discernere i propri bisogni. Tuttavia, emergono però risultati contrastanti: come dimostra lo studio di Orzolek-Kronner (2002), adolescenti con disturbi alimentari tendono ad idealizzare i propri genitori; al contrario, studi sull'attaccamento negli adulti hanno mostrato delle relazioni genitori-figli complicate, caratterizzate dalla coesistenza di atteggiamenti contrasti verso i figli, come sentimenti di amore e di rifiuto (Ringer & Crittenden, 2007; Barone & Guiducci, 2009).

In sintesi, emerge chiaramente una notevole quantità di attaccamenti irrisolti in pazienti con disturbi alimentari (Ward et al., 2001; Ringer & Crittenden, 2007; Sevecke, 2013; Delvecchio, Di Riso, Salcuni, Lis & George, 2014; Von Wietersheim, Holzinger, Zhou & Pokorny, 2014) e uno dei primi studi da cui emerse tale prevalenza fu di Fonagy et al. (1996), attraverso l'utilizzo dell'AAI. Successivamente, tale prevalenza è stata

confermata anche da altri studi, sia attraverso la somministrazione dell'AAI sia dell'AAP, in adolescenti e adulti con disturbi alimentari (Delvecchio et al., 2014; Von Wietersheim et al., 2014). In tali circostanze assume notevole importanza lo studio di Sevecke (2013) da cui è emerso che il 65% di ragazze adolescenti anoressiche mostrava un pattern di attaccamento irrisolto. Ciò potrebbe suggerire una prevalenza maggiore di tale pattern di attaccamento negli adolescenti rispetto agli adulti.

Recentemente si è indagato il motivo per cui l'attaccamento insicuro disorganizzato espone gli adolescenti ad un maggiore rischio di sviluppare disturbi alimentari: molti studi dimostrano che tali stili di attaccamento sono associati a visioni negative di sé e della propria immagine corporea, ad una minore accettazione del proprio corpo e ad un alterato riconoscimento della sensazione di sazietà e di fame (Gander et al., 2015). Studi condotti su adulti con disturbi alimentari hanno dimostrato che il perfezionismo e alcuni tratti di personalità, come il nevroticismo e l'estroversione, mediano la relazione tra attaccamento insicuro e disturbi alimentari (Eggert, Levendosky & Klump, 2007; Dakanalis et al., 2014).

Inoltre, è importante considerare l'alta comorbidità presente tra i disturbi alimentari con i disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi di personalità. In una recente review, Magallón-Neri e colleghi (2014) riportano che tra il 64 e il 76 % di adolescenti con bulimia nervosa ha una comorbidità con i disturbi borderline o istrionico di personalità; invece, tra le pazienti anoressiche è maggiore la comorbidità con il disturbo ossessivo-compulsivo.

In conclusione, il filone di ricerca che indaga la relazione tra attaccamento e soggetti con disturbi del comportamento alimentare pone maggiore attenzione all'interazione tra

fattori ambientali, sociali e individuali e sul loro contributo nello sviluppo di tali patologie. Per quanto tale indirizzo di ricerca sia ancora agli esordi, emerge chiaramente quanto l'aspetto transgenerazionale abbia un impatto importante sui traumi non risolti, sui pattern di attaccamento e sull'esordio di altre psicopatologie.



## **Capitolo 3**

### **Genitorialità e benessere psicofisico**

Alla luce della teoria dell'attaccamento analizzata precedentemente, il presente capitolo ha l'obiettivo di esplicitare le competenze legate alla genitorialità e al ruolo ricoperto nello sviluppo della regolazione affettiva nel bambino. Si analizza, così, il benessere psicofisico e si indagano anche i fattori connessi allo sviluppo di stress e burnout genitoriale, conseguenze spesso associate alla psicopatologia dei figli. Il tutto viene letto e ricondotto all'interno della cornice storica attuale, la pandemia da COVID-19, e le potenziali conseguenze associate ad essa.

#### **3.1 Cos'è la funzione genitoriale**

La funzione genitoriale comprende tutte quelle competenze che riguardano la “capacità dell'individuo di prendersi cura e proteggere un'altra persona che, per età, sviluppo o condizioni fisiche e/o psichiche, non è in grado di soddisfare i propri bisogni autonomamente” (Simonelli, 2018). Attraverso cure fisiche e vicinanza affettiva, essa rappresenta una funzione complessa perché mira non solo a comprendere i bisogni dell'altro, ma anche a saperli interpretare correttamente, fornendo una risposta adeguata alle esigenze altrui (Fava Vizziello, Colucci, Disnan & Simonelli, 2003; Simonelli, 2014). Per esprimere tale funzione è necessario che la relazione diadica sia asimmetrica: la disparità di abilità, sviluppo e capacità autorizza l'uno a comunicare i propri bisogni all'altro, che, di conseguenza, sarà in grado di esercitare la funzione genitoriale. Da ciò deriva che tale funzione non è necessariamente vincolata dal legame biologico esistente tra due individui: non occorre essere genitori per esercitare la funzione genitoriale (si pensi alle adozioni), ma è sufficiente porsi in una condizione di disponibilità verso l'altro

(Simonelli, 2018). Si tratta, dunque, di una funzione ampia, solo in parte biologicamente determinata.

Ma da dove origina la funzione genitoriale? Come appena visto, per prestare attenzione alle richieste altrui e per fornire una risposta adeguata non serve essere genitori. Come emerge in letteratura, le prime espressioni delle competenze genitoriali si manifestano precocemente sin dalla prima infanzia, quando il bambino inizia ad acquisire quelle abilità intersoggettive che lo spingono alla comprensione dei bisogni altrui all'interno della relazione (Lavelli, 2007). Forse, la funzione genitoriale ha più a che vedere con la condizione di essere stati figli, piuttosto che genitori. Infatti, adulti che da piccoli hanno ricevuto le giuste cure e le attenzioni di cui avevano bisogno saranno adulti capaci di riconoscere i segnali di aiuto e di rispondere adeguatamente a tali richieste; adulti che da piccoli sono stati trascurati o poco rispettati nelle loro richieste, invece, potrebbero mostrare inadeguatezza nella capacità di leggere i bisogni altrui e di conseguenza non sarebbero in grado di rispondere adeguatamente (Simonelli, 2018). Dunque, la funzione genitoriale è legata alla possibilità di essere stati figli, cioè dal fatto di avere avuto qualcuno che, a sua volta, abbia potuto prendersi cura di noi, intercettare i nostri bisogni e attivare risposte adeguate” (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018, pp. 2). Tale costrutto è principalmente osservabile dai comportamenti che quotidianamente l'adulto mette in atto durante le interazioni ripetute con il bambino. Si tratta di scambi brevi che avvengono nel qui ed ora della relazione e che costituiscono la “costruzione della storia dei momenti interattivi ripetuti tra i due attori” (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018, pp. 2). Queste interazioni sono costituite da azioni semplici, come prendere in braccio il bambino, nutrirlo o semplicemente sorridere, ma allo stesso tempo sono determinati da pensieri e credenze che l'adulto ha costruito ed interiorizzato grazie alle esperienze relazionali

sperimentate nel corso della vita. In tale processo, entrambe le parti devono essere attive e costruttive per favorire degli scambi efficaci volti alla soddisfazione dell'obiettivo comune. In questo contesto, il ruolo del bambino risulta centrale nel segnalare all'adulto le proprie richieste: il bambino possiede molti strumenti per comunicare con l'adulto, come il pianto, i gesti, le espressioni facciali. Bambini che non sono in grado di comunicare potrebbero ostacolare la costruzione di tale processo, rendendo complicata la comunicazione reciproca: di solito questo avviene in bambini con patologie importanti (Simonelli, 2018).

Quando si parla di “funzione genitoriale” o “parenting” si fa riferimento ad una capacità che l'individuo può possedere o sviluppare nel tempo, e dipende da vari fattori. Può essere definita una funzione evolutiva, per cui le relazioni che l'individuo instaura lungo l'arco della vita possono influenzare la funzione genitoriale, sia in senso positivo che negativo. Si tratta, dunque, di una “funzione processuale”, nell'accezione in cui “non è determinata una volta per tutte ma evolve nel corso del tempo, in funzione della storia relazionale di una particolare diade e delle dinamiche individuali, relazionali, familiari e contestuali che la caratterizzano” (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018, pp.16).

I principali aspetti che descrivono e compongono la funzione genitoriale sono le rappresentazioni e i comportamenti. Quando si parla di “rappresentazioni” si fa riferimento all'immagine che ognuno di noi ha in memoria di sé, dell'altro e del rapporto con l'altro. Esse includono anche le emozioni, i pensieri e gli schemi mentali, più o meno consapevoli. Tali rappresentazioni sintetizzano la nostra esperienza in relazione agli altri individui e ci permettono di riattivare in memoria e mantenere traccia della nostra esperienza quando ne abbiamo bisogno. Infatti, se l'adulto è attento alle richieste del bambino ed è in grado di fornirgli le cure idonee, il bambino interiorizza tale capacità e

col tempo imparerà a regolarsi autonomamente. Analogamente alle rappresentazioni, un altro aspetto della funzione genitoriale è costituito dai comportamenti, che includono tutti quegli agiti all'interno della relazione, nel qui ed ora, che determinano la qualità della relazione. Grazie alle rappresentazioni e ai comportamenti reiterati nel tempo, il bambino è in grado di creare degli schemi della relazione. Tale aspetto assume fondamentale importanza poiché permette di porre le basi nel bambino della capacità di creare aspettative, attraverso dei comportamenti ripetuti nel tempo, e di dare un significato a tale relazione (Simonelli, 2018). “Le interazioni adulto-bambino sono fondamentali per entrambi, ma soprattutto per il piccolo, perché all'interno di esse può non solo soddisfare i bisogni primari legati alla sopravvivenza, ma anche acquisire competenze cognitive, sociali, strumentali necessarie allo sviluppo di comportamenti adattivi” (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018, pp. 2). Tendenzialmente gli schemi relazionali si costruiscono nelle prime fasi della vita, perché rappresentano le prime esperienze che il neonato vive. Essi non sono deterministicamente organizzati, ma possono essere modificati sulla base dell'esperienza: si ha a che fare con una sorta di riorganizzazione e rielaborazione di schemi già costruiti.

Ne consegue, dunque, che la funzione genitoriale rappresenta un tassello importante per la vita del bambino, contribuendo e influenzando attivamente il suo sviluppo. Una caratteristica della funzione genitoriale viene descritta da Bion (1962) attraverso il termine “*reverie*” e comprende la funzione del genitore di dare un significato agli stati mentali propri e altrui, non sempre comprensibili dal neonato: attraverso il rimando dello sguardo e attraverso i gesti materni, il bambino riesce a dare un senso ai bisogni, desideri ed emozioni, così da sviluppare la regolazione affettiva (Fonagy & Allison, 2014).

### **3.1.1 I determinanti della genitorialità**

Come è stato ampiamente spiegato, la funzione genitoriale è una funzione complessa, determinata da diversi fattori che si influenzano reciprocamente. Ma, da cosa è determinata la funzione genitoriale? Tra i vari modelli discussi negli anni, ha assunto notevole importanza il modello processuale di Belsky (1984), che ha riconosciuto dei fattori come determinanti della funzione genitoriale. Secondo questo modello, la capacità dell'individuo di prendersi cura di un altro al di fuori di sé è determinata da un insieme di fattori che riguardano le caratteristiche relative al genitore e alla sua personalità, le caratteristiche del bambino e, infine, le caratteristiche relative al contesto sociale in cui è inserita la relazione diadica. Tali aspetti non solo influenzano i comportamenti di cura messi in atto, ma hanno come esito lo sviluppo del bambino stesso. Ne consegue che possono esercitare un impatto significativo sul benessere di entrambi i componenti della diade, sia in termini positivi sia negativi (Venuti, Simonelli & Rigo, 2018).

Secondo Belsky (1984) la storia evolutiva e la personalità dei genitori costituiscono due fattori centrali nel determinare le competenze genitoriali: le esperienze di cura ricevute nel corso dello sviluppo influenzano il funzionamento attuale dell'adulto, attraverso la creazione di idee e aspettative che condizionano il modo in cui l'individuo metterà in atto atteggiamenti di cura (Haft & Slade, 1989). Infatti, un genitore sintonizzato sui segnali e sulle richieste del bambino, specifiche per fase di sviluppo, sarà in grado di trasmettergli sicurezza, indipendenza e permetterà lo sviluppo di competenze sociali e cognitive adeguate (Isley, O'Neil, Clatfelter & Parke, 1999; Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera & Lamb, 2004). Anche la personalità dei genitori, così come l'età, gioca un ruolo fondamentale: individui che riescono ad empatizzare maggiormente con gli altri e che siano in grado di assumere la prospettiva altrui saranno individui con maggior sensibilità

alle richieste del bambino (Belsky, 1984). Ciò che influenza tali atteggiamenti è il benessere psicologico: è stato dimostrato che in presenza di psicopatologie, come la depressione materna, i caregiver sembrano mostrare maggiore affettività negativa e difficoltà nel cogliere correttamente i segnali del bambino, rispondendo, di conseguenza, in modo non appropriato (Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999; Tronick, 2007). È importante, però, non generalizzare: non in tutti gli adulti con psicopatologia le competenze genitoriali sono compromesse. Infatti, anche un genitore con problematiche psicopatologiche può mostrare sensibilità alle richieste del proprio bambino, anche se potrebbe mostrare difficoltà a mantenere nel tempo una risposta efficace; e viceversa, un adulto ben integrato potrebbe non possedere le risorse necessarie per far fronte all'accudimento di un altro essere umano. Per questo motivo, molti autori considerano la genitorialità come un "ambito autonomo" (Simonelli, 2014, pp.11) rispetto ad altri domini del funzionamento individuale: in tal senso, questa competenza può rimanere preservata anche in presenza di altri aspetti compromessi del funzionamento individuale. Un altro elemento importante del modello di Belsky, rispetto ai determinanti della genitorialità, riguarda le caratteristiche del bambino. Età, genere, temperamento, condizioni fisiche e psicologiche, abilità cognitive e molto altro, hanno un notevole impatto sugli adulti di riferimento, sia in senso positivo sia negativo, favorendo o ostacolando la funzione genitoriale (Belsky, 1984). Dunque, il bambino viene considerato un agente attivo del proprio sviluppo, determinando le pratiche di caregiving, da cui, a sua volta, viene influenzato (Sameroff & Fiese, 2000). Infine, per comprendere nella sua totalità la funzione genitoriale secondo il modello di Belsky (1984), è necessario considerare anche il contesto in cui la relazione viene collocata. In questo frangente occorre prestare attenzione non solo alla relazione di coppia che, a causa di forze maggiori, con la nascita

di un figlio va incontro ad alcuni cambiamenti, ma anche al contesto ecologico in cui tale funzione viene esercitata. Il nucleo familiare è inserito all'interno di sistemi più ampi (sociale, politico, ambientale) che influenzano e da cui vengono a loro volta influenzati (Bornstein, 2001). Tra questi è possibile riconoscere i sistemi di supporto, l'ambiente lavorativo o le istituzioni. Secondo Belsky (1984) tutti questi fattori sono strettamente connessi tra di loro e, a loro volta, si influenzano a vicenda: non solo i genitori influenzano lo sviluppo del bambino, ma anche le caratteristiche del bambino possono determinare il modo in cui i genitori esercitano cura e protezione nei suoi confronti.

Nell'ottica della bidirezionalità delle relazioni primarie, le caratteristiche dei due partner all'interno della diade si influenzano a vicenda, determinandone la qualità della relazione. È importante dunque analizzare l'impatto che la psicopatologia degli adolescenti presi in questione (autolesionisti e/o con disturbi del comportamento alimentare) possa avere sul benessere genitoriale. Stress e burnout genitoriale rappresentano due possibili esiti negativi che la presenza di psicopatologia dell'adolescente può contribuire a far emergere.

### **3.2 Stress genitoriale**

All'interno del costrutto multidimensionale dello stress, quello genitoriale rappresenta un costrutto specifico, che può essere distinto dallo stress in altri ambiti della vita. Si riferisce ad una particolare condizione di "disparità percepita dal genitore tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato" (Abidin, 1995). È come se il genitore percepisse le richieste associate alla genitorialità superiori rispetto alle risorse personali, tanto da non riuscire a soddisfarle (Ponnet et al., 2013). Sebbene i livelli di stress possano variare, così come la gestione dello stesso, studi dimostrano che tutti i genitori sperimentano una quota stress genitoriale che deriva dalle richieste associate al ruolo di caregiver (Hakvoort, Bos, Van Balen & Hermanns, 2012).

Uno dei modelli più importanti nella storia della letteratura scientifica sulla gestione dello stress è il “modello transazionale” di Lazarus e Folkman (1984). Essi, nel tempo, cercarono di analizzare l’interazione tra stress, strategie di coping e il loro impatto sulla salute individuale. Secondo il modello transazionale lo stress deriva dall’interazione dell’individuo con l’ambiente, e si struttura su tre livelli. Inizialmente è possibile riconoscere una fase di valutazione della situazione, in cui l’individuo stima una situazione come stressante o meno, considerando esclusivamente lo stress percepito. L’individuo così valuta le proprie risorse per capire come far fronte alla situazione, successivamente mette in atto delle strategie di coping che hanno l’obiettivo di ridurre lo stress percepito dal soggetto. È possibile riconoscere due principali strategie di coping: quelle focalizzate sul problema (problem-focused coping) e quelle focalizzate sulle emozioni (emotion-focused coping). Le prime prestano attenzione alle cause dello stress e sono orientate alla risoluzione del problema, diminuendo così la tensione emotiva; le seconde, invece, si concentrano sulle conseguenze emotive che ne derivano, dunque sul vissuto dell’individuo in una situazione stressante (Lebert-Charron, Dorard, Boujut & Wendland, 2018). Le strategie focalizzate sulle emozioni, però, possono avere delle ripercussioni sul benessere dell’individuo, come sintomi depressi o disagio emotivo, proprio perché tendono a concentrarsi sul vissuto di stress (McWilliams, Cox & Enns, 2003).

