



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

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

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

## Tesi di Laurea Magistrale

**Parentificazione e adattamento:  
uno studio sulla sintomatologia ansiosa e depressiva nell'ambito della teoria  
dell'attaccamento**

Parentification and adaption: a study about anxiety and depression symptoms  
within the framework of the attachment theory

***Relatore***

Prof. Vincenzo Calvo

***Correlatrice***

Dott.sa Chiara Masaro

***Laureanda:*** Angela Pernisco

***Matricola:*** 2020906

Anno Accademico 2022/2023



# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Capitolo I: Dalle relazioni primarie all’adattamento adulto.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 L’importanza delle relazioni primarie: Il costrutto di attaccamento.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 I diversi tipi di attaccamento e i relativi Modelli Operativi Interni.....	10
1.1.2 Implicazioni dell’attaccamento sull’adattamento adulto.....	15
<b>1.2 Quando i ruoli si invertono: Il costrutto di parentificazione.....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Definizione del costrutto.....	22
1.2.2 Contesto: Sistema familiare e lealtà relazionale.....	23
1.2.3 Ruoli assegnati.....	26
1.2.4 Caratteristiche distintive della parentificazione.....	29
1.2.5 Costrutti correlati: la dissoluzione di confini.....	31
1.2.6 La relazione tra parentificazione e attaccamento.....	33
1.2.6.1 Parentificazione e attaccamento infantile.....	33
1.2.6.2 Implicazioni relative alle relazioni romantiche.....	35
1.2.7 Parentificazione adattiva e distruttiva: possibili implicazioni.....	39
1.2.7.1 Fattori di rischio e fattori protettivi.....	44
1.2.7.2 Variabili socioculturali e di genere.....	46
1.2.7.3 Contesto contemporaneo: pandemia (COVID-19) .....	47
<b>1.3 Adattamento adulto.....</b>	<b>48</b>
1.3.1 Control-Mastery Theory e Disturbo dell’adattamento.....	48
1.3.2 Sintomatologia ansiosa.....	52
1.3.3 Sintomatologia depressiva.....	53
<b>2. Capitolo II: La ricerca.....</b>	<b>56</b>
<b>2.1 Il progetto di ricerca.....</b>	<b>56</b>
2.1.1 Obiettivi ed ipotesi.....	56
2.1.1.1 Primo modello ipotizzato.....	61
2.1.1.2 Secondo modello ipotizzato.....	63
2.1.2 Partecipanti.....	65
2.1.3 Strumenti.....	68

2.1.3.1	Questionario sociodemografico.....	68
2.1.3.2	Parentification Scale.....	68
2.1.3.3	Experience in Close Relationship Revised (ECR-R) .....	70
2.1.3.4	Patient Health Questionnaire-9.....	72
2.1.3.5	General Anxiety Disorder-7.....	74
2.1.4	Procedura.....	76
2.1.5	Analisi dei dati.....	77
<b>2.2</b>	<b>Risultati.....</b>	<b>79</b>
2.2.1	Statistiche descrittive e analisi correlazionali.....	79
2.2.2	I modelli di mediazione.....	81
<b>3.</b>	<b>Capitolo III: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....</b>	<b>85</b>
<b>3.1</b>	<b>Discussione.....</b>	<b>85</b>
3.1.1	Analisi correlazionali tra Parentificazione, dimensioni dell'Attaccamento insicuro, Sintomatologia ansiosa e depressiva.....	86
3.1.2	Il ruolo dell'attaccamento romantico.....	87
3.1.3	Primo modello ipotizzato.....	90
3.1.4	Secondo modello ipotizzato.....	91
3.1.4.1	L'effetto diretto della Parentificazione sulla Sintomatologia Depressiva.....	93
<b>3.2</b>	<b>Conclusioni, limiti e prospettive future.....</b>	<b>96</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>99</b>

## Introduzione

All'interno del presente elaborato, centrale risulta il costrutto di parentificazione il quale è definito come un particolare fenomeno relazionale che potrebbe verificarsi nell'ambito delle relazioni familiari: la maggior parte dei ricercatori concorda sul definire la parentificazione quale disturbo dei confini generazionali e l'assunzione di un ruolo genitoriale da parte del bambino (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) (Chase, 1999; Jurkovic, 1997; Karpel, 1976; Minuchin et al., 1967).

Tuttavia, nonostante il termine venga utilizzato in riferimento a dinamiche familiari disfunzionali, è possibile osservare tale fenomeno nella maggior parte dei fenomeni umani manifestandosi quale nucleo regressivo anche in rapporti equilibrati caratterizzati da reciprocità, dunque non caratterizzandosi come intrinsecamente patologico (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

A tal proposito, è possibile differenziare la parentificazione distruttiva (Jurkovic et al., 1999) dalla parentificazione adattiva (Jurkovic, 1997).

La parentificazione adattiva si distingue dalla sua variante distruttiva in quanto fondata sulla trasparenza del ruolo ricoperto dal bambino (Schier et al., 2015), limitatezza temporale e moderata intensità (Kerig, 2005).

La parentificazione distruttiva, al contrario, è caratterizzata da illegittimità sociale, mancanza di reciprocità del sostegno che il bambino dona al genitore, inadeguatezza del ruolo assegnato all'età, entità dell'onere sostenuto dal bambino e gli esiti disadattivi che ne conseguono (Jurkovic et al., 1999).

Tali esiti disadattivi potrebbero manifestarsi innanzitutto nell'ambito dell'attaccamento del bambino, instaurandosi quale attaccamento insicuro: infatti, un disturbo dell'attaccamento si verifica quando sono presenti "disturbi pervasivi e profondi nei sentimenti di sicurezza e protezione del bambino" come nei casi in cui il bambino deve, a suo discapito, occuparsi della sicurezza dell'adulto come nel caso dell'inversione di ruolo" (Zeanah et al., 1993, p. 337).

Quando si verifica una minaccia al sistema di attaccamento si osserva ansia da separazione e comportamenti di attaccamento: entrambi osservabili relativamente al fenomeno della parentificazione (Bowlby, 1980).

A causa di una depressione o di qualche altra tipologia di disabilità, il caregiver non risulta in grado di prendersi cura del bambino ma, al contrario, pretende o si aspetta che quest'ultimo si prenda cura di sé e/o di altri membri del sistema familiare (Barnett & Parker, 1998). Quest'interazione potrebbe portare il bambino a un'unica modalità possibile finalizzata alla vicinanza con la figura di riferimento basata sul "prendersi cura o essere respinti" che potrebbe diventare tale anche in età adulta in cui il prezzo della vicinanza consisterebbe nella deferenza e sottomissione di sé (West & Keller, 1991).

A fronte di tale dinamica, il bambino potrebbe sperimentare da un lato una diminuzione dell'autostima a fronte dell'impotenza vissuta e dall'altro rabbia dovuta alla mancanza di cure appropriate da parte dei genitori; quest'ultima, al fine di mantenere un legame con il caregiver verrà repressa provocando a sua volta, un forte senso di colpa che probabilmente, rappresenta una potente e disadattiva forza motivante (Barnett & Parker, 1998).

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, tale situazione è associata all'attaccamento insicuro: nello specifico, i bambini parentificati potrebbero sviluppare stili ansiosi e/o evitanti verso le relazioni con delle relative convinzioni che sono poi portate avanti anche nelle relazioni adulte: avendo ricoperto un ruolo di caregiving inadeguato alla propria fase evolutiva, potrebbe aumentare il rischio di percepirsi preziosi per gli altri solo nella misura in cui servono ad un determinato scopo o assumersi troppe responsabilità sentendosi gli unici responsabili del benessere di chi li circonda (Baggett et al., 2015).

Sin dalla nascita l'essere umano è motivato all'adattamento: il bambino è portato ad evitare di mettere in atto dei comportamenti che possano lenire in qualche modo le proprie figure di riferimento, in quanto spaventato di perdere la loro stima e protezione: il bambino tenderebbe, dunque, a giustificare i genitori ed attribuirsi colpe, qualora questi dovessero avere degli atteggiamenti abusanti, assumendosi le responsabilità dell'accaduto (De Luca et al., 2017).

I sensi di colpa che il bambino sperimenta durante i primi anni di vita nascono da una motivazione pro-sociale e adattiva, tuttavia, se pervasivi e associati a credenze

patogene legate a esperienze traumatiche, potrebbero distorcere la percezione dell'individuo e i comportamenti di quest'ultimo (De Luca et al., 2017).

Le credenze e gli schemi mentali acquisiti durante l'infanzia, plasmano il funzionamento mentale e la personalità instaurandosi quali meccanismi automatici, impliciti e difficili da modificare (De Luca et al., 2017).

Tali convinzioni potrebbero continuare ad influenzare l'individuo in età adulta: a seconda della modalità relazionale sperimentate in infanzia, l'individuo potrebbe estendere tali convinzioni anche alle future relazioni adulte (Weiss, 1993).

Al fine di adattarsi al proprio ambiente infantile, l'essere umano potrebbe sviluppare delle strategie che in futuro potrebbero dimostrarsi disadattive: la psicopatologia potrebbe dunque essere letta quale esito di questo processo (De Luca et al., 2017).

Qualora l'individuo dovesse riscontrare importanti difficoltà nell'adattarsi (disadattamento), potrebbe riscontrare alcune manifestazioni sintomatologiche che potrebbero coincidere con il quadro clinico dei Disturbi dell'Adattamento (Adjustment Disorders, AD) e, in particolare, sintomatologie ansiose e/o depressive (APA, 2013) (APA, 1987; Held & Bellows, 1983; Lopez, 1986).

Alla luce di quanto appena delineato, la presente ricerca si propone di indagare e approfondire tali costrutti e le possibili associazioni tra questi.

Il primo capitolo si pone l'obiettivo di illustrare una rassegna circa la letteratura riguardo i costrutti appena descritti, analizzando nello specifico l'importanza delle relazioni primarie sulle implicazioni relative al futuro adattamento in età adulta.

In primo luogo, è stata analizzata la formazione del legame di attaccamento e i relativi modelli operativi interni in infanzia, i quali essendo attivi "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1982 p.82), sono stati analizzati in relazione all'attaccamento adulto che concerne le relazioni romantiche, il quale, a sua volta, risente della storia delle esperienze precoci di attaccamento (Hazan & Shaver, 1987; Feeney, 2008).

In secondo luogo, è stato analizzato il costrutto centrale della ricerca, la parentificazione.

Tale costrutto è stato definito, contestualizzato, descritto nelle sue caratteristiche distintive, differenziato e integrato rispetto a costrutti ad esso correlati per poi essere

messo in relazione al costrutto precedentemente descritto di attaccamento infantile e romantico.

Infine, sono state analizzate le possibili implicazioni circa l'adattabilità e distruttività di tale fenomeno, analizzando i fattori di rischio e protettivi, le variabili socioculturali e di genere e infine, il contesto contemporaneo relativo alla pandemia da COVID-19.

La parte terza del primo capitolo, infine, si è concentrata sulla definizione del costrutto di adattamento adulto e, nello specifico nell'ambito della Control-Mastery Theory (Sampson & Weiss, 1986).

In seguito ad un approfondimento dei costrutti sopracitati, è stata analizzata la sintomatologia ansiosa e depressiva che, in questo contesto di ricerca, in base ai livelli di queste ultime, hanno definito e misurato il costrutto di adattamento adulto.

Il capitolo secondo è stato incentrato sull'illustrazione della ricerca.

Innanzitutto, sulla base dell'analisi bibliografica, sono stati riportati gli obiettivi dello studio e le relative ipotesi.

A seguire, la descrizione dei partecipanti e dei criteri di inclusione finalizzati alla selezione di questi ultimi, gli strumenti utilizzati, la procedura e i metodi di analisi dei dati che sono state necessarie al fine della realizzazione della presente ricerca.

Infine, sono stati descritti i risultati delle statistiche descrittive e analisi correlazionali e dei due modelli di mediazione.

Nel terzo e ultimo capitolo, sono illustrate le discussioni relative ai risultati ottenuti circa i modelli di mediazione ipotizzati, e infine, le considerazioni finali nelle quali sono stati inclusi i limiti e le prospettive future relative alla presente ricerca.

# CAPITOLO I

## Dalle relazioni primarie all'adattamento adulto

### 1.1 L'importanza delle relazioni primarie: Il costrutto di attaccamento

La teoria dell'attaccamento trae origine dagli studi condotti dal medico e psicoanalista John Bowlby: fondanti sono stati i suoi studi in ambito psicologico, evoluzionistico ed etologico oltre alle collaborazioni con Mary Ainsworth e Mary Main.

Nel 1969, John Bowlby osservando le somiglianze tra il comportamento dei macachi e degli esseri umani nei primi mesi di vita, ideò il concetto di base sicura. Relativamente a quest'ultima, fondante è la relazione con la madre, la quale fornisce al bambino la base sicura da cui potersi allontanare al fine di esplorare il mondo esterno per poi farvi ritorno nel momento in cui il bambino avverte quest'ultimo come minaccioso.

Sin dalla nascita, dunque, l'organismo umano è predisposto ad entrare in relazione con gli individui che si prendono cura di lui e questo comportamento è regolato da un sistema motivazionale, chiamato sistema di attaccamento (Speranza, 2010).

Durante il primo anno di vita, il bambino non possiede le capacità regolative e comunicative atte a modulare ed esprimere i propri bisogni; dunque, ha bisogno di una figura in grado di offrire protezione e cura in questo periodo sensibile e vulnerabile: il caregiver (di solito la madre). Il ruolo del caregiver non necessariamente coincide con la madre del bambino: più in generale, si intende una figura che si prende cura del bambino sin dalla nascita, favorendo l'instaurarsi di una relazione preferenziale che condizionerà le relazioni che l'individuo instaurerà nel corso della propria vita.

Nello specifico, il legame di attaccamento fa riferimento alla gestione della paura e dell'insicurezza allo scopo di predisporre un equilibrio tra le condizioni interne e quelle esterne (risultanti dall'ambiente in cui l'individuo si trova) al fine di garantire la sicurezza dell'individuo (Attili, 2007). Il mantenimento del contatto con la figura di attaccamento è centrale per la percezione della sicurezza: in particolare, quando il bambino avverte l'ambiente come minaccioso. In tal caso, qualora il bambino dovesse sentire lontano il proprio caregiver, attiverà comportamenti di attaccamento (ad esempio aggrapparsi, seguire), esprimendo emozioni legati ad esso (ad esempio paura, rabbia) finalizzati ad attirare l'attenzione di questo, ripristinando in questo modo una condizione di sicurezza interna (Attili, 2007).

Oltre al sistema di attaccamento, Bowlby ha ipotizzato che il comportamento infantile fosse regolato anche da altri sistemi di controllo: esplorativo, di difesa (finalizzato alla gestione della paura) e affiliativo: il sistema di attaccamento garantisce un equilibrio tra questi sistemi, mantenendo una vicinanza con la figura di attaccamento.

Risulta presente un'organizzazione nei pattern comportamentali del sistema di attaccamento al fine di raggiungere un'organizzazione funzionale: vi è un'interazione e coordinazione tra il sistema comportamentale dell'individuo con quello affettivo-emotivo, psicofisiologico, cognitivo e comunicativo.

L'esito è un tutto organizzato al fine di soddisfare i bisogni relativi al sistema di attaccamento (Attili, 2007).

Come un sistema omeostatico, dunque, il sistema di attaccamento regola le condizioni di sicurezza esterne ed interne ed è complementare all'omeostasi fisiologica, deputato al mantenimento della vita (Attili, 2007).

### **1.1.1 I diversi tipi di attaccamento e i relativi Modelli Operativi Interni**

Nella relazione di attaccamento, il bambino, in riferimento alla disponibilità emotiva e alle capacità regolative delle proprie figure di riferimento, apprende degli specifici stili di regolazione della propria tensione emotiva (Cassidy & Berlin, 1994) (Carlson & Sroufe, 1995).

Studi condotti mediante la procedura della Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) hanno mostrato che in bambini tra i 12 e i 15 mesi è possibile osservare oltre il comportamento di attaccamento, anche specifici meccanismi chiamati Modelli Operativi Interni che regolano il funzionamento del sistema di attaccamento stesso (Ammaniti, 2010). I Modelli Operativi Interni possono essere definiti come delle schematizzazioni consolidate nel tempo all'interno della relazione con i caregiver: riassumono la disponibilità e le risposte affettive del caregiver alle richieste del bambino; complementariamente, sono delle schematizzazioni circa un modello del Sé: potenzialità e abilità di cui il bambino può servirsi al fine del raggiungimento di un sentimento di sicurezza interno (Ammaniti, 2010).

I modelli Operativi Interni sono essenziali in quanto non fanno riferimento solo all'età infantile ma influenzano tutta la vita dell'individuo fornendo a quest'ultimo una

guida circa la valutazione dell'esperienza affettiva sulle future relazioni significative (Bretherton & Munholland, 2008) oltre che specifiche strategie di regolazione individuale delle situazioni stressanti ed emotive. Tenendo conto dei cambiamenti biocomportamentali dell'individuo, è possibile notare una vera e propria continuità dei modelli relazionali interni tra l'infanzia e l'età adulta: probabilmente, questa continuità è possibile grazie alla relativa stabilità del caregiving che a sua volta rinforza un determinato stile di interazione nei primi anni di vita (Ammaniti, 2010). I modelli operativi interni agendo come una guida relazionale al di fuori della consapevolezza, porteranno, coerentemente, l'individuo a sperimentare delle relazioni congruenti alle relazioni che l'individuo ha vissuto in passato (Bretherton & Munholland, 2008).

Coerentemente alla relazione che ha sperimentato con la propria figura di riferimento, il bambino svilupperà una determinata tipologia di attaccamento accompagnato da un relativo modello operativo interno: se il bambino ha sperimentato una relazione caratterizzata da risposte tempestive e sensibili di rassicurazione e vicinanza, il bambino svilupperà un modello operativo che confermerà un'immagine di sé come degno di cura ed efficace nell'ottenere un sostegno emotivo e, allo stesso tempo, di una figura di riferimento disponibile e rassicurante. Questa tipologia di attaccamento coincide con un tipo di attaccamento definito sicuro.

Esperienze relazionali di rifiuto, incoerenza ed insensibilità nelle risposte, al contrario, porteranno alla costruzione di un'immagine di sé come non degno di cure e protezione: tali modelli operativi interni, coincidono con una tipologia di attaccamento insicuro (evitante o ambivalente-resistente) (Ammaniti, 2010).

Un' importante strumento utilizzato nello studio dei modelli di attaccamento è la Strange Situation (Ainsworth et al., 1978) attraverso il quale è stato possibile indagare non solo le caratteristiche comportamentali ma anche la qualità della regolazione affettiva, la qualità della relazione tra caregiver e bambino e la costruzione del mondo rappresentazionale nelle diverse tipologie di attaccamento, ipotizzando al contempo le possibili evoluzioni psicopatologiche (Ammaniti, 2010).

L'attaccamento insicuro evitante-distanziante si instaura a fronte di interazioni caregiver-bambino basate sul distacco: i caregiver presentano un'avversione al contatto fisico, mancanza di espressione emozionale, potrebbero esprimere in forma implicita o esplicita irritazione nei confronti dei comportamenti richiedenti del bambino o essere ridicolizzanti rispetto ai suoi bisogni.

In risposta al genitore rifiutante, il bambino mostrerà comportamenti di evitamento dello sguardo, al ricongiungimento non ricercherà il contatto o metterà in atto un vero e proprio evitamento attivo spostando l'attenzione sull'ambiente circostante, esplorando attraverso un'attenzione fittizia (Donovan & Leavitt, 1985).

L'evitamento, in quest'ottica, è una strategia che si pone come obiettivo di non andare incontro a rifiuto o disorganizzazione del comportamento (Main & Weston, 1981).

A livello interpersonale, si interrompe o si riduce l'espressione della rabbia e dell'angoscia provati dal bambino che potrebbero causare il rifiuto da parte del caregiver, permettendo il mantenimento della relazione tra i due interagenti.

A livello intrapsichico, scopo della suddetta strategia è evitare che il bambino provi la sofferenza derivata da una figura di riferimento rifiutante (Fraiberg, 1982) e, di conseguenza, che questo abbia delle implicazioni negative sul suo funzionamento psichico (Fonagy et al., 1992).

Nel tempo, il bambino instaura una regolazione affettiva disfunzionale caratterizzata da riduzione, repressione o falsificazione dell'espressione emozionale e dei comportamenti di attaccamento con un eccessivo ricorso a comportamenti di autoregolazione) (Cassidy & Kobak, 1988).

Nel corso dello sviluppo, vi sarà una progressiva disattivazione di una serie di comportamenti (non sarà richiedente in situazioni di bisogno), associata all'esclusione dalla consapevolezza di determinate emozioni (paura, dolore, tristezza), oltre che di informazioni che potrebbero essere contraddittorie (Bowlby, 1980).

Il modello operativo interno dell'individuo evitante risulta rigido: è presente un'idealizzazione del sé e/o dell'altro e le rappresentazioni come il rifiuto saranno escluse dalla coscienza o alterate in modo da essere coerenti con il proprio modello conscio (Speranza, 2010).

L'attaccamento insicuro-ambivalente (o resistente), si differenzia da quello evitante in quanto massimizza i segnali di attaccamento (Speranza, 2010).

La caratteristica principale di tale tipologia di attaccamento è l'angoscia da separazione: durante l'infanzia, i bambini con questo specifico attaccamento, esplorano poco a causa della persistente preoccupazione verso le proprie figure di riferimento

ricercando attivamente il contatto con il genitore, mostrando allo stesso tempo espressioni di rabbia o passività estreme.

L'angoscia di questi bambini non trova una rassicurazione adeguata nella figura di riferimento.

Tipica di questo pattern relazionale, è una figura di attaccamento che solitamente fornisce delle risposte incoerenti o imprevedibili (Cassidy, 1995): a differenza dei caregiver tipici dell'attaccamento evitante, non mostrano rifiuto nei confronti del bambino ma si rivelano ansiosi ed insicuri circa le proprie capacità di cura nei confronti del bambino.

Di conseguenza, data l'imprevedibilità della risposta del caregiver, la massimizzazione dei segnali di attaccamento e delle relative espressioni emozionali del bambino (lamentele, pianto, ecc.) avranno lo scopo di attirare l'attenzione del caregiver al fine di ricevere attenzione e cura.

La principale difficoltà di questi bambini consiste nel raggiungere un'autonomia e fiducia in sé stessi: a causa dell'elevata preoccupazione e ansia circa le proprie relazioni significative, sono dipendenti dalle proprie figure di riferimento (Ammaniti, 1992); nel corso dello sviluppo, infatti, gli individui ambivalenti (adulti preoccupati) si rappresentano come dipendenti e fragili (Speranza, 2010).

Nonostante vi sia la possibilità che un individuo con attaccamento insicuro possa andare incontro a difficoltà relazionali, le strategie che metterà in atto nella relazione di attaccamento saranno coerenti al tipo di relazione instaurata con la figura di riferimento.

L'attaccamento disorganizzato, individuato da Main et al., (1985), al contrario, presenta strategie totalmente incoerenti e disfunzionali, associate a differenti forme di psicopatologie durante lo sviluppo.

Questi bambini presentano una serie di comportamenti incoerenti e contraddittori che sembrano indicare una mancanza di strategie coerenti tali da far fronte all'attivazione del sistema di attaccamento (Main & Hesse, 1990), mostrando indici indiretti o diretti di paura nei confronti del genitore.

Quest'ultimo potrebbe aver subito un lutto, un abuso non elaborato o essere maltrattante nei confronti del bambino, esibendo dei comportamenti che potrebbero spaventare il bambino.

La paura che il bambino prova nei confronti del caregiver attiva il suo comportamento di attaccamento verso quest'ultimo ma che ne è anche la causa (Main & Hesse, 1990), catapultando il bambino in una situazione paradossale: la tendenza ad avvicinarsi e quella ad allontanarsi provocano un conflitto irrisolvibile con la conseguenza di non riuscire ad organizzare un comportamento coerente.

Si possono osservare le conseguenze di tale pattern disfunzionale sulla disregolazione affettiva: essa risulta prolungata con effetti sul piano affettivo, somatico, cognitivo, relazionale che diviene disfunzionale sia a livello interpersonale che intrapsichico (Speranza, 2010).

La mancanza di coerenza nella relazione di attaccamento comporterà la formazione di modelli operativi interni caratterizzati da strutture di significato multiple e contraddittorie, reciprocamente dissociate: improvvisamente e simultaneamente potrebbero presentarsi emozioni di aggressione, paura e conforto causando la formazione di memorie implicite incompatibili, compromettendo in questo modo lo sviluppo di un senso di sé coeso ed integrato (Liotti, 1999).

Considerando i modelli di attaccamento come strategie di regolazione emozionale e di relazione interpersonale sufficientemente stabili, è inevitabile considerare la loro importanza nella comprensione dei legami instaurati durante tutto il corso della vita dell'individuo.

Inoltre, oltre l'infanzia, anche l'adolescenza rappresenta un momento evolutivo cruciale per quanto concerne la riorganizzazione delle relazioni primarie; questa fase del ciclo vitale, come i primi anni d'infanzia, è caratterizzata da una particolare vulnerabilità (Ammaniti et al., 2000).

È opportuno, dunque, porre attenzione anche a questo particolare periodo di vita in cui gli individui potrebbero confermare o meno le rappresentazioni relazionali apprese durante i primi anni di vita.

### **1.1.2 Implicazioni dell'attaccamento sull'adattamento adulto**

L'attaccamento, attivo "dalla culla alla tomba" (Bowlby, 1982 p.82), risulta essenziale per la salute mentale dell'individuo adulto: fondamentali sono le implicazioni sul particolare ed unico modo in cui l'individuo tende a formare relazioni affettive (Zhang et

al., 2022); l'attaccamento e la dipendenza rimangono attivi lungo tutto il ciclo vitale, sebbene non così evidente come nell'infanzia (Holmes, 1994).

Anche nell'età adulta i legami di attaccamento risultano di estrema importanza in quanto rispondono ai bisogni di vicinanza, sicurezza e stabilità emotiva. L'interesse per le relazioni di attaccamento in età adulta ha avuto inizio dalle ricerche sul lutto condotto sugli individui adulti (Bowlby & Parkes, 1970; (Parkes, 1972) e a quelle sulla separazione coniugale (Weiss, 1976).

Recentemente, i suddetti studi sono stati estesi anche ai rapporti di coppia (Weiss, 1982): in particolare, Hazan & Shaver (1987) traducendo i pattern d'attaccamento infantile di Mary Ainsworth in pattern di attaccamento adulti, hanno messo in evidenza una corrispondenza tra il modo in cui gli individui si descrivevano nella propria relazione di coppia e il pattern di attaccamento descritti nella relazione con i propri genitori durante l'infanzia.

Tuttavia, Weiss (1982) ha rilevato delle differenze tra l'attaccamento adulto e quello infantile: quest'ultimo può essere definito complementare in quanto la figura di attaccamento (di solito il genitore) offre cure e sicurezza non ricevendole (Carli, 1995).

Al contrario, la peculiare caratteristica dell'attaccamento adulto è la reciprocità: entrambi i partner donano e ricevono protezione; l'entrare in relazione con un coetaneo e l'attrazione sessuale sono ulteriori caratteristiche dell'attaccamento adulto: sono dunque implicati l'integrazione di diversi sistemi comportamentali (Shaver et al., 1988; Weiss, 1982).

Hazan e Shaver (1987) hanno considerato l'amore di coppia come un vero e proprio processo di attaccamento, il quale a sua volta risente della storia delle esperienze precoci di attaccamento (Feeney, 2008): a seconda delle relazioni primarie, si osserverà uno specifico stile relazionale e un relativo Modello Operativo Interno, il quale potrebbe influenzare le modalità mediante le quali l'individuo esperisce la relazione e l'amore.

Basandosi su questi presupposti, Hazan e Shaver (1987) teorizzarono un modello tripartito degli stili di attaccamento adulto: come nell'infanzia, uno stile sicuro e due insicuri (evitante e ansioso-ambivalente).

La concezione categoriale tripartita, tuttavia, è stata messa in discussione a favore di un modello dimensionale, nello specifico, il modello quadripartito di Bartholomew & Horowitz (1991) particolarmente utile nell'ambito delle relazioni di coppia.

Bartholomew (1990), al fine di definire lo stile di attaccamento adulto, ipotizzò due dimensioni: Modello del Sé e Modello dell'Altro, due forme dicotomiche che possono essere positive o negative (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991).

La combinazione di queste dimensioni permette di identificare quattro stili di attaccamento prototipici corrispondenti che si differenziano in: sicuro (modello positivo sia del Sé che dell'Altro), preoccupato (modello negativo del Sé e positivo dell'Altro), evitante (modello positivo del Sé e negativo dell'Altro) e timoroso (modello negativo del Sé e dell'Altro) (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Tuttavia, è stato dimostrato dalla letteratura che è preferibile utilizzare una valutazione dell'attaccamento adulti in termini di un continuum tra due dimensioni: Ansietà ed Evitamento (Fraley & Waller, 1998).

Dunque, l'ansietà, corrisponderebbe allo stile di attaccamento ansioso (adulto preoccupato) e l'evitamento, corrisponderebbe allo stile di attaccamento evitante (Mikulincer & Shaver, 2007).

La dimensione dell'ansia da attaccamento, in continuità allo stile ambivalente-resistente, presenta come caratteristiche principali la paura dell'abbandono da parte dei partner, l'eccessivo bisogno di approvazione e angoscia per il rifiuto percepito; al contrario la dimensione dell'evitamento da attaccamento, coerentemente allo stile evitante-distanziante sopradescritto, si riferisce alla paura della dipendenza e dell'intimità, tendendo ad aver un eccessivo bisogno di fiducia in se stessi (Zhang et al., 2022).

Vi sono, inoltre, degli individui che presentano, contemporaneamente, alti livelli di ansia e di evitamento: questa tipologia di attaccamento, collocandosi nella dimensione dell'evitamento, è definito attaccamento evitante-timoroso (Karantzas et al., 2022).

Le caratteristiche dei suddetti individui concernono il desiderio di relazioni strette che evitano a causa della paura del dolore emotivo che ne potrebbe derivare (Bartholomew & Horowitz, 1991; Gillath et al., 2016).

Dal momento che gli individui timorosi presentano alti livelli su entrambe le dimensioni (ansia ed evitamento), possono variare l'uso delle strategie comportamentali: un ibrido tra strategie iperattivanti e disattivanti con conseguente visione confusa delle relazioni (Shaver, P.R. et al., 2016).

Gli individui con attaccamento sicuro, al contrario, presentano bassi livelli sia di evitamento che di ansia: vi è una minore preoccupazione nei confronti del rifiuto o dell'abbandono; allo stesso tempo non temono la dipendenza (Bartholomew & Horowitz, 1991), presentando, inoltre, convinzioni ottimistiche circa la propria capacità di gestire l'angoscia (Mikulincer & Orbach, 1995a), di conseguenza vi è una miglior gestione delle dinamiche relazionali.

L'insicurezza dell'attaccamento potrebbe essere associata, dunque, ad un rischio più elevato di psicopatologia in età adulta (Zhang et al., 2022a): disfunzioni relazionali, ansia e depressione (Buono et al., 2019; Feeney et al., 2003; Kafetsios & Sideridis, 2006; Wei et al., 2005).

Un recente studio condotto da Zhang et al. (2022) si sono concentrati sulla relazione tra ansia ed evitamento dell'attaccamento relativamente all'ansia e alla depressione, in età adulta.

Nello specifico: la depressione era più fortemente correlata all'ansia d'attaccamento; l'ansia generalizzata, invece, era positivamente correlata con entrambi gli stili di attaccamento (Zhang et al., 2022).

Tuttavia, anche in questo caso, l'effetto medio dell'ansia di attaccamento sull'ansia generalizzata era maggiore rispetto a quello dell'evitamento dell'attaccamento.

Per quanto concerne la sicurezza dell'attaccamento, studi precedenti hanno dimostrato essere associato in misura minore a sintomatologie depressive e ansiose.

Una possibile spiegazione riguardo questa differenza potrebbe risiedere nelle differenti strategie di regolazione emotiva utilizzate dagli individui che presentano alti livelli di ansia e/o evitamento rispetto ad individui che, al contrario, presentano uno stile di attaccamento sicuro.

L'insicurezza dell'attaccamento potrebbe minare la capacità degli individui nell'utilizzare al meglio le proprie risorse relazionali al fine di migliorare il proprio benessere psicologico (Zhang et al., 2022): l'ansia da attaccamento potrebbe portare l'individuo all'utilizzo di strategie iperattivanti al fine di suscitare supporto, cura e attenzione, spesso caratterizzate da comportamenti di attaccamento e/o di controllo, i quali minacciano la qualità e la soddisfazione percepiti nelle relazioni (Fraley & Hudson, 2017).

Al contrario, l'evitamento dell'attaccamento, tenderebbe all'utilizzo di strategie disattivanti: le quali, negando la paura ed evitando la vicinanza e l'intimità con l'altro, porranno molta enfasi sull'autosufficienza e sull'indipendenza (Mikulincer et al., 2003), minando ai possibili benefici che le relazioni strette potrebbero avere nella propria vita.

Zhang et al. (2022), come precedentemente accennato, hanno analizzato diversi fattori implicati nella relazione tra attaccamento e salute mentale.

In primo luogo, hanno analizzato una differenza di genere: le donne con uno stile evitante di attaccamento tendono a presentare uno stile di evitamento timoroso: alta ansia e alto evitamento portando l'individuo al desiderio di vicinanza ma, allo stesso tempo, al timore di dipendere dagli altri.

Gli uomini, al contrario, comunemente presentano un tipo di attaccamento evitante distanziante: bassa ansia e alto evitamento, portando l'individuo a preferire l'indipendenza alle relazioni intime; pertanto, gli uomini potrebbero limitare l'espressione del disagio percepito rispetto alle donne (Zhang et al., 2022).

Dunque, gli individui con grado più alto di evitamento potrebbero nascondere i propri sintomi depressivi (Burke et al., 2014; Kahn & Garrison, 2009).

In secondo luogo, in base alla teoria della selettività socio-emotiva basata sul presupposto secondo il quale gli individui, durante la mezza e tarda età adulta, cercano di ottimizzare l'esperienza emotiva sulla base delle loro relazioni, regolando le reti sociali (Carstensen, 1992; Carstensen et al., 2000), si potrebbe ipotizzare che gli anziani possano essere particolarmente vulnerabili agli effetti negativi dell'evitamento dell'attaccamento.

Inoltre, come analizzato in studi precedenti (Feeney et al., 2003; Raposa et al., 2016; Stanton & Campbell, 2014; Tasca & Balfour, 2014; Woodhouse et al., 2015), emerge che la correlazione media tra attaccamento ansioso e sintomi psicopatologici era maggiore rispetto alle correlazione tra questi ultimi e attaccamento evitante, in quanto quest'ultimo a differenza dell'ansia basata sull'iperattivazione, è basato sul controllo delle situazioni emotive e stressanti (Dozier & Kobak, 1992; Fraley & Shaver, 1997; Mikulincer et al., 1990; Mikulincer & Orbach, 1995).

Per quanto concerne l'attaccamento ansioso, è possibile che siano implicati anche dei meccanismi biochimici: potrebbero essere presenti delle alterazioni dei livelli di cortisolo e dell'immunità cellulare (Jaremka et al., 2013).

Wei et al. (2005), al fine di approfondire le particolarità delle due dimensioni dell'attaccamento, hanno analizzato due fattori di moderazione quali il bisogno di rassicurazione e la capacità di auto-rinforzo sull'ansia e l'evitamento di attaccamento relative alle implicazioni sulla sintomatologia depressiva.

Per quanto riguarda il bisogno di rassicurazione, Cobb et al. (2001) hanno sottolineato che l'ansia da attaccamento è caratterizzata da un'associazione positiva tra ansia da separazione ed eccessiva ricerca di rassicurazione.

Inoltre, Lopez (2001) ha osservato un'associazione tra l'ansia di attaccamento e il bisogno di approvazione sociale oltre che la presenza di una particolare varianza nella tendenza ad utilizzare la scissione come meccanismo di difesa (Wei et al., 2005).

Gli individui con evitamento dell'attaccamento, al contrario, risultano meno propensi alla ricerca di rassicurazione da parte degli altri (Brennan & Bosson, 1998; Brennan & Morris, 1997).

Per quanto concerne la capacità di auto-rinforzo, Roberts et al. (1996) hanno riscontrato una significativa correlazione tra ansia di attaccamento e bassa autostima e dato il legame tra autostima e rinforzo del sé (Heaton & Duerfeldt, 1973), si potrebbe dedurre che l'ansia sia negativamente associata ad un'alta capacità di rinforzo del sé (Wei et al., 2005).

Sebbene gli individui con evitamento dell'attaccamento tendano a fare affidamento solo su sé stessi a causa della visione negativa degli altri, in uno studio condotto da Roberts et al (1996), è stato dimostrato che anche l'evitamento dell'attaccamento è correlato ad una bassa autostima.

Il bisogno di rassicurazione da parte degli altri e la capacità di auto rinforzo ricoprono un importante ruolo nella sintomatologia depressiva: la capacità di ottenere un rinforzo e una convalida da almeno una di queste due fonti risulta fondamentale nel rapporto tra l'attaccamento e la vulnerabilità a sintomi depressivi.

Una serie di prove empiriche dimostrano che bassi livelli di auto-rinforzo o convalida esterna sono associati ad alti livelli di sintomi depressivi (Bandura, 1977; Wilkinson & Pierce, 1997).

Allo stesso modo, un bisogno eccessivo di ricerca di rassicurazioni da parte degli altri (in riferimento alle culture occidentali) potrebbe derivare da una minore capacità di

convalidare sé stessi (Wei et al., 2005); a questo proposito, le teorie interpersonali della depressione Joiner et al. (1999) sostengono che la presenza di una moderata depressione potrebbe spingere l'individuo a un'eccessiva ricerca di rassicurazione nelle relazioni strette provocando la frustrazione dei familiari e degli amici.

A questo punto, vi sarà un'amplificazione dell'umore depresso, dell'esperienza di perdita e del bisogno di rassicurazione da parte della propria cerchia di sostegno; la quale, progressivamente va riducendosi (Wei et al., 2005).

Al contrario, individui con livelli più bassi di ansia da attaccamento, presumibilmente potrebbero avere una maggiore capacità di auto-rinforzo la quale ridurrebbe la vulnerabilità ai sintomi depressivi (Wei et al., 2005) confermando i risultati degli studi precedenti che sottolineavano il negativo legame tra ansia di attaccamento e autostima (Roberts et al., 1996) e i legami negativi tra la capacità di auto-rinforzo e la sintomatologia depressiva (Heiby & Staats, 1990), confermando dunque che individui con ansia di attaccamento hanno maggiori probabilità di vedersi negativamente.

È importante sottolineare che ciò che potrebbe risultare disfunzionale non è la richiesta di rassicurazione esterna ma il bisogno eccessivo di quest'ultima, tipica degli individui con ansia da attaccamento (Wei et al., 2005).

Per quanto concerne gli individui con evitamento dell'attaccamento, tuttavia, è stato dimostrato che potrebbero non avere accesso a nessuna delle due fonti (Wei et al., 2005).

A tal proposito, si potrebbe supporre che i modelli operativi interni positivi su sé stessi degli individui evitanti, siano molto diversi dai modelli degli individui con attaccamento sicuro.

Infatti, gli individui con evitamento dell'attaccamento, sarebbero portati ad avere un modello positivo di sé al fine di allontanare ricordi e sentimenti dolorosi legati all'attaccamento (Fraley & Waller, 1998).

Ritorna utile la differenziazione coniata da Bartholomew (1990), Bartholomew e Horowitz (1991) circa i due tipi di evitamento dell'attaccamento: l'evitamento timoroso (modelli operativi interni e relative rappresentazioni negative su sé stessi e gli altri) e l'evitamento distanziante (modelli operativi interni e relative rappresentazioni negative rispetto alle relazioni intime ma positive riguardo il sé).

Coerentemente, è stato riscontrato che individui con attaccamento evitante timoroso avendo una rappresentazione negativa di sé stessi e degli altri, potrebbero avere una bassa autostima e intolleranza nelle separazioni (Çelikbaş & Yalçinkaya-Alkar, 2022): infatti, molti studi hanno dimostrato una relazione positiva tra stile di attaccamento evitante timoroso ed ansia (Watt et al., 2005; Weems et al., 2002).

Per quanto riguarda l'evitamento distanziante, un recente studio condotto da Çelikbaş e Yalçinkaya-Alkar (2022) confermerebbe che anche quest'ultimo potrebbe essere correlato positivamente a sintomi psicopatologici come la depressione.

Una possibile spiegazione della suddetta correlazione potrebbe risiedere nella tendenza degli individui evitanti nell'aver giudizi negativi nei confronti delle relazioni, evitandole al fine di prevenire delusioni e rifiuti (Mikulincer et al., 2005); l'isolamento e instabilità relazionale che ne potrebbero conseguire, predisporrebbero l'individuo ad una condizione depressiva (Rohani & Esmaeili, 2020).

A tal proposito, un altro studio condotto da Ihme et al. (2022), sottolinea il legame tra evitamento dell'attaccamento e tendenze suicidarie.

Gli individui con evitamento dell'attaccamento, come precedentemente accennato, durante periodi particolarmente stressanti, mettono in atto delle strategie di disattivazione, mostrando deficit interpersonali come sfiducia negli altri, ritiro sociale, scarse capacità interpersonali e di problem solving (Ihme et al., 2022); infatti, sentendosi a disagio con l'intimità relazionale, questi individui tendono ad instaurare delle relazioni sociali superficiali: respingendo le offerte di aiuto sociale rappresentandole come potenzialmente dannose. Di conseguenza, al momento del bisogno, le relazioni sociali risulteranno meno affidabili facendo sviluppare nell'individuo una sensazione di alienazione nei confronti dagli altri.

A lungo termine, queste scarse abilità sociali potrebbero comportare un cronico ritiro sociale aumentando i sentimenti di solitudine e intrappolamento (urgente sensazione di fuggire seguita dalla relativa percezione che la fuga è impossibile) che potrebbero essere collegate, a lungo termine, a rischio suicidario (Ihme et al., 2022).

Si ipotizza, inoltre, una relazione bidirezionale tra gli stili di attaccamento distanzianti e timorosi con l'ansia (Mikulincer & Shaver, 2005) in quanto quest'ultima potrebbe essere correlata all'aumento dei livelli di stress legati alla qualità delle relazioni interpersonali.

## 1.2 Quando i ruoli si invertono: Il costrutto di parentificazione

### 1.2.1 Definizione del costrutto

Come precedentemente accennato, le relazioni primarie risultano molto importanti al fine di un buon adattamento dell'individuo in età adulta: durante l'infanzia, oltre alla formazione del legame di attaccamento, potrebbero verificarsi particolari fenomeni relazionali accompagnati da possibili implicazioni in età adulta.

Un particolare fenomeno relazionale che potrebbe verificarsi nell'ambito delle relazioni familiari riguarda la presa in carico da parte di un bambino di ruoli e responsabilità comunemente riservati al proprio caregiver: la parentificazione (Hooper, 2007).

Il costrutto di parentificazione è stato oggetto di varie concettualizzazioni (Chase, 1999; Jurkovic et al., 1991): come, ad esempio, teorie psicoanalitiche tra cui la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1980), la teoria delle relazioni oggettuali (Winnicott, 1965) la psicologia del Sé (Kohut, 1971) e teoria dei sistemi familiari (Minuchin, 1974).

Tuttavia, la maggior parte dei ricercatori concorda sul definire la parentificazione quale disturbo dei confini generazionali e l'assunzione di un ruolo genitoriale da parte del bambino (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) (Chase, 1999; Jurkovic, 1997; Karpel, 1976; Minuchin et al., 1967).

La parentificazione è descritta da (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) come un'inversione di ruolo: l'aspettativa che uno o più bambini svolgano il ruolo di genitore nei confronti di altri bambini del sistema familiare o nei confronti del genitore stesso, o entrambi (Barnett & Parker, 1998).

Jurkovic (1997) ha proposto i parametri di: (1) evidenza, (2) tipologia di ruolo assegnato, (3) entità della responsabilità, (4) oggetto dell'accudimento, (5) adeguatezza all'età relativo al ruolo assegnato, (6) interiorizzazione, (7) confini familiari, (8) legittimità sociale e (9) eticità; di cui i primi quattro relativi al ruolo ricoperto dall'individuo parentificato, le restanti concernono le dimensioni contestuali: evolutive, psicologiche, socio familiari ed etico-esistenziali.