### **3.2.1 Fattori di rischio**

Molti sono i fattori che possono contribuire ad aumentare il livello di stress genitoriale. Le caratteristiche individuali dei genitori e dei figli possono giocare un importante ruolo nella percezione della pressione psicologica in relazione alla funzione genitoriale (Abidin, 1976). In particolare, è stato dimostrato che fattori stressanti della vita

quotidiana, come la presenza di malattie croniche nei figli, possano incidere particolarmente sui livelli di stress genitoriale registrati, rispetto a quelli rilevati in genitori di figli sani (Cousino & Hazen, 2013).

Diversi studi hanno cercato di identificare alcuni fattori personali che possono aumentare il rischio di stress genitoriale, tra cui una scarsa fiducia nelle competenze genitoriali, minore percezione di attaccamento al bambino, percezione di limitazione delle libertà individuali a causa del ruolo genitoriale, depressione, ansia e bassi livelli di coinvolgimento emotivo con il partner (Abidin, 1990; Waldfogel, Craigie & Brooks-Gunn, 2010). Inoltre, lo stress genitoriale è anche associato a livelli più elevati di conflitto familiare fino all'adolescenza (Gatta et al., 2017) e ciò contribuisce alla creazione di un ambiente familiare caotico.

Un recente studio mostra che la presenza di stress genitoriale può essere connesso ad una maggiore prevalenza di attaccamento insicuro nei figli (Steiter & Habelstadt, 2011) e ad uno sviluppo di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti. In relazione al costrutto di stress genitoriale, gioca un ruolo fondamentale l'auto percezione delle capacità personali (empowerment), solitamente associata a minore percezione di stress nei genitori di bambini con disturbi emozionali (Yachmenoff, Koren, Freisen, Gordon & Kinney, 1998). Inoltre, l'auto percezione delle capacità genitoriali può fungere da ottimo mediatore tra atteggiamento genitoriale e manifestazione di disordini nel figlio. Aumentare l'empowerment genitoriale serve non solo a ridurre la probabilità di insorgenza di disturbi internalizzanti e stress nei genitori, ma anche a ridurre la manifestazione di problematiche internalizzanti ed esternalizzanti nei figli (Melnyc et al., 2004).

### 3.2.2 Conseguenze

Quando si parla di stress genitoriale spesso si fa riferimento ad una serie di tentativi messi in atto per adattarsi alle richieste dettate da una nuova situazione. Tali tentativi solitamente sono connotati da sentimenti negativi verso se stessi e verso i figli (Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 2004), che possono determinare delle conseguenze critiche per l'intero sistema familiare. Tra le conseguenze dello stress genitoriale è possibile intercettare esiti negativi verso se stessi, dunque a scapito del ruolo genitoriale, verso il bambino e verso la relazione diadica. La maggior parte degli studi si è focalizzata sullo stress materno, specialmente prendendo in esame genitori di bambini con diverse disabilità. Lo stato di salute mentale del genitore ha, necessariamente, ripercussioni sulla funzione genitoriale: ad esempio, madri che soffrono di depressione mostrano atteggiamenti più negativi verso i loro figli dall'infanzia fino all'adolescenza (Jacob & Johnson, 1997; Foster, Garber & Durlak, 2008). Depressione materna e paterna può avere ripercussioni sulla capacità regolatoria del figlio, compromettendone anche la comunicazione diadica (Jacob & Johnson, 1997; Gottman & Wilson, 2002). Inoltre, il benessere degli adulti, così come quello dei bambini, è strettamente collegato alla quantità di eventi di vita stressanti: coloro che fanno esperienza di eventi maggiormente stressanti hanno maggiori probabilità di soffrire di depressione o di altri disturbi psichici (Deater-Deckard, 2004).

Alla luce della bidirezionalità della relazione diadica, molti studi dimostrano che se da un lato il malessere dei figli influenza lo stress genitoriale, dall'altro è lo stress genitoriale ad influenzare negativamente il benessere del bambino. Di conseguenza, lo stress genitoriale può influenzare lo sviluppo del bambino sia in modo diretto sia indiretto (Anthony et al., 2005) attraverso interazioni diadiche disfunzionali, minore sensibilità e

responsività, minor coinvolgimento genitoriale, presenza discontinua (Conger, Patterson & Ge, 1995; Belsky, Woodworth & Crnic, 1996).

### **3.3 Burnout genitoriale**

La genitorialità è un'attività che richiede sia un notevole dispendio di energia, ma allo stesso tempo è fonte di ricarica energetica. Solitamente, gli aspetti positivi di tale attività compensano gli aspetti negativi e stressanti che il ruolo di genitore comporta. Infatti, diventare genitore implica l'assunzione di una serie di ruoli e doveri che spesso inducono i caregiver a percepire un notevole senso di stress. Un genitore, dunque, viene quotidianamente messo di fronte ad una vasta gamma di compiti che possono rappresentare fattori di stress acuto o, nei casi peggiori, di stress cronico. Ed è proprio quando manca l'equilibrio tra risorse e richieste che il genitore può andare incontro alla sindrome di burnout genitoriale. In questo caso i genitori non hanno più la percezione di possedere le risorse necessarie per far fronte agli stressor quotidiani e sono a rischio di sviluppare la sindrome di burnout genitoriale (Mikolajczak & Roskam, 2018). Come sostengono gli autori, "il burnout genitoriale è una sindrome unica e contesto-specifica, che deriva dall'esposizione duratura allo stress genitoriale cronico" (Roskam, Raes & Mikolajczak, 2017; Mikolajczak, Raes, Avalosse & Roskam, 2018b).

Come descrivono Mikolajczak e colleghi, il burnout genitoriale comprende tre principali dimensioni: un esaurimento legato al ruolo genitoriale, un distanziamento emotivo con i propri figli e la percezione di inefficacia nel proprio ruolo genitoriale, generando delle conseguenze deleterie sul funzionamento psichico, fisico e in ambito sociale (Mikolajczak, et al., 2018b). L'esaurimento legato alla funzione genitoriale rappresenta la dimensione maggiormente significativa, poiché strettamente connessa alla funzione genitoriale. Non è associata ad una stanchezza fisica, ma si intende una stanchezza

travolgente legata al proprio ruolo, per cui il genitore percepisce di non sentire più alcun legame emotivo verso il figlio. Conseguentemente a questo primo sintomo si riscontra un allontanamento emotivo: il genitore è sempre meno coinvolto nel suo ruolo e nel rapporto con il figlio, ma le uniche interazioni che si concede sono prettamente strumentali, carenti di aspetti affettivi ed emotivi. In tal modo, i genitori impegnano meno energie e rivolgono poche attenzioni al figlio. Ciò porta ad un senso di intolleranza verso il proprio ruolo di genitore: questo terzo sintomo è indice di una perdita di realizzazione del ruolo genitoriale (Mikolajczak & Roskam, 2018); è come se il genitore si sentisse incapace ed inadatto al ruolo parentale.

Se in ambito lavorativo il burnout deriva da un prolungamento persistente dello stress cronico, generando un esaurimento delle risorse dei dipendenti e perdita della capacità di gestione dello stress (Mikolajczak, et al., 2018b), nel burnout genitoriale la percezione del disequilibrio cronico tra richieste e risorse conduce ad un esaurimento fisico ed emotivo delle proprie capacità. Dunque, il burnout genitoriale viene definito come uno stato di intenso esaurimento associato al ruolo genitoriale, in cui ci si sente emotivamente distaccati dal bambino tanto da mettere in discussione la propria capacità di vedersi e percepirsi come buon genitore (Roskam, et al., 2017). Di conseguenza, i genitori non si sentono in grado di agire nel modo corretto, diminuendo così anche il piacere e l'interesse di trascorrere del tempo con i propri figli (Hubert & Aujoulat, 2018; Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018). È bene specificare che il burnout genitoriale non è conseguente all'esaurimento lavorativo, infatti, non vi è una correlazione diretta tra le due tipologie di burnout. D'altronde, un genitore può sentirsi esausto a causa del proprio lavoro ma non a causa dei propri figli, e viceversa (Mikolajczak, Gross & Roskam, 2019).

Per quanto il burnout sia un disturbo correlato allo stress, che derivi quindi da una cronicizzazione dello stesso, non è deterministicamente correlato ad esso: il burnout genitoriale viene considerato una possibile conseguenza derivante da uno stress cronico e persistente (Roskam, Raes & Mikolajczak, 2017).

### **3.3.1 Fattori di rischio**

Gli elementi che contribuiscono ad aumentare il livello di stress in ambito familiare rappresentano dei fattori di rischio per l'insorgenza del burnout genitoriale. Tra questi è possibile individuare alcuni aspetti presenti quotidianamente nella vita dell'individuo, tra cui: fattori legati al contesto (sociodemografici), fattori legati alle caratteristiche individuali dei membri della diade, caratteristiche del funzionamento familiare e della relazione diadica (Mikolajczak, et al., 2018b). Tra i fattori sociodemografici è importante menzionare il genere del genitore, l'età, il numero dei figli ed in particolare lo status socioeconomico del nucleo familiare. Tra i fattori individuali, invece, alcuni tratti di personalità possono essere predittivi del burnout genitoriale. Ad esempio, la presenza di tratti nevrotici, come la tendenza al perfezionismo, può essere associata ad una maggior vulnerabilità allo stress (Hewitt, Flett & Mikail, 2017), così come l'instabilità emotiva o le carenti capacità di gestione delle emozioni e dello stress. Tali tratti rappresentano un fattore di rischio poiché potrebbero contribuire anche allo sviluppo di disturbi internalizzanti nei genitori (Le Vigouroux, Scola, Raes, Mikolajczak & Roskam, 2017). Per quanto riguarda le caratteristiche individuali del figlio possono sicuramente contribuire fattori temperamentali e comportamentali, così come le abilità cognitive, ed in particolare, la presenza di malattie e/o disabilità. Tra le caratteristiche del funzionamento familiare, invece, gioca un ruolo importante una buona comunicazione all'interno della coppia genitoriale e il supporto percepito. Tra i fattori che contribuiscono

ad aumentare il livello di stress è possibile riconoscere la mancanza di abilità nelle pratiche educative con i figli, la mancanza di supporto da parte del compagno e del supporto esterno alla famiglia per far fronte agli eventi di vita quotidiana; oppure ancora le caratteristiche lavorative del genitore o pratiche che richiedono un coinvolgimento parentale maggiore, come accudire dei figli con bisogni speciali (Mikolajczak & Roskam, 2018).

Di conseguenza, tra le risorse occorre includere quei fattori che diminuiscono lo stress genitoriale: un buon riconoscimento del proprio operato, buone pratiche educative e supporto genitoriale, poter fare affidamento ad un supporto esterno, dedicare del tempo a se stessi e ai propri hobby. È importante precisare che le risorse individuali non derivano dall'assenza dei rischi, ma dal modo in cui il genitore reagisce a fronte di un ostacolo o di un fattore di rischio.

### **3.3.2 Conseguenze**

In merito alle conseguenze del burnout genitoriale la letteratura riporta meno dati a riguardo rispetto alle cause. Se in ambito lavorativo il burnout è associato a conseguenze negative sia per il dipendente sia per l'azienda, deleterie sono le conseguenze che il burnout genitoriale comporta sia a livello personale sia familiare. Il burnout lavorativo compromette la salute fisica e mentale dei dipendenti, determina un crollo delle prestazioni lavorative e aumenta la probabilità di turnover; nel dominio genitoriale ci si aspetta delle conseguenze trasversali, non solo a livello personale ma anche familiare, con reazioni a catena su tutti i domini ad essi connessi. Da un recente studio condotto da Mikolajczak e colleghi è emerso quanto possano essere rischiose le conseguenze del burnout genitoriale per il singolo individuo e per tutto il nucleo familiare (Mikolajczak, Brianda, Avalosse & Roskam, 2018c). I risultati mostrano una compromissione della

salute genitoriale attraverso l'esordio di sintomi depressivi, ideazione e comportamenti suicidi, disturbi del sonno e comportamenti di dipendenza da sostanze. Pertanto, anche la coppia genitoriale subisce delle conseguenze negative, che si manifestano attraverso un aumento dei conflitti familiari. Per la salute del figlio le conseguenze possono mostrarsi alquanto rischiose poiché spesso i piccoli diventano vittime di negligenza genitoriale e di comportamenti violenti. Questi risultati sono la prova del fatto che le conseguenze sul piano individuale del burnout lavorativo e del burnout genitoriale possono essere in parte confrontabili, ma l'effetto del burnout genitoriale sui figli è molto più ampio. Inoltre, fare esperienza di perdita del controllo verbale o fisica verso i propri figli, tra le conseguenze del burnout genitoriale, incrementa ancora di più la sensazione di angoscia: ciò genera contemporaneamente sentimenti contrastanti, come il senso di colpa, la vergogna, la solitudine e timore di fare del male ai loro figli e di essere giudicati per ciò (Hubert & Aujoulat, 2018). Ed è proprio la paura di non essere una madre "sufficientemente buona" che gioca un ruolo centrale nell'esperienza del burnout materno. Tale concetto, sviluppato per la prima volta da Winnicott (1964/1991), indica l'importanza primaria, nella relazione diadica, di uno scambio simbiotico e positivo con il figlio, da cui si trae godimento del tempo trascorso insieme. Al contrario, genitori affetti da burnout non riescono a cogliere il positivo nella relazione diadica e a dilettersi del momento presente: sono invischiati nel dover "fare" qualcosa per i figli piuttosto che "stare" con i figli (Hubert & Aujoulat, 2018).

Dunque, fare il genitore può rappresentare un'esperienza meravigliosa e gratificante quando si hanno le risorse a sufficienza. La presenza di fattori stressanti all'interno del nucleo familiare, come già detto, è inevitabile: la differenza consiste nel modo in cui il genitore riesce a gestire lo stress, facendo leva sulle proprie risorse. La presenza di un

figlio, che nel tempo cambia, implica delle trasformazioni familiari e dà luogo inevitabilmente a delle riorganizzazioni. Ma quando i fattori stressanti eccedono le risorse, allora si possono avere delle conseguenze disastrose non solo per i genitori ma anche per i figli, sia nell'immediato (abbandoni, abusi), sia nel lungo termine (Mikolajczak, et al., 2019).

### **3.4 Effetti della psicopatologia dei figli sul benessere genitoriale**

Avere a che fare con figli con disturbi psichiatrici rappresenta un elevato carico di stress per i genitori, con conseguenti ripercussioni sulla genitorialità (Brannan & Heflinger, 2006). Sono molti i fattori che determinano il carico di stress genitoriale in caregiver di adolescenti con disturbi psicologici, tra cui la gravità del disturbo, il supporto familiare percepito, così come l'opinione dei membri della famiglia sul disturbo (Webb et al., 1998). È stato dimostrato che la conoscenza del disturbo e lo stigma potenzialmente associato possano contribuire al grado di stress dei genitori di adolescenti con disturbi psicologici (Hasson-Ohayon, 2014).

In questo contesto, serve analizzare l'impatto che figli adolescenti che praticano autolesionismo e che soffrono di disturbi del comportamento alimentare abbiano sullo stress genitoriale.

#### **3.4.1 Condotte autolesive e stress genitoriale**

Deleterii possono essere gli effetti dell'autolesionismo non suicidario dei figli adolescenti sul benessere genitoriale e di conseguenza sull'equilibrio familiare (Raphael, Clarke & Kumar, 2006; McDonald, O'Brien & Jackson, 2007; Oldershaw, Richards, Simic & Schmidt, 2008). Studi qualitativi dimostrano che i genitori di ragazzi adolescenti con condotte autolesive riportano sentimenti contrastanti: se da una parte provano shock e

rabbia, dall'altra lasciano spazio alla frustrazione e al senso di colpa per la percezione di non riuscire a proteggere il proprio figlio, riferendo sintomi di depressione, insonnia ed esaurimento (Kelada, Whitlock, Hasking & Melvin, 2016). Oltre alle conseguenze sul benessere genitoriale, pratiche di NSSI generano dei cambiamenti anche all'interno della relazione diadica: i genitori riportano di modificare il loro atteggiamento nei confronti dei figli per evitare eventuali conflitti familiari e per paura che possano ripetere l'atto autolesivo (Raphael, et al., 2006; Byrne et al., 2008; Oldershaw et al., 2008). Ciò determina un capovolgimento della figura genitoriale: se normalmente il ruolo genitoriale è quello di stabilire dei limiti e dare delle regole, in contesti patologici questo compito viene surclassato dal timore che il figlio possa farsi del male. Studi dimostrano anche l'effetto contrario delle conseguenze di tale comportamento: i genitori possono anche mostrarsi particolarmente apprensivi e ipervigilanti sui figli adolescenti per poterne controllare lo stato emotivo, tanto da violare la loro intimità, anche attraverso la lettura di diari segreti o di chat personali (McDonald, et al., 2007). Si è visto che un maggior controllo sull'adolescente da parte del genitore possa essere associato ad una strategia utile per tenere sotto controllo lo stress percepito in relazione al rischio che il cutting potrebbe comportare. Tale preoccupazione dei genitori ha un notevole impatto negativo sul loro stesso benessere (Kelada, et al., 2016).

Come emerge dallo studio di Oldershaw e colleghi (2008), questi genitori devono spesso confrontarsi con l'esigenza di dover dare un senso ai comportamenti autolesivi dei figli: poiché spesso sono incapaci di comprenderli ed affrontarli, si instaura una comunicazione povera tra genitore e figlio e ciò comporta un aumento del senso di colpa percepito. Molti genitori riportano di dover modificare e negare i propri bisogni, come conseguenza all'autolesionismo dei figli. Tutto ciò aumenta il carico genitoriale, la pressione in

relazione al giusto comportamento da attuare con i figli e, di conseguenza, la fatica (Oldershaw et al., 2008).