Inoltre; Chase (1999) ha definito la parentificazione come un'inversione di ruolo funzionale e/o emotiva: il bambino sacrifica i propri bisogni di attenzione, conforto, guida al fine di prendersi cura dei bisogni emotivi o logistici del genitore (p.5).

Il genitore rinuncia alle proprie responsabilità delegando queste ultime al proprio figlio, oppure indirettamente, abbandonando la famiglia psicologicamente e/o fisicamente porta il bambino ad acquisire determinate responsabilità ascritte al ruolo genitoriale (Minuchin, 1967).

Come sottolineato da Boszormenyi-Nagy & Spark (1973), la parentificazione è un fenomeno che si verifica comunemente nelle relazioni intime, non comportando necessariamente esiti negativi.

Tuttavia, la parentificazione potrebbe diventare distruttiva nel caso in cui dovesse minare l'importante aspetto dell'equità relativa alla relazione genitore-figlio: il genitore potrebbe investire il bambino di responsabilità non in linea alle competenze del bambino, il quale si sentirà sopraffatto da queste ultime; complementariamente, i genitori ricopriranno il ruolo di figli dei propri figli implicando in questo modo una relazione basata sullo sfruttamento o sulla negligenza rispetto ai bisogni del bambino, il quale non sarà riconosciuto, apprezzato o legittimato (Jurkovic, 1998; Mika et al., 1987a).

La parentificazione non è solo definita in base al ruolo manifesto ma anche da processi transazionali sottostanti: in particolare, i confini tra sé e l'altro e tra i sottosistemi che potrebbero essere più o meno funzionali (Jurkovic, 1997).

## **1.2.2 Contesto: Sistema familiare e lealtà relazionale**

La parentificazione si manifesta all'interno di uno specifico contesto, il sistema familiare.

A tal proposito, la teoria dei sistemi familiari risulta utile al fine di contestualizzare tale fenomeno (Hooper, 2007). Tale prospettiva descrive la famiglia come un sistema aperto in interazione con l'ambiente circostante che non è costituito dalla somma dei membri ma dall'interazione tra di essi; ne deriva che il cambiamento di un individuo comporta una perturbazione per l'intero sistema (Gambini, 2007).

Tale sistema è sostenuto da un meccanismo omeostatico che permette di mantenere una coesione e sicurezza relativamente al proprio contesto socioculturale; in

questo modo, il sistema manterrà il suo equilibrio, stabilendo delle abituali regole finalizzate al mantenimento della stabilità relazionale (Gambini, 2007).

Si può dunque affermare che la famiglia ha una propria struttura: *“l’invisibile insieme di richieste funzionali che determina i modi in cui i componenti della famiglia interagiscono”* (Minuchin, 1974, p.54).

Si osservano dei veri e propri modelli costanti di interazione reciproca (modelli transazionali) finalizzati nel determinare la relazione e regolare i comportamenti, risultando fondamentali nel mantenimento dell’identità familiare (Gambini, 2007).

Il buon funzionamento della famiglia è determinato dalla presenza di una gerarchia generazionale sufficientemente solida e dalla presenza di chiari confini tra i sottosistemi familiari (coppia, genitoriale, fratelli) (Minuchin, 1974).

I confini direzionano i membri del sistema familiare verso un determinato ruolo e funzione rispetto al sistema stesso; inoltre, la definizione di chiari confini permette la realizzazione di un duplice obiettivo: lo sviluppo di un senso di appartenenza e separatezza. Difatti, la famiglia permette che l’individuo possa sviluppare questi ultimi, fornendogli la possibilità di partecipare a diverse relazioni o sottosistemi definite a propria volta da confini, come ad esempio il sottosistema dei fratelli (Minuchin, 1974).

È necessario, dunque, che i confini siano chiari al fine di una definizione specifica circa il proprio ruolo familiare, differenziandosi dagli altri membri e soddisfacendo i propri bisogni emotivi in linea con la propria fase evolutiva. Allo stesso tempo, i confini devono risultare permeabili per permettere una buona comunicazione tra i membri all’interno del sistema familiare (Kerig, 2005).

In alcuni sistemi familiari, i confini possono essere diffusi o rigidi: in presenza di confini diffusi potrebbe essere generata una sovrapposizione inappropriata nei sottosistemi in cui membri ricoprono dei ruoli che appartengono tipicamente ad altri membri (come ad esempio, nel caso della parentificazione, il bambino ricopre il ruolo del genitore e quest’ultimo lascia che il bambino si prenda cura di lui) (Hooper, 2007).

Nei casi peggiori, i bambini parentificati sarebbero portati all’assunzione di eccessive responsabilità relative al prendersi cura delle figure genitoriali che risulterebbero indifferenziate; questi compiti non verranno condivisi o supervisionati da altri membri familiari; ne deriva la possibilità di invischiamento con un genitore e un

disimpegno con un altro o l'essere coinvolti in altre indefinite situazioni (ad esempio, triangolazione) (Minuchin, 1974).

Potrebbe derivarne un intrappolamento in forme di "lealtà divisa" e, a livello intrapsichico, la strutturazione di tale ruolo quale aspetto fondante dell'identità dell'individuo parentificato (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Bowen, 1978; Jurkovic, 1997; Minuchin, 1974).

Il concetto di lealtà, definito da Buber (2011) come "ordine del mondo umano", è un elemento essenziale nelle dinamiche di gruppo, comprese le dinamiche familiari.

Viene definito un membro leale colui che, all'interno di un gruppo, interiorizza lo spirito delle aspettative di quest'ultimo, mettendo a disposizione un insieme di atteggiamenti al fine di obbedire alle ingiunzioni interiorizzate, le quali possono provenire sia da aspettative esterne che da obblighi interiorizzati (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973)

Per quanto concerne la famiglia, la lealtà dipende dalla posizione che ogni membro occupa relativamente al proprio ideale di giustizia che a sua volta è parte di un'eredità intergenerazionale familiare (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

I sistemi di lealtà potrebbero basarsi sia su una latente collaborazione, sia su miti formulati dalla famiglia stessa: il potere di tali sistemi potrebbero non emergere, diventando tangibili sotto la minaccia del disimpegno da parte di un membro: un esempio potrebbe essere la crescita di un membro familiare che comporta uno squilibrio relazionale (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Per quanto concerne il fenomeno della parentificazione, Jurkovic (1997) partendo dalla concettualizzazione di Karpel (1976), ha distinto i bambini "oggetti leali" caratterizzati da un'eccessiva lealtà a fronte di ingiustizie, deprivazioni e abusi che non erano impegnati in comportamenti di cura nei confronti del genitore dai bambini patologicamente parentificati.

Questi ultimi, secondo l'autore, farebbero parte di una categoria più ampia degli "oggetti leali": oltre essere legati da un senso di lealtà verso le figure genitoriali, sono impegnati nell'accudimento di questi ultimi, i quali, a loro volta, li sfruttano unilateralmente (Jurkovic, 1997).

Tale distinzione è stata utile al fine di limitare l'utilizzo del termine "parentificato" a modelli comportamentali che concernono l'eccessiva responsabilità e accudimento: nonostante i bambini "oggetti leali" possano prendersi indirettamente cura delle proprie figure genitoriali (ad esempio mettendo in atto dei comportamenti scorretti al fine di evitare i conflitti tra i genitori), non mostrano un comportamento simile a quello di un caregiver nei confronti delle proprie figure genitoriali, tipiche dei bambini patologicamente parentificati (Jurkovic, 1997).

### **1.2.3 Ruoli assegnati**

L'inversione di ruolo genitoriale potrebbe avvenire a fronte di diversi fattori stressanti, i quali potrebbero dar vita a richieste genitoriali nei confronti dei propri figli relative all'ambito strumentale come il prendersi cura di un genitore malato, occuparsi di faccende finanziarie o altri compiti pratici nell'ambito della famiglia, e/o emotive come il prendersi cura dell'emotività del genitore, mantenere un equilibrio omeostatico e intergenerazionale della famiglia (soddisfare i bisogni emotivi del genitore, intervenire nei conflitti coniugali) (Jurkovic, 1997).

In riferimento alle prime concettualizzazioni di Parsons & Bales (1955), le suddette richieste e i relativi ruoli di questi bambini sono state definite "strumentali" ed "emotive" (Jurkovic et al., 1991).

La parentificazione strumentale porterà il bambino a prendersi cura dei bisogni fisici del genitore e/o della famiglia (come ad esempio preparare pasti, gestire le finanze familiari, prendersi cura dei fratelli) (Jurkovic, 1997).

I teorici del sistema familiare (Bowen, 1978; Jurkovic et al., 2001; Minuchin, 1967) hanno sottolineato l'importanza che assume il bambino parentificato all'interno di famiglie numerose: il bambino solleva il genitore da alcune responsabilità genitoriali, riducendone l'ansia.

Allo stesso tempo, l'esecuzione di compiti strumentali e pratici potrebbe generare nel bambino sentimenti di realizzazione circa il proprio contributo; ciò nonostante, qualora il genitore non dovesse riconoscere gli sforzi del bambino e/o se quest'ultimo dovesse ricoprire questo ruolo per un tempo prolungato, potrebbe andare incontro a conseguenze emotive negative (Jurkovic, 1997).

È fondamentale, inoltre, considerare la situazione economica, culturale e situazionale della famiglia in cui si verifica il fenomeno della parentificazione (Minuchin, 1998).

Ad esempio Minuchin (1967) ha descritto il caso di alcuni bambini che, appartenendo a famiglie con gravi difficoltà economiche, iniziano a far parte del sottosistema genitoriale per uno specifico periodo, ricoprendo un ruolo strumentale/funzionale ben definito (fornire aiuto ai propri fratelli e svolgere dei compiti strumentali per la propria famiglia). In queste condizioni, come sottolineato da Minuchin (1967), i confini e i ruoli sono ben esplicitati e contestualizzati, favorendo un buon funzionamento familiare.

Per ottenere esiti adattivi, il ruolo del bambino parentificato dev'essere contestualizzato e definito; contrariamente, qualora i genitori dovessero implicitamente delegare le proprie responsabilità al bambino, il risultato potrebbe essere disadattivo in quanto le richieste fatte a quest'ultimo potrebbero superare le sue competenze, entrando in conflitto con le sue necessità ed esigenze (Minuchin, 1998).

Come precedentemente accennato, la parentificazione emotiva richiede che il bambino si occupi dei bisogni emotivi del genitore, sostenendolo e ponendosi come un confidente nei suoi confronti (Jurkovic, 1997; Minuchin et al., 1967).

Al contrario della parentificazione strumentale, non rappresenta una soluzione adattiva all'ansia familiare e comporta molto spesso conseguenze negative (Hooper, 2007).

Il bambino parentificato, in questo caso, cerca di riempire il vuoto emotivo del sistema familiare, ponendosi quale confidente e unico sostegno del genitore (a volte anche dei fratelli) : i bisogni del bambino, a scapito del suo stesso sviluppo, vengono soppressi, al fine di soddisfare i bisogni degli altri membri del sistema familiare (Hooper, 2007).

È importante sottolineare che la linea di confine tra le due tipologie di parentificazione potrebbe non essere del tutto netta: i comportamenti strumentali non risultano privi di una componente emotiva, al contempo, le componenti emotive potrebbero avere delle sfumature strumentali: lo stesso bambino, dunque, potrebbe essere investito sia da responsabilità emotive che strumentali (Jurkovic, 1997).

Le richieste emotive da parte del sistema familiare (o nello specifico dai genitori), la maggior parte delle volte sono imposte attraverso l'utilizzo di manipolazioni

psicologiche, nello specifico mediante il senso di colpa: in questo senso, la parentificazione emotiva potrebbe risultare molto più stressante e molto più gravosa sulle future implicazioni rispetto alla parentificazione strumentale (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Boszormenyi-Nagy & Spark (1973) hanno identificato diversi specifici ruoli che i bambini parentificati potrebbero assumere relativamente alla propria dinamica familiare: in primo luogo, si potrebbe osservare il bambino caregiver, il quale si prende cura del genitore, aiutandolo nei momenti di difficoltà, fungendo a sua volta da caregiver.

In secondo luogo, Boszormenyi-Nagy & Spark (1973) hanno identificato il ruolo del capro espiatorio, caratterizzato dalla presa di responsabilità individuale di una responsabilità collettiva.

Tipicamente, i genitori del bambino capro espiatorio hanno sperimentato, durante l'infanzia, problemi relativi alla fiducia (maltrattamento e/o abuso): volenterosi di essere genitori migliori dei propri genitori, si aspettano inconsciamente che il proprio figlio possa colmare le mancanze subite, aspettandosi, in questo modo, di poter riacquisire fiducia nelle relazioni umane. Coerentemente, il bambino si troverà in una posizione di fallimento assicurato e l'unico possibile esito sarà quello di deludere i propri genitori; i quali, a loro volta, non percependo il peso delle proprie aspettative, avranno una rappresentazione del bambino quale aggressivo, ingrato e rifiutante circa il proprio amore. In definitiva, il bambino è incolpato dei propri fallimenti nonostante si sforzi di soddisfare i propri genitori (Haxhe, 2016).

Al contrario, il ruolo neutro è visto dal genitore come il bambino "buono" o "perfetto", il quale non porta preoccupazioni al genitore ma viene visto come un vero e proprio modello di salute che porta loro soddisfazione. Tuttavia, Boszormenyi-Nagy & Spark (1973) sottolineano che la salute del suddetto bambino è solo un'illusione: sin dalla più tenera età, il bambino percependo la vulnerabilità dei propri genitori, allo scopo di proteggere questi ultimi, non comunicherà i suoi bisogni e sentimenti; dunque, nonostante appaia come un modello per i propri genitori, questi bambini potrebbero sperimentare un'intensa solitudine, sentimenti di vuoto, disagio emotivo o sintomi depressivi (Haxhe, 2016).

L'infantilizzazione, infine, è un caso particolare di parentificazione che fonda le sue radici sulla dinamica della dipendenza: i genitori rappresentando il proprio figlio

quale individuo immaturo e bisognoso di cure e attenzioni (e quindi ad un livello inferiore rispetto alla sua fase evolutiva), colmano le lacune della propria infanzia relative al bisogno di riconoscimento e autostima rendendosi utili nel prendersi cura del proprio figlio (Haxhe, 2016).

È possibile individuare in queste diverse forme di parentificazione tre elementi comuni, peculiare nel riconoscimento di tale fenomeno: in primo luogo si osserva la mancanza di considerazione dei bisogni del bambino al fine di concentrarsi sui bisogni del genitore; il bambino percepisce che il suo accudimento nei confronti del genitore è qualcosa di fondamentale importanza al fine della sopravvivenza di quest'ultimo, in quanto percepito in pericolo nella sua sfera fisica e/o emotiva (Haxhe, 2016).

Ne deriva, in secondo luogo, che il bambino è investito da un'importante responsabilità relazionale che tuttavia risulta incompatibile con le competenze e le esigenze di un bambino. Infine, il genitore difficilmente riconosce la tacita richiesta posta al bambino e, di conseguenza, quest'ultimo non otterrà il riconoscimento per gli sforzi compiuti (Haxhe, 2016).

#### **1.2.4 Caratteristiche distintive della parentificazione**

In linea con la concettualizzazione proposta da Jurkovic (1997), oltre l' influenza della tipologia di confini presenti all'interno del sistema familiare (paragrafo 1.2.2) e la tipologia del ruolo assegnato (paragrafo 1.2.3), si considerino l'entità della responsabilità, l'oggetto dell'accudimento, l'adeguatezza all'età e il processo di interiorizzazione le caratteristiche distintive del fenomeno della parentificazione.

Risultano fondamentali anche variabili contestuali come la legittimità sociale e l'eticità (Jurkovic, 1997).

Il grado e la durata dell'assegnazione delle responsabilità emotive e strumentali, se prolungate nel tempo, potrebbero avere delle conseguenze negative sia emotive che fisiche (Jurkovic, 1997).

Al contrario, come nel caso sopracitato dell'infantilizzazione, anche un'aspettativa troppo bassa non è funzionale per un adeguato sviluppo del bambino: questi ultimi rischierebbero di identificarsi con il ruolo di un individuo inadeguato rispetto alle richieste dell'ambiente circostante (Jurkovic, 1997).

L'oggetto dell'accudimento dei bambini parentificati potrebbe essere un unico membro o, come sottolineato da Karpel (1976), diversi membri della famiglia, tra cui i membri del sottosistema coniugale e/o altri membri come i fratelli.

Martin (1996), confrontando figli di famiglie divorziate con figli di famiglie intatte, ha riscontrato che la parentificazione emotiva si presentava con maggior frequenza nelle famiglie divorziate, al contrario della sua variante strumentale che si presentava indifferentemente in entrambi i gruppi.

Hetherington & Stanley-Hagan (1999) hanno inoltre osservato che la parentificazione emotiva era maggiormente evidente tra madri e figlie in presenza di divorzi ad alto conflitto, correlata alla sintomatologia ansiosa e depressiva.

Gli effetti della parentificazione potrebbero variare in relazione all'oggetto primario di preoccupazione e del genere del bambino: la parentificazione tra genitore e figlio dello stesso genere potrebbe differenziarsi dalla parentificazione tra genitore e figlio di genere diversi (Jurkovic, 1997).

Ad esempio, non è da sottovalutare il ruolo dei padri, i quali sono altrettanto associati ad esiti negativi come quelli materni (Phares & Compas, 1992).

Inoltre, per quanto concerne la parentificazione paterna, le bambine hanno più probabilità di essere parentificate rispetto ai bambini (Burnett et al., 2006), associandosi a depressione, ansia e bassa autostima.

È fondamentale tenere in considerazione in quale stadio dello sviluppo il bambino si trovi al momento della parentificazione: la gravità delle conseguenze risultano associate e proporzionali alla precocità delle richieste genitoriali, in quanto, in età infantile, i bambini non possiedono le risorse necessarie per far fronte a tali richieste (Jurkovic, 1997).

A fronte dell'assunzione di tale ruolo, il bambino potrebbe andare incontro ad un processo di interiorizzazione: quest'ultimo richiede una particolare attenzione, in quanto concerne il grado in cui il bambino ha interiorizzato il processo di parentificazione come parte integrante e organizzativa della propria identità e stile interpersonale (Jurkovic, 1997).

Il bambino potrebbe identificarsi totalmente con il ruolo del caregiver, assumendo che solo diventando indispensabile per il genitore è possibile rimanergli vicino,

nonostante l'imprevedibilità della disponibilità emotiva di quest'ultimo (Byng-Hall, 2002).

A tal proposito, in età adulta, gli individui parentificati potrebbero instaurare delle relazioni affettive disfunzionali che potrebbero contribuire alla trasmissione intergenerazionale della parentificazione (Chase, 1999).

Un ulteriore possibile esito concerne lo sperimentare le richieste dall'esterno come aspettative che devono essere soddisfatte per ragioni funzionali e logistiche (Jurkovic, 1997).

Infine, come precedentemente accennato, non sono da sottovalutare le variabili etico-esistenziali come la legittimità sociale e l'eticità (Jurkovic, 1997).

In primo luogo, la legittimità sociale è fondamentale in quanto definisce quanto, in una determinata cultura di appartenenza, un determinato tipo di comportamento sia adattivo e legittimo rispetto alle aspettative normative (Harrison et al., 1990).

Tuttavia, molti comportamenti coerenti alla cultura di riferimento, molto spesso non risultano funzionali, dunque la valutazione relativa alla funzionalità e adattabilità della parentificazione non può far riferimento solo alla legittimità sociale (Jurkovic, 1997).

L'eticità è alla base della parentificazione: fondamentale risulta l'equilibrio di equità tra i bambini e i loro caregiver nel corso delle generazioni, inclusi i contesti socioculturali più ampi in cui vivono: squilibri in quest'ambito come lo sfruttamento emotivo o strumentale di un bambino che sia riconosciuto o meno da quest'ultimo, sono alla base della parentificazione distruttiva (Jurkovic, 1997).

### **1.2.5 Costrutti correlati: la dissoluzione di confini**

Come precedentemente accennato, la presenza di confini nella relazione genitore-figlio è essenziale al fine di una definizione appropriata circa i ruoli familiari, i quali delimitano le differenze di sviluppo e permettendo uno sviluppo sano del bambino; tuttavia, in alcuni sistemi familiari potrebbe verificarsi una dissoluzione di questi ultimi con relative implicazioni disfunzionali nell'ambito del sistema familiare (Hooper, 2007; Jurkovic, 1997; Johnson & Ray, 2016).

Viene definito dissoluzione dei confini, l'insieme complesso di fenomeni riguardanti la confusione dei ruoli interpersonali e la perdita di distinzione psicologica all'interno del sistema familiare ( Kerig, 2005).

Nonostante il costrutto di dissoluzione dei confini si è mostrato difficile da indagare e definire (Wagner & Reiss, 1995), il tema centrale che accumuna tutte le possibili definizioni è il mancato riconoscimento della particolarità psicologica del bambino, il quale non viene percepito nella sua attuale fase di sviluppo (Kerig, 2005).

La dissoluzione dei confini può assumere molteplici forme, tra cui la parentificazione (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973); di conseguenza, anche l'infantilizzazione: come sopra descritto, è da considerarsi una particolare forma di parentificazione in cui il genitore ripone basse aspettative sul proprio figlio, trattandolo con atteggiamenti tipici di un livello evolutivo inferiore (Haxhe, 2016).

Un costrutto simile alla parentificazione riguarda l'adultizzazione: la tendenza del bambino nell'agire prematuramente da adulto al fine di soddisfare il bisogno relazionale del genitore. Quest'ultimo assumerà il ruolo del migliore amico del genitore, accompagnato da una quota di responsabilità non adeguata alla sua fase evolutiva (Kerig, 2005).

Oltre alla parentificazione, l'adultizzazione risulta correlata anche al costrutto di triangolazione dal momento che quest'ultimo implica una dissoluzione dei confini intergenerazionali: il figlio viene coinvolto nel sottosistema coniugale ricoprendo lo status di decisore adulto, risolutore di problemi o risorsa emotiva per il genitore (Barber et al., 2005; Kerig, 1996; Margolin et al., 2001; O'Brien et al., 1995).

Le implicazioni negative dell'adultizzazione potrebbero essere meno gravi di un'inversione di ruolo in quanto, nonostante tale dinamica potrebbe interferire con la partecipazione di attività normative coerenti alla propria fase evolutiva, tale ruolo potrebbe fornire al bambino un senso di utilità controbilanciando gli eventuali effetti negativi di altre problematiche familiari concomitanti ( Kerig, 2005).