### **3.4.2 Disturbi alimentari e stress genitoriale**

Per quanto riguarda i genitori di adolescenti con disturbi del comportamento alimentare, gli studi in letteratura riportano un'elevata presenza di distress psicologico, spesso dovuto alle reazioni emotive innescate. Si prova colpa, vergogna, frustrazione e paura, reazioni emotive analoghe ai genitori di chi pratica NSSI. In uno studio del 2005, i ricercatori riportano un'incidenza maggiore di problemi di salute mentale come ansia e depressione in madri di pazienti con disturbi alimentari (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet & Hagenah, 2005). Altri studi riportano invece alti livelli di stress e burnout genitoriale, simile a quello che si potrebbe riscontrare in soggetti che si occupano di pazienti con psicosi (Goodier et al., 2014). La presenza di un disturbo alimentare in famiglia può innescare forti reazioni emotive: spesso i genitori incolpano se stessi di non aver riconosciuto prima la malattia del figlio, di non aver intercettato precocemente dei segnali di allarme e di conseguenza di aver ritardato la presa in cura professionale. Tutto ciò può generare sentimenti di colpa, paura, disperazione, rassegnazione e rabbia (Goldner & Birmingham, 1994), spesso dovuti anche alle preoccupazioni che derivano dai cambiamenti fisici ed emotivi del figlio. I problemi familiari che ne derivano non riguardano solo l'aspetto emotivo, ma sono state registrate delle vere e proprie conseguenze anche sul piano comportamentale: spesso le famiglie modificano le abitudini alimentari quotidiane (come cucinare pasti a basso contenuto calorico) o non riescono a motivare i figli a mangiare e convincerli dell'irrazionalità del loro comportamento. Il momento del pasto non risulta più un momento conviviale di condivisione, ma diventa il luogo in cui ci si concentra sul disturbo del figlio.

Nel tempo, molti studi hanno dimostrato l'efficacia del coinvolgimento delle famiglie nei risultati terapeutici (Robin et al., 1999; Eisler et al., 2000): i genitori e le famiglie vengono così considerati delle risorse importanti nel trattamento e vengono istruiti di conseguenza. Sono stati sviluppati vari modelli di sostegno ai genitori e ai familiari più vicini ai pazienti adolescenti con disturbi alimentari. Ad esempio, metodi come lo skill training mirano a migliorare le competenze genitoriali nel prendersi cura di una persona con un disturbo alimentare e a ridurre lo stress personale (Goodier et al., 2014): dopo aver partecipato al training i soggetti riportano di aver migliorato la comprensione del disturbo, la gestione della malattia nel figlio ma soprattutto un miglioramento nella gestione delle dinamiche comunicative familiari.

Infatti, uno tra i tanti obiettivi della ricerca futura sarebbe di individuare quali siano i fattori che contribuiscono allo stress genitoriale così da prevenirne catastrofiche conseguenze e cercare di fornire un adeguato supporto alla genitorialità.

### **3.5 Fattori di rischio legati al contesto attuale**

La pandemia da COVID-19 ha portato notevoli cambiamenti all'interno delle famiglie, costringendo genitori e figli a riorganizzare la propria routine. Molti studi circa gli effetti del lockdown hanno rilevato ricadute negative sul benessere psicologico individuale (Liu, Bao, Huang, Shi & Lu, 2020). La didattica a distanza così come lo smart working o, sfortunatamente, la disoccupazione per molti lavoratori, hanno drasticamente rivoluzionato le abitudini della popolazione italiana. Una ricerca condotta durante la pandemia da COVID-19 ha evidenziato che, durante il lockdown, i bambini e gli adolescenti avevano alte probabilità di manifestare sintomi esternalizzanti, come iperattività e disattenzione, ma anche internalizzanti, quali ansia e depressione (Di Giorgio, Di Riso, Mioni & Cellini, 2020), con difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Come dimostra il recente studio di Zetterqvist, Jonsson e Svedin (2021) un aumento dei sintomi di depressione e ansia nell'ultimo anno, autoriferiti dai soggetti partecipanti allo studio, può essere associato anche ad un aumento dei casi di autolesionismo non suicidario. A tal proposito, la pandemia da COVID-19 ha rappresentato un evento alquanto stressante per tutti gli adolescenti. Tuttavia, non è possibile riconoscere un nesso causale in relazione alla situazione pandemica poiché le conseguenze psicosociali diventano evidenti e si manifestano nel lungo termine: infatti, proprio adesso emerge la necessità di concentrarsi sugli effetti delle conseguenze della pandemia sulla salute mentale dei giovani adolescenti. I sintomi di stress, ansia e depressione dovuti a tali restrizioni hanno avuto un impatto negativo anche sulla sfera dei disturbi alimentari (Cao, 2020). Infatti, stress e depressione possono sfociare in disturbi alimentari come valvola di sfogo contro stati emotivi avversivi (Ouwens, Van Strien & Van Leeuwe, 2009), strategia disfunzionale che prende il nome di “disregolazione emotiva”. Inoltre, dallo studio di Guerrini Usubini e colleghi (2021) emerge chiaramente quanto le restrizioni conseguenti alla seconda ondata di COVID-19 abbiano contribuito ad un aumento di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti nei giovani adulti, con importanti conseguenze anche sulla sfera alimentare. Di fatto, sentimenti di ansia, stress e depressione conducono l'individuo a non regolare i propri impulsi e a sfogare il proprio malessere sul cibo.

Naturalmente, i fattori stressanti connessi alle restrizioni hanno avuto ripercussioni anche sul benessere genitoriale. Infatti, molti genitori hanno riferito alti livelli di distress personale, le cui conseguenze hanno avuto esiti negativi sia a livello individuale sia familiare (Spinelli, Lionetti, Pastore & Fasolo, 2020). Una delle cause può essere ricondotta alla percezione di non avere abbastanza risorse per soddisfare i propri bisogni e quelli dei figli, generando una risposta psicologica poco adattiva (Crnic & Low, 2002).

Come mostra lo studio di Cusinato e colleghi (2020) gli effetti della pandemia da COVID-19 sul benessere familiare hanno in parte stravolto l'equilibrio psicologico dell'assetto familiare. In particolare, le madri coinvolte in questo studio riportano minor benessere psicologico e percezione di autocontrollo a fronte di maggiori livelli di ansia. Inoltre, fattori contestuali, come i cambiamenti della situazione lavorativa, e fattori familiari, come la presenza di bambini piccoli, sono legati a bassi livelli di benessere psicologico nei genitori durante il lockdown. Anche la presenza di sintomi fisici e psicologici o la presenza di figli con malattie di vario tipo rappresentano importanti fattori di rischio che contribuiscono ad un aumento del livello di stress genitoriale.

A fronte di qualsiasi evento stressante, come la pandemia da COVID-19, elementi di vulnerabilità preesistenti all'interno delle famiglie costituiscono dei fattori di rischio sia per i genitori sia per i figli. Pertanto, anche alti livelli di stress genitoriale possono compromettere le abilità di parenting (Di Blasio, Camisasca, Miragoli, Ionio & Milani, 2017), con il rischio di mettere in atto strategie non appropriate, come maltrattamenti o abusi fisici (Clément, Bérubé & Chamberland, 2016). Ne consegue che fattori protettivi, come la resilienza e il benessere psicologico, possano aiutare non solo i singoli individui (attraverso un'attenuazione dei livelli di stress) ma tutto il sistema familiare ad affrontare una situazione stressante (Cusinato et al., 2020).



## **Capitolo 4**

### **La ricerca**

Considerate le riflessioni teoriche dei capitoli precedenti, il presente studio assume il ruolo di ricerca preliminare rispetto al progetto più ampio in cui è inserito, dal titolo “Impulsività, alessitimia e sistemi relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche”, promosso dal Dipartimento dello Sviluppo e della Socializzazione dell’Università degli Studi di Padova, in collaborazione con il Dipartimento della salute della Donna e del Bambino e con la UOC di Neuropsichiatria Infantile dell’Azienda Ospedaliera di Padova. Il progetto di ricerca è nato con l’idea di coinvolgere vari distretti dell’Ulss territoriale, tra cui l’Azienda Ospedaliera di Padova (AOP), la Struttura Complessa Infanzia Adolescenza Famiglia (SCIAF) e le sedi di Camposampiero; i Servizi Età Evolutiva e Polo Adolescenti dell’Aulss3 Serenissima, tra cui il Polo Adolescenti di Mirano e Camponogara. In particolare, il presente studio ha visto la diretta collaborazione del Polo Adolescenti di Mestre e Venezia, Servizio Età Evolutiva dell’Ulss3 Serenissima.

#### **4.1 Obiettivi**

Alla luce del panorama della letteratura internazionale, il progetto ha l’obiettivo di:

- (1) osservare, attraverso una metodologia di studio multi-metodo, la rappresentazione dei pattern di attaccamento in relazione ad alcuni costrutti psicologici, quali l’alessitimia e l’impulsività come disregolazione emotiva, analizzando la capacità dell’adolescente di regolare e riconoscere le proprie emozioni
- (2) valutare il benessere psicofisico del genitore e il possibile senso di stress o esaurimento in relazione alla funzione genitoriale

(3) indagare anche quanto la pandemia da COVID-19 abbia inciso sul benessere individuale e familiare limitatamente ai soggetti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre e Venezia

#### **4.2 Ipotesi**

Alla luce della letteratura presentata, il progetto all'interno del quale si colloca il presente studio preliminare ha formulato le ipotesi di seguito riportate, in accordo con gli obiettivi della ricerca. Considerando la natura esplorativa del presente studio, non potranno essere verificate le seguenti ipotesi ma verranno presentati i dati raccolti secondo un'ottica esplorativa.

(1) Si ipotizza la presenza di attaccamento insicuro in adolescenti con condotte autolesive. La presenza di attaccamento insicuro può rappresentare l'esito di traumi non risolti (come separazioni, perdite o abusi), fattori di rischio per la messa in atto di comportamenti autolesivi (Adam et al., 1996). Ci si aspetta che emergano maggiormente dei pattern di attaccamento di tipo ansioso e disorganizzato.

(2) Si ipotizza la presenza di attaccamento insicuro in adolescenti con disturbi del comportamento alimentare. La presenza di un attaccamento insicuro/disorganizzato si ipotizza essere collegato alla messa in atto di strategie difensive di disattivazione o iperattivazione, a fronte di situazioni stressanti (Dias et al., 2011); in particolare, come emerge da molti studi recenti, si ipotizza una prevalenza di attaccamento non risolto (Ward et al., 2001; Ringer & Crittenden, 2007; Sevecke, 2013; Delvecchio et al., 2014; Von Wietersheim et al., 2014).

(3) Per quanto riguarda la regolazione delle emozioni, nei soggetti con condotte autolesive si ipotizza di trovare alti livelli di alessitimia ed impulsività, associati ad una difficoltà

nella regolazione delle emozioni negative a fronte di eventi stressanti (Kobak et al., 1993; Seiffge-Krenke, 2006; Glazebrook et al., 2015).

(4) Anche nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare ci si aspetta di trovare alti livelli di alessitimia (Fassino et al., 2007; Speranza et al., 2007) ed impulsività. In particolare, in presenza di diagnosi di bulimia nervosa si ipotizzano maggiori livelli di impulsività rispetto alle pazienti anoressiche (Cassin & Von Ranson, 2005), in cui invece l'aggressività comportamentale e l'autocontrollo possono coesistere.

(5) Poiché il benessere dei figli è indicativo e influenza il benessere genitoriale, si ipotizza che si possano osservare alti livelli di depressione, ansia, stress genitoriale e presenza di sindrome di burnout per quanto riguarda genitori di adolescenti con condotte autolesive (Kelada et al., 2016) e/o con disturbi del comportamento alimentare (Goodier et al., 2014). Inoltre, poiché i fattori contestuali incidono sul benessere individuale, ci si aspetta che alcune variabili demografiche (es. numero e l'età dei figli, l'età dei genitori, il livello di scolarità, la professione e la situazione familiare) influenzino i livelli di stress genitoriale e amplifichino il rischio di sviluppare burnout genitoriale.

### **4.3 Metodologia della ricerca**

#### **4.3.1 Partecipanti**

Il presente studio preliminare ha visto la diretta partecipazione e collaborazione del Polo Adolescenti di Mestre e Venezia, Servizio Età Evolutiva dell'Ulss3 Serenissima, da marzo 2021 a settembre 2021, e della Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Il gruppo clinico di riferimento è composto da 10 soggetti di età compresa tra i 14 e i 18 anni, afferenti da entrambi i servizi. Di questi, ai soli 7 soggetti afferenti

esclusivamente al Polo Adolescenti di Mestre e Venezia, sono stati sottoposti delle domande riguardo al benessere personale percepito durante la situazione pandemica.

Il reclutamento prevede alcuni criteri di inclusione, tra cui la diagnosi ICD10(11) o DSM5 che definisce il gruppo clinico: gruppo con disturbi alimentari (DCA), a sua volta suddiviso in sottocategorie di anoressia nervosa e bulimia nervosa (data la numerosità ridotta del campione tali differenze sono state trattate solo a livello descrittivo), gruppo autolesività (cutting), che include pazienti con condotte autolesive non suicidarie (NSSI) o con intento suicidario. Considerando l'alta comorbilità tra le diagnosi, è stato possibile inserire un ulteriore gruppo (misto) di soggetti appartenenti ad entrambe le categorie diagnostiche. Poiché lo studio prevede la partecipazione di entrambi i genitori è stato necessario ottenere la disponibilità di entrambe le figure parentali. Inoltre, poiché il campione clinico è costituito da minori, è stato necessario ottenere il consenso firmato alla partecipazione allo studio da parte di entrambi i genitori. Sono stati fissati anche alcuni criteri di esclusione, tra cui la presenza di deficit sensoriali, diagnosi di disturbo psicopatologico-psichiatrico, famiglie monoparentali e consenso di un solo genitore. Relativamente al campione selezionato per il Polo Adolescenti di Mestre e Venezia, non tutti i soggetti hanno aderito al progetto di ricerca: delle 15 pazienti in carico presso il servizio di riferimento da marzo 2021 a settembre 2021, e conformi ad i criteri sopracitati, solo un piccolo gruppo di 7 soggetti ha aderito e partecipato interamente allo studio. Come è chiaramente osservabile ben 9 pazienti su 15 non hanno aderito al progetto. Le motivazioni riguardano la negazione del consenso genitoriale e, per la maggior parte dei casi, ha giocato un ruolo molto importante il malessere psicologico dell'adolescente. Non bisogna sottovalutare la vulnerabilità psicologica della popolazione clinica di riferimento: adolescenti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare e/o NSSI

rappresentano una categoria clinica soggetta frequentemente ad alterazione di stati emotivi. Si tratta di soggetti vulnerabili a variazioni emotive, motivo per cui molte famiglie abbandonano l'idea di collaborare per evitare di esporre il proprio figlio a forti stati emotivi.

Il campione totale del presente studio è composto da 10 adolescenti tutti di genere femminile, di età compresa tra i 14 e i 18 anni ( $M = 15.8$ ,  $DS = 1.32$ ); 10 madri di età compresa tra i 44 e i 58 anni ( $M = 51.2$  e  $DS = 4.76$ ) e 10 padri di età compresa tra i 45 e i 65 anni (con  $M = 53.2$  e  $DS = 6.91$ ). Per quanto riguarda le informazioni demografiche del campione la totalità delle pazienti adolescenti è di nazionalità italiana (100%), tra i genitori solo 2 su 20 (10%) sono di nazionalità Ucraina e Armena. Per quanto riguarda la scolarità, al momento della raccolta dati il campione di adolescenti è così suddiviso: 3 soggetti partecipanti frequentano la terza media (30.0%), 1 soggetto la seconda superiore (10.0%), 2 soggetti la terza superiore (20.0%), 2 soggetti la quarta superiore (20.0%) e i restanti 2 soggetti (20.0%) la quinta superiore. Tra i genitori, invece, nel gruppo delle madri una sola donna (10.0%) riporta di avere la licenza media, 3 madri (30.0%) il diploma superiore, 6 madri la laurea (60.0%); nel gruppo dei padri, invece, 2 riportano di avere la licenza media (22.2%), 1 padre la qualifica di terza superiore (11.1%), 2 padri il diploma superiore (22.2%) e 4 la laurea (44.4%), con il dato mancante di un genitore. A livello occupazionale, la totalità delle adolescenti (100%) è ancora studente; la maggior parte delle madri (90.0%) è lavoratrice, una sola donna (10.0%) riferisce di essere disoccupata; tra i padri, invece, 9 su 10 (90.0%) riportano un impiego attuale, invece, un solo padre riferisce di essere in pensione (10.0%). In relazione allo stato civile dei genitori, 6 coppie su 10 (60.0%) sono coniugate, il rimanente 40% riporta di essere

separata. Inoltre, il 90% del campione adolescente riporta di avere almeno un fratello o una sorella, un solo soggetto riporta di essere figlio unico.

Per quanto riguarda, invece, la condizione clinica delle adolescenti partecipanti, il 70.0% è afferente al Servizio per visita ambulatoriale o colloquio psicologico, il restante 30.0%, invece, in regime di ricovero ospedaliero. In relazione alle diagnosi, il campione risulta essere così suddiviso: 6 soggetti (60.0%) con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare (gruppo DCA), di cui 5 con diagnosi di anoressia nervosa (50.0%) e 1 con diagnosi di bulimia (10.0%); 2 soggetti (20.0%) inclusi nel gruppo dell'autolesionismo (cutting) e 2 soggetti (20.0%) con diagnosi mista (DCA e cutting). Infatti, relativamente alla terapia farmacologica associata, emerge che il 60.0% (6 soggetti) non assume farmaci, contro il 40% (4 soggetti) che segue, invece, una terapia farmacologica.