Ciò nonostante, a causa del mancato riconoscimento dei bisogni del bambino, potrebbero svilupparsi esiti negativi (Burkett, 1991).

Un altro costrutto che seppur relativo alla parentificazione, merita una considerazione separata, riguarda il costrutto della sposificazione che, a sua volta, si

differenza in sposificazione affettuosa e sposificazione ostile, entrambe caratterizzate da una rottura dei confini generazionali (Sroufe & Ward, 1980).

Per quanto concerne la sposificazione affettuosa, il bambino svolge un ruolo compensativo in un matrimonio che non soddisfa i genitori che si rivolgeranno ai propri figli al fine di soddisfare i propri bisogni di affetto e, in casi più gravi, persino di intimità sessuale.

Una variante della sposificazione affettuosa è rappresentata dalla sposificazione ostile: in questo caso, il genitore si rivolge al bambino-coniuge in modo critico e negativo (Kerig, 2005).

Infine, sono inclusi all'interno della dissoluzione dei confini, i costrutti di invischiamento che concerne la mancata differenziazione tra sé e l'altro (Combrinck-Graham, 1989; Olver et al., 1989; Zeanah & Klitzke, 1991) e di invadenza che concerne il controllo e la coercizione di un genitore nei confronti di un proprio figlio (Thomasgard & Metz, 1997).

## **1.2.6 La relazione tra parentificazione e attaccamento**

La teoria dell'attaccamento, il cui oggetto di studio riguarda la relazione tra bambino e caregiver e i relativi modelli operativi interni, risulta particolarmente utile quale cornice di significato relativamente al processo di parentificazione, fornendo informazioni circa possibili esiti positivi e negativi in età adulta (Hooper, 2007).

### **1.2.6.1 Parentificazione e attaccamento infantile**

La qualità della relazione bambino-caregiver fondata su una base sicura e i relativi modelli operativi interni formati e sperimentati durante l'infanzia e l'adolescenza, risultano fondamentali per la futura sicurezza, benessere e relazioni positive in età adulta (Hooper, 2007).

Un disturbo dell'attaccamento si verifica quando sono presenti “disturbi pervasivi e profondi nei sentimenti di sicurezza e protezione del bambino” come nei casi in cui il bambino deve, a suo discapito, occuparsi della sicurezza dell'adulto come nel caso dell'inversione di ruolo” (Zeanah Jr. et al., 1993, p. 337).

Bowlby (1982), a questo proposito, ha osservato nei suddetti bambini, un modello di attaccamento insicuro che ha definito “autosufficienza compulsiva”.

Inoltre, Bowlby, sin dai suoi primi scritti, identifica la trasmissione intergenerazionale delle relazioni di attaccamento, evidente nello specifico nelle situazioni di parentificazione (Hooper, 2007).

Quando si verifica una minaccia al sistema di attaccamento si osserva ansia da separazione e comportamenti di attaccamento: entrambi osservabili relativamente al fenomeno della parentificazione (Bowlby, 1980).

West & Keller (1991) affermano che quando questi bambini manifestano un comportamento di attaccamento nei confronti del genitore, non ha l'effetto di evocare una risposta di conforto ma, al contrario, evoca ansia e angoscia in quest'ultimo.

Il bambino, percependo angoscia da parte del genitore, potrebbe avvertire una minaccia di abbandono o senso di colpa relativamente al rapporto con il caregiver (Barnett & Parker, 1998).

Il bambino, dunque, al fine di gestire la passività e l'impotenza del genitore mantenendone la vicinanza, offrirà cure senza sollecitarle (Barnett & Parker, 1998).

A causa di una depressione o di qualche altra tipologia di disabilità, il caregiver non risulta in grado di prendersi cura del bambino ma, al contrario, pretende o si aspetta che quest'ultimo si prenda cura di sé e/o di altri membri del sistema familiare (Barnett & Parker, 1998). Quest'interazione potrebbe portare il bambino a un'unica modalità possibile finalizzata alla vicinanza con la figura di riferimento basata sul “prendersi cura o essere respinti” che potrebbe diventare tale anche in età adulta in cui il prezzo della vicinanza consisterebbe nella deferenza e sottomissione di sé (West & Keller, 1991).

L'inversione di ruolo, dunque, limiterebbe lo sviluppo del bambino: centrale risulta il senso di fallimento dovuto all'incapacità del bambino di far fronte alle responsabilità delegate e inappropriate alla sua fase evolutiva (Barnett & Parker, 1998).

A fronte di tale dinamica, il bambino potrebbe sperimentare da un lato una diminuzione dell'autostima a fronte dell'impotenza vissuta e dall'altro rabbia dovuta alla mancanza di cure appropriate da parte dei genitori; quest'ultima, al fine di mantenere un legame con il caregiver verrà repressa provocando a sua volta, un forte senso di colpa.

Quest'ultimo, probabilmente, rappresenta una potente e disadattiva forza motivante (Barnett & Parker, 1998).

L'inversione di ruolo, inoltre, riguarda anche rapporti estremamente stretti in cui il caregiver impedisce lo sviluppo di altre relazioni al di fuori della famiglia: si ipotizza che questo genere di caregiver, dato il suo attaccamento ansioso, ricerchi nel figlio una figura di attaccamento. Quest'ultimo è investito della responsabilità di occuparsi del genitore, comportando anche in questo caso, un'inversione di ruolo con possibili esiti relativi al senso di colpa e attaccamento ansioso (Bowlby, 1982).

Levy (1943) ha sottolineato come i caregiver intrusivi, iper-coinvolti e ansiosi limitino lo sviluppo sociale e psicosessuale dei propri figli.

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, tale situazione è associata all'attaccamento insicuro: nello specifico, i bambini parentificati potrebbero sviluppare stili ansiosi e/o evitanti verso le relazioni con delle relative convinzioni che sono poi portate avanti anche nelle relazioni adulte: questi individui, avendo ricoperto un ruolo di caregiving inadeguato alla propria fase evolutiva, potrebbe aumentare il rischio di percepirsi come preziosi per gli altri solo nella misura in cui servono ad un determinato scopo o assumersi troppe responsabilità sentendosi gli unici responsabili del benessere di chi li circonda (Baggett et al., 2015).

Tali convinzioni potrebbero portare l'individuo parentificato a preoccuparsi eccessivamente delle loro relazioni strette o ad allontanarsi dagli altri nel tentativo di evitare di essere rifiutati o sopraffatti; in questo modo, potrebbero verificarsi delle tensioni con i rispettivi partner romantici in quanto l'individuo parentificato non è in grado di fidarsi che il partner lo ami incondizionatamente (Baggett et al., 2015).

### **1.2.6.2 Implicazioni relative alle relazioni romantiche**

I modelli operativi interni e lo stile di attaccamento potrebbero essere continui o discontinui (Waters et al., 2000).

Crescere in una casa che non permette al bambino di sperimentare una base sicura, non necessariamente comporterà uno stile di attaccamento insicuro in età adulta (Hooper, 2007): "i modelli operativi interni, infatti, rimangono aperti al cambiamento alla luce di esperienze reali" (Waters et al., 2000, p. 687).

Ciò nonostante, la letteratura sostiene che i modelli operativi interni possano stabilire l'aspettativa che le future relazioni si instaurino con modalità simili alle relazioni primarie: il bambino che sperimenta un attaccamento insicuro in infanzia, potrebbe diventare un adulto che conferma tali stili di attaccamento nelle future relazioni (Hooper, 2007).

La teoria dell'attaccamento, dunque, sottolinea la possibilità che queste prime esperienze siano portate avanti nelle successive relazioni mediante modelli operativi interni: studi recenti hanno dimostrato associazioni tra la sicurezza dell'attaccamento infantile e il buon funzionamento nelle relazioni romantiche adulte, caratterizzate da espressioni di emozioni positive, buone capacità di risoluzione dei conflitti e, dunque, al buon funzionamento nei rapporti intimi come le amicizie e le relazioni romantiche, salienti per lo sviluppo (Simpson et al., 2007).

Al contrario, gli individui parentificati, avendo spesso uno stile di attaccamento insicuro, potrebbero instaurare delle relazioni affettive disfunzionali che potrebbero contribuire alla trasmissione intergenerazionale della parentificazione (Chase, 1999).

La recente letteratura sulla parentificazione paterna, sottolinea che la parentificazione infantile potrebbe influenzare le relazioni romantiche adulte (Baggett et al., 2015).

A tal proposito, alcune ricerche hanno sottolineato l'associazione tra parentificazione emotiva e esiti negativi nelle relazioni romantiche, tra cui violenza interpersonale (Linder & Collins, 2005).

Come nelle relazioni più sane, i partner tentano di riparare a ciò che i genitori del rispettivo partner non ha offerto (Olson & Gariti, 1993)

L'individuo parentificato, tuttavia, è più incline ad entrare nelle cosiddette "relazioni di dipendenza", incentrate su un determinato atto come l'attività sessuale o qualche altro comportamento reciprocamente e marginalmente soddisfacente, stabilendosi quale modello interattivo prevalente (Olson & Gariti, 1993)

La suddetta attività ha la funzione di soddisfare almeno una parte dei bisogni insoddisfatti di entrambi i partner; tuttavia, nella relazione di dipendenza (o simbolica) il bisogno di gratificazione da parte del "genitore surrogato" è così grande che la situazione continua a presentarsi in modo ripetitivo, comportando un elevato costo psico-emotivo per uno o entrambi i partner (Olson & Gariti, 1993) .

Una tipica caratteristica delle coppie sopracitate concerne la messa in atto di dinamiche interattive disfunzionali come la violenza fisica e/o verbale finalizzata ad ottenere l'ascolto dal "partner simbolico" quando la comunicazione si è totalmente interrotta o quando sorgono contemporaneamente i bisogni di convalida individuale di ciascun partner: la dinamica ruota molto spesso intorno alla presenza di un membro fisicamente e/o verbalmente violento che ferendo il rispettivo partner e sentendosi in colpa, permetterà nuovamente la vicinanza tra i due individui, la quale sarà riequilibrata mediante un rapporto sessuale, facendo sentire entrambi i partner, almeno in parte, soddisfatti nei propri bisogni emotivi (Olson & Gariti, 1993)

Questa dinamica rinforza una serie di interazioni negative che incoraggiano al comportamento autodistruttivo e a far riemergere antiche ferite: la definizione di "dipendenza" trova il suo senso in quanto gli scenari iniziano ad essere prevedibili ma ineluttabili generando un sentimento di impotenza simili ai comportamenti appartenenti alla sfera della tossicodipendenza (Olson & Gariti, 1993).

La funzione di tali dinamiche ripetitive è quella di ricoprire un ruolo che per quanto possa sembrare familiare, risulta disfunzionale (Olson & Gariti, 1993).

La formazione di relazioni squilibrate è tipica di individui che sono stati parentificati o infantilizzati: questi ultimi hanno sviluppato un'incapacità di cercare, stabilire e mantenere delle relazioni equilibrate; infatti, le relazioni primarie dei suddetti individui con i propri caregiver erano caratterizzate da confini sfumati e una conseguente maggiore probabilità di non riuscire a costruire delle relazioni equilibrate (Olson & Gariti, 1993).

Madden & Shaffer (2016) hanno analizzato un particolare aspetto dei processi diadici romantici: la comunicazione. La capacità di comunicare in modo costruttivo in una relazione romantica risulta essere un'importante e saliente risorsa dell'adulto emergente al fine di costruire delle relazioni equilibrate.

Tuttavia, la parentificazione emotiva, influenzando gli schemi relazionali e invertendo i tipici ruoli caregiver-figlio, potrebbe minare la suddetta capacità, impedendo una comunicazione positiva e costruttiva con i partner romantici (Madden & Shaffer, 2016).

La comunicazione costruttiva è caratteristica di coppie in una relazione funzionale: i partner si impegnano in discussioni sui propri problemi, sentimenti e capacità di negoziazione durante i conflitti (Christensen & Shenk, 1991).

Coerentemente, ricerche precedenti hanno dimostrato che le coppie che utilizzano la suddetta comunicazione costruttiva, tendono ad avere una maggiore soddisfazione coniugale (Litzinger & Gordon, 2005).

In uno studio condotto da Madden & Shaffer (2016) è emerso che vi era una maggiore difficoltà nella comunicazione costruttiva diadica in individui che hanno sperimentato parentificazione emotiva in infanzia.

Inoltre, è stato dimostrato che la parentificazione emotiva era associata a più alti livelli di cognizioni legate all'attaccamento ansioso ed evitante, suggerendo che la presenza di alti livelli di parentificazione emotiva era correlata a cognizioni legate all'attaccamento romantico insicuro (Madden & Shaffer, 2016).

Livelli più alti di cognizioni legate all'attaccamento ansioso sono associati tipicamente a gelosia, bassa fiducia e dipendenza (Brennan & Shaver, 1995), oltre ad associazioni con una scarsa autostima, rapporti sessuali precoci, alti tassi di infedeltà (Bogaert & Sadava, 2002).

I suddetti modelli relazionali, associati alla preoccupazione relativamente alla reattività del partner, potrebbero contribuire ad un conflitto comunicativo con l'altro significativo (Madden & Shaffer, 2016).

Diversamente, la parentificazione strumentale, era correlata a cognizioni legate all'attaccamento romantico insicuro evitante (Madden & Shaffer, 2016).

Baggett et al (2015) hanno dimostrato che la parentificazione paterna su giovani donne, era associata negativamente alla soddisfazione nelle relazioni romantiche, coerentemente alla letteratura esistente sugli esiti negativi della parentificazione infantile (Carlson et al., 1995; Jacobvitz et al., 2004).

Difatti, nel suddetto studio, è emerso che gli stili di attaccamento insicuri, mediano la relazione tra parentificazione e soddisfazione nelle relazioni romantiche: fornendo un supporto empirico alla speculazione teorica relativa ai possibili esiti adattivi o disadattivi mediati dallo stile di attaccamento e modelli operativi interni sulla parentificazione infantile (Hooper, 2007).

### **1.2.7 Parentificazione adattiva e distruttiva: possibili implicazioni**

Nonostante il termine parentificazione venga utilizzato in riferimento a dinamiche familiari disfunzionali, è possibile osservare tale fenomeno nella maggior parte dei fenomeni umani manifestandosi quale nucleo regressivo anche in rapporti equilibrati caratterizzati da reciprocità, dunque non caratterizzandosi in quanto intrinsecamente patologica (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

Si può dunque distinguere la parentificazione distruttiva (Jurkovic et al., 1999) dalla parentificazione adattiva (Jurkovic, 1997).

La parentificazione adattiva si distingue dalla sua variante distruttiva in quanto fondata sulla trasparenza del ruolo ricoperto dal bambino: gli altri membri della famiglia sono grati a quest'ultimo e il contributo che il bambino dà alla famiglia risulta adeguato (Schier et al., 2015), inoltre è caratterizzata da limitatezza temporale e moderata intensità (Kerig, 2005)

Un tipico esempio riguarda la situazione del “bambino badante” tipico della famiglie immigrate (Aldridge & Becker, 1993): se vi è una giustificazione e una temporaneità del suddetto ruolo, il bambino non sperimenterà necessariamente delle conseguenze negative (Schier et al., 2015).

Alcuni studi hanno messo in luce i benefici che i bambini parentificati possono trarre dall'essere trattati come individui competenti contribuendo al benessere della propria famiglia: i bambini potrebbero sviluppare alti livelli di empatia, altruismo e responsabilità (Jurkovic, 1997).

La parentificazione distruttiva, al contrario, caratterizzata da genitori che, prematuramente, richiedono ai propri figli di diventare indipendenti e/o mostrando un atteggiamento impotente, richiedono ai propri figli di comportarsi come adulti (Jurkovic, 1997).

In questo caso non vi sarà trasparenza: qualora il processo di parentificazione si dovesse manifestare in modo occulto, il carico psicologico sul bambino sarà maggiore: quest'ultimo non si renderà conto dell'ingiustizia del ruolo assunto (Jurkovic, 1997; Schier et al., 2015).

La parentificazione distruttiva è caratterizzata, dunque da illegittimità sociale, mancanza di reciprocità del sostegno che il bambino dona al genitore, inadeguatezza del

ruolo assegnato all'età, entità dell'onere sostenuto dal bambino e gli esiti disadattivi che ne conseguono (Jurkovic et al., 1999).

Il percorso attraverso il quale la parentificazione assume caratteristiche patologiche, potrebbe essere diretto o indiretto (Jurkovic, 1997).

La via diretta è caratterizzata dall'abbandono psicologico e/o fisico, negligenza, abdicazioni di responsabilità genitoriali, eccessiva permissività, prematura richiesta di indipendenza rispetto ai propri figli: in tutti i suddetti casi, verranno suscitate delle risposte di accudimento in questi ultimi (Jurkovic, 1997; Karpel, 1976; Minuchin, 1967; Zeanah & Klitzke, 1991); in alternativa, potranno essere esercitate delle minacce, esortazioni e persuasioni morali finalizzate alla manipolazione circa un comportamento ritenuto responsabile (Jurkovic, 1997).

Il percorso indiretto, invece, implica che i bambini possano essere soggetti a due tipi di direttive (Karpel, 1976): le istruzioni (prescrizione di ciò che il bambino dovrebbe fare) e le ingiunzioni (prescrizione di ciò che non si dovrebbe fare).

Tali modalità comunicative impedirebbero una chiara comunicazione, imponendo intenzioni, emozioni, bisogni e azioni nel bambino (Jurkovic, 1997).

Un' ulteriore modalità in cui potrebbe presentarsi tale fenomeno concerne l'iperprotezione, la quale si costituisce quale proiezione dell'ansia genitoriale, violando i confini intergenerazionali: il bambino sarà respinto nel tentativo di ripagare a tale eccessivo accudimento e, di conseguenza, i figli rimarranno per sempre indebitati nei confronti dei genitori (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Bowlby, 1980; Jurkovic, 1997; Zeanah & Klitzke, 1991).

A fronte di tali relazioni invischianti, potrebbero osservarsi comportamenti ambivalenti di parentificazione e infantilizzazione, implicando un modello interattivo "ingolfato" seguito da un disimpegno improvviso accompagnato da rabbia, nel momento in cui risulta evidente che il bambino, avendo i propri bisogni, non riesce a soddisfare le richieste dei genitori. Successivamente, quest'ultimo, a causa di sentimenti di colpa, cercherebbe di reinvestire nel rapporto con il caregiver. Tale modalità interattiva potrebbe, dunque, comportare una disorganizzazione per il bambino, il quale desidera essere leale e soddisfare il genitore (Jurkovic, 1997; Main & Hesse, 1990; Minuchin, 1967).

Importanti conseguenze relative alla parentificazione distruttiva concernono il senso di colpa e la vergogna che potrebbero derivarne: gli individui parentificati troveranno difficile raggiungere un benessere psicologico essendo consapevoli delle difficoltà emotive e/o fisiche/ finanziarie che attraversano i propri genitori, scontrandosi costantemente con la propria incapacità relativa al proprio ruolo, percependosi quale delusione per le proprie famiglie (Jurkovic, 1997).

È importante, infine, sottolineare un aspetto prettamente interattivo della relazione genitore-bambino: bisogna differenziare quando l'inversione di ruolo si verifica in concomitanza a richieste genitoriali e quando, al contrario, i bambini, in quanto agenti attivi nella creazione di tali relazioni, sulla base di una propria iniziativa, offrono cura ai propri genitori (Kerig, 2005).

I bambini, infatti, anche senza un'esplicita richiesta dei genitori, possono intervenire in modo proattivo assumendo il ruolo di caregiver, mediatori o intermediari nel tentativo di risolvere i problemi dei propri genitori, ritrovando un senso di sicurezza (Davies & Forman, 2002; Bradford & Barber, 2005; Kerig, 2001).

Dunque, la parentificazione può essere osservata anche quale processo: una spinta esercitata da un determinato membro del sistema familiare alla quale gli individui potrebbero o non potrebbero colludere, come nei casi in cui i bambini non soddisfano le aspettative dei propri genitori (Kerig, 2005).

La parentificazione potrebbe avere delle influenze sul processo di individuazione (Mahler, 1971), compromettendo lo sviluppo di un senso di sé (Earley & Cushway, 2002) e le future relazioni tra cui le potenziali relazioni con i propri figli (Buhl, 2008).

Gli effetti deleteri della parentificazione potrebbero presentarsi in vari contesti della vita dell'individuo, rischiando di divenire intergenerazionali (Hooper, 2007): la parentificazione infantile, infatti, non colpisce solo l'individuo ma anche l'eventuale sistema familiare in cui è inserito quest'ultimo: con conseguenze sul sottosistema coniugale e sul rapporto tra gli adulti che sono stati parentificati e i figli di questi ultimi (Valleau et al., 1995).

A fronte dell'assunzione di tali responsabilità, i bambini parentificati potrebbero sperimentare un elevato stress associato ad ansia, bassa energia e disturbi psicosomatici (Kerr & Bowen, 1988; Elkind, 1981; Jurkovic, 1997; Karpel, 1976; Minuchin & Fishman, 1981; Wallerstein, 1985) infatti, in molti casi tali bambini soddisfano i criteri diagnostici

tipici del disturbo d'ansia generalizzato (APA, 1987), con una possibile implicazione relativa allo sviluppo di autosufficienza e contro-dipendenza (Weiss, 1979).

Inoltre, è stato riscontrato che la parentificazione possa rappresentare un fattore di rischio relativo alla depressione e ai comportamenti suicidari (Held & Bellows, 1983; Lopez, 1986).

Le conseguenze della parentificazione sul futuro adattamento adulto sono state trattate da diverse teorie psicoanalitiche (Schorr & Goldner, 2023).

Secondo la teoria dell'attaccamento, è fondamentale che il bambino faccia esperienza di caregivers sensibili, reattivi e amorevoli al fine di un sano adattamento socio emotivo (Kerns & Brumariu, 2014). Al contrario, quando i bambini assumono responsabilità genitoriali potrebbero interiorizzare rappresentazioni negative del sé e degli altri, contribuendo alla trasmissione intergenerazionale della parentificazione (Hooper, 2007), compensando la perdita subita in infanzia rivolgendosi ai propri figli per soddisfare i propri bisogni narcisistici e relazionali (Engelhardt, 2012).

La teoria delle relazioni oggettuali (Winnicott, 1965) si è occupata di un particolare fenomeno relativo alla parentificazione: il timore degli individui parentificati di perdere il controllo; tale timore trae probabilmente origine dall'incapacità del caregiver di prendersi cura del bambino, ostacolando lo sviluppo di un senso di sé integrato (Schorr & Goldner, 2023).

A fronte di tale timore, il bambino svilupperebbe un Falso Sé in contrapposizione al Vero Sé: il bambino rinuncia ai suoi desideri e bisogni per soddisfare i propri genitori; le implicazioni psicopatologiche potrebbero essere diverse, come la mancanza di coesione del sé, scarsa autostima e disturbo narcisistico di personalità (Kohut, 1971).

Alcuni teorici della psicologia del Sé hanno sottolineato che la tendenza nel soddisfare i bisogni narcisistici dei propri caregiver sottomettendosi al loro controllo ostile e manipolativo, aumenterebbe le probabilità di sviluppare una vulnerabilità masochista (Nehrig et al., 2019; Van Buren & Meehan, 2015) o grandiosità narcisistica in età adulta (Taillieu et al., 2016).

È stato inoltre riscontrato che il modello relazionale della parentificazione attiverebbe il sistema della paura: in uno studio condotto da Schorr & Goldner (2023) su individui parentificati, è emerso che questi ultimi hanno riportato di aver vissuto nella loro infanzia vigilanza emotiva e paura di esaurimento relativamente alla relazione con i

propri caregiver, coerentemente a studi precedenti sugli abusi emotivi in relazione alla salute mentale e fisica dei bambini (Herzog & Schmahl, 2018; Hughes et al., 2017), alla letteratura sull'attaccamento (Solomon & George, 2011) e sul trauma relazionale (Bailey & Brand, 2017), in linea con la descrizione proposta da Winnicott (1974).

Inoltre, è emerso da studi precedenti che i bambini che hanno sperimentato un abuso emotivo, come la parentificazione, potrebbero sviluppare con maggiore probabilità inadeguate strategie di coping come la scarsa regolazione delle emozioni, dissociazione e comportamenti a rischio (Haferkamp et al., 2015; Oshri et al., 2015).

A tal proposito, gli individui parentificati che hanno partecipato alla ricerca condotta da Schorr & Goldner (2023) hanno comunicato di andare spesso incontro a meccanismi simili a ciò che la letteratura ha definito dei meccanismi relativi al trauma (scissioni intrapsichiche e disconnessioni del sé) (Schimmenti & Caretti, 2016).

Un'altra manifestazione osservata, coerentemente alla prospettiva teorica di Kohut (1971), è un cambiamento strutturale in cui il Sé si presentava scisso tra inutilità e fallimento da un lato e onnipotenza e grandiosità dall'altro: i bisogni narcisistici insoddisfatti erano sepolti sotto un'illusoria superiorità avvolti da un'immensa vulnerabilità, colpa e vergogna (Kohut & Wolf, 1978), vivendo all'interno di un "paradosso narcisistico" (Morf & Rhodewalt, 2001) caratterizzato dal bisogno di autoaffermazione esterna e apprezzamento da parte dei propri genitori, percepiti a loro volta come oggetti frustranti e minaccia alla propria autostima e provando, al contempo, rabbia e risentimento (Cain et al., 2008; Pincus & Lukowitsky, 2010).

La mancata connessione con il Vero Sé sembra, inoltre, essere connesso al meccanismo di difesa dell'identificazione con l'aggressore (Ferenczi & Rank, 1986): è possibile che tali individui abbiano utilizzato la propria capacità di empatia e identificazione al fine di adattarsi all'immagine che i genitori avevano di questi (Schorr & Goldner, 2023).

In quest'ottica, i comportamenti rischiosi, autolesionisti e punitivi potrebbero essere visti come manifestazioni di un'identificazione con il perpetratore delle situazioni di abuso (Lahav et al., 2022) e interiorizzazione dell'oggetto maligno (Kohut, 1971).

Questi individui, in età adulta, sembrano mancare di un chiaro senso del Sé e una disconnessione circa i loro sentimenti e desideri (Norman et al., 2021).

L'osservazione degli effetti a lungo termine della parentificazione ha comportato una crescente preoccupazione circa gli effetti negativi che potrebbero verificarsi; tuttavia, vi è bisogno di ulteriore ricerca al fine di una maggior chiarezza in merito alle possibili implicazioni (Masiran et al., 2023).

Una ricerca svolta da Masiran et al. (2023) ha dimostrato un'inconcludenza rispetto ai benefici della parentificazione strumentale rispetto alla parentificazione emotiva ma sono stati sottolineati gli aspetti negativi di quest'ultima, coerentemente alla letteratura precedentemente esplicitata.

Diversi ricercatori hanno esaminato l'impatto della parentificazione sull'adattamento e sul funzionamento psicosociale identificando sia effetti negativi che positivi (Stein et al., 1999; Stein et al., 2007; Chase et al., 1998; Earley & Cushway, 2002; Hooper, 2007; Peris et al., 2008; Tompkins, 2007).

Ulteriori studi si sono concentrati sulle esperienze che l'individuo ha vissuto durante l'infanzia e le relative implicazioni a lungo termine: nello specifico sulle implicazioni della parentificazione sulle problematiche relative all'adattamento in età adulta (ad esempio, (Burton, 2007; Chase et al., 1998; Hooper et al., 2008; Hooper & Wallace, 2010; Jurkovic et al., 2001 Stein et al., 1999; Wells e Jones, 2000), tra cui ansia, depressione, disagio psicologico (Burton, 2007; Hooper et al., 2008; Hooper & Wallace, 2010), vergogna (Wells & Jones, 2000), disturbi alimentari (Rowa et al., 2001), abuso di sostanze (Stein et al., 1999) e rischio suicidario (Byng-Hall, 2002; Jurkovic, 1997).

Williams & Francis (2010) hanno rilevato una correlazione positiva tra i punteggi della parentificazione e i punteggi della sintomatologia depressiva, mentre Jankowski et al. (2013) hanno dimostrato un effetto significativamente positivo tra parentificazione e sintomi di salute mentale, mediata dal costrutto dell'ingiustizia percepita.

### **1.2.7.1 Fattori di rischio e fattori protettivi**

I principali fattori di rischio della parentificazione concernono la presenza di genitori affetti da disabilità fisica e/o mentale, alcolismo, tossicodipendenza, patologie degenerative oltre alla mancanza di supporto sociale, disagi economici e violenza domestica (Schorr & Goldner, 2023).

Inoltre, Michard (2005) ha ipotizzato che ulteriori fattori di rischio potrebbero risiedere nei bisogni insoddisfatti del genitore relativamente alla propria infanzia e, nello specifico, al rapporto con i rispettivi caregiver.

Il genitore potrebbe cercare di utilizzare l'accudimento del proprio figlio al fine di colmare le lacune dei propri bisogni prettamente emotivi (riconoscimento, supporto, sicurezza, cura), venuti a mancare presumibilmente partendo dalle relazioni primarie, estendendosi alle future relazioni (Haxhe, 2016).

Anche la morte di un genitore o di un coniuge che potrebbe portare l'individuo a cercare di soddisfare i propri bisogni emotivi attraverso il figlio, in quanto verrebbe a mancare un'importante fonte di supporto emotivo (Byng-Hall, 2002); altri ricercatori come Boss (1999) e D'Amore (2010) sottolineano che la suddetta perdita può essere anche ambigua come nei casi di divorzio, malattie degenerative o immigrazione.

Ognuno di questi bisogni insoddisfatti, condurranno a una diversa tipologia di parentificazione, caratterizzata da uno specifico ruolo (Haxhe, 2016).

Per quanto concerne i fattori protettivi, il supporto emotivo da parte dei membri della famiglia è uno degli aspetti fondamentali al fine della prevenzione degli esiti negativi a lungo termine (Fritz et al., 2018; Shepherd et al., 2021): ad esempio le relazioni supportive e positive con fratelli, nonni e/o altre tipologie di relazioni supportive durante l'infanzia (Masiran et al., 2023).

In particolare, è stata riscontrata, se presente, l'importanza del sottosistema dei fratelli: in un determinato sistema familiare, i bambini possono essere parentificati in modi diversi, assumendo dunque ruoli diversi (capro espiatorio, ruolo neutro, caregiver). La condivisione di ruoli diversi all'interno dello stesso sottosistema potrebbe portare il bambino a sperimentare sfiducia all'interno della relazione fraterna: maggiore è la diversità relativa ai ruoli ricoperti dai fratelli, maggiore sarà la difficoltà nel capire e riconoscere l'altro; diversamente, quando i fratelli ricoprono un ruolo simile, è possibile che possa instaurarsi una solidarietà reciproca. Questo pone la relazione fraterna quale importante risorsa emotiva, spesso sottovalutata (Haxhe, 2016).

### **1.2.7.2 Variabili socioculturali e di genere**

È importante sottolineare l'importanza delle variabili culturali e sociali relative al fenomeno della parentificazione (Kerig, 2005).

Secondo (Jurkovic, 1997) sono da prendere in considerazione diverse variabili culturali e sociali al fine di contestualizzare tale fenomeno.

Ad esempio, l'appartenenza ad una cultura individualista che enfatizza eccessivamente la privacy e l'indipendenza del singolo e del sistema familiare, rappresentano una significativa parte nella definizione di parentificazione distruttiva (Jurkovic, 1997).

In uno studio sulla dissoluzione dei confini genitore-figlio condotto da Jackson et al. (2016) è emerso che gli studenti universitari indiani riportavano opinioni più positive riguardo alla parentificazione, rispetto ai loro coetanei statunitensi.

La presenza di moltitudini prospettive culturali sul costrutto della parentificazione (Shin & Hecht, 2013) potrebbero risiedere nelle distinzioni culturali relative al processo di separazione-individuazione: ad esempio, la cultura occidentale promuove l'indipendenza degli individui nel momento in cui lasciano casa per intraprendere un percorso lavorativo o di studio, a differenza di altre culture in cui ciò avviene gradualmente e con un coinvolgimento genitori-figli (Preciado, 2020).

Nelle regioni del sud-est asiatico, la responsabilità filiale sembra far parte delle norme culturali (Yeung & Thang, 2018); inoltre, i genitori asiatici delegano ai figli più grandi la cura dei fratelli più piccoli a causa del grande numero di bambini presenti all'interno del sistema familiare (Yunus, 2005).

Inoltre, Jurkovic (1997) ha sottolineato l'importanza delle differenze di genere: per lungo tempo il prototipo di ruolo femminile è stato strutturato intorno alle pratiche di cura e responsabilità verso gli altri (Gilligan, 1982), pratiche emblematiche nel processo di parentificazione.

A questo proposito, è emerso che le donne riferiscono di aver assunto delle responsabilità genitoriali maggiori rispetto agli uomini (Gilligan, 1982); nonostante anche gli uomini, quando parentificati, lo mostrano attraverso comportamenti normativamente e tradizionalmente definiti maschili (Jurkovic, 1997).

### **1.2.7.3 Contesto contemporaneo: pandemia (COVID-19)**

Oltre il contesto socio-culturale è importante tener presente le situazioni specifiche, problemi sociali, economici o psicologici che potrebbero indurre i genitori a mettere in atto il processo di parentificazione (Masiran et al., 2023).

L'equilibrio del ciclo vitale di un sistema familiare potrebbe andare incontro ad un improvviso cambiamento a fronte di eventi critici improvvisi (definiti paranormativi), comportando una modifica o un'interruzione nelle abituali attività quotidiane. L'evento paranormativo della pandemia da Coronavirus (COVID-19) nel 2019, ne costituisce un esempio: le misure di quarantena hanno contribuito all'aumento dello stress genitoriale (Chung et al., 2021), il disagio psicologico tra i membri della famiglia (Luttik et al., 2020) e i tassi di divorzio (Goldberg et al., 2022).

La chiusura delle scuole combinata alle restrizioni a lavoro hanno portato i genitori a trovare un nuovo equilibrio tra il lavoro, le faccende domestiche e il prendersi cura dei propri figli (Perkins et al., 2022).

Inoltre, è da sottolineare anche l'importanza dell'impatto socioeconomico che tale situazione ha avuto sul sistema familiare (Masiran et al., 2023).

Quanto appena descritto, coincide con i fattori di rischio della parentificazione: infatti, vi è stato un aumento dell'assunzione di ruoli tipicamente genitoriali da parte dei bambini (Masiran et al., 2023); associandosi a problemi comportamentali e sociali di questi ultimi (Berkman et al., 2000).

Inoltre, Perkins et al. (2022) hanno ipotizzato la possibilità di rischio di violenza tra fratelli a causa della mancanza di supervisione dei genitori durante la pandemia di COVID-19.

Tuttavia, uno studio sui bambini filippini durante la pandemia di COVID-19 ha evidenziato che i bambini riconoscevano la propria self-efficacy ricoprendo questo particolare ruolo (Teng et al., 2021).

## 1.3 Adattamento adulto

L'adattamento psicologico, oggetto di diverse concettualizzazioni (ad esempio, Piaget, 1971; Sampson & Weiss, 1986; Folkman, 1984; Taylor, 1983) è stato definito dall'American Psychological Association (APA) come la capacità dell'individuo di rispondere in modo adeguato al mutare delle situazioni: sin dall'infanzia infatti, l'individuo è portato ad adattarsi alla realtà servendosi di conoscenze più o meno affidabili costruite all'interno del proprio ambiente interpersonale, a partire dalle relazioni primarie (De Luca et al., 2017; (Sampson & Weiss, 1986).

### 1.3.1 Control-Mastery Theory e Disturbo dell'adattamento

In linea con quanto precedentemente esplicitato circa il vissuto del bambino parentificato (Barnett & Parker, 1998), la Control- Mastery Theory (CMT) (Weiss, 1993; Sampson & Weiss, 1986) potrebbe risultare utile al fine di contestualizzare il costrutto di parentificazione nell'ambito dell'adattamento adulto.

Sin dall'infanzia, l'individuo è spinto all'adattamento alla realtà: nello specifico alla realtà interpersonale, al fine di conservare un senso di sicurezza interna (De Luca et al., 2017).

Secondo la CMT, a partire dalle esperienze dirette ed indirette che il bambino sperimenta con le figure di riferimento primarie, si instaurano delle conoscenze su di sé e sul proprio mondo interpersonale che verranno utilizzate nel tentativo di adattarsi alla realtà (De Luca et al., 2017).

La CMT, oltre a prendere in considerazione la tendenza innata del bambino all'attaccamento che sottende la necessità di adattamento all'ambiente primario (Melges & Bowlby, 1969) prende in considerazione l'intero sistema familiare in cui il bambino è inserito (De Luca et al., 2017).

Inoltre, il Modello Multigenerazionale in Terapia familiare evidenzia come all'interno di un sistema familiare, vi siano trame multigenerazionali che influenzano i singoli, i ruoli e i compiti che questi ultimi adopereranno all'interno dell'ambiente primario, influenzando il sistema stesso: *“la storia di ogni famiglia è un intreccio complesso di storie individuali, legami intergenerazionali ed esperienze condivise che si susseguono in un arco temporale.”* (Andolfi, 2015).

A partire da tale contesto, le figure di accudimento primarie hanno il compito di insegnare al bambino chi è, come funziona il mondo, le aspettative e le norme comportamentali su quest'ultimo (De Luca et al., 2017).

Al fine di un buon adattamento alla realtà circostante, l'essere umano costruisce delle conoscenze più o meno affidabili relativamente alla realtà e a sé stesso: la CMT definisce "credenze" tali rappresentazioni implicite ed esplicite di sé e del proprio mondo interpersonale (Gazzillo, 2016).

Qualora dovesse esserci un'associazione tra il raggiungimento di un sano e realistico obiettivo a un pericolo interno (senso di colpa o vergogna) o esterno (sofferenza degli altri significativi), tali credenze vengono a formarsi in modo patogeno (De Luca et al., 2017).

Le credenze (consapevoli o meno) risultano essere dei mediatori tra le motivazioni (e propensioni) innate e i nostri comportamenti effettivi: il modo in cui l'essere umano reagisce alle diverse sfide dell'ambiente dipende, in primo luogo, da una serie di affetti, motivazioni e propensioni primarie selezionate nel corso dell'evoluzione della specie, le quali hanno permesso la sopravvivenza dell'individuo e del gruppo; in secondo luogo dalla plasticità di queste ultime che prendono forma all'interno del nostro contesto sociale, culturale e dalle nostre relazioni primarie (De Luca et al., 2017).

Nel momento in cui l'ambiente attuale si presenta come profondamente diverso dall'ambiente primario o, nel caso di cambiamenti repentini che non permettono un graduale adattamento, i tratti prima adattivi potrebbero rivelarsi disadattivi (Wilson, 2007).

La CMT, in linea con il modello concettualizzato da Haidt (2012), sottolinea che i sensi di colpa interpersonali sarebbero l'esito di credenze elaborate durante il corso delle proprie relazioni primarie, partendo da situazioni in cui il bambino ha percepito che il perseguimento di un proprio sano obiettivo (giocare, essere autonomo, dipendere, arrabbiarsi per aver subito un'ingiustizia) provocasse dolore e sofferenza alle proprie figure di riferimento, minacciandone il legame, dunque la propria sopravvivenza (De Luca et al., 2017).

Tale senso di colpa, nell'inquadramento teorico della CMT, potrebbe far riferimento a diversi dualismi concettualizzati dal modello dei principi morali di Haidt (2012).

Emblematico è il senso di colpa relativo al dualismo separazione/slealtà, derivato dal mancato adempimento del principio di lealtà/tradimento il quale concerne il bisogno di appartenenza al gruppo e in questo caso specifico, alla famiglia (Haidt, 2012); tale credenza patogena è relativa alla credenza secondo cui separarsi fisicamente e psicologicamente dalle proprie figure di riferimento possa provocare in questi sofferenza (De Luca et al., 2017).

Diversamente, lo sviluppo di responsabilità onnipotente si baserebbe sulla convinzione di avere il potere e il dovere di prendersi cura delle figure significative (De Luca et al., 2017), tale convinzione concerne il principio cura/danno basato sul bisogno di prendersi cura degli altri in difficoltà (Haidt, 2012).

Il senso di colpa del sopravvissuto, diversamente, è relativo alla convinzione secondo la quale il proprio benessere o successo personale sia ingiusto in quanto tolto a qualcun altro (De Luca et al., 2017); sarebbe legato al dualismo di correttezza/ingiustizia basato sulla necessità di reciprocità in una relazione diadica (Haidt, 2012).

Il senso di colpa relativo all'odio di sé è derivato da relazioni abusanti o trascuranti: il bambino, pur di non avere una rappresentazione negativa dei propri genitori, si convince di non meritare l'amore, l'accudimento e la protezione; ne deriva un'intolleranza al benessere e a una buona autostima di sé, boicottando ogni possibilità situazionale o relazionale che accennano a tale eventualità (De Luca et al., 2017); in questo caso si può notare il legame con il dualismo di autorità/sovversione in cui è posto l'accento sul coinvolgimento da parte degli individui in interazioni sociali gerarchiche e di sanità/degradazione associato a emozioni di disgusto e paura della contaminazione (Haidt,2012).

Dunque, sin dalla nascita il bambino è motivato all'adattamento: inconsapevolmente, il bambino è a conoscenza che la propria sopravvivenza dipende dalla vicinanza con le proprie figure di riferimento e dal bisogno che questi ultimi lo proteggano, lo curino e lo amino.

Tuttavia, il bambino è portato ad evitare di mettere in atto dei comportamenti che possano farli soffrire in quanto spaventato di perdere la loro stima e protezione: a tal proposito, il bambino tenderebbe a giustificare i genitori ed attribuirsi colpe qualora questi dovessero avere degli atteggiamenti abusanti, assumendosi le responsabilità dell'accaduto (De Luca et al., 2017).

I sensi di colpa che il bambino sperimenta durante i primi anni di vita nascono da una motivazione pro-sociale e adattiva, tuttavia, se pervasivi e associati a credenze patologiche legate a esperienze traumatiche, potrebbero distorcere la percezione dell'individuo e i comportamenti di quest'ultimo (De Luca et al., 2017).

Le credenze e gli schemi mentali acquisiti durante l'infanzia, plasmano il funzionamento mentale e la personalità instaurandosi quali meccanismi automatici, impliciti e difficili da modificare (De Luca et al., 2017).

Tali convinzioni potrebbero continuare ad influenzare l'individuo in età adulta: a seconda della modalità relazionale sperimentate in infanzia, l'individuo potrebbe estendere tali convinzioni anche alle future relazioni adulte (Weiss, 1973).

Al fine di adattarsi al proprio ambiente infantile, l'essere umano potrebbe sviluppare delle strategie che in futuro potrebbero dimostrarsi disadattive: la psicopatologia potrebbe dunque essere letta quale esito di questo processo (De Luca et al., 2017).

In età adulta, l'individuo potrebbe, dunque, sperimentare delle difficoltà nel rispondere adeguatamente all'ambiente fisico e sociale, non riuscendo ad operare sull'ambiente secondo le proprie necessità (aggiustamento). Qualora l'individuo dovesse riscontrare importanti difficoltà nell'adattarsi (disadattamento), potrebbe riscontrare alcune manifestazioni sintomatologiche che potrebbero coincidere con il quadro clinico dei Disturbi dell'Adattamento (Adjustment Disorders, AD).

Il DSM-5 (APA, 2013) ha individuato sei sintomi relativi al Disturbo dell'Adattamento: umore depresso, ansia, misto di ansia e umore depresso, disturbi della condotta, misto di disturbi emotivi e della condotta, non specificati (APA, 2013) che compromettono il funzionamento dell'individuo in ambito sociale, lavorativo, scolastico o in qualsiasi altra area importante della vita dell'individuo (Bachem & Casey, 2018).

Gli eventi che favoriscono l'insorgere del disturbo possono essere singoli o molteplici, a volte accompagnati a transizioni tra le diverse fasi di vita. I fattori di rischio sono riconducibili, in primo luogo, alle risorse personali relative all'evento stressante: in particolar modo alle abilità di coping finalizzate alla gestione del cambiamento (ottimismo, speranza, focus sui problemi, realismo, pensiero critico, percezione di autoefficacia ed autostima). In secondo luogo, un basso supporto familiare e sociale,

basso livello socioeconomico e la concomitanza di altri eventi negativi potrebbero contribuire all'insorgenza del disturbo (Carati, 2014).

### **1.3.2 Sintomatologia ansiosa**

Come accennato nel precedente paragrafo l'ansia è uno dei sintomi relativi al Disturbo dell'adattamento (APA,2013).

Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) è un disturbo psichiatrico incluso nel DSM-5 all'interno della sezione dei disturbi d'ansia, caratterizzato dalla presenza di sintomi sia psichici che fisici, non legati ad una causa specifica ma "generalizzati" (Tyrer & Baldwin, 2006).

Il DSM-5 (APA, 2013) ha evidenziato che al fine di una diagnosi, devono essere presenti almeno tre dei seguenti sintomi: irrequietezza, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno (Tyrer & Baldwin, 2006).

Gli individui che soffrono di tale disturbo tendono ad essere costantemente in allerta e a preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa: nel tempo, si osserva una riduzione della qualità della vita (Tyrer & Baldwin, 2006).

Per quanto concerne la temporalità, la sintomatologia ansiosa tende ad essere presente tutti i giorni: le preoccupazioni riguardano temi relativi alla vita quotidiana come la famiglia, situazione economica, salute personale e lavoro (Roemer et al., 1997).

Inoltre, è presente un costante stato di preoccupazione nei confronti del futuro, uno stato di inquietudine e tensione diffusa, non controllabile (Tyrer & Baldwin, 2006).

Così come per molti disturbi psichici, anche per il GAD si definisce quale multifattoriale: l'interazione di variabili psicologiche, biologiche e ambientali potrebbe esserne responsabile (Tyrer & Baldwin, 2006).

I fattori di rischio identificati concernono esperienze negative o traumatiche, esposizione prolungata a fattori stressanti, disturbi di personalità e malattie fisiche; inoltre, è stata osservata un'alta percentuale di familiarità (20%).

Il disturbo d'ansia generalizzato colpisce maggiormente la popolazione femminile (rapporto 1:5) e, complessivamente, 4,3-5,9% della popolazione; similmente ad altri

disturbi d'ansia, tale disturbo presenta un'elevata comorbidità con la depressione maggiore (Tyrer & Baldwin, 2006).

Il legame tra ansia e depressione potrebbe essere relativo a disturbi di personalità come il disturbo di personalità dipendente, evitante o ossessivo che, a loro volta, si sviluppano in età precoce (Watson & Clark, 1984).

Tale disturbo, inoltre, risulta essere un fattore di rischio per molto altri disturbi come la depressione, dipendenza da alcol o da benzodiazepine (Tyrer & Baldwin, 2006).

### **1.3.3 Sintomatologia depressiva**

Un altro sintomo del Disturbo dell'adattamento risulta essere la depressione (APA, 2013).

La depressione maggiore è un disturbo dell'umore, anche detta depressione endogena o unipolare; secondo il DSM-5 (APA, 2013) al fine della diagnosi devono essere presenti almeno cinque dei seguenti sintomi: umore depresso (tristezza, perdita di speranza, sensazione di vuoto), perdita di interesse verso le attività di vita quotidiana, significativa perdita o aumento di peso, agitazione o rallentamento psicomotorio, perdita delle energie, sensi di colpa eccessivi e sentimenti indegnità, ricorrenti pensieri pessimistici e negativi (pensieri di morte, ideazioni suicidarie o tentativi di suicidio), disturbi delle funzioni cognitive e sintomi vegetativi come alterazioni del ciclo sonno-veglia e dell'appetito (Otte et al., 2016).

Almeno uno dei suddetti sintomi deve coincidere con l'umore depresso o perdita di interesse in qualsiasi attività: la caratteristica principale dell'individuo affetto da tale disturbo è uno stato di profonda tristezza, disperazione e apatia per tutto il giorno, continuo rimuginio, cali dell'attenzione e pensieri negativi su di sé, sul proprio futuro e sul contesto sociale che lo circonda (Otte et al., 2016).

Eventi di vita avversi come l'essere cresciuti con un genitore depresso, aver subito traumi, abusi, lutti, perdite di persone importanti, divorzi, separazioni, disoccupazione, insicurezza finanziaria, isolamento sociale, mobbing lavorativo, bullismo e malattie fisiche gravi coinciderebbero con i fattori di rischio di tale disturbo (Kessler, 1997).

Oltre all'esposizione di eventi avversi durante l'adolescenza o età adulta (Goodyer et al., 2000), recenti studi hanno evidenziato come anche eventi avversi durante l'infanzia possano influenzare lo sviluppo di un disturbo depressivo in età adulta: ad esempio

violenza fisica o sessuale, negligenza genitoriale, l'esposizione a violenza domestica o precoce separazione da una figura di accudimento (Cao et al., 2016).

È opportuno sottolineare, inoltre, che anche se l'esposizione ad eventi stressanti potrebbe contribuire all'esordio di un disturbo depressivo maggiore, la presenza di vulnerabilità psicologica come la scarsa autostima, tendenza all'autocritica, incapacità di soddisfare i propri bisogni e la scarsa adattabilità ai cambiamenti di vita, potrebbero favorire con maggiore probabilità, in presenza di eventi stressanti, l'esordio di un disturbo depressivo maggiore.

Le conseguenze di tale disturbo risultano molto gravi: alto tasso suicidario (Chesney et al., 2014), disturbi fisici come il diabete mellito, disturbi cardiaci, ictus, ipertensione, obesità, cancro, morbo di Alzheimer e disturbi cognitivi (Haapakoski et al., 2015; Penninx et al., 2013).

L'insorgenza la si osserva intorno all'età media di 25 anni, il cui picco lo si può notare tra la tarda adolescenza e i 40 anni; nelle culture occidentali, inoltre, si osserva una riduzione dell'intensità dei sintomi depressivi per poi aumentare nella terza età (Kessler & Bromet, 2013). La manifestazione di tale disturbo la si osserva prevalentemente nel sesso femminile, in un rapporto di circa 2:1, rispetto al sesso maschile (Seedat et al., 2009) colpendo circa il 6% della popolazione mondiale (Bromet et al., 2011).



## **II CAPITOLO**

### **LA RICERCA**

#### **2.1 Il progetto di ricerca**

Nel presente capitolo verrà illustrato il progetto di ricerca: in primo luogo verranno descritte gli obiettivi e le ipotesi per poi illustrare i partecipanti, gli strumenti, la procedura e l'analisi dei dati utilizzata. In secondo luogo, nel sottoparagrafo 2.2, verranno illustrati i risultati e la relativa discussione.

##### **2.1.1 Obiettivi ed ipotesi**

Come ampiamente descritto nei capitoli precedenti, la parentificazione viene definita come l'aspettativa da parte del sistema familiare che uno o più bambini svolgano il ruolo del genitore per il genitore (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) prendendosi cura di quest'ultimo, di eventuali fratelli o di entrambi.

Ne deriva, dunque, un'inversione di ruolo che potrebbe essere disfunzionale: ricoprire questo ruolo inadeguato all'età potrebbe limitare lo sviluppo del bambino ed influenzare negativamente le sue future relazioni (Barnett & Parker, 1998).

A seconda delle circostanze di vita, il bambino potrà sperimentare tale fenomeno in modo diverso (Williams & Francis, 2010); per questo motivo, la parentificazione è stata operazionalizzata lungo un continuum (Jurkovic, 1997).

Come sottolineato dalla letteratura, i modelli di parentificazione non sono necessariamente disfunzionali ma potrebbero divenire tali qualora il bambino venga sovraccaricato da responsabilità che ne compromettono lo sviluppo sia a breve che a lungo termine: i caregiver, mediante l'inversione di ruolo si mostrano impotenti, richiedono prematuramente l'indipendenza dei figli o richiedono che questi ultimi si comportino come adulti (Jurkovic, 1997). Inoltre, se il processo di parentificazione è occulto vi sarà un maggiore carico psicologico sul bambino che non si renderà conto dell'inadeguatezza del ruolo ricoperto (Jurkovic, 1997; Schier et al., 2011).

Diversamente, vi sono delle circostanze in cui l'inversione di ruolo è esplicito e i genitori mostrano gratitudine nei confronti del bambino: ad esempio nelle famiglie di immigrati in cui il bambino svolge delle pratiche per i genitori (Jurkovic, 1997; Jurkovic et al., 2004); in questo caso, l'inversione di ruolo risulta temporanea e giustificata e non necessariamente con conseguenze negative (Schier et al., 2015).

A tal proposito, alcuni autori come (Barnett & Parker, 1998) sottolineano come in alcuni casi, il processo di parentificazione possa portare l'individuo a compensazioni adattive e persino vantaggiose.

Nei casi in cui il processo di parentificazione si struttura in una modalità disfunzionale a causa dell'incapacità dei genitori di fornire adeguata cura e attenzione nei confronti del proprio figlio (West & Keller, 1991), il legame di attaccamento potrebbe essere compromesso, fallendo nel fornire una base sicura al bambino (Bowlby, 1988).

L'insensibilità e la negligenza del genitore potrebbe portare il bambino ad esacerbare i propri sentimenti di ansia e angoscia (Gold, 2005), nella speranza di ricevere attenzione e cura da parte del caregiver.

Coerentemente, il modello operativo interno del bambino si costruirà intorno all'idea di altri non disponibili, inaffidabili nei momenti di difficoltà; nei casi di abusi più gravi, l'idea si costruirà intorno all'essere indegno di conforto e sostegno (Griffin & Bartholomew, 1994).

Al fine di mantenere una relazione di attaccamento, le strategie difensive messe in atto dal bambino potrebbero essere quella di evitare o aumentare gli sforzi verso la figura genitoriale al fine di ottenerne l'accesso (Hooper, 2007).

Diversi studi hanno dimostrato l'associazione tra parentificazione e attaccamento insicuro, in modo specifico all'ambivalente-resistente in infanzia (Haft & Slade, 1989) e, se il modello continua invariato, al modello preoccupato in età adulta (Main & Goldwyn, 1984).

Ulteriori studi condotti da Baggett et al. (2015) hanno confermato che l'attaccamento insicuro risulta essere un mediatore per quanto concerne la relazione tra parentificazione e insoddisfazione nelle future relazioni romantiche: i bambini parentificati potrebbero sviluppare degli orientamenti ansiosi e/o evitanti che potrebbero influenzare le future relazioni romantiche (Baggett et al., 2015).

Nonostante il collegamento non sia da considerare deterministico di per sé, è stata ampiamente mostrata dalla letteratura la presenza di una continuità tra gli stili di attaccamento del bambino e dell'adulto (Belsky, 1993; Bowlby, 1977; Cohen et al., 1996.; F. G. Lopez & Brennan, 2000; Waters et al., 2000).

L'attaccamento è parte integrante del comportamento umano “dalla culla alla tomba” (Bowlby, 1988): l'attaccamento e la dipendenza rimangono attivi lungo tutto il ciclo vitale, sebbene non così evidente come nell'infanzia (Holmes, 1994).

Anche nell'età adulta i legami di attaccamento risultano di estrema importanza in quanto rispondono ai bisogni di vicinanza, sicurezza e stabilità emotiva.

Tuttavia, Weiss (1982) ha rilevato delle differenze tra l'attaccamento adulto e quello infantile: quest'ultimo può essere definito complementare; al contrario, l'attaccamento adulto è fondato sulla reciprocità (Shaver et al., 1988; Weiss, 1982).

Hazan & Shaver (1987) hanno considerato l'amore di coppia come un vero e proprio processo di attaccamento, il quale a sua volta risente della storia delle esperienze precoci di attaccamento (Feeney, 2008): a seconda delle relazioni primarie, si osserverà uno specifico stile relazionale e un relativo Modello Operativo Interno, i quali potrebbero influenzare le modalità mediante le quali l'individuo esperisce la relazione e l'amore.

Basandosi su questi presupposti, Hazan e Shaver (1987) teorizzarono un modello tripartito degli stili di attaccamento adulto: come nell'infanzia, uno stile sicuro e due insicuri (evitante e ansioso-ambivalente).

La concezione categoriale tripartita, tuttavia, è stata messa in discussione a favore di un modello dimensionale, nello specifico, il modello quadripartito di Bartholomew e Horowitz (1991) particolarmente utile nell'ambito delle relazioni di coppia.

Tuttavia, è stato dimostrato dalla letteratura che è preferibile utilizzare una valutazione dell'attaccamento adulto in termini di un continuum tra due dimensioni: Ansietà ed Evitamento (Fraley & Waller, 1998).

La letteratura sottolinea potenziali impatti a lungo termine sull'adattamento dell'individuo sia per quanto concerne l'individuo parentificato (Hooper, 2007) che per l'individuo con attaccamento insicuro (Zhang et al., 2022).

L'adattamento psicologico, oggetto di diverse concettualizzazioni (ad esempio, Piaget, 1971; Sampson & Weiss, 1986; Lazarus & Folkman, 1984, p. 194; Taylor, 1983)

è stato definito dall' American Psychological Association (APA) come la capacità dell'individuo di rispondere in modo adeguato al mutare delle situazioni: sin dall'infanzia infatti, l'individuo è portato ad adattarsi alla realtà servendosi di conoscenze più o meno affidabili costruite all'interno del proprio ambiente interpersonale, a partire dalle relazioni primarie (De Luca et al., 2017) (Sampson & Weiss, 1986).

Secondo una teoria chiamata Control-Mastery Theory (Sampson & Weiss 1986), in accordo con la teoria dell'attaccamento (Melges & Bowlby, 1969), nel corso dell'infanzia il bambino potrebbe sviluppare alcune credenze patogene che nascono dal tentativo di adattarsi in un contesto relazionale in cui è vissuto come pericoloso il raggiungimento di obiettivi funzionali alla corrispondente fase evolutiva: tali credenze potrebbero portare il bambino a sperimentare sensi di colpa interpersonali (De Luca et al., 2017).

Il principale obiettivo del bambino è mantenere il legame di attaccamento con le proprie figure di riferimento che sono rappresentate come delle autorità assolute di cui ha bisogno al fine della sopravvivenza (De Luca et al., 2017); il bambino è convinto che le modalità relazionali e gli insegnamenti di questi ultimi siano appropriati: per tale motivo, la costruzione delle credenze patogene è sostenuta da un'elevata fedeltà e moralità (Weiss,1993).

Coerentemente, tali convinzioni potrebbero continuare ad influenzare l'individuo in età adulta: a seconda della modalità relazionale sperimentate in infanzia, l'individuo potrebbe estendere tali convinzioni anche alle future relazioni adulte (Weiss,1993).

In età adulta, l'individuo potrebbe dunque sperimentare delle difficoltà nel rispondere adeguatamente all'ambiente fisico e sociale, non riuscendo ad operare sull'ambiente secondo le proprie necessità (aggiustamento). Qualora l'individuo dovesse riscontrare importanti difficoltà nell'adattarsi (disadattamento), potrebbe riscontrare alcune manifestazioni sintomatologiche che potrebbero coincidere con il quadro clinico dei Disturbi dell'Adattamento (Adjustment Disorders, AD).

Il DSM-5 (APA,2013) ha individuato sei sintomi relativi al Disturbo dell'Adattamento: umore depresso, ansia, misto di ansia e umore depresso, disturbi della condotta, misto di disturbi emotivi e della condotta, non specificati (APA,2013) che compromettono il funzionamento dell'individuo in ambito sociale, lavorativo, scolastico o in qualsiasi altra area importante della vita dell'individuo (Bachem & Casey, 2018).

Nella presente ricerca, il costrutto di adattamento sarà definito e misurato sulla base dei livelli della sintomatologia ansiosa e depressiva: delle quali si presuppone, come confermato dalla letteratura, siano presenti delle associazioni con i costrutti di parentificazione e attaccamento.

Diversi ricercatori hanno esaminato l'impatto della parentificazione sull'adattamento e sul funzionamento psicosociale identificando sia effetti negativi che positivi (Stein et al. 1999; Stein et al., 2007; Chase et al., 1998; Earley & Cushway, 2002; Hooper, 2007; Peris et al., 2008; Tompkins, 2007)

Ulteriori studi si sono concentrati sulle esperienze che l'individuo ha vissuto durante l'infanzia e le relative implicazioni a lungo termine: nello specifico sulle implicazioni della parentificazione sulle problematiche relative all'adattamento in età adulta (ad esempio, (Burton, 2007; Chase et al., 1998; Hooper et al., 2008; Hooper & Wallace, 2010; Jurkovic et al., 2001; Wells & Jones, 2000; Stein et al., 1999; Wells et al., 1999), tra cui ansia, depressione, disagio psicologico (Burton, 2007; Hooper e Wallace, 2010; Hooper et al., 2008), vergogna (Wells e Jones, 2000), disturbi alimentari (Rowa et al., 2001), abuso di sostanze (Stein et al., 1999) e rischio suicidario (Byng-Hall, 2002; Jurkovic, 1997).

Williams & Francis (2010) hanno rilevato una correlazione positiva tra i punteggi della parentificazione e i punteggi della sintomatologia depressiva, mentre Jankowski et al. (2013) hanno dimostrato un effetto significativamente positivo tra parentificazione e sintomi di salute mentale, mediata dal costrutto dell'ingiustizia percepita.

Per quanto concerne l'attaccamento, un recente studio condotto da Zhang et al. (2022) si è concentrato sulla relazione tra ansietà ed evitamento dell'attaccamento relativamente alla sintomatologia ansiosa e depressiva, in età adulta.

Nello specifico: la depressione era più fortemente correlata all'ansia d'attaccamento; l'ansia generalizzata, invece, era positivamente correlata con entrambi gli stili di attaccamento (Zhang et al., 2022a).

Per quanto concerne la sicurezza dell'attaccamento, studi precedenti hanno dimostrato essere associato in misura minore a sintomatologie depressive e ansiose.

Coerentemente a quanto affermato dalla letteratura, questo studio si pone l'obiettivo di indagare innanzitutto la relazione tra i costrutti appena descritti, al fine di verificare associazioni già esistenti in letteratura.

In secondo luogo, obiettivo del presente studio, è quello di analizzare e valutare le associazioni dei suddetti costrutti mediante due modelli di mediazione: sarà verificato il ruolo mediatore del costrutto di attaccamento romantico ( nelle sue relative dimensioni di ansietà ed evitamento) sulla relazione tra parentificazione (variabile predittrice) e sintomatologia ansiosa (outcome per quanto concerne il primo modello ipotizzato) e depressiva (outcome per quanto concerne il secondo modello ipotizzato).

Viene definito “mediatore” una variabile terza che interviene relativamente alla sequenza causale che lega un predittore all’outcome, spiegandone in questo modo l’effetto (Barbarenelli & Ingoglia, 2013; Baron & Kenny, 1986). Il mediatore deve quindi dipendere dal predittore e al tempo stesso influenzare la variabile dipendente a prescindere dalla variabile indipendente.

#### **2.1.1.1 Primo modello ipotizzato**

Il primo modello pone la parentificazione come variabile predittrice: dati gli studi condotti sulla relazione tra ansia e parentificazione (Burton, 2007; Hooper e Wallace, 2010; Hooper et al., 2008), viene presupposto che la parentificazione abbia un effetto sulla sintomatologia ansiosa, quest’ultima posta quale outcome: ad un alto punteggio di parentificazione corrisponderebbe un alto punteggio della sintomatologia ansiosa.

Fondamentale risulta la mediazione tra le suddette variabili rappresentata dal costrutto dell’attaccamento romantico. Secondo quanto affermato dalla letteratura, le dimensioni dell’ansia e dell’evitamento sono particolarmente coinvolte in entrambi i costrutti appena descritti: per quanto concerne la parentificazione, diversi studi hanno dimostrato l’associazione tra parentificazione e attaccamento insicuro (Haft & Slade, 1989).

Per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa, è stata riscontrata un’associazione tra attaccamento insicuro e quest’ultima (Zhang et al., 2022).

Per quanto concerne l’attaccamento, è opportuno sottolineare che dalla maggior parte della letteratura è emerso che l’ansia generalizzata è positivamente correlata ad entrambi gli stili di attaccamento (Zhang et al., 2022a); tuttavia, l’effetto medio dell’ansietà di attaccamento sull’ansia generalizzata era maggiore rispetto a quello dell’evitamento dell’attaccamento.

Inoltre, diversi studi hanno dimostrato l'associazione tra la parentificazione e attaccamento insicuro, in modo specifico all'ambivalente-resistente in infanzia (Haft & Slade, 1989) e al modello preoccupato in età adulta (Main & Goldwyn, 1988).

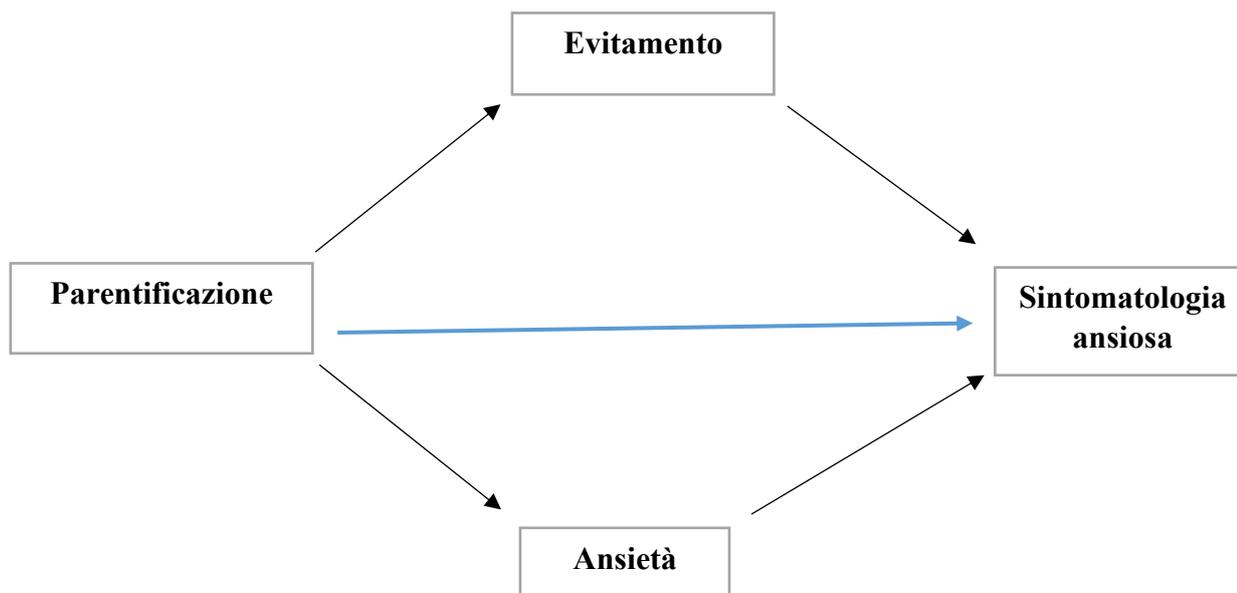
Alla luce di quanto appena sottolineato, quindi, potremmo aspettarci un importante ruolo dell'ansietà da attaccamento rispetto all'evitamento da attaccamento.