#### **4.3.2 Procedura**

Il presente studio è stato condotto in conformità con i principi e alle normative del codice etico. I partecipanti sono stati contattati telefonicamente o via mail ed è stato loro spiegato l'obiettivo del progetto di ricerca e l'iter di partecipazione. Alle famiglie è stato fornito un documento informativo, contenente tutte le informazioni utili sulla ricerca, e il modulo per l'espressione del consenso informato per la partecipazione volontaria, in cui veniva chiesto di esprimere deliberatamente la propria adesione al progetto. Prima della somministrazione dei questionari e del test i partecipanti sono stati informati sulla durata dello studio e sulla massima riservatezza del trattamento e dell'analisi dei dati, in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea, alla Dichiarazione di Helsinki e in accordo con il Dlgs 196/2003 (e successive modifiche e/o integrazioni), nel rispetto della protezione dei dati personali e della privacy. È stato inoltre assicurato l'anonimato delle risposte fornite e l'utilizzo dei dati per scopi scientifici e statistici. Ai

partecipanti è stato specificato di poter essere informati sui risultati ottenuti e di poter ritirare il consenso in ogni momento lo ritenessero necessario, senza dover fornire motivazione alcuna.

La partecipazione allo studio ha richiesto, per entrambi i genitori, la somministrazione di vari questionari sul benessere psicologico, stress genitoriale e sintomatologia del figlio, tra cui: la Scala di Depressione Ansia Stress (DASS), il Parenting Stress Index (PSI/SF), il Parental Burnout Assessment (PBA), la Child Behavior Check List (CBCL, 6-18). Per l'adolescente, invece, era prevista la compilazione di questionari sul benessere psicologico e sulla capacità di regolazione delle emozioni, tra cui: il Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), la Youth Self Report (YSR 11-18) e, in aggiunta, la somministrazione dell'AAP, un test narrativo-proiettivo (Adult Attachment Projective Picture System, AAP), a cura di uno psicologo. Poiché la codifica del test proiettivo prevede la trascrizione verbatim dello stesso, è stato chiesto ad entrambi i genitori di firmare il consenso informato riguardo all'autorizzazione delle riprese audio relative esclusivamente al test sopracitato. Ottenuti tutti i consensi firmati, è stato possibile per l'adolescente procedere con la partecipazione al test e la compilazione dei questionari con un operatore preferibilmente diverso da chi lo seguiva nei colloqui psicologici. Il paziente e l'operatore hanno potuto usufruire di una stanza, non alla presenza di altri operatori o familiari. Parallelamente si è proceduto con la somministrazione dei questionari per entrambi i genitori da parte di un operatore preferibilmente diverso da chi segue la coppia genitoriale nei colloqui psicologici. Limitatamente ai soggetti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre e Venezia e ai loro genitori sono state poste alcune domande relative all'incidenza del Coronavirus sul benessere personale.

### 4.3.3 Strumenti

Il primo test a cui gli adolescenti sono stati sottoposti è l'AAP (Adult Attachment Projective Picture System, AAP), un test narrativo-proiettivo audio registrato per la classificazione dell'attaccamento (George, West & Pettem, 1997; George & West, 2001). Seppur non ancora validato, l'AAP prevede la classificazione dei pattern di attaccamento in adulti e adolescenti attraverso l'analisi delle risposte ad una serie di immagini tematiche. Si hanno a disposizione 8 tavole, 7 delle quali attivanti il sistema di attaccamento, raffiguranti scenari diadici o solitari. Attraverso una consegna strutturata, viene chiesto al paziente di raccontare una storia, con delle caratteristiche specifiche; si tratta, dunque, di una narrazione non autobiografica, attraverso la presentazione di tavole tematiche.

*“Ora ti mostrerò delle immagini, una per volta, e ti lascerò del tempo per pensare ad ognuna di essa. Ti chiederò quindi di raccontarmi una storia relativa a quello che sta accadendo nell'immagine. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Ti chiedo solamente di raccontarmi una storia relativa a ciò che sta accadendo nell'immagine, cosa può aver condotto a questa scena, cosa pensano o provano i personaggi e cosa potrebbe succedere dopo.”*

Il test viene interamente audio registrato e, a seguito della trascrizione verbatim, viene codificato. Ogni storia viene così valutata attraverso l'analisi di tre dimensioni: la narrativa, il contenuto e i processi difensivi. L'analisi della narrativa permette di individuare se la storia contiene elementi relativi ad esperienze personali autobiografiche, che prendono il nome di “personal experience”. Come riportano Di Riso e Lis (2016) “l'inclusione della personal experience è indice di una violazione dei confini sé-altro, che viene interpretato come una confusione e fusione rappresentazionale tra il sé e l'altro”

(pp. 53). Invece, le dimensioni relative al contenuto delle storie servono ad indagare le relazioni che coinvolgono i personaggi presenti nelle tavole. Tra queste fanno parte l' "agency of self", che descrive la capacità del personaggio di affrontare le sfide introdotte nello svolgimento della storia; la "connectedness", nelle tavole in cui è presente un solo personaggio (tavole alone), che indica la capacità del soggetto di rappresentarsi mentalmente relazioni intime con figure significative e di esserne coinvolto; e la "synchrony" che invece valuta la qualità delle relazioni negli scenari diadici. Infine, i processi difensivi assumono importanza cruciale poiché rappresentano le modalità che il soggetto mette in atto per adattarsi al trauma, di fronte a memorie affettive rievocate dalle tavole, e danno indicazioni su come il soggetto processi la propria esperienza di attaccamento. Si tratta di una concettualizzazione dei meccanismi di difesa di matrice Bowlbyana, secondo la teoria dell'attaccamento, che si discosta dai modelli psicoanalitici tradizionali. La teoria dell'attaccamento individua tre processi difensivi: deactivation, cognitive disconnection e sistemi segregati o segregated system. La deactivation è quel processo che permette all'individuo di neutralizzare e ridurre il distress evocato dallo stimolo, distogliendo l'attenzione dagli eventi che attivano il sistema di attaccamento; la cognitive disconnection, al contrario della deactivation, implica un'iperattivazione della richiesta affettiva di attaccamento nel momento in cui si avverte una minaccia dello stesso, manifestando ambivalenza ed incertezza circa il decorso degli eventi della storia; infine, i sistemi segregati rappresentano dei meccanismi di difesa estremi che hanno la funzione di escludere l'aspetto traumatico in una parte del racconto, come una parola o una espressione. Per dare un'interpretazione corretta, all'interno dei sistemi segregati è utile distinguere quelli normativi da quelli traumatici. Per sistemi segregati normativi si intendono quelle parole o frasi usate per dare qualità descrittiva ed enfasi alla storia, e

sono inerenti alla tematica appresentata; quelli traumatici, invece, sono caratterizzati dalla presenza di contenuti traumatici nonostante la tavola non rimandi a tali argomenti, non sono inerenti alle tavole e sono spesso associati a contenuti spettrali o inquietanti. Il modo in cui l'individuo gestisce tali sistemi segregati ci permette di distinguere il pattern di attaccamento risolto dal non risolto (Di Riso & Lis, 2016). Dalle codifiche di tutte le storie emerge la classificazione del pattern di attaccamento. L'AAP permette di differenziare così i 4 profili di attaccamento: sicuro (F), distanziante (DS), preoccupato (E) e disorganizzato/non risolto (U). Esso nasce con l'intento di valutare le rappresentazioni mentali di attaccamento che l'individuo si forma nell'ambito delle relazioni primarie. È stato scelto tale strumento perché non mira semplicemente alla classificazione dell'attaccamento, ma, attraverso la storia raccontata dal soggetto, emerge il modello mentale sottostante di funzionamento. Si basa, infatti, su un sistema percettivo: a fronte delle stesse immagini i pazienti evocano storie, reazioni e risorse diverse, attraverso la proiezione del proprio modello di funzionamento legato all'attaccamento. L'obiettivo è quello di analizzare le risorse e le difese, organizzate e disorganizzate, a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento e dell'arousal emotivo che le singole tavole evocano. "L'aspetto proiettivo si identifica anche nella possibilità di attingere al proprio mondo interno, agli schemi e agli affetti personali, per mettere a punto una narrativa che rappresenti il "modus operandi" del mondo psicologico del soggetto che racconta. La proiezione non è intesa qui come puramente un primitivo meccanismo di difesa, ma come un processo che permette di depositare su alcuni stimoli condivisi e non totalmente definiti, contenuti interni personali che vanno a completare la forma reale dello stimolo stesso. In questo senso la matrice proiettiva dell'AAP inquadra la possibilità di poter ascoltare storie diverse da persone diverse; anche per questa ragione, l'AAP

mantiene nella sua denominazione il termine “projective”” (Di Riso & Lis, 2016, pp.25). Rispetto ad altri strumenti che misurano i pattern di attaccamento adulto, con l’AAP si cerca di individuare il substrato traumatico presente nella trama relazionale dell’individuo, spaziando in modo più ampio: introduce infatti tanti temi potenzialmente traumatici, non solo riguardanti la perdita e le situazioni abusanti, ma anche separazioni, solitudine e pensieri suicidari, rabbia e pericolo. Inoltre, proprio per la sua natura narrativa non autobiografica è possibile somministrarlo anche a popolazioni cliniche più fragili: non è richiesta una narrazione di esperienze personali, ma viene chiesto esplicitamente di raccontare una storia su immagini con personaggi ipotetici. Ciò che ne deriva, di conseguenza, può essere utile anche in sede di restituzione poiché le storie raccontate possono rappresentare notevoli spunti di riflessione sul funzionamento del soggetto (Di Riso & Lis, 2016).

Prima di procedere con la somministrazione della batteria dei questionari, solo agli utenti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre e Venezia sono state poste delle domande riguardo al benessere personale percepito in relazione alla situazione pandemica di COVID-19. Si tratta di due domande che indagano la paura del contagio e la percezione di quanto la pandemia abbia giocato un ruolo rilevante per il benessere psicologico individuale.

Tra i questionari somministrati agli adolescenti quello che valuta il costrutto dell’impulsività e della sintomatologia esternalizzante è il Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11, Patton, Stanford & Barratt., 1995; Stanford et al., 2009). Si tratta di un questionario self report, composto da 30 items, le cui risposte vengono valutate su una scala Likert a 4 punti: mai/raramente, talvolta, spesso e quasi sempre/semprè. I 30 items indagano i 6 sottodomini dell’impulsività che rappresentano le 6 scale fattoriali:

attenzione, l'instabilità cognitiva, l'impulsività motoria, la perseveranza, la complessità cognitiva e l'autocontrollo. I punteggi vengono poi raggruppati in 3 aree che indagano le 3 componenti dell'impulsività: impulsività attentiva, impulsività motoria ed impulsività da non pianificazione. Tale strumento viene considerato un gold standard per la valutazione del dominio dell'impulsività e ha assunto un ruolo predominante nella ricerca scientifica per lo studio delle origini genetiche, delle conseguenze sociali e dei correlati comportamentali delle differenze individuali di tale tratto. Riguardo alla versione italiana viene riportata anche una buona consistenza interna, con un Alpha di Cronbach di .79.

Per la valutazione del costrutto dell'alessitimia è stata somministrata la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby, Parker & Taylor, 1994; Bressi et al., 1996). La TAS-20 è un questionario di autovalutazione composto da 20 item a cui i soggetti rispondono attraverso una scala Likert a 5 punti, da “per niente d'accordo” a “completamente d'accordo”. Dall'analisi fattoriale emergono 3 fattori: difficoltà ad identificare i sentimenti (“Difficulty Identifying Feelings”, DIF), difficoltà a descrivere o comunicare i sentimenti (“Difficulty Describing Feelings”, DDF), pensiero orientato all'esterno (“Externally-Oriented Thinking”, EOT). Soggetti con punteggio uguale o maggiore di 61 sono considerati chiaramente alessitimici, quelli con punteggio uguale o minore di 50 non alessitimici, con un'area intermedia tra 50 e 60 che indica la possibile presenza di tale tratto. Nello studio di Bressi e colleghi (1996) per la validazione italiana della TAS-20 la scala mostra un'adeguata consistenza interna, con un Alfa di Cronbach di .82 per il campione clinico e di .75 per quello normativo.

La Youth Self Report (YRS 11-18, Achenbach, 1991) è un questionario self-report volto ad indagare problemi emotivo-comportamentali e di competenze sociali, composto da una prima parte di domande semistrutturate e da 112 item misurati su scala Likert da “non

vero” a “molto spesso o spesso vero”, che descrivono lo stato attuale o degli ultimi sei mesi dell’adolescente. Attraverso l’autovalutazione fornita dall’adolescente, tale questionario permette di indagare nella prima parte le competenze sociali, scolastiche e ricreative, e le possibili problematiche emotive e comportamentali nella seconda. I punteggi danno vita ad 8 scale: ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, non rispetto delle regole, comportamento aggressivo. Vengono così inquadrati i profili psicologici secondo l’espressione internalizzata (ansia, depressione, ritiro e somatizzazione) ed esternalizzata (aggressività, oppositività, iperattività) dei comportamenti del minore.

Ai genitori, nella parte iniziale del protocollo, sono state poste delle domande volte ad indagare informazioni descrittive e demografiche personali riguardo all’età, sesso, data di nascita, livello di scolarità, professione, numero dei figli, stato civile. Inoltre, esclusivamente per le coppie genitoriali di pazienti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre e Venezia è stato indagato il benessere personale percepito, relativamente al periodo di emergenza sanitaria da COVID-19. È stato chiesto di indicare se la situazione lavorativa avesse subito delle modifiche nell’ultimo anno e si è indagato quanto la situazione pandemica abbia inciso sulla vita personale (presenza di positivi, ricoveri o quarantena in famiglia), quanto abbia giocato un ruolo importante nel benessere psicologico personale e del figlio. Dunque, è stato chiesto quanto fossero cambiate le proprie abitudini durante l’ultimo anno (variazione delle funzioni biologiche e delle attività), e se riportassero la presenza di sintomi fisici, comportamentali, emozionali e cognitivi.

Successivamente, è stata somministrata la versione abbreviata della Scala di Depressione Ansia Stress (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995), la DASS-21 (Henry & Crawford,

2005) la cui standardizzazione e validazione italiana è a cura di Bottesi e colleghi (2015). Si tratta di un questionario di 21 item misurati su scala Likert a 4 punti da “non mi è mai accaduto” a “mi è capitato quasi sempre”, e dà un’indicazione riguardo ai livelli di stress, ansia e depressione. The Italian DASS-21 (Bottesi et al., 2015) presenta un alpha di Cronbach superiore a .70, indicando una consistenza interna da buona ad eccellente.

Lo stress genitoriale è stato invece valutato attraverso il Parenting Stress Index - Short Form (PSI/SF; Abidin & Abidin, 1990), con l’adattamento italiano a cura di Guarino e colleghi (2008). Il questionario si articola in 36 item, raggruppati in 3 sottoscale e rappresentano i fattori che contribuiscono all’emergere dello stress genitoriale: distress genitoriale (PD), interazione disfunzionale genitore-bambino (P-CDI) e bambino difficile (DC). È inoltre presente una scala di controllo che misura la risposta difensiva (punteggi significativi solo se minori o uguali a 10). Gli item vengono valutati su una scala Likert da “forte disaccordo” a “forte accordo”; il punteggio finale, tarato sulla base dell’età del figlio, indica una misura del livello di stress genitoriale e della risposta difensiva messa in atto dal genitore. L’alpha di Cronbach nel presente studio corrisponde a 0.86.

Il burnout genitoriale è stato indagato attraverso il Parental Burnout Assessment (PBA, Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018), questionario self report, composto da 23 item raggruppati in 4 sottoscale: esaurimento emotivo (exhaustion, EX), contrasto con il precedente sé parentale (contrast, CO), sensazione di essere saturo (saturation, FU), e distanza emotiva (emotional distancing, ED). Tali item vengono valutati su scala Likert da 0 “mai” a 6 “ogni giorno”. Il punteggio totale indica il livello di presenza di burnout genitoriale. La versione italiana, utilizzata in questo studio, è stata validata dal gruppo di ricerca dell’Università di Padova della Professoressa Alessandra Simonelli e Dott.ssa

Marina Miscioscia. L'alpha di Cronbach in questo studio è di 0.95 evidenziando un'ottima consistenza interna.

Infine, è stata somministrata la Child Behavior Check List (CBCL 6-18, Achenbach & Rescorla, 2001), un questionario self report sul comportamento del bambino, che indaga problemi emotivo-comportamentali e le competenze sociali. È composto da una prima parte di domande semistrutturate e da 112 item misurati su scala Likert da “non vero” a “molto spesso o spesso vero”, che descrivono lo stato attuale o degli ultimi sei mesi del proprio figlio. Parallelamente alla YSR, precedentemente descritta, essa indaga in una prima parte le competenze sociali, scolastiche e ricreative, nella seconda le possibili problematiche emotive e comportamentali attraverso 112 item. I punteggi danno vita ad 8 scale: ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione, non rispetto delle regole, comportamento aggressivo. Vengono così inquadrati i profili psicologici secondo l'espressione internalizzata (ansia, depressione, ritiro e somatizzazione) ed esternalizzata (aggressività, oppositività, iperattività) dei comportamenti del minore dal punto di vista del caregiver.



## **Capitolo 5**

### **Risultati**

Nel presente capitolo verranno riportate le analisi statistiche svolte sui dati raccolti e i risultati emergenti. Si procederà con un'analisi delle statistiche descrittive relative alle variabili di interesse, che ci permetteranno di descrivere l'intero campione. Verranno anche riportate delle considerazioni, limitatamente a livello descrittivo, in merito alla paura e all'incidenza del contagio da COVID-19 sul benessere individuale.

Successivamente, considerata la ridotta numerosità campionaria, verranno analizzate alcune delle analisi correlazionali effettuate tra le variabili di interesse, per vedere le possibili relazioni esistenti tra i costrutti analizzati. In particolare, inizialmente si analizzeranno le relazioni all'interno del campione delle adolescenti, sia in merito alla disregolazione emotiva, sia all'attaccamento. Successivamente, si vedrà come tali variabili possono essere associate ai sintomi genitoriali.

#### **5.1 Statistiche descrittive**

L'analisi dei dati effettuata sul presente studio preliminare è stata svolta tramite il software statistico Jamovi (version 1.6, computer software).

Sono state eseguite delle analisi statistiche descrittive dell'intero campione di riferimento, relativamente a tutte le variabili analizzate. Il campione del presente studio esplorativo è costituito da 10 soggetti adolescenti e 20 genitori che hanno espresso il consenso e partecipato volontariamente al presente studio. Per quanto riguarda le variabili sociodemografiche sono state effettuate delle analisi descrittive, con le rispettive medie e deviazioni standard. Di seguito, vengono riportate a scopo descrittivo, alcune delle variabili di interesse.

**Tabella 1.** Statistiche descrittive (N = 30). I dati riportano media (deviazione standard) e numero dei soggetti (%).

	Pazienti (N = 10)	Madri (N = 10)	Padri (N = 10)	
Età	15.8 (1.32)	51.2 (4.76)	53.2 (6.91)	
<hr/>				
	Coppie di genitori (N = 10)		Pazienti (N = 10)	
Situazione familiare (coniugati/ separati)	6 (60%) / 4 (40%)		-	
Frattria (sì/no)	-	9 (90%) / 1 (10%)		
<hr/>				
	Pazienti (N = 10)		Madri (N = 10)/ Padri (N = 10)	
Scolarità	Terza media	3 (30%)	Licenza media	1(10%) / 2(20%)
N(%)	Seconda superiore	1 (10%)	Qualifica	- / 1(10%)
	Terza superiore	2 (20%)	Diploma	3(30%) / 2(20%)
	Quarta superiore	2 (20%)	Laurea	6(60%) / 4(40%)
	Quinta superiore	2 (20%)		
<hr/>				
	Pazienti (N = 10)			
Diagnosi	Anoressia nervosa (an)	5 (50%)		
N(%)	Bulimia nervosa (bn)	1 (10%)		
	Cutting	2 (20%)		
	Misto (an/bn + cutting)	2 (20%)		
Gruppo	DCA (an/bn)	6 (60%)		
N(%)	Cutting	2 (20%)		
	Misto	2 (20%)		
Regime	Ambulatoriale/ricovero	7 (70%)		
N(%)		3 (30%)		
Terapia farmacologica	Sì/no	4 (40%)		
N(%)		6 (60%)		

È stato anche misurato quanto il Coronavirus abbia inciso sul benessere personale. Tali domande sono state somministrate solo ai 7 soggetti afferenti al Polo Adolescenti di Mestre e Venezia, Servizio Età Evolutiva dell'Ulss3 Serenissima, poiché inserite successivamente all'interno del protocollo. In relazione alla paura del contagio, misurata su scala likert a 4 punti, su 7 adolescenti e su 14 genitori emergono complessivamente valori bassi associati a tale variabile. È stato anche chiesto quanto la pandemia abbia inciso sul proprio benessere psicologico: i valori riportati dagli adolescenti mostrano una media più elevata rispetto a quella dei genitori. Questi dati indicano che la pandemia abbia inciso moderatamente sul benessere personale genitoriale, ma che, invece, abbia avuto un peso maggiore per gli adolescenti. È stato chiesto, inoltre, solo ai genitori, quanto la pandemia abbia inciso sul benessere psicologico dei figli. Su 14 genitori emerge che la situazione pandemica abbia inciso ed influito molto sul benessere psicologico dei figli. Poiché tali dati sono stati raccolti su un campione molto ristretto, non sono state effettuate ulteriori indagini.

Di seguito vengono riportate le analisi descrittive delle variabili indagate attraverso i questionari somministrati sia al campione di adolescenti (N = 10), sia al campione genitoriale (N = 20), suddiviso per madri (N = 10) e padri (N = 10). Nella seguente tabella (Tabella 2) vengono riportate le medie e le deviazioni standard limitatamente ai punteggi totali delle variabili indagate. A causa della numerosità ridotta del campione è stato deciso di non riportare i punteggi delle singole sottoscale di ogni variabile, ma di focalizzarsi sui valori totali di queste ultime.

**Tabella 2.** *Statistiche descrittive questionari adolescenti. I dati riportano media (deviazione standard).*

BIS-11 (N = 8)	TAS-20 (N = 9)	YSR (int.) (N = 10)	YSR (ext.) (N = 10)	YSR (tot.) (N = 10)
62.3 (9.66)	73.7 (6.32)	35.3 (6.33)	17.2 (8.59)	87.0 (19.6)

Come si evince dalla Tabella 2, il punteggio medio dell'impulsività, emergente dal questionario BISS-11, nel presente studio preliminare è di 62.3 ( $DS = 9.66$ ): nello specifico tale totale è riportato sulla base di soli 8 partecipanti, con 2 dati mancanti. Secondo i cut-off clinici, tale punteggio si colloca in un range medio di impulsività. Relativamente all'analisi dell'alessitimia, emergente dal questionario TAS-20, il punteggio medio su 9 soggetti (con un dato mancante) è di 73.7 ( $DS = 6.32$ ). Tale punteggio medio del campione indica un elevato indice di alessitimia, considerando che il cut-off clinico si colloca ad un punteggio pari a 61. Relativamente al questionario volto ad indagare i problemi emotivo-comportamentali e le competenze sociali, si sono presi in analisi i problemi internalizzanti ( $M = 35.3$ ,  $DS = 6.33$ ), esternalizzanti ( $M = 17.2$ ,  $DS = 8.59$ ) e i totali ( $M = 87.0$ ,  $DS = 19.6$ ). Come appena riportato, nel campione totale di 10 adolescenti sono state analizzate le medie e le deviazioni standard ed emerge che le medie dei disturbi internalizzanti sono clinicamente più significative dei disturbi esternalizzanti; le medie dei totali, infatti, si collocano nel range di significatività clinica.

Per quanto riguarda le statistiche descrittive in relazione alle tavole dell'AAP, sono stati riportati solo le variabili inerenti all'analisi dei processi difensivi: sistemi segregati normativi e traumatici (SSnorm, SStr), cognitive disconnection (e), deactivation (ds). Sono state calcolate media e deviazione standard di ogni variabile sopracitata per ogni tavola e nel totale. Dal confronto tra i totali delle 4 categorie dei processi difensivi

(Tabella 3) emerge chiaramente che in media, su 7 tavole (la prima tavola, “ball” non viene codificata perché non utile ai fini della classificazione del pattern di attaccamento), sono state registrate maggiori cognitive disconnection ( $M = 30.7$ ,  $DS = 11.5$ ). Emergono anche alti punteggi dei sistemi segregati traumatici totali ( $M = 9.90$ ,  $DS = 7.28$ ), rispetto a quelli normativi ( $M = 4.10$ ,  $DS = 4.46$ ). Le deactivation, invece, vengono registrate con una media di 9.20 ( $DS = 9.84$ ).

**Tabella 3.** *Statistiche descrittive dei processi difensivi totali dell’AAP (N = 10). DS (deactivation), E (cognitive disconnection), SSnorm (sistemi segregati normativi), SStr (sistemi segregati traumatici). I dati riportano media (deviazione standard).*

DS	E	SSnorm	SStr
9.20 (9.84)	30.7 (11.5)	4.10 (4.46)	9.90 (7.28)

Confrontando, invece, le medie di ogni singola variabile analizzata dei processi difensivi, per ogni tavola, emerge che le deactivation riportano una media più elevata ( $M = 2.40$ ,  $DS = 4.86$ ) nella tavola “bench” e “corner” ( $M = 2.10$ ,  $DS = 3.11$ ) rispetto alle altre tavole. La quantità di cognitive disconnection è molto elevata in tutte le tavole, in particolare in “corner” ( $M = 5.90$ ,  $DS = 3.81$ ), “window” ( $M = 5.20$ ,  $DS = 2.74$ ) e “departure” ( $M = 4.90$ ,  $DS = 2.38$ ). Confrontando, invece, i sistemi segregati normativi e traumatici in ogni tavola, emerge chiaramente quanto quelli traumatici siano maggiori in ogni tavola rispetto ai normativi, ad eccezione della tavola “departure”, in cui la media dei normativi è 0.200 ( $DS = 0.422$ ) e nella tavola “bed”, in cui normativi e traumatici hanno la stessa media (0.300) e stessa deviazione standard (0.949). Dall’analisi di tale proiettivo emerge che la maggior parte degli adolescenti (6 su 4) manifesta un pattern di attaccamento di tipo disorganizzato/non risolto (60%), contro il restante 40% (4 adolescenti) che, invece, manifesta un pattern di attaccamento di tipo distanziante (Tabella 4).

**Tabella 4.** Statistiche descrittive della classificazione pattern di attaccamento (N = 10). DS (attaccamento distanziante), U (attaccamento irrisolto/disorganizzato). I dati riportano numero dei soggetti (%).

	Pazienti
DS	4 (40%)
U	6 (60%)

Per quanto riguarda le variabili analizzate nelle coppie genitoriali, di seguito vengono riportati media e deviazione standard dei punteggi totali di stress e burnout genitoriale, tra madri e padri. Poiché non viene calcolato un totale, il punteggio della DASS-21 viene suddiviso per depressione, ansia e stress, sia nelle madri sia nei padri. Confrontando le medie ottenute rispetto ai cut-off clinici, sia per i padri sia per le madri non emergono punteggi significativi, ma tutte le medie rientrano in una classificazione non clinica. Come riepilogato in tabella 5 il punteggio medio di stress genitoriale per le madri è di 86.9 ( $DS = 14.2$ ), per i padri di 86.4 ( $DS = 6.88$ ), punteggi che si collocano sopra l'85esimo percentile. Per quanto riguarda, invece, le medie dei totali del burnout genitoriale emergono punteggi non significativi: la media delle madri è di 12.7 ( $DS = 11.4$ ) e di 4.44 ( $DS = 3.57$ ) per i padri. Riguardo all'analisi dei problemi emotivo-comportamentali e alle competenze sociali dei figli, solo le madri riportano un punteggio all'interno di un range clinico ( $M = 22$ ,  $DS = 8.96$ ) per i problemi internalizzanti dei figli, non clinico ( $M = 12.8$ ,  $DS = 9.37$ ) per i problemi esternalizzanti e clinico per i punteggi totali ( $M = 57.8$ ,  $DS = 24.5$ ). I padri, invece, riportano un punteggio al limite della soglia clinica solo per i problemi internalizzanti ( $M = 14.3$ ,  $DS = 10.2$ ).

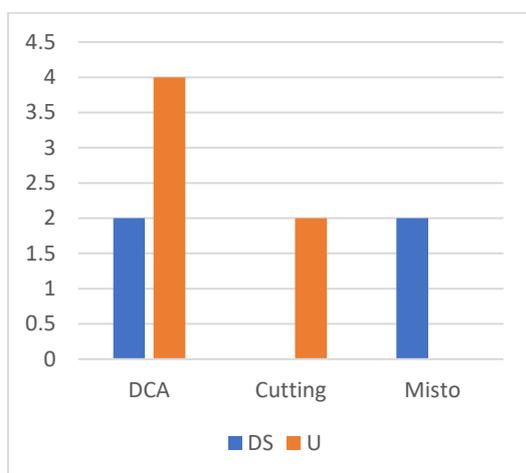
**Tabella 5.** *Statistiche descrittive questionari genitori. I dati riportano media (deviazione standard).*

	Madri	Padri
DASS-21 (dep.) (N = 9)	7.00 (5.22)	7.78 (7.45)
DASS-21 (anx.) (N = 9)	3.89 (2.85)	5.33 (9.80)
DASS-21 (stress) (N = 9)	11.9 (5.93)	12.2 (11.4)
PSI-SF (N = 9)	86.9 (14.2)	86.4 (6.88)
PBA (N = 9)	12.7 (11.4)	4.44 (3.57)
CBCL (int.) (N = 10)	22 (8.96)	14.3 (10.2)
CBCL (ext.) (N = 10)	12.8 (9.37)	6.90 (6.59)
CBCL (tot.) (N = 10)	57.8 (24.5)	34.8 (20.1)

## 5.2 Disregolazione emotiva e pattern di attaccamento

Analizzando le frequenze di attaccamento all'interno delle 3 categorie dei soggetti, come riportato nel Grafico 1, all'interno del gruppo DCA (N = 6) emerge una frequenza di attaccamento irrisolto/disorganizzato (U) pari al 66.7% (4 soggetti), rispetto al pattern di attaccamento di tipo distanziante, con una frequenza del 33.3% (2 soggetti), all'interno del gruppo cutting (N=2) emerge una totalità di attaccamento irrisolto/disorganizzato, invece, nel misto (N=2) la totalità riporta un pattern di attaccamento di tipo distanziante (DS).

**Grafico 1.** Distribuzioni di frequenza di attaccamento all'interno dei gruppi (N = 10).



Nonostante l'esiguo campione, all'interno dei 3 gruppi emergono solo pattern di attaccamento di tipo insicuro.

Per analizzare le differenze all'interno dei tre gruppi in relazione alle medie dei punteggi dei questionari dell'adolescente, è stato utilizzato un test non parametrico Kruskal-Wallis (one-way ANOVA) per vedere se emergono delle differenze in relazione ai costrutti di alestitimia, impulsività e problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali (della YSR). L'unico punteggio significativo ( $p = .030$ ) emerge in relazione alla scala sui totali dei problemi della Youth Self Report. Dall'analisi della distribuzione dei problemi totali tra i sottogruppi, attraverso un confronto tra medie, emerge una maggiore presenza di problemi totali nel gruppo cutting ( $M = 106, DS = 2.83$ ) e nel gruppo misto ( $M = 101, DS = 2.12$ ), rispetto al gruppo DCA ( $M = 76.2, DS = 18.1$ ).

**Tabella 6.** Differenze all'interno dei 3 sottogruppi tra le variabili degli adolescenti. I dati riportano media (deviazione standard).

Gruppo	BIS	TAS	YSR (int.)	YSR (ext.)	*YSR (tot.)
	(N= 8)	(N = 9)	N = 10)	(N = 10)	(N = 10)
DCA	59.4 (9.71)	71.4 (5.50)	32.0 (5.887)	13.5 (9.33)	76.2 (18.1)
Cutting	65.0 (NA)	74.5 (9.19)	41.0 (4.24)	25.0 (1.41)	106 (2.83)
Misto	68.0 (12.7)	78.5 (6.36)	39.5 (2.12)	20.5 (0.707)	101 (2.12)

\* $p < .05$

Nonostante non siano significativi, tale pattern di comportamento si manifesta anche relativamente agli altri costrutti: le medie del gruppo DCA rispetto agli altri gruppi risultano più basse anche in relazione ai problemi internalizzanti ed esternalizzanti, nonostante non possano essere considerati punteggi statisticamente significativi.

Sono state analizzate anche le relazioni tra i sintomi degli adolescenti, misurati attraverso i questionari della BIS-11, TAS-20 e Youth Self Report, con i totali dei processi difensivi emergenti dall'AAP (ds, e, SSnorm, SStr), per valutare l'esistenza di correlazioni significative (si veda Tabella 7). L'unica correlazione statisticamente significativa emerge tra il totale dei sistemi segregati traumatici e il totale della BIS-11 ( $r(8) = .731$ ,  $p = .040$ ). Si tratta di una correlazione positiva: a fronte di un aumento dei sistemi segregati traumatici emergenti dai racconti nell'AAP aumentano i punteggi di impulsività, e viceversa. Bisogna sempre considerare che tale correlazione emerge su soli 8 soggetti. Sarebbe stato interessante osservare tale relazione in un campione di numerosità elevata. Nonostante non emergano ulteriori correlazioni significative, è interessante analizzare le relazioni tra i sintomi delle adolescenti e i totali delle 7 tavole dei processi difensivi, che andrebbero approfondite su una numerosità campionaria più elevata. In relazione ai sistemi segregati traumatici risulta presente, invece, una

correlazione negativa, non significativa, più debole con la TAS ( $r(9) = -.333, p = .385$ ), una correlazione positiva con i sintomi esternalizzanti ( $r(10) = .370, p = .296$ ) e con il totale ( $r(10) = .382, p = .279$ ). Rispetto alla cognitive disconnection (e) emerge una relazione negativa moderata con l'impulsività ( $r(8) = -.464, p = .247$ ), anche con i problemi internalizzanti ( $r(10) = -.457, p = .184$ ) e i totali dei problemi ( $r(10) = -.450, p = .192$ ); emerge una correlazione negativa ma più debole con il totale della TAS-20 ( $r(9) = -.293, p = .444$ ). Sempre tra le correlazioni non significative, si può analizzare la deactivation (ds): essa non pare correlare con BIS-11 e TAS-20, emerge una relazione positiva debole con lo Youth, sia per internalizzanti ( $r(10) = .265, p = .460$ ), sia per esternalizzanti e totale dei problemi ( $r(10) = .288, p = .419$ ) esattamente uguale. Invece emerge un legame negativo, statisticamente non significativo, tra i sistemi segregati normativi e i sintomi delle adolescenti. Tale legame risulta moderato con il totale dei problemi della Youth ( $r(10) = -.433, p = .211$ ), emerge una correlazione più debole con gli esternalizzanti ( $r(10) = -.289, p = .419$ ) rispetto agli internalizzanti ( $r(10) = -.167, p = .645$ ). Anche in relazione all'alessitimia ( $r(9) = -.289, p = .451$ ) e all'impulsività ( $r(8) = -.358, p = .384$ ) emergono relazioni negative deboli. Tali relazioni negative potrebbero motivare il significato dei sistemi segregati normativi.

**Tabella 7.** Correlazioni tra i processi difensivi dell'AAP e i sintomi degli adolescenti (N = 10).

	BIS-11 (N = 8)	TAS-20 (N = 9)	YSR (int.) (N = 10)	YSR (ext.) (N = 10)	YSR (tot.) (N = 10)
Deactivation	.098	-.153	.265	.288	.288
Cognitive disconnection	-.464	-.293	-.457	.176	-.450
Sistemi segregati (norm.)	-.358	-.289	-.167	-.289	-.433
Sistemi segregati (tr.)	*.731	-.333	.085	.370	.382

\* $p < .05$

È stato successivamente visto se emergono delle differenze all'interno delle due categorie emergenti di attaccamento (distanzianti e disorganizzati/irrisolti) rispetto alla distribuzione dei sintomi indagati negli adolescenti. Attraverso il test non parametrico Kruskal-Wallis (one-way ANOVA) emerge un *p-value* sempre molto grande ( $p > .05$ ) a dimostrazione del fatto che non emergono delle differenze statisticamente significative tra i due pattern di attaccamento.