Dati i suddetti presupposti: il presente modello propone le seguenti ipotesi da verificare: innanzitutto, ci si aspetta che dato un alto punteggio di parentificazione, l'attaccamento romantico di quest'ultimo risulterà insicuro con un corrispettivo alto punteggio nelle dimensioni di ansietà e/o evitamento (Baggett et al., 2015).

In secondo luogo, ad un più alto punteggio di parentificazione, si ipotizza un livello più alto di sintomatologia ansiosa (Burton, 2007; Hooper e Wallace, 2010; Hooper et al., 2008).

In terzo luogo, per quanto concerne la relazione tra l'attaccamento romantico e la sintomatologia ansiosa, ci si aspetta che ad alti punteggi relativi alle dimensioni dell'ansietà e/o evitamento dell'attaccamento romantico, corrisponda un alto indice di sintomatologia ansiosa (Zhang et al., 2022a).

Infine, analizzando la relazione tra le variabili attraverso l'effetto della variabile mediatrice si ipotizza che ad un più alto punteggio di insicurezza dell'attaccamento (alti punteggi nella dimensione dell'ansietà e/o evitamento), corrisponderà una relazione tra la parentificazione, ansietà e/o evitamento dell'attaccamento e sintomatologia ansiosa.



*Figura 1. Modello concettuale di mediazione per la previsione della Sintomatologia ansiosa; i rettangoli indicano le variabili osservate inserite nel modello come predittori (Parentificazione), mediatori (Ansietà ed Evitamento) e outcome (Sintomatologia Ansiosa); le frecce indicano le relazioni ipotizzate tra le variabili oggetto di studio.*

### **2.1.1.2 Secondo modello ipotizzato**

Il secondo modello pone la parentificazione quale variabile predittrice: come confermato dalla letteratura, ad esempio Williams & Francis (2010), è stata rilevata una correlazione positiva tra parentificazione e sintomatologia depressiva; dunque, viene presupposto che la parentificazione abbia un effetto su quest'ultima posta quale outcome.

Fondamentale risulta la mediazione tra le suddette variabili, rappresentata dal costrutto dell'attaccamento romantico.

Secondo quanto affermato dalla letteratura, le dimensioni dell'ansietà e dell'evitamento sono particolarmente coinvolte in entrambi i costrutti appena descritti: parentificazione e attaccamento insicuro (Haft & Slade, 1989) e come quest'ultimo sia legato alla sintomatologia depressiva (Corallo et al., 2019; J. Feeney et al., 2003b; Kafetsios & Sideridis, 2006; Wei et al., 2005).

Inoltre, diversi studi hanno dimostrato l'associazione tra parentificazione e attaccamento insicuro, in modo specifico all'ambivalente-resistente in infanzia (Haft & Slade, 1989) e al modello preoccupato in età adulta (Main & Goldwyn, 1988).

Alla luce di quanto appena sottolineato, quindi, potremmo aspettarci un importante ruolo dell'ansietà da attaccamento rispetto all'evitamento da attaccamento.

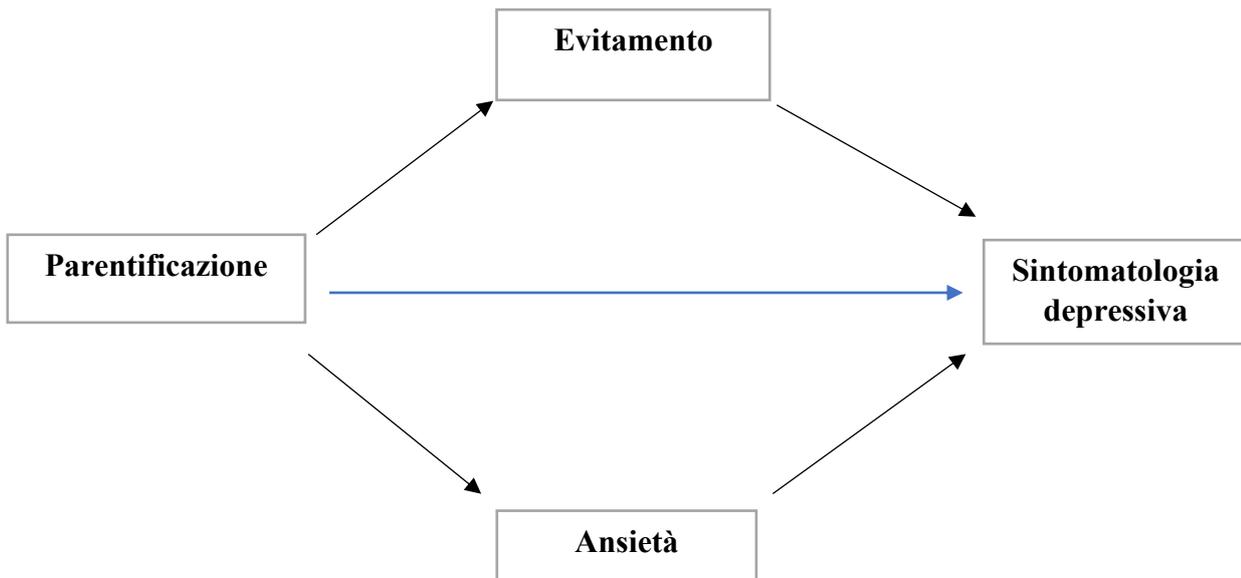
Dati i suddetti presupposti il presente modello propone le seguenti ipotesi da verificare:

Innanzitutto, per quanto concerne la relazione tra i costrutti di parentificazione e attaccamento romantico, si ipotizza che dato un individuo con un alto punteggio di parentificazione, l'attaccamento romantico di quest'ultimo risulterà insicuro con un corrispettivo alto punteggio nelle dimensioni di ansietà e/o evitamento (Baggett et al., 2015).

In secondo luogo, ci si aspetta che ad un più alto punteggio di parentificazione corrisponda un più alto livello di sintomatologia depressiva (Burton, 2007; Hooper e Wallace, 2010; Hooper et al., 2008).

In terzo luogo, relativamente alla relazione tra il costrutto di attaccamento romantico e il costrutto di sintomatologia depressiva si ipotizza che ad un punteggio di insicurezza dell'attaccamento verificato da un alto punteggio nelle dimensioni dell'ansietà e/o evitamento, corrisponda un alto indice di sintomatologia depressiva (Zhang et al., 2022).

Infine, analizzando la relazione tra le variabili attraverso l'effetto della variabile mediatrice: ad un più alto punteggio di insicurezza dell'attaccamento (alti punteggi nella dimensione dell'ansietà e/o evitamento), corrisponderà una relazione tra la parentificazione, ansietà e/o evitamento dell'attaccamento e sintomatologia depressiva.



*Figura 2. Modello concettuale di mediazione per la previsione della Sintomatologia depressiva; i rettangoli indicano le variabili osservate inserite nel modello come predittori (Parentificazione), mediatori (Ansietà ed Evitamento) e outcome (Sintomatologia depressiva); le frecce indicano le relazioni ipotizzate tra le variabili oggetto di studio.*

### **2.1.2 Partecipanti**

Hanno preso parte alla ricerca 207 individui maggiorenni ed eterosessuali di cui 114 di genere femminile (55,1%) e 93 di genere maschile (44,9%) e avevano un'età media di 28,51 anni con DS di 8,139 (range 20-64).

La maggior parte dei partecipanti risultava di nazionalità italiana (97,2%), con piccolissime percentuali britanniche (1%), italiana e rumena (0,3%), peruviana (0,5%), polacca (0,5%) e tedesca (0,5%).

Per quanto concerne il titolo di studio conseguito, la maggior parte del campione risultava diplomata (37,8%) e a seguire: laurea triennale (25,2 %), laurea magistrale (18,1%), il resto della percentuale si distribuiva tra chi era in possesso di un diploma di scuola media, master di primo livello e dottorato.

Al momento della ricerca, il 49,3 % dei partecipanti risultava studente/studentessa, il 40,6% aveva un'occupazione lavorativa, il 6,3% è disoccupato e

il restante 3,8% si distribuiva tra chi era in cerca di lavoro, occupato in un tirocinio o formazione-lavoro, in pensione o casalingo/a.

**Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche**

	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>
<b>Nazionalità</b>	<b>N=207</b>	
<b>Italia</b>	201	97,2
<b>Britannica</b>	2	1
<b>Altro</b>	4	1,8
<b>Titolo di studio</b>	<b>N=205</b>	
<b>Diploma Scuola Media</b>	4	5,8
<b>Diploma</b>	80	40,8
<b>Laurea triennale</b>	77	28,2
<b>Laurea magistrale</b>	39	21,1
<b>Altro</b>	5	4,1
<b>Attuale occupazione</b>	<b>N=206</b>	
<b>Studente</b>	102	49,3
<b>Lavoratore</b>	84	40,6
<b>Disoccupato</b>	13	6,3
<b>Tirocinante</b>	3	1,5
<b>Altro</b>	4	2,5

**NOTA: Valori di N inferiori a 207 indicano la presenza di dati mancanti**

Oltre l'essere maggiorenne ed eterosessuale, al fine di indagare l'attaccamento romantico, è stato posto come criterio di inclusione l'essere in una relazione stabile in corso da almeno due anni (Hazan & Shaver,1987).

A tal proposito, il 100% degli individui ha confermato di essere in una relazione in corso da almeno due anni di cui il 69,6% non conviveva mentre il restante 30,4% impegnati in una convivenza.

**Tabella 1.1:** *Caratteristiche sociodemografiche*

	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>
<b>Relazione sentimentale</b>	<b>N=207</b>	
<b>Si</b>	207	100,0
<b>No</b>	0	
<b>Convivenza</b>	<b>N=207</b>	
<b>Si</b>	63	30,4
<b>No</b>	144	69,6

**NOTA:** Valori di N inferiori a 207 indicano la presenza di dati mancanti

Il 91,8% dei partecipanti ha dichiarato di non avere dei figli, l'8,2% ha dichiarato di averne (di cui il 3,9% ha dichiarato di averne due e il 3,9% ha dichiarato di averne uno, la restante percentuale ha dichiarato di averne zero).

Il 99,5% dei partecipanti ha dichiarato di non avere una gravidanza in corso, dunque solo il 0,5% ha dichiarato il contrario.

Al fine di indagare le dinamiche relative alle relazioni primarie dell'individuo, sono state poste delle domande relative alla famiglia di origine degli individui.

La maggior parte degli individui sembra appartenere ad un nucleo familiare composto da quattro membri (45,5%), a seguire da cinque (17,9%), tre (13,6%) e la restante percentuale composta da più di cinque membri.

L'83,1% degli individui ha dichiarato di avere almeno un fratello e l'11,1% di questi, risultano essere fratelli provenienti da relazioni precedenti alla famiglia originaria dell'individuo.

Inoltre, è stato riscontrato che i partecipanti avevano vissuto almeno uno di seguenti eventi familiari: conflittualità e/o separazione/divorzio tra i genitori, lutto o

diagnosi psichiatrica di almeno un membro familiare, problemi di dipendenza o malattia fisica di uno o entrambi i genitori.

### **2.1.3 Strumenti**

Il protocollo comprendeva una batteria di questionari self-report.

Nella sezione iniziale sono stati posti dei quesiti finalizzati alla rilevazione delle variabili sociodemografiche e socioaffettive dei partecipanti.

Sono state poi valutate le variabili oggetto del presente studio: parentificazione, attaccamento adulto, sintomatologia ansiosa e depressiva.

#### *2.1.3.1 Questionario sociodemografico*

È stato chiesto ai partecipanti di indicare il proprio genere, età, nazionalità, luogo di residenza, titolo di studio, occupazione e domande relative all'attuale situazione sentimentale, eventuale gravidanza, eventuale presenza di figli, numero di figli, numero figli da relazioni precedenti, numero membri famiglia, presenza di fratelli, numero fratelli, fratelli relazioni precedenti.

Come precedentemente specificato, uno dei criteri di inclusione del presente studio era l'essere in una relazione sentimentale da almeno due anni: a tal proposito, sono stati posti dei quesiti relativi al genere ed età del partner, convivenza, durata convivenza. Sono state poste, inoltre, delle domande riguardo eventi relativi la famiglia di origine del soggetto.

#### *2.1.3.2 Parentification Scale*

Il questionario Parentification Scale (PS, Mika et al., 1987) è uno strumento self-report che si basa sul presupposto teorico relativo al costrutto di Parentificazione che è stato definito come un'inversione di ruolo strumentale e/o emotiva nell'ambito del sistema familiare: il bambino sacrifica i propri bisogni di conforto e attenzione tipici della propria fase evolutiva per prendersi cura dei bisogni logistici e/o emotivi dei genitori e/o di altri membri della famiglia (Chase, 1999).

Obiettivo del questionario è la rilevazione del grado e tipologia del ruolo assegnato ad un individuo che in infanzia e adolescenza è stato investito di responsabilità non adeguate alla sua fascia evolutiva, tipicamente rivestite da adulti. Tale modello

strutturale familiare porterà il bambino ad assumere responsabilità nei confronti dei genitori e/o altri membri familiari (come i fratelli) ricoprendo specifici ruoli, i quali a loro volta possono essere collocati in due tipologie di parentificazione: emotiva e strumentale. Per quanto concerne la parentificazione emotiva, il bambino potrebbe ricoprire il ruolo ad esempio di confidente, paciere o consulente personale; allo stesso tempo, potrebbe anche ricoprire dei ruoli finalizzati allo svolgimento di compiti domestici finalizzati a prendersi cura del genitore in modo strumentale (parentificazione strumentale) (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Minuchin, 1974).

Come sottolineato dalla letteratura, i modelli di parentificazione non sono necessariamente disfunzionali ma potrebbero diventarlo qualora il bambino venga sovraccaricato da responsabilità e compiti non corrispondenti alle proprie competenze relativamente alla fase evolutiva che sta attraversando, mentre i genitori assumono ruoli complementari e/o infantili nei confronti del bambino, non legittimando e trascurando esplicitamente il ruolo e i bisogni di quest'ultimo (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973; Minuchin, 1974).

La costruzione dello strumento è dunque in primo luogo basato su un'analisi concettuale (Wilson, 1966) relativa al concetto di parentificazione appena descritto (Mika et al., 1987); gli item si pongono l'obiettivo di soddisfare i requisiti concettuali di tale definizione.

In secondo luogo, lo strumento è stato costruito secondo una base empirica: sono stati inclusi tutti i tipi di parentificazione che secondo i risultati emersi dalla letteratura relativamente agli studi condotti in ambito familiare e dalle osservazioni cliniche eseguite dagli stessi ideatori della scala ((Mika et al., 1987b), sono empiricamente più comuni: il bambino come genitore per i suoi genitori, coniuge per i suoi genitori, genitore per i suoi fratelli e l'assegnazione di un ruolo adulto ( in questi sono inclusi molti altri sottotipi particolari come l'essere un consolatore, consigliere, confidente o il paciere per i propri genitori e/o fratelli) (Mika et al., 1987).

Il questionario è composto da 30 item suddivisi in 4 sottoscale: 12 item per la prima sottoscala "Parentificazione rivolta ai fratelli" (esempio di item "facevo da mediatore/ mediatrice quando i miei fratelli litigavano"); 6 item per la seconda sottoscala "Parentificazione rivolta ai genitori" (un esempio di item "ero il mediatore o "intermediario" quando è sorto un conflitto tra i miei genitori"); 8 item per la terza sottoscala "Parentificazione del figlio nel ruolo del coniuge" (un esempio di item " i miei

genitori condividevano con me segreti intimi, per esempio, riguardo alle relazioni e/o sesso”) e infine 4 item per l’ultima sottoscala “Responsabilità non meglio specificate” (un esempio di item “Facevo il bucato per tutti i membri della mia famiglia”).

Gli item sono stati costruiti in modo tale da ridurre al minimo la tendenza dei soggetti a considerarne il contenuto come socialmente desiderabile o indesiderabile.

Per ogni affermazione, al partecipante è stato chiesto di indicare il suo grado di accordo o disaccordo su una scala Likert a cinque punti (molto spesso, spesso, occasionalmente, raramente, mai o non si applica a me) relativamente alla frequenza con cui aveva assunta una determinata responsabilità. Inoltre, doveva indicare se tali responsabilità sono state assunte “prima dei 14 anni” o se “tra i 14 e i 16 anni” in linea con la concettualizzazione di Erikson (1963) secondo il quale quest’ultima rappresenta un momento di transizione dallo stato infantile a uno stato adolescenziale: anche in questo caso, infatti, l’assunzione di responsabilità tipiche di un individuo adulto potrebbe risultare disfunzionale a causa della sproporzione tra abilità e richiesta del compito (Mika et al., 1987).

Sulla base delle risposte ottenute sono stati calcolati i punteggi totali per ogni sottoscala, considerando i pesi per ogni item indicati nelle istruzioni dello strumento (Mika et al., 1987). Lo strumento presenta un alto grado di validità, infatti l’alpha di Cronbach è intorno a .98.

Ai fini della presente ricerca, il questionario è stato tradotto in italiano ed è stato considerato solo il range “prima dei 14 anni” per ogni item, confermando una buona consistenza interna dello strumento corrispondente ad un’alpha di Cronbach di .93.

### 2.1.3.3 *Experience in Close Relationship Revised (ECR-R)*

Il questionario *Experience in Close Relationship Revised* (ECR-R, Fraley, Waller & Brennan, 2000; trad. it. Calvo, 2008) è uno strumento self-report che si pone lo scopo di indagare le cognizioni relative all’attaccamento romantico e, in generale, le modalità mediante le quali l’individuo fa esperienza delle proprie relazioni sentimentali che si presuppone possano essere riconducibili al suo stile di attaccamento attuale.

Lo strumento, si basa sull’assunzione teorica secondo la quale il sistema motivazionale di attaccamento che si attiva in età adulta nelle relazioni sentimentali, sia lo stesso che sottende il legame caregiver-bambino durante l’infanzia. In età adulta, tuttavia, le modalità relazionali sono riconducibili alle dimensioni dell’Ansietà e

dell'Evitamento dell'attaccamento (Calvo, 2008; Fraley et al., 2000; Hazan & Shaver, 1987): l'attaccamento adulto è stato indagato come una combinazione di due dimensioni per la prima volta attraverso l'ECR (Brennan et al., 1998), versione precedente al presente strumento.

La dimensione dell'Ansietà riguarda la preoccupazione dell'individuo nei confronti della relazione accompagnata dal timore dell'abbandono della figura di riferimento: ad un Sé rappresentato negativamente e non meritevole di amore corrisponde una rappresentazione dell'Altro positiva dal quale dipendere al fine di soddisfare i propri bisogni e salvaguardare la propria autostima (Bartholomew & Horowitz, 1991; Busonera, 2012); si è osservato infatti, un tendenza all'esagerata ricerca della vicinanza dell'altro (Bartholomew & Horowitz, 1991).

La dimensione dell'Evitamento, al contrario, riguarda la tendenza ad evitare la vicinanza e l'intimità dell'altro respingendo i sentimenti di dipendenza nella relazione (Bartholomew & Horowitz, 1991; Busonera, 2012): è possibile osservare un modello del Sé positivo, difensivamente incentrato sull'autosufficienza mentre l'Altro è rappresentato negativamente: inaffidabile e non responsivo (Bartholomew & Horowitz, 1991).

L'ECR-R, versione revisionata dell'ECR, si pone come obiettivo la revisione degli item inclusi nella prima versione dello strumento al fine di migliorarne le caratteristiche psicometriche (Calvo, 2008): alcuni degli item originali sono stati mantenuti, altri sono stati inseriti ex novo; senza aumentare il numero degli item, vi è stato un incremento della precisazione della misurazione dal 50% al 100% (Fraley et al., 2000).

La struttura bifattoriale dell'ECR è stata salvaguardata (Calvo, 2008).

Il questionario è composto da 36 item suddivisi in due sottoscale: 18 item (numeri pari) riferiti al sottoscala relativa all'Ansietà e 18 item (numeri dispari) in riferimento alla sottoscala dell'Evitamento.

Esempi di item sono rispettivamente: “Spesso temo che il mio partner non voglia più stare con me” per quanto riguarda la dimensione dell'ansietà, e “Mi sento a disagio quando il partner vuole essermi molto vicino/a” per quanto concerne la dimensione dell'evitamento.

Al partecipante è richiesto di indicare il suo grado di accordo o disaccordo su una scala Likert a sette punti (1= forte disaccordo; 7= forte accordo).

Successivamente, in riferimento alle risposte ottenute, si calcolano i punteggi totali della dimensione dell'Ansietà e dell'Evitamento; la combinazione di queste ultime classificherebbe il partecipante in uno stile di attaccamento secondo il modello quadripartito di Bartholomew e Horowitz (1991).

Tuttavia, è stato dimostrato dalla letteratura che è preferibile utilizzare una valutazione dell'attaccamento adulto in termini di un continuum tra le due dimensioni (ansietà ed evitamento) (Fraley & Waller, 1998).

Nel presente studio, dunque, è stato utilizzato un approccio dimensionale relativamente alla valutazione dell'attaccamento dei partecipanti: alti punteggi relativi alla dimensione dell'ansietà (cut-off: >53) e/o evitamento (cut-off: >39) indicano uno stile di attaccamento insicuro, al contrario bassi punteggi in entrambe le sottoscale, indicano la sicurezza dell'attaccamento (Buonasera, 2012). Ai fini dello scoring, alcuni item sono stati ribaltati.

Nella presente ricerca è stata utilizzata la versione italiana (Calvo, 2008) con un'alpha di Cronbach di .88 per quanto concerne la scala dell'ansietà e di .93 per quanto riguarda la scala dell'evitamento, confermando per entrambe le sottoscale, una buona consistenza interna.

Nel presente studio, si osserva un'alpha di Cronbach di .84 relativamente alla scala dell'ansietà e di .86 relativamente alla scala dell'evitamento denotando una buona consistenza interna.

#### *2.1.3.4 Patient Health Questionnaire-9*

Il questionario Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Mazzotti et al., 2003) è uno strumento self-report relativo al benessere psicologico, ideato al fine di valutare i sintomi o disturbi depressivi o per monitorare coloro che presentano già una diagnosi.