È stato visto, inoltre, se esistono delle differenze all'interno dei due pattern di attaccamento in relazione all'utilizzo dei processi difensivi totali (ds, e, SSnorm, SStr) emergenti dall'AAP. È stato utilizzato un test non parametrico Kruskal-Wallis (one-way ANOVA), ma emerge un *p-value* sempre molto grande ( $p > .05$ ). Ciò dimostra che non emergono delle differenze statisticamente significative nell'utilizzo dei processi difensivi all'interno dei due pattern di attaccamento. L'unico valore del *p-value* che si avvicina maggiormente alla significatività statistica emerge nel totale delle deactivation (ds): risulta una presenza molto più elevata di deactivation nel pattern di attaccamento distanziante ( $M = 14.8$ ,  $DS = 14.2$ ), rispetto al disorganizzato/irrisolto ( $M = 5.50$ ,  $DS =$

3.51). Complessivamente però non emergono delle differenze significative nell'utilizzo dei processi difensivi tra le due categorie di attaccamento.

Si è voluto anche indagare la presenza di correlazioni tra le variabili associate ai sintomi delle adolescenti e ogni processo difensivo analizzato per ogni tavola, emergente dall'AAP (ds, e, SSnorm, SStr). Ciò è stato fatto per vedere se ci sono delle tavole in particolare associate maggiormente ad alcuni sintomi. Da tali analisi correlazionali emergono poche correlazioni significative, riportate nella Tabella 8. Tale limitazione è sicuramente legata alla numerosità campionaria limitata, motivo per cui sono state osservate anche le relazioni forti ( $r > .60$ ) come indicatori di possibili correlazioni. Nella tavola "window" non emergono correlazioni statisticamente significative, ma, se si guardano le relazioni tra le variabili con un indice *Spearman's rho* intorno al .60, sia positive sia negative, emerge una forte relazione negativa tra il processo difensivo di cognitive disconnection e l'impulsività (BIS-11), ( $r(8) = -.601, p = .115$ ). Nella tavola "bench" emerge una forte correlazione negativa significativa tra i sistemi segregati traumatici e l'alessitimia ( $r(9) = -.694, p = .038$ ): in questa tavola all'aumento dei sistemi segregati traumatici diminuisce il livello di alessitimia. Nella tavola "cimitero" non emergono correlazioni statisticamente significative, ma è possibile notare una forte relazione negativa tra la deactivation e l'impulsività: ( $r(8) = -.629, p = .095$ ): all'aumentare di tale processo difensivo, diminuisce l'impulsività e viceversa. Questa relazione sarebbe interessante da valutare in un campione più ampio poiché potrebbe spiegare la relazione inversa tra una maggiore razionalizzazione e neutralizzazione degli stimoli stressanti (tipica di un pattern di attaccamento di tipo distanziante) e l'impulsività. Nella tavola "corner" è presente una correlazione forte negativa tra il processo difensivo di cognitive disconnection e il totale dei problemi internalizzanti ( $r(10) = -.687, p = .028$ ):

tale meccanismo è prevalente nei preoccupati. Infine, nelle tavole “departure”, “bed” e “ambulance” non emergono correlazioni statisticamente significative, né valori elevati che indicano un’ipotetica relazione tra le variabili.

**Tabella 8.** Correlazioni tra i sintomi negli adolescenti e i processi difensivi di ogni tavola.

	BIS-11 (N = 8)	TAS-20 (N = 9)	YSR (int.) (N = 10)
Window – e	-.601	-.322	-.395
Bench – SSstr	.211	-.694*	-.161
Cimitero – ds	-.629	-.438	.090
Corner – e	.579	-.506	*-.687

\* $p < .05$

### 5.3 Sintomi genitoriali: correlazioni con disregolazione emotiva e pattern di attaccamento

Si sono indagate anche le correlazioni esistenti tra i sintomi delle adolescenti e i sintomi dei genitori, in particolare con gli aspetti depressivi, ansiosi e stressanti emergenti dalla DASS-21, lo stress genitoriale (PSI-SF) e il burnout (PBA), per monitorare la presenza di associazioni tra sintomi nella diade genitore-figlio. Come riportato nella Tabella 9, per le madri risalta una forte correlazione positiva significativa tra i valori di depressione emergenti dalla DASS-21 sia con il totale dei problemi internalizzanti delle adolescenti ( $r(9) = .716, p = .030$ ), sia con i totali dei problemi ( $r(9) = .700, p = .036$ ) della Youth Self Report. Per i padri, invece, non sono emerse correlazioni statisticamente significative, ma emerge una relazione tra lo stress genitoriale (PSI-SF) e la BIS-11 ( $r(8) = .635, p = .091$ ).

**Tabella 9.** Correlazioni tra sintomi genitoriali e i sintomi degli adolescenti.

	Madri (N = 9)	Padri (N = 8)
	DASS-21 (dep.)	PSI-SF
BISS-11	.006	.635
YSR (int.)	*.716	-.445
YSR (tot.)	*.700	-.310

\* $p < .05$

Sono state valutate anche le correlazioni tra i sintomi genitoriali e i totali dei processi difensivi emergenti dall'AAP, per vedere se alcune difese messe in atto dall'adolescente siano correlate a sintomi di stress genitoriale. Nella Tabella 10 sono riportate le più importanti. In relazione ai sintomi della madre emergono due correlazioni statisticamente significative: sia tra lo stress emergente dalla DASS-21 e le deactivation totali ( $r(9) = .667, p = .050$ ), ma anche tra il totale dei sintomi stressanti emergente dalla PSI-SF e i sistemi segregati normativi ( $r(9) = -.741, p = .022$ ). Per il padre, invece, emerge una correlazione positiva tra il totale del burnout e il meccanismo di deactivation ( $r(9) = .735, p = .024$ ).

**Tabella 10.** Correlazioni tra sintomi genitoriali e processi difensivi dell'AAP (N = 9).

	Madri		Padri
	DASS-21 (stress)	PSI-SF	PBA
Deactivation	*.667	.559	*.735
Sistemi segregati (norm.)	-.034	*-.741	.099

\* $p < .05$

Sono state calcolate anche le correlazioni tra i problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali riportati dagli adolescenti (attraverso la Youth Self Report) e i problemi

internalizzanti, esternalizzanti e totali degli adolescenti riportati dai genitori (attraverso la Child Behavior Checklist), per vedere se emerge accordo tra ciò che riporta l'adolescente e il genitore (Tabella 11). Analizzando le correlazioni con i questionari delle madri emerge un forte accordo tra madre-figlia con i problemi esternalizzanti ( $r(10) = .894, p < .001$ ), rispetto agli internalizzanti, la cui correlazione, seppur non significativa, risulta comunque importante ( $r(10) = .591, p = .072$ ). Emerge anche una correlazione statisticamente significativa tra i totali dei problemi riportati dalle madri e i problemi esternalizzanti riportati dalle adolescenti ( $r(10) = .661, p = .044$ ). Analizzando le correlazioni con i questionari dei padri emerge un forte accordo sia con i problemi internalizzanti ( $r(10) = .729, p = .017$ ) sia esternalizzanti ( $r(10) = .758, p = .011$ ).

**Tabella 11.** *Correlazioni tra problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali tra la diade (N = 10).*

	Madri			Padri	
	CBCL (int.)	CBCL (ext.)	CBCL (tot.)	CBCL (int.)	CBCL (ext.)
YSR (int.)	.591	.296	.590	.729*	.245
YSR (ext.)	.109	.894***	.661*	.430	.758*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$



## Capitolo 6

### Discussione

Come sostengono Compas e colleghi (2014) la regolazione emotiva si basa sulla capacità dell'individuo di gestire emozioni positive e negative, attraverso la modulazione dei livelli di attivazione, servendosi spesso di diverse strategie (Gross, 2002). L'esito di tale regolazione dipende anche dalla qualità delle interazioni primarie, necessarie per lo sviluppo dell'attaccamento. Tratti come l'alessitimia e l'impulsività, più o meno predominanti sulla base di predisposizioni individuali, giocano un ruolo fondamentale nella gestione delle emozioni. L'alessitimia rappresenta l'incapacità dell'individuo di esprimere in modo adeguato e riconoscere le emozioni proprie e altrui (Nemiah et al., 1976). L'impulsività, invece, è un tratto comportamentale che implica la tendenza ad agire in modo precipitoso senza valutare le conseguenze delle proprie azioni. Nel presente studio preliminare, la popolazione clinica di riferimento è costituita da adolescenti con disturbi del comportamento alimentare e autolesionisti. In tale popolazione clinica la regolazione affettiva rappresenta un'abilità non semplice da gestire. Infatti, studi in letteratura riportano un'elevata presenza di tratti alessitimici ed impulsivi in individui con tali disturbi psicopatologici (Speranza et al., 2007; Glazebrook et al., 2015). Ciò potrebbe comportare importanti conseguenze sul piano comportamentale e psicologico. Come emerge dalla letteratura, gli effetti di una disregolazione emotiva possono manifestarsi attraverso comportamenti disfunzionali sia sul piano alimentare sia attraverso condotte autolesive. Infatti, soggetti autolesionisti riportano alti livelli di alessitimia (Paivio e McCulloch, 2004; Polk e Lis, 2007). Invece, emergono esiti contrastanti rispetto all'impulsività, in quanto non sembra essere strettamente associata al cutting, ma rappresenta comunque un tratto associato all'autolesionismo (Gatta et al., 2016). Per

quanto riguarda i soggetti con disturbi del comportamento alimentare l'alessitimia rappresenta un tratto prevalente (Fassino et al., 2007), così come l'impulsività.

Nel presente studio sono stati considerati 3 gruppi: soggetti con disturbo del comportamento alimentare (DCA), soggetti autolesionisti (cutting) e, data l'alta comorbilità tra le patologie, gruppo misto (DCA e cutting).

Confrontando la presenza dei livelli di alessitimia, impulsività, disturbi internalizzanti, esternalizzanti tra i vari gruppi analizzati, emergono in generale livelli medio-alti, senza differenze significative. Questo dato è concorde con ciò che emerge dalla letteratura di riferimento. Al contrario, emergono delle differenze tra i gruppi in merito alle scale dei problemi totali (internalizzanti, esternalizzanti, ed altri problemi). In particolare, si riporta una presenza maggiore di problemi totali nel gruppo cutting e nel gruppo di soggetti misti (DCA e cutting), rispetto al gruppo DCA. Come riportato da Kobak e colleghi (1993), Seiffge-Krenke (2006), Glazebrook e colleghi (2015), questo dato potrebbe essere dovuto alla difficoltà nei soggetti autolesionisti di regolare le emozioni a fronte di eventi stressanti, manifestando alti livelli di problemi internalizzanti ed esternalizzanti. Tale effetto, infatti, risulta presente anche nel gruppo misto: ciò potrebbe far ipotizzare la presenza di problematiche generali in entrambi i gruppi.

Nello sviluppo delle strategie di regolazione emotiva, un ruolo importante è svolto dalla relazione madre-bambino. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologie gioca un ruolo importante lo stile di attaccamento sviluppato con il caregiver di riferimento. Infatti, la sensibilità materna, intesa come capacità genitoriale di comprendere e rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino (Ainsworth et al., 1974), rappresenta un aspetto importante nello sviluppo dell'attaccamento. Come la letteratura di riferimento

riporta, si nota una prevalenza di attaccamento di tipo insicuro in tutta la popolazione clinica analizzata. In particolare, i soggetti autolesionisti manifestano maggiormente un attaccamento di tipo ansioso e irrisolto/disorganizzato, come esito di traumi non risolti (Adam et al., 1996). I soggetti con disturbi del comportamento alimentare, invece, nella maggior parte dei casi presentano un attaccamento insicuro, in particolare disorganizzato, caratterizzato da strategie di disattivazione e iperattivazione a fronte di eventi stressanti. I risultati nel presente studio, come emerge dall'Adult Attachment Projective System (AAP), riportano in tutti i gruppi una presenza di attaccamento insicuro, in particolare di tipo irrisolto/disorganizzato e distanziante. Attraverso l'analisi delle distribuzioni di frequenza delle tipologie di attaccamento all'interno del campione clinico, nel gruppo DCA risulta prevalente il pattern di attaccamento di tipo irrisolto/disorganizzato (4 soggetti) rispetto al distanziante (2 soggetti), in linea con la letteratura di riferimento (Ward et al., 2001; Ringer & Crittenden, 2007; Sevecke, 2013; Delvecchio et al., 2014; Von Wietersheim et al., 2014). Data la numerosità ridotta del campione, bisogna tenere in considerazione anche la minoranza di soggetti all'interno del medesimo gruppo, che manifesta un attaccamento di tipo distanziante. La differenza potrebbe essere ricondotta alla tipologia di meccanismi difensivi messi in atto dai soggetti a fronte di eventi stressanti. Per quanto riguarda il gruppo cutting, entrambi i soggetti riportano un attaccamento di tipo irrisolto/disorganizzato, dato concorde con la letteratura di riferimento (Adam et al., 1996). All'interno del gruppo misto, invece, emerge una totalità di attaccamento distanziante. Dato l'esiguo campione considerato, non si possono dedurre delle inferenze statistiche, ma tali esiti possono essere considerati coerenti con la letteratura analizzata. Alla luce di tali esiti, sono stati analizzati i processi difensivi messi in atto dai soggetti in relazione alla tipologia di attaccamento manifestata. All'interno

delle due tipologie emergenti di attaccamento (irrisolto/disorganizzato e distanziante) non sono emerse importanti differenze nell'utilizzo dei processi difensivi totali (deactivation, cognitive disconnection, sistemi segregati normativi e traumatici), tuttavia è stata riscontrata la presenza maggiore di deactivation nei pattern distanzianti ( $M = 14.8$ ,  $DS = 14.2$ ), rispetto agli irrisolti ( $M = 5.50$ ,  $DS = 3.51$ ), come ci si potrebbe aspettare. Questo dato, seppur statisticamente non significativo, evidenzia il maggiore utilizzo e l'importanza di tale strategia all'interno del gruppo dei distanzianti: tale modalità difensiva permette all'individuo di neutralizzare l'impatto emotivo a fronte di stimoli stressanti. Infatti, un bambino con attaccamento distanziante mostra distacco ed evitamento al contatto con il caregiver poiché quest'ultimo non è stato adeguatamente responsivo alle sue richieste. Di solito, all'interno di diadi con queste caratteristiche il genitore sminuisce l'importanza della richiesta del bambino, il quale imparerà a neutralizzare l'angoscia sperimentata. A causa dell'esiguità del campione, sarebbe interessante approfondire tale relazione all'interno di soggetti che manifestano pattern di attaccamento distanziante.

Da un punto di vista clinico, è stato interessante osservare se e come le variabili misurate sugli adolescenti possano essere associate tra loro, in particolare tra l'utilizzo dei processi difensivi e i loro sintomi. Nonostante la numerosità campionaria ristretta, emerge una relazione positiva tra il totale dei sistemi segregati traumatici e il totale dell'impulsività. Data la natura esplorativa del presente studio non è possibile poter fare delle inferenze statistiche, ma ci limiteremo a dare una lettura interpretativa di tali risultati sulla base dei costrutti analizzati. In un'ottica clinica, i sistemi segregati, in generale, hanno la funzione di includere l'aspetto traumatico nella storia, indicano dunque l'emergere del trauma. Ciò che fa la differenza tra i vari pattern di attaccamento consiste nella gestione dello stesso.

In particolare, i sistemi segregati traumatici, tipici dei disorganizzati/irrisolti, dimostrano che il soggetto sia ancora coinvolto nel trauma. Il fallimento della gestione dello stesso comporta un andare oltre la consegna del proiettivo. La stima dell'effetto che emerge tra i sistemi segregati traumatici e l'impulsività ( $p = .040$ ) potrebbe far ipotizzare una correlazione emergente, da approfondire ulteriormente, tra i due costrutti, che potrebbe manifestarsi nel racconto di una storia carica di contenuti inquietanti che vadano oltre la rappresentazione figurale. Seppur non significative, emergono delle relazioni negative tra i sistemi segregati normativi e i sintomi degli adolescenti. Vista la mancanza di significatività (motivata dall'esiguo campione) sarebbe interessante approfondire tale dato, come indice di controllo, rispetto alla presenza di psicopatologia. Infatti, i sistemi segregati normativi sono funzionali alla consegna del proiettivo, danno enfasi e significato al racconto. Per questa ragione dovrebbero essere presenti in tutti i soggetti, e correlare negativamente con i tratti indici di psicopatologie. Per quanto riguarda la presenza di cognitive disconnection, essa sembrerebbe connessa all'iperattivazione della richiesta di vicinanza altrui, tipica dei soggetti con pattern di attaccamento preoccupato. Poiché nel presente studio non emerge nessun pattern di tipo preoccupato, sarebbe interessante analizzare la presenza di cognitive disconnection in soggetti con tale pattern di attaccamento. Per quanto riguarda la deactivation, meccanismo maggiormente rintracciabile in soggetti con attaccamento distanziante, tra i dati presentati non emergono particolari relazioni con i sintomi degli adolescenti. Sarebbe interessante osservare il comportamento di questa variabile in una popolazione più ampia per analizzare a livello clinico l'utilizzo di tale strategia difensiva.

A causa della numerosità campionaria ridotta, è impossibile poter trarre delle inferenze significative. Per tale ragione, sono state analizzate singolarmente le 7 tavole per capire

se potesse emergere qualche correlazione significativa tra i sintomi indagati negli adolescenti e i processi difensivi. Tra le poche correlazioni significative è emerso che nella tavola “bench” all’aumentare dei sistemi segregati traumatici diminuisce il livello di alessitimia. Tale correlazione negativa potrebbe essere spiegata in riferimento alla tematica rappresentata nella tavola “bench” in cui viene raffigurata una sagoma giovane seduta da sola su una panchina. Questa tavola ha la funzione di suscitare solitudine e introspezione, con l’obiettivo di indagare come l’adolescente riesca a gestire le proprie emozioni all’interno di un’analisi personale. L’esito di tale processo contrasta con l’emergere di tratti alessitimici. Anche nella tavola “corner” emerge una forte correlazione inversa tra il meccanismo difensivo di cognitive disconnection e il totale dei problemi internalizzanti. Tale processo difensivo è caratterizzato da una iperattivazione della richiesta affettiva di attaccamento, tipica in quei soggetti che fanno fatica a consolarsi. A fronte di un’attivazione dell’angoscia dell’attaccamento, tali soggetti frammentano le emozioni riportando delle trame difficili da seguire per l’interlocutore. Tale iperattivazione fa sì che il soggetto si distacchi dalla trama e non sappia giungere ad una conclusione. Questo dato dimostra che una presenza maggiore di cognitive disconnection sia legata a minori livelli di problemi internalizzanti, e viceversa. Questo risultato non trova delle basi teoriche solide, probabilmente perché tale meccanismo risulta prevalente nei soggetti con un pattern di attaccamento di tipo preoccupato mancanti nel presente studio. Sarebbe interessante analizzare tale correlazione su un campione clinico maggiormente rappresentativo di soggetti con pattern di attaccamento preoccupato. Sebbene non sia una correlazione statisticamente significativa, nella tavola “cemetery” emerge una relazione negativa tra i processi di deactivation e l’impulsività. Sarebbe interessante approfondire tale dato poiché potrebbe motivare il comportamento

di soggetti particolarmente impulsivi: agire senza soppesare le conseguenze delle proprie azioni, infatti, non permetterebbe una neutralizzazione e un distacco da stimoli potenzialmente stressanti. Tali dati andrebbero supportati da evidenze sperimentali, attualmente non riscontrate in letteratura poiché tale strumento manca di una validazione scientifica. In conclusione, rispetto alle relazioni tra i processi difensivi attivati dalle tavole e i sintomi degli adolescenti emerge chiaramente quanto le tavole “alone” siano maggiormente evocative e riflessive rispetto alle tavole diadiche, tanto da suscitare maggiori processi difensivi. Sarebbe interessante, dunque, approfondire il confronto tra processi difensivi emergenti nelle tavole “alone” rispetto alle tavole diadiche, in soggetti con disturbi psicopatologici.

Come ampiamente spiegato, la funzione genitoriale o parenting rappresenta una caratteristica fondamentale nella vita del bambino poiché influenza attivamente il suo sviluppo. Come dimostrato dal modello processuale di Belsky (1984), la capacità dell'individuo di prendersi cura di un altro all'infuori di sé è determinata non solo da caratteristiche personali del genitore e del bambino, ma anche da caratteristiche ambientali e sociali in cui tale relazione si sviluppa. Tali aspetti possono avere effetti positivi o negativi su entrambi i componenti della diade, esercitando un impatto significativo sul benessere familiare. In un'ottica bidirezionale delle relazioni primarie, i componenti della diade si influenzano a vicenda. A tal proposito, si è analizzato l'impatto che la psicopatologia degli adolescenti del campione di riferimento possa avere sul benessere genitoriale, in termini di stress o burnout sia nelle madri sia nei padri. Dai risultati emerge una forte relazione tra gli indici di depressione della madre riportati con la DASS-21 e i sintomi dei problemi internalizzanti e totali degli adolescenti riportati con la Youth Self Report. Tale risultato, in linea con la letteratura di riferimento (Brannan &

Heflinger, 2006; Steiter & Habelstadt, 2011), potrebbe indicare un importante impatto della psicopatologia dei figli sul benessere genitoriale. Analizzando, invece, i risultati dei padri, non emergono correlazioni significative in relazione ai sintomi degli adolescenti, però è interessante notare una relazione tra lo stress genitoriale e l'indice di impulsività, dato da indagare maggiormente su una coorte di popolazione clinica di maggiore numerosità. Come emerge dalla letteratura (Goodier et al., 2014; Kelada et al., 2016) il benessere dei figli non solo risulta indicativo del benessere genitoriale, ma potrebbe fungere da fattore di rischio per l'insorgenza di malessere genitoriale. Sarebbe dunque interessante osservare come varino i livelli di stress nelle coppie genitoriali prima e dopo lo sviluppo di psicopatologia nei figli. Poiché lo stress genitoriale è strettamente connesso alla percezione delle proprie capacità, sarebbe utile investire sulla prevenzione: migliorare l'autopercezione delle proprie competenze genitoriali potrebbe fungere da fattore protettivo contro lo sviluppo di disturbi internalizzanti tanto nei genitori quanto nei figli (Melnyc et al., 2004). Inoltre, questo potrebbe avere un effetto significativo anche sul benessere familiare, in modo da evitare la compromissione della capacità regolatoria del figlio e della comunicazione diadica (Jacob & Johnson, 1997; Gottman & Wilson, 2002).

Sono state inoltre valutate eventuali correlazioni tra i totali dei processi difensivi messi in atto dagli adolescenti in relazione ai sintomi genitoriali. È stata individuata una correlazione negativa tra i sintomi materni di stress emergenti dalla PSI-SF e i sistemi segregati normativi. Questo dato risulta di particolare interesse in quanto i sistemi segregati normativi rappresentano dei sistemi difensivi non patologici, ma utili all'attivazione del sistema di attaccamento suscitato dalle tavole. Un aumento di tali meccanismi difensivi implica una diminuzione dei sintomi stressanti riportati dai genitori.

Ciò potrebbe fungere da fattore protettivo contro lo sviluppo di psicopatologie genitoriali. Inoltre, sono state riscontrate delle correlazioni positive tra il meccanismo di deactivation con i sintomi depressivi della madre e con il totale degli indici di burnout paterno. Sarebbe interessante valutare tali associazioni in un campione maggiormente ampio, poiché i meccanismi difensivi adolescenziali, spesso inconsci, possono essere correlati a sintomi genitoriali.

Infine, sono state analizzate le correlazioni tra i problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali degli adolescenti riportati da loro stessi e dai genitori. Sono emersi forti correlazioni di accordo tra i sintomi esternalizzanti riportati dagli adolescenti e quelli riportati dalle madri, e tra i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti riportati dagli adolescenti e dai padri. In generale, tali correlazioni potrebbero essere indice di un'attenzione significativa dei genitori rispetto alle problematiche adolescenziali. A sostegno di questa ipotesi è bene ricordare che, trattandosi di ragazzi minorenni, è stato necessario il consenso firmato da parte di entrambi i genitori per la partecipazione volontaria al progetto. La loro disponibilità e l'investimento del loro tempo mostrano interesse e cura verso il benessere psicologico dei figli.

Infine, è stato indagato solo su 21 soggetti (7 adolescenti e 14 genitori) quanto l'attuale situazione pandemica abbia inciso sul benessere psicologico personale. I risultati riportano una maggiore incidenza della pandemia sul benessere psicologico degli adolescenti rispetto ai genitori, percezione confermata dagli stessi genitori. Nonostante il numero esiguo di soggetti considerati, tale dato è conforme a studi in letteratura che dimostrano che adolescenti affetti da problematiche psicopatologiche sono stati maggiormente colpiti (Cao, 2020; Guerrini Usubini et al., 2021).

## **6.1 Limiti e sviluppi futuri**

Dal presente studio emergono alcuni limiti. In primo luogo, la numerosità campionaria rappresenta il limite primario per il presente studio: 30 soggetti, di cui 10 adolescenti e 20 genitori, rappresentano una coorte di popolazione ristretta su cui poter vagliare delle ipotesi ben fondate e da cui poter trarre delle inferenze statistiche riguardo le relazioni tra le variabili oggetto di interesse. Inoltre, poiché i dati presentati sono stati raccolti in due servizi differenti, non è stato possibile somministrare l'intera batteria di test su tutti i soggetti inseriti all'interno del medesimo studio. Ciò rappresenta un limite importante in quanto non si è potuta mantenere una numerosità campionaria costante. Tra le caratteristiche del campione, l'età può rappresentare in parte un ostacolo: condurre uno studio su una popolazione minorenni implica l'adesione al consenso informato da parte di entrambi i genitori, clausola necessaria che spesso si fatica a reperire, motivo che ha condotto all'esclusione di un numero notevole di soggetti inizialmente selezionati. Inoltre, la vulnerabilità emotiva dei soggetti con problematiche psicopatologiche ha rappresentato un importante limite per la partecipazione allo studio: spesso i genitori hanno negato il proprio consenso per evitare di esporre il proprio figlio a contenuti emotivamente stimolanti. In aggiunta, l'attuale situazione pandemica ha limitato la conduzione del presente studio: organizzare incontri in presenza che coinvolgessero genitori, adolescenti e psicologi strutturati in un periodo a rischio di contagio da Covid-19 ha, in parte, ostacolato la raccolta dati. Tra i possibili limiti strutturali del presente studio si potrebbero menzionare le tempistiche necessarie per la completa somministrazione dei questionari: le numerose variabili indagate rendono necessario l'utilizzo di molte domande, prolungando le tempistiche di compilazione dei test. Considerando la natura preliminare del presente studio, non è stato ancora inserito un

gruppo di controllo. Tuttavia, è prevista la futura inclusione di un gruppo di controllo di soggetti sani, utile per confrontare le variabili di interesse non solo all'interno dei gruppi sperimentali ma anche in relazione ad un campione sano.

Alla luce delle sopracitate considerazioni, tale studio preliminare ha avuto un ruolo esplorativo rispetto allo studio promosso dal Dipartimento dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova, in collaborazione con il Dipartimento della salute della Donna e del Bambino e con la UOC di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dal titolo "Impulsività, Alessitimia e sistemi relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche". È dunque necessario ampliare la coorte di soggetti e condurre ulteriori indagini per approfondire i risultati ottenuti e per ottimizzare la metodologia.

Considerando la complessità della popolazione clinica di riferimento sarebbe interessante approfondire il retroscena familiare, in relazione all'influenza bidirezionale del rapporto diadico genitore-figlio. Sarebbe utile investire sull'importanza della rete sociale e sulle relazioni primarie come fattori protettivi rispetto allo sviluppo di psicopatologie. Infatti, promuovere dei percorsi di sensibilità genitoriale e fornire strumenti adeguati a fronteggiare tali disturbi potrebbe prevenire lo sviluppo di disordini familiari. In particolare, attraverso uno studio longitudinale, sarebbe interessante valutare come possano evolversi e migliorare le capacità di problem solving e di regolazione emotiva in adolescenti con problematiche psicopatologiche.



## BIBLIOGRAFIA

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259–271.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0022796>
- Abidin, R. R., & Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index (PSI)*. Charlottesville (VA): Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1976). *A Model of Parenting Stress*. Unpublished work.
- Abidin, R.R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 298-301.  
DOI: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1)
- Abidin, RR. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Adattamento italiano Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camicasca, E., & Serantoni, G. (a cura di), *Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.)*. Firenze: Giunti, 2008.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms and profile*. Burlington (VT): Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adam, K. S. (1990). Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 39–96). American Psychiatric Association.
- Adam, K. S. (1994). Suicidal behavior and attachment: A developmental model. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 275–298). New York: Guilford Press.
- Adam, K. S., Lohrenz, J. G., Harper, D., & Streiner, D. (1982). Early parental loss and suicidal ideation in university students. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 27*(4), 275–281.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/070674378202700403>
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 264–272.  
DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.264>
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental cognitive*

*neuroscience*, 15, 11–25.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>

Ainsworth, M.D.S. (1963). Lo sviluppo dell'interazione fra il bambino e la madre tra i Gnada. Tr. It. Dazzi, N. e Speranza, A. M., (a cura di). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Milano: Cortina.

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. & Stayton, D. (1974). L'attaccamento madre-bambino e lo sviluppo sociale. Tr. It. In Richards, M.P. (a cura di), *L'Integrazione del bambino in un mondo sociale* (pp.119-158). Milano: FrancoAngeli.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S., (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strangersituation*. Illsdale (N.J.): Erlbaum.

Aldao, A., & Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100–107.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.022>

Aldao, A., Gee, D., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927-946.

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 263–278.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4>

Anthony, L.G., Anthony, B.J., Glanville, D.N., Naiman, D.J., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133-54.

DOI: <https://doi.org/10.1002/icd.385>

APA, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; trad.it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Cortina.

Avila, C., Cuenca, I., Félix, V., Parcet, M. A., & Miranda, A. (2004). Measuring impulsivity in school-aged boys and examining its relationship with ADHD and ODD ratings. *Journal of abnormal child psychology*, 32(3), 295–304.

DOI: <https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000026143.70832.4b>

- Bäck E. A. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Eating disorders*, 19(5), 403–424.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.609091>
- 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.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 279–288.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.279>
- \*Barone, L. 2007. Emozioni e sviluppo. Percorsi tipici e atipici, Roma: Carocci.
- Barone, L., & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & human development*, 11(4), 405–417.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/14616730902814770>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x>
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: three questions about family interaction. *Child development*, 67(2), 556–578.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01751.x>
- Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Blumenthal S. J. (1990). Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *The Psychiatric clinics of North America*, 13(3), 511–556.
- Bornstein, M.H. (2001). Parenting: science and practice. In *Handbook of parenting, vol.1: Children and parenting* (pp.1-4). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 60, 170–181.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-53.

- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. I: Attachment; trad. it. Attaccamento e perdita, Vol. I: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2. Separation: anxiety and anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Tr. It. Raffaello Cortina: Milano.
- Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-years-old goes to hospital. *The Psychoanalytic study of the child*, 7(1), 82-94.
- Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2006). Caregiver, child, family, and service system contributors to caregiver strain in two child mental health service systems. *The journal of behavioral health services & research*, 33(4), 408–422.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9035-1>
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 551–559.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(96\)00228-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00228-0)
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmanm, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A. & Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(4), 337–348.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Butler, G. K., & Montgomery, A. M. (2005). Subjective self-control and behavioural impulsivity coexist in anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 6(3), 221–227.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.002>
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., Howley, J., Staunton, D., & Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 493–504.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104508096765>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.  
DOI: <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships, in N. Fox (a cura di). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral consideration*, (pp.228-249). Chicago, Ill.: University of Chicago.
- Cassidy, J. (2008). La natura dei legami del bambino. Tr. It. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. II ed., (pp. 7-28). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895–916.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber & K. Dodge (a cura di), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (Cambridge Studies in Social and Emotional Development, pp. 15-48). Cambridge: Cambridge University Press.  
DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511663963.003>
- Claes, L., Vandereycken, W. and Vertommen, H. (2003), Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 11(5), 379-396.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.510>
- Claes, L., Vertommen, H., & Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the Dickman Impulsivity Inventory. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 27–35.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00172-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00172-5)
- Clément, M. È., Bérubé, A., & Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public health*, 138, 86–92.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.018>
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317–333.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>

- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2014). Coping and Emotion Regulation from Childhood to Early Adulthood: Points of Convergence and Divergence. *Australian journal of psychology, 66*(2), 71–81.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/ajpy.12043>
- Conger, R. D., Patterson, G. R., & Ge, X. (1995). It takes two to replicate: a mediational model for the impact of parents' stress on adolescent adjustment. *Child development, 66*(1), 80–97.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00857.x>
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive–Emotional–Behavioural Therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review, 14*(6), 448-461.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating behaviors, 8*(1), 23–30.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.08>
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. *Journal of pediatric psychology, 38*(8), 809–828.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In Bornstein, M.H. (a cura di), *Handbook of parenting, vol.5: Practical Issues in parenting* (pp. 243-267). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cusinato, M., Iannatone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health, 17*(22), 8297.  
DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G., & Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry research, 215*(1), 176–184.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- De Carli, P., & Simonelli, A. (2018). La teoria dell'attaccamento. Dall'etologia alle neuroscienze. In Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (a cura di), *Basi Biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche* (pp. 99-120). Milano: Cortina.

- de Jong M. L. (1992). Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 21(3), 357–373.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01537023>
- de Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American journal of psychiatry*, 149(1), 45–51.  
DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.149.1.45>
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting Stress*. New Haven (CT): Yale University Press.  
DOI: <https://doi.org/10.12987/yale/9780300103939.001.0001>
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: Dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 1218.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01218>
- Di Blasio, P., Camisasca, E., Miragoli, S., Ionio, C., & Milani, L. (2017). Does maternal parenting stress mediate the association between postpartum PTS symptoms and children's internalizing and externalizing problems? A longitudinal perspective. *Child & Youth Care Forum*, 46(5), 685–701.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9400-7>
- Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G., & Cellini, N. (2021). The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *European child & adolescent psychiatry*, 30(9), 1401–1412.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01631-3>
- Di Riso, D., & Lis, A. (2016). *Psicodinamica dei pattern di attaccamento in età adulta e adolescenza – L'Adult Attachment Projective Picture System*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J. P., & Roisman, G. I. (2011). Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attachment & human development*, 13(2), 155–167.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.554005>
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *The International journal of eating disorders*, 40(2), 149–155.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20351>
- Eisenberg, N., Hofer, C. and Vaughan, J. (2007) Effortful control and its socio-emotional consequences. In J. J. Gross (a cura di), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 287-306). New York: The Guildford Press.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of child psychology and psychiatry, and*

- allied disciplines*, 41(6), 727–736.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00660>
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., & Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. *Advances in psychosomatic medicine*, 28, 141–168.  
DOI: <https://doi.org/10.1159/000106802>
- Fava Vizziello, G., Colucci, M.R., Disnan, G., & Simonelli, A. (2003). *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Fearon, P., Shmueli-Goetz, Y., Viding, E., Fonagy, P., & Plomin, R. (2014). Genetic and environmental influences on adolescent attachment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(9), 1033–1041.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12171>
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine*, 30(1), 23–39.  
DOI: <https://doi.org/10.1017/s003329179900135x>
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). Cos'è la mentalizzazione? Il concetto e le sue basi nella ricerca sullo sviluppo. In Migdley, N., & Vrouva, I. (a cura di), (pp.21-48).
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 22–31.  
DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.22>
- Ford, B. Q., & Mauss, I. B. (2015). Culture and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 1–5.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.004>
- Foster, C. J. E., Garber, J., & Durlak, J. A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 527–537.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9197-1>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1136.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Gatta M., Sudati L., Sisti M., Miscioscia M., Calloni V., & Simonelli A. (2017). Il ruolo delle interazioni familiari nell'espressione del disagio psichico in adolescenza: uno studio preliminare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 21(3), 397-418.
- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., & Battistella, P. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured

- adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, Article 2307-2317.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S106433>
- Gatta, M., Dal Zotto, L., Nequinio, G., Del Col, L., Sorgato, R., Ceranto, G., Testa, C. P., Pertile, R., & Battistella, P. A. (2011). Parents of adolescents with mental disorders: improving their caregiving experience. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 478–490.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9415-2>
- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M.G. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *Arts in Psychotherapy*, 41, 1-6.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.11.001>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984). *The Adult attachment interview*. University of California, Berkeley. Manoscritto non pubblicato.
- George, C., West, M. (2001) The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, 3 (1), 30–61.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/14616730010024771>
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1997). *The Adult Attachment Projective. Unpublished attachment measure and coding manual*. Oakland (CA), Mills College.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide & life-threatening behavior*, 45(6), 664–678.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12159>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality disorders*, 1(1), 67–75.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0017427>
- Goldner, E. M., & Birmingham, C. L. (1994). Anorexia nervosa: Methods of treatment. In Mott, L.A., & Lumsden, B.D. (a cura di), *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity* (pp.135-157). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Goodier, G. H. G., McCormack, J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G., & Treasure, J. L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: a qualitative study. *The International journal of eating disorders*, 47(4), 368-375.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22224>
- Gottman, J.M., & Wilson, B.J. (2002). Marital conflict, repair, and parenting. In Bornstein, M.H. (a cura di), *Handbook of parenting*, vol.4: *social conditions and applied parenting* (pp. 227-258). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.

- Gratz, K.L. and 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.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K.L., Roemer, L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26 (1): 41–54 (2004).  
DOI: <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.  
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137.  
[doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751](https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751)
- Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camicasca, E., & Serantoni, G. (2008). *Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.)*. Firenze: Giunti.
- Guerrini Usubini, A., Cattivelli, R., Varallo, G., Castelnuovo, G., Molinari, E., Giusti, E. M., Pietrabissa, G., Manari, T., Filosa, M., Franceschini, C., & Musetti, A. (2021). The Relationship between Psychological Distress during the Second Wave Lockdown of COVID-19 and Emotional Eating in Italian Young Adults: The Mediating Role of Emotional Dysregulation. *Journal of personalized medicine*, 11(6), 569.  
DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm11060569>
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 157–172.  
DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198923\)10:3<157::AID-IMHJ2280100304>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198923)10:3<157::AID-IMHJ2280100304>3.0.CO;2-3)
- Hakvoort, E.M., Bos, H.M.W., Van Balen, F., & Hermanns, J.M.A. (2012). Spillover between mothers' postdivorce relationships: The mediating role of parenting stress. *Personal Relationships*, 19, 247-254.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01351.x>

- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13 (12), 673-685.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Morag-Yaffe, M., Gazieli, M., Schapir, L., Zalsman, G., & Shoval, G. (2014). Parents of adolescents with psychiatric disorders: insight into the disorder, self-stigma and parental stress. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1106–1110.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.003>
- Hawton, K., O'Grady, J., Osborn, M., & Cole, D. (1982). Adolescents who take overdoses: Their characteristics, problems and contacts with helping agencies. *The British Journal of Psychiatry*, 140, 118–123.  
DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.140.2.118>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*, 44(Pt 2), 227–239.  
DOI: <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of psychiatric research*, 31(4), 451–465.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(97\)00004-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(97)00004-6)
- \*Hewitt, P., Flett, G., & Mikail, S. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 922–928.  
DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.922>
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T., & Hagenah, U. (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating disorders*, 13(4), 381–390.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/10640260591005263>
- Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental burnout: When exhausted mothers open up. *Frontiers in Psychology*, 9, 1021.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01021>
- Isley, S. L., O'Neil, R., Clatfelter, D., & Parke, R. D. (1999). Parent and child expressed affect and children's social competence: Modeling direct and indirect pathways. *Developmental Psychology*, 35(2), 547–560.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.547>
- Iyengar, U., Kim, S., Martinez, S., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2014). Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of

- reorganization. *Frontiers in psychology*, 5, 966.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00966>
- Jacob, T., & Johnson, S. L. (1997). Parent–child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *Journal of Family Psychology*, 11(4), 391–409.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.4.391>
- Janis, I. B., & Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry research*, 169(3), 261–267.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.041>
- Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Parents’ experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3403–3416.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0496-4>
- Klump, K. L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilenfeld, L. R., & Bulik, C. M. (2002). Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 31(2), 118–135.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.10024>
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231–245.  
DOI: <https://doi.org/10.2307/1131448>
- Kosky, R. (1983). Childhood suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 457–468.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1983.tb00121.x>
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 830–836.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2>
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, 581–599.  
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021273129664>
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., and Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*. 24, 581–599.  
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021273129664>
- Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*. Milano, Raffaello Cortina.

- \*Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M.-E., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Personality and Individual Differences, 119*, 216–219.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.023>
- Lebert-Charron, A., Dorard, G., Boujut, E., & Wendland, J. (2018). Maternal Burnout Syndrome: Contextual and Psychological Associated Factors. *Frontiers in psychology, 9*, 885.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00885>
- Lejonclou, A., Nilsson, D., & Holmqvist, R. (2014). Variants of potentially traumatizing life events in eating disorder patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(6), 661–667.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0034926>
- Lis, A., Venuti, P., & De Zordo, M. R. (1995). *Il colloquio come strumento psicologico*. Firenze: Giunti.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet. Child & adolescent health, 4*(5), 347–349.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*(3), 335–343.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In J. Cassidy & P. (a cura di) Shaver, *Handbook of attachment*, III ed. New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 67–96.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>
- Magallón-Neri, E., González, E., Canalda, G., Forns, M., De La Fuente, J. E., Martínez, E., García, R., Lara, A., Vallès, A., & Castro-Fornieles, J. (2014). Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 22*(3), 176–184.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2268>

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). New York: Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). Chicago: The University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66–104.  
DOI: <https://doi.org/10.2307/3333827>
- \*Main, M., van Uzendoorn, M. H., & Hesse, E. (1993, March 25-28). Unresolved/unclassifiable responses to the AAI: Predictable from unresolved states and anomalous beliefs in the Berkeley-Leiden Adult Attachment Questionnaire. Paper presented at the 60th Anniversary Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
- Maltsberger J. T. (1988). Suicide danger: clinical estimation and decision. *Suicide & life-threatening behavior*, 18(1), 47–54.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1988.tb00140.x>
- Maria Zetterqvist, Linda S Jonsson, Carl Göran Svedin. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011 – 2021. *Psychiatry Research* 305 (2021) 114208. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>
- McDonald, G., O'Brien, L., & Jackson, D. (2007). Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *Journal of Child Health Care*, 11(4), 298–310.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1367493507082759>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544–554.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a Clinically Depressed Sample: Factor Structure, Personality Correlates, and Prediction of Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1371–1385.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10228>
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M., & Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental

- health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, *113*(6), e597–e607.  
DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e597>
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR<sup>2</sup>). *Frontiers in psychology*, *9*, 886.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886>
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018c). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & neglect*, *80*, 134–145.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it, and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, *7*(6), 1319–1329.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
- Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., and Roskam, I. (2018b). Exhausted parents: sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and familyfunctioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies*, *27*, 602–614.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0892-4>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social development*, *16*(2), 361–388.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Murray, L. (2014). *The psychology of babies*, London, Constable & Robinson; trad. it. Le prime relazioni del bambino. Dalla nascita a due anni, i legami fondamentali per lo sviluppo. Milano: Cortina.
- Myers, T. C., Wonderlich, S. A., Crosby, R., Mitchell, J. E., Steffen, K. J., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2006). Is Multi-Impulsive Bulimia a Distinct Type of Bulimia Nervosa: Psychopathology and EMA Findings. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(8), 655–661.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20324>
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (pp. 430-439). London: Butterworths.
- Nicolini, C. (a cura di) (2009). *Il colloquio psicologico nel ciclo di vita*. Roma: Carocci Editore.
- Nock M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, *6*, 339–363.  
DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>

- Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr, Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), 65–72.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(4), 569–582.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *6*(6), 589–609.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *193*(2), 140–144.  
DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045930>
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptoms Be Proximity-Seeking?. *Child and Adolescent Social Work Journal* *19*, 421–435.  
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021141612634>
- Ouwens, M. A., van Strien, T., & van Leeuwe, J. F. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, *53*(2), 245–248.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.06.001>
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child abuse & neglect*, *28*(3), 339–354.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768–774.  
DOI: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1)
- Polk, E., & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, *43*(3), 567–577.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.003>
- Ponnet, K., Mortelmans, D., Wouters, E., Van Leeuwen, K., Bastaits, K., & Pasteels, I. (2013). Parenting stress and marital relationship as determinants of mothers' and fathers' parenting. *Personal Relationships*, *20*(2), 259–276.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2012.01404.x>

- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., and Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and Weight Disorder – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6, 166–170.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03339766>
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education*, 106(1), 9–20.  
DOI: <https://doi.org/10.1108/09654280610637166>
- Raver, C. C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development*, 75, 346–353.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00676.x>
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 119–130.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.761>
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du centre international de l'Enfrance*, 2, 131-142.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482–1489.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00008>
- Rodav, O., Levy, S., & Hamdan, S. (2014). Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8), 503–508.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.008>
- Rogier, G., Petrocchi, C., D'aguanno, M., & Velotti, P. (2017). Self-harm and Attachment in Adolescents: What is the Role of Emotion Dysregulation? *European Psychiatry*, 41(S1), S222-S222.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2214>
- Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Roskam, I., Raes, M. E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in psychology*, 8, 163.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>
- Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R. S., & Ng-Mak, D. S. (2007). Adolescent suicidal behavior: Associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. *Journal of the American Academy of Child &*

*Adolescent Psychiatry*, 46(7), 859–866.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e702>

- Salzman J. P. (1996). Primary attachment in female adolescents: association with depression, self-esteem, and maternal identification. *Psychiatry*, 59(1), 20–33.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.1996.11024748>
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3–19). New York: The Guilford Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Coping With Relationship Stressors: The Impact of Different Working Models of Attachment and Links to Adaptation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 24-38.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9015-4>
- \*Sevecke K. (2013). “Bindungsrepräsentation jugendlicher Patientinnen mit Anorexia Nervosa,” in Poster at the 20. Wissenschaftliche Tagung des Arbeitskreis Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Cologne.
- Shaunese, K., Cohen, J. L., Plummer, B., & Berman, A. (1993). Suicidality in hospitalized adolescents: relationship to prior abuse. *The American journal of orthopsychiatry*, 63(1), 113–119.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/h0079411>
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Simonelli, A. (2018). Introduzione. In Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (a cura di), *Basi biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche* (pp.IX-XII). Milano: Cortina.
- Simpson, J.A., & Belsky, J. (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (a cura di), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. III ed., (pp. 91-116). New York: Guilford Press.
- Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C. & Vallejo, J. (2005), Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 3-10.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.618>
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Speranza, A.M. (2017). I disturbi della regolazione emotiva e dell’attaccamento. In Tambelli, R. *Manuale di psicopatologia dell’infanzia* (pp. 177-209). Bologna: Il Mulino.

- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, *63*(4), 365–371.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.008>
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*, *11*, 1713.  
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, *9*(3), 335–363.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90061-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90061-5)
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, *47*(5), 385–395.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Steiger, H., & Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *52*(4), 220–227.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370705200403>
- Stein, D., Lilenfeld, L. R., Wildman, P. C., & Marcus, M. D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, *45*(6), 447–451.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.011>
- Steinberg L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, *9*(2), 69–74.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steins, G., Albrecht, M., and Stolzenburg, H. (2002). Bindung und Essstörungen: Die Bedeutung interner Arbeitsmodelle von Bindung für ein Verständnis von Anorexie und Bulimie. Attachment and eating disorders: The importance of internal working models of attachment for the comprehension of anorexia and bulimia. *Z. Klinische Psychol. Psychother.* *31*, 266–271.  
DOI: <https://doi.org/10.1026/0084-5345.31.4.266>
- Stelter, R. L., & Halberstadt, A. G. (2011). The Interplay Between Parental Beliefs about Children's Emotions and Parental Stress Impacts Children's Attachment Security. *Infant and child development*, *20*(3), 272–287.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/icd.693>
- Stewart, J. G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of psychiatric research*, *84*,

105–112.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.031>

- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior, 44*(3), 273–303.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2- and 3-year-olds: contributions to language and cognitive development. *Child development, 75*(6), 1806–1820.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00818.x>
- Telleschi, R., & Torre, G. (a cura di). (1997). *Il primo colloquio con l'adolescente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Terenio, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 16*(1), 49–58.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.801>
- Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 25–52.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Tronick, E.Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children* (pp. 571). New York: W.W. Norton & Company.
- Tronick, E.Z. (2008). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. In L. Carli e C. Rondini (a cura di), *Le forme dell'intersoggettività* (pp.217-232). Milano: Cortina.
- Tull, M. T., Medaglia, E., & Roemer, L. (2005). An investigation of the construct validity of the 20-Item Toronto Alexithymia scale through the use of a verbalization task. *Journal of Psychosomatic Research, 59*(2), 77–84.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.016>
- Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2018). *Basi Biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche*. Milano: Cortina.
- Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (2018). Basi teoriche ed evidenze empiriche. In Venuti, P., Simonelli, A., & Rigo, P. (a cura di), *Basi biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche* (pp. 2). Milano: Cortina.

- Verzelletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C. & Agnoli, S. (2016) Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence, *Cogent Psychology*, 3(1), DOI: <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1199294>
- Von Wietersheim, P. J., Holzinger, K., Zhou, X., and Pokorny, D. (2014). Attachment in AAP episodes and family relationships in CCRT-LU narratives of patients with bulimia nervosa and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 76 (6), 519.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.096>
- Waldfoegel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children*, 20(2), 87–112.  
DOI: <https://doi.org/10.1353/foc.2010.0002>
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *The British journal of medical psychology*, 74(Pt 4), 497–505.  
DOI: <https://doi.org/10.1348/000711201161145>
- Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., & Levinson, D. F. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 34(3), 169–180.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(98\)00089-9](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(98)00089-9)
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current opinion in psychology*, 3, 22–29.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.013>
- \*Winnicott, D. W. (1964/1991). *The Child, the Family and the Outside World*. London: Penguin.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107–1115.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00018>
- Yachmenoff, D.K., Koren, P.E., Freisen, B.J., Gordon, L.J., & Kinney, R.F. (1998). Enrichment and stress in families caring for a child with a serious emotional disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 7(2), 129-45.  
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1022935014502>
- Yip, K., Ngan, M., & Lam, I. (2003). A Qualitative Study of Parental Influence on and Response to Adolescents' Self-Cutting in Hong Kong. *Families in Society*, 84(3), 405–416.  
DOI: <https://doi.org/10.1606/1044-3894.129>

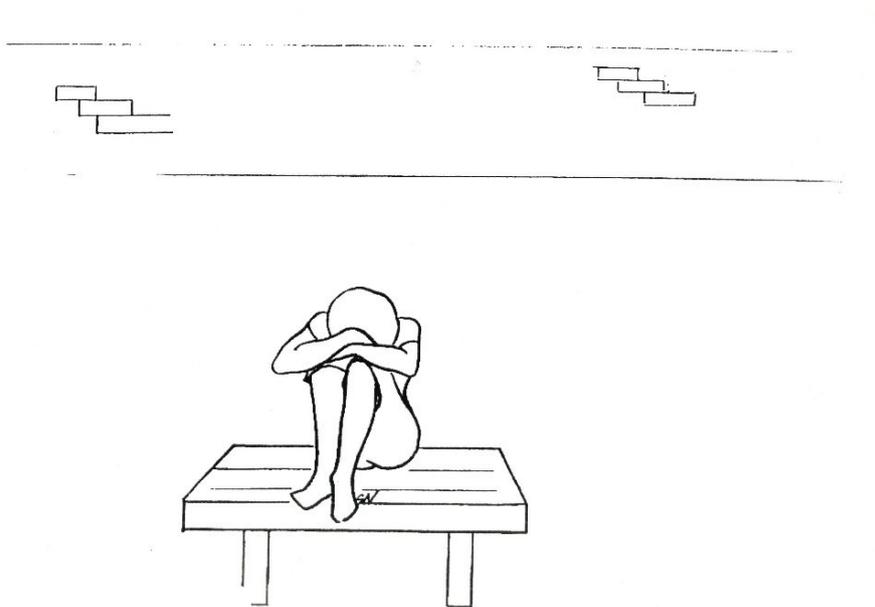
- Young, S. E., Stallings, M. C., Corley, R. P., Krauter, K. S., & Hewitt, J. K. (2000). Genetic and environmental influences on behavioral disinhibition. *American journal of medical genetics*, 96(5), 684–695.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 155–168.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
- Zetterqvist, M., Jonsson, L. S., Landberg, Å., & Svedin, C. G. (2021). A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011 - 2021. *Psychiatry research*, 305, 114208. Advance online publication.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>

\*opera non direttamente consultata

## APPENDICE

In questa sezione verranno riportati due esempi di tavole dell'Adult Attachment Picture System (AAP), in particolare "bench", esempio di tavola "alone", e "ambulance", diadica.

*Figura 1 - Bench*



*Figura 1 - Ambulance*