Il PHQ-9 è una forma ridotta del questionario PHQ, il quale a sua volta è una versione self-report di tre pagine del PRIME-MDr (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).

Oltre ad essere autosomministrato, Il PHQ presenta anche una validità diagnostica paragonabile al PRIME-MDr: per questo motivo è la versione più comunemente utilizzata sia in ambito clinico che in ambito di ricerca (Kroenke & Spitzer, 2002).

La scala relativa alla rilevazione della sintomatologia depressiva, chiamata PHQ-9 (Kroenke & Spitzer, 2002), si occupa in modo specifico della rilevazione del Disturbo Depressivo Maggiore (MDD), in base alla quarta edizione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) ( American Psychiatric Association, 2000) e ripresi anche nel DSM-5.

La depressione maggiore viene diagnosticata se cinque o più dei nove criteri dei sintomi depressivi sono stati presenti almeno “più della metà dei giorni” nelle ultime due settimane, uno dei sintomi deve coincidere con l’umore depresso o anedonia (Kroenke et al., 2001).

Uno dei nove criteri dei sintomi (pensieri relativi alla morte o farsi del male in qualche modo) se presente, viene preso in considerazione indipendentemente dalla durata (Kroenke et al., 2001).

È stata apportata una modifica al set di risposte del PHQ: dal semplice si/no del PRIME-MDr, è stato ampliato in “da quasi tutti i giorni” a “più della metà dei giorni” fornendo in questo modo un’ottimale sensibilità e specificità (Kroenke & Spitzer, 2002).

Qualora i punteggi dovessero essere elevati, prima di formulare una diagnosi devono essere poste ulteriori domande e, come nel PRIME-MDr originale, escludere cause fisiche, lutto normale e l’eventuale relazione con un episodio maniacale (Kroenke & Spitzer, 2002).

I nove item del PHQ-9 presentano dunque un duplice scopo: stabilire diagnosi di disturbo depressivo provvisorio e la valutazione della gravità dei sintomi depressivi.

Il PHQ-9 è composto da due parti:

La prima parte indaga la presenza della sintomatologia depressiva relativa alle due settimane precedenti alla compilazione del questionario ed è composta da 9 item, suddiviso in un range a 4 punti da 0 (“per nulla”) a 3 (“quasi tutti i giorni”).

La seconda parte si occupa della valutazione circa la compromissione che l’eventuale depressione causa al partecipante sul normale svolgimento della vita quotidiana (“Quanto questi problemi le hanno reso difficile svolgere il suo lavoro, occuparsi delle cose a casa o andare d’accordo con le altre persone?”) quest’ultima domanda non concorre al punteggio del questionario ma fornisce un’eccellente valutazione globale circa la compromissione della sintomatologia depressiva

sull'individuo; inoltre, è stato dimostrato come sia fortemente correlato con una serie di indicatori relativi alla qualità della vita dell'individuo (Kroenke & Spitzer, 2002).

In questo studio è stata utilizzata la versione italiana validata da Mazzotti, Fassone, Picardi, Sagoni, Ramieri, Lega, Camaioni, Abeni e Pasquini (2003), è ridotta e costituita da 9 item valutati su una scala da 0 (“per niente”) a 3 (“ogni giorno”). Il partecipante deve dare delle risposte in riferimento alle due settimane precedenti al momento della compilazione.

I nove sintomi indagati dal questionario fanno riferimento ai criteri presenti nel DSM-IV e ripresi successivamente nel DSM-5 (esempio item 1 “Scarso interesse o piacere nel fare le cose”).

Per quanto concerne il punteggio, la misura di gravità oscilla tra 0 e 27, nello specifico ciascuno dei nove item può essere valutato da: 0-4 assenza di sintomi depressivi, 5-9 depressione sottosoglia, 10-14 depressione maggiore lieve, 15-19 depressione maggiore moderata, >20 depressione maggiore severa (Kroenke et al., 2001).

La soglia di rilevanza clinica da cui lo strumento è sensibile alla rilevazione della sintomatologia depressiva è il punteggio 10 (Gilbody et al., 2007); il livello di gravità della depressione dipende dal range in cui il punteggio del partecipante si colloca (MacArthur & MacArthur, 2009).

Lo strumento presenta un'alpha di Cronbach pari a .85, denotando una buona affidabilità.

Similmente, anche il presente studio presenta un alto indice di affidabilità con un'alpha di Cronbach pari a .84.

È opportuno sottolineare che il presente studio utilizza lo strumento allo scopo di rilevare i livelli della sintomatologia depressiva al fine di misurare e definire il costrutto di adattamento; non ha pertanto, alcuno scopo diagnostico o clinico.

#### *2.1.3.5 General Anxiety Disorder-7*

Il questionario self-report General Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006), è un'altra misura relativa al benessere psicologico; nello specifico, lo scopo è di indagare l'eventuale presenza di uno dei disturbi mentali più comuni: il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) (Spitzer et al., 2006).

Inizialmente, sono stati selezionati 9 elementi che riflettevano tutti i criteri dei sintomi del DSM-IV per quanto concerne il disturbo d'ansia generalizzato e 4 elementi sulla base di revisioni di scale sull'ansia già esistenti. Il risultato è stato un questionario formato da 13 voci che interrogava i partecipanti su quanto spesso, nelle ultime due settimane, avessero fatto esperienza di ciascun sintomo.

Il GAD-7 è il risultato della selezione dei 7 elementi con la più alta correlazione relativamente al punteggio totale della scala a 13 elementi (Spitzer et al., 2006).

Il questionario è composto da 7 item su una scala a 4 punti in un intervallo da 0 a 21. I sette elementi valutati sono: il sentirsi nervosi, ansiosi o al limite, essere in grado di fermare o controllare le preoccupazioni, preoccuparsi troppo di cose diverse, avere problemi nel rilassarsi, sentirsi irrequieto, diventare facilmente irritabile e aver paura che possa accadere qualcosa di terribile.

Le possibili risposte vanno da un punteggio di 0 ("per niente") a 3 ("quasi tutti i giorni").

La scala delinea quattro gradi diversi di ansia: 0-4 (minima), 5-9 (lieve), 10-14 (moderata), 15-21 (grave) (Spitzer et al., 2006).

La scala, oltre ad essere molto utile e con una forte validità di criterio al fine di individuare i probabili casi di GAD, è anche un'ottima misura della gravità di quest'ultima: un alto punteggio al GAD-7 è associato a una maggiore compromissione sintomatologica (Spitzer et al., 2006).

Lo strumento ha un'alpha di Cronbach di .92 denotando un alto livello di affidabilità e di validità (Ruiz et al., 2011).

Per quanto concerne questo studio, anche in questo caso si può osservare un alto indice di validità e affidabilità con un un'alpha di Cronbach pari a .88.

È opportuno sottolineare che il presente studio utilizza lo strumento allo scopo di rilevare i livelli della sintomatologia ansiosa al fine di misurare e definire il costrutto di adattamento; non ha pertanto, alcuno scopo diagnostico o clinico.

#### **2.1.4 Procedura**

La ricerca, approvata dal Comitato Etico dell'Università di Padova, è stata realizzata grazie alla somministrazione di un protocollo online sulla piattaforma Google Form, intitolato "Esperienze familiari e fattori diadici nelle relazioni romantiche".

Allo scopo di ottenere un campione rappresentativo, sono state utilizzati due specifici mezzi di divulgazione del questionario stesso: i social media e il passaparola.

I partecipanti, prima di iniziare la compilazione del protocollo sono stati informati sommariamente circa l'obiettivo della ricerca e in modo specifico circa le modalità di partecipazione e la durata della compilazione (circa venti minuti).

I prerequisiti richiesti al fine della partecipazione alla ricerca erano quello di essere maggiorenne ed essere in una relazione di coppia eterosessuale da almeno due anni.

È stato chiesto ai partecipanti di compilare il questionario individualmente senza consultare il partner e di specificare nell'area riservata del protocollo, una canzone comune al fine di identificare la coppia, garantendo in questo modo l'anonimato.

Tutte le informazioni raccolte in questa ricerca sono state trattate nel rispetto delle vigenti leggi D. Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Il partecipante è stato informato circa possibilità di poter contattare il professor Vincenzo Calvo, coordinatore e responsabile della ricerca, qualora lo ritenesse opportuno per eventuali chiarimenti.

I partecipanti, inoltre, prima della compilazione del questionario hanno dichiarato di essere maggiorenni, aderire volontariamente alla realizzazione della ricerca in qualità di partecipante, essere a conoscenza degli obiettivi e delle finalità di tale progetto di ricerca, essere a conoscenza che i dati ricavati (nell'assoluto anonimato) saranno trattati esclusivamente per fini didattici e di ricerca, essere consapevole che non è prevista la possibilità di ottenere la restituzione dei dati raccolti una volta inviati.

I questionari ai quali i partecipanti hanno risposto corrispondono agli strumenti sopradescritti.

### 2.1.5 Analisi dei dati

Utilizzando il programma statistico SPSS (Statistical Package for Social Science), l'analisi dei dati è stata inizialmente effettuata raccogliendo e ordinando i dati ottenuti all'interno di un database Microsoft Excel in cui sono stati apportati i primi aggiustamenti in base ai criteri di inclusione della presente ricerca (paragrafo 2.1.4). È stata condotta un'ispezione finalizzata alla ricerca dei valori mancanti: le omissioni ai questionari, se presenti e numerose, hanno comportato l'esclusione del partecipante e delle successive analisi; in presenza di omissioni esigue, sono state sostituite con il punteggio modale della corrispondente scala, considerandoli casuali (Kline, 1998); in definitiva, sono stati considerati idonei 207 partecipanti su 211.

Dopo aver calcolato le statistiche descrittive relative alle caratteristiche sociodemografiche (paragrafo 2.1.2), è stato calcolato il coefficiente Alpha di Cronbach di ciascuno strumento per valutarne la consistenza interna in riferimento alla presente ricerca (riportati nella sezione strumenti, paragrafo 2.1.3).

Successivamente, come descritto nel successivo paragrafo, si è proceduto con l'elaborazione delle statistiche descrittive relative alle variabili oggetto di studio: sono state calcolate la media, deviazione standard, il minimo e il massimo.

Tra le variabili oggetto di studio, al fine di indagarne le possibili interrelazioni, è stata poi prodotta una matrice di correlazione di Pearson; al fine di contrastare il problema dei confronti multipli e l'errore di tipo I, è stata applicata la correzione di Bonferroni: metodo statistico che ha la capacità di abbassare la soglia del *p value* e diminuire la probabilità di rifiutare l'ipotesi nulla.

Infine, come descritto nel successivo capitolo, con l'obiettivo di verificare l'ipotesi della presente ricerca, sono state condotte delle *path analysis* finalizzate alla verifica dei modelli di mediazioni ipotizzati (paragrafo 2.1.1.1 e 2.1.1.2). La *path analysis* permette di esaminare simultaneamente le relazioni ipotizzate tra i costrutti oggetto di interesse verificando le ipotesi relative ai meccanismi causali sottostanti un insieme di variabili osservate: predittori (variabili indipendenti), mediatori (variabili intermedie relativa alla sequenza causale che lega una variabile indipendente a una dipendente), moderatori (variabili in grado di modificare l'effetto di una variabile indipendente su una dipendente) e outcome (variabili dipendenti) (Baron & Kenny, 1986; Ingoglia & Barbaranelli, 2013; Kline, 1998).

È fondamentale sottolineare che sebbene la *path analysis* sia utilizzata al fine di indagare i legami causali che intercorrono tra variabili, i risultati di tali procedure statistiche devono essere interpretati con prudenza: qualsiasi ipotesi di causalità può essere dimostrata unicamente da studi longitudinali sperimentali o quasi sperimentali (Sanscartier & MacDonald, 2019).

Inoltre, è necessario uno specifico ordine temporale degli eventi misurati per determinare con certezza un'effettiva mediazione o uno specifico percorso di influenze causali (Sanscartier & MacDonald, 2019).

Attraverso l'applicazione della sopradescritta metodologia statistica, nel presente contesto di ricerca, è stato possibile testare gli effetti diretti ed indiretti della parentificazione sul punteggio totale della sintomatologia ansiosa e depressiva, ipotizzando un effetto di mediazione dell'attaccamento adulto.

Le *path analysis* sono state eseguite tramite il pacchetto Lavaan del software R mediante i quali sono stati calcolati: gli indici di *fit* che consentono di valutare la bontà dell'adattamento del modello teorico ipotizzato ai dati empirici, le stime dei parametri (coefficienti di regressione  $\beta$ ) accompagnati dalle relative significatività, le quali permettono di quantificare gli effetti di una variabile su un'altra e infine il coefficiente di determinazione  $R^2$  che indica la proporzione di varianza delle variabili dipendenti spiegata dal modello.

Per determinare che i modelli proposti presentassero un buon adattamento è stata valutata la quota di varianza spiegata dal modello ( $R^2$ ); per tutti i parametri sono riportate le stime standardizzate  $\beta$ .

## 2.2 Risultati

### 2.2.1 Statistiche descrittive e analisi correlazionali

Ai fini della presente ricerca, come precedentemente accennato, attraverso il software statistico SPSS (Statistical Package for Social Science), sono state in primo luogo calcolate le statistiche descrittive e, successivamente è stata svolta un'analisi correlazionale bivariata mediante l'indice  $r$  di Pearson.

La tabella 2 riporta le statistiche descrittive relativamente alle variabili oggetto di studio: la parentificazione indagata mediante la Parentification Scale (PS, Mika et al., 1987), le dimensioni dell'ansia e dell'evitamento relative all'attaccamento adulto indagate attraverso il questionario Experience in Close Relationship Revised (ECR-R, Fraley, Waller & Brennan, 2000; trad. it. Calvo, 2008), la sintomatologia ansiosa indagata attraverso il questionario General Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006) e la sintomatologia depressiva indagata attraverso il questionario Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Mazzotti et al., 2003). Per ogni variabile sono state riportate la media, deviazione standard, minimo, massimo e numerosità campionaria.

**Tabella 2:** Statistiche descrittive delle variabili oggetto di studio

	<b>Media</b>	<b>Deviazione Standard</b>	<b>Minimo</b>	<b>Massimo</b>	<b>N</b>
<b>Parentificazione (PS)</b>	29,77	20,18	0	96,5	207
<b>Ansietà (ECR-R)</b>	51,34	16,37	20	100	207
<b>Evitamento (ECR-R)</b>	36,30	13,78	18	87	207
<b>Ansia (GAD-7)</b>	8,28	5,07	0	21	207
<b>Depressione (PHQ-9)</b>	7,89	5,21	0	30	207

Successivamente, è stata condotta un'analisi correlazionale bivariata mediante l'indice  $r$  di Pearson. L'analisi correlazionale è stata effettuata sui dati ottenuti dei 207 soggetti, in linea con i modelli di ricerca ipotizzati: nello specifico è stata indagata l'associazione tra la Parentificazione, le dimensioni dell'Ansietà e dell'Evitamento dell'attaccamento, la sintomatologia ansiosa e la sintomatologia depressiva adottando la correzione di Bonferroni al fine di tenere sotto controllo l'errore di primo tipo, data la molteplicità delle correlazioni considerate (Tabella 2.1).

In primo luogo, è stata indagata la relazione tra la Parentificazione e le dimensioni dell'Ansietà ed Evitamento dell'attaccamento di tutti i partecipanti: tra Parentificazione e dimensione dell'Ansietà è risultata una correlazione significativa positiva ( $r = .26, p = .01$ ); al contrario non emerge alcuna correlazione significativa tra Parentificazione e la dimensione dell'Evitamento ( $r = .12, p = .752$ ).

È stata poi analizzata la relazione tra la Parentificazione e la sintomatologia depressiva e ansiosa; per quanto concerne la relazione con sintomatologia depressiva, è emersa una correlazione significativa positiva ( $r = .36, p < .001$ ); per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa, si è osservata una correlazione positiva ( $r = .23, p < .01$ ).

Successivamente, sono state analizzate le relazioni tra le dimensioni dell'Ansietà e l'Evitamento dell'attaccamento e la sintomatologia depressiva e ansiosa; per quanto riguarda l'ansietà si osserva una correlazione significativamente positiva sia con la sintomatologia depressiva ( $r = .46, p < .001$ ) che con la sintomatologia ansiosa ( $r = .47, p < .001$ ). Per quanto concerne la dimensione dell'Evitamento e le due variabili sopracitate emerge una correlazione positiva significativa relativamente alla sintomatologia depressiva ( $r = .23, p = .007$ ) ma non alla sintomatologia ansiosa ( $r = .18, p = .115$ ).

Infine, si è osservata una correlazione significativa positiva tra le variabili della sintomatologia ansiosa e la sintomatologia depressiva ( $r = .68, p < .001$ ).

**Tabella 2.1:** Matrice di correlazione bivariata di Pearson tra Parentificazione e le dimensioni di Ansietà ed Evitamento dell'Attaccamento; tra Parentificazione e la Sintomatologia Ansiosa, tra Parentificazione e Sintomatologia Depressiva; tra le dimensioni dell'Ansietà ed Evitamento e Sintomatologia Depressiva e tra le dimensioni dell'Ansietà ed Evitamento e Sintomatologia Ansiosa.

r di Pearsons	1.	2.	3.		
<b>Parentificazione (PS)</b>	-				
<b>Ansietà (ECR-R)</b>	.26*	-			
<b>Evitamento (ECR-R)</b>	.12	.34**	-		
<b>Depressione (PHQ-9)</b>	.36**	.46**	.23*	-	
<b>Ansia (GAD-7)</b>	.23*	.47**	.18	.68**	-

\* $p < .01$ ; \*\* $p < .001$  (con correzione di Bonferroni per confronti multipli)

### 2.2.2 I modelli di mediazione

Al fine di confermare le ipotesi di ricerca, si è proceduto con la verifica dei modelli di mediazione ipotizzati e descritti rispettivamente nei paragrafi 2.1.1.1 e 2.1.1.2: sono stati verificati effettuando delle *path analysis* mediante il pacchetto Lavaan del software R.

Nella figura 3 è riportata graficamente la stima dei parametri e il relativo calcolo della significatività finalizzato a quantificare gli effetti delle relazioni specificati nel primo modello di mediazione ipotizzato. Le frecce unidirezionali costituiscono il *path*, il quale esplicita l'effetto tra la variabile dalla quale parte la freccia in relazione alla variabile di destinazione di quest'ultima; le frecce in rosso indicano un'associazione significativa.

L'obiettivo del primo modello di mediazione consisteva nel valutare l'effetto della Parentificazione (variabile indipendente) sulla Sintomatologia ansiosa (variabile

dipendente) attraverso le dimensioni dell'Ansietà e dell'Evitamento relative all'attaccamento adulto (variabili mediatrici).

Dai risultati ottenuti, si può evincere che la Parentificazione non presenta un effetto diretto significativo sulla variabile outcome della Sintomatologia ansiosa.

Ciò nonostante, è possibile osservare una significativa associazione positiva tra la Parentificazione e la dimensione dell'ansietà dell'attaccamento ( $\beta = .26; p < .001$ ) la quale è associata a sua volta alla Sintomatologia ansiosa ( $\beta = .43; p < .001$ ).

Al contrario, tra la Parentificazione e la dimensione dell'Evitamento dell'Attaccamento ( $\beta = .12; p = .072$ ) e tra quest'ultima e la Sintomatologia ansiosa ( $\beta = .02; p = .797$ ), non risulta un'associazione significativa.

Il modello di mediazione presenta un coefficiente di determinazione  $R^2$  pari al 23%.

L'effetto indiretto complessivo dell'attaccamento è significativo ( $\beta = .12; p = .001$ ), in particolare si evidenzia che è significativo il percorso attraverso l'ansietà ( $\beta = .11; p = .001$ ) ma non attraverso l'evitamento ( $\beta = .002; p = .799$ ).

L'attaccamento cattura il 49% della varianza condivisa tra la Parentificazione e Sintomatologia ansiosa; mentre l'effetto diretto, considerando l'attaccamento, non risulta più significativo ( $\beta = .12; p = .061$ ).

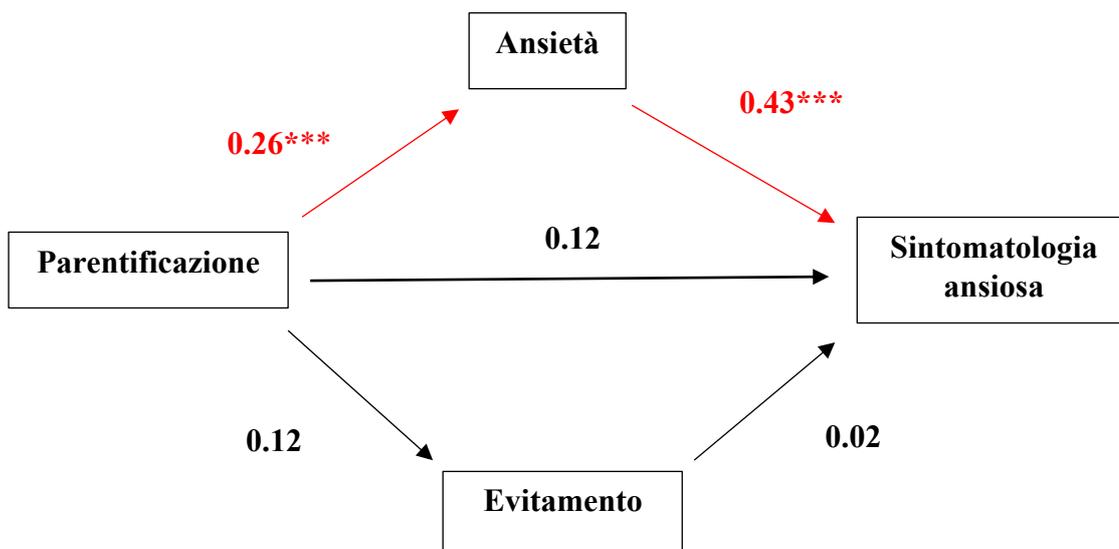


Figura 3: Risultati dell'analisi del modello di mediazione con significatività \*\*\*  $p < .001$  per la verifica dell'effetto di mediazione dell'attaccamento insicuro adulto nella relazione tra Parentificazione e Sintomatologia ansiosa.

Nella figura 4 è stata riportata graficamente la stima dei parametri e il calcolo delle relative significatività finalizzato a quantificare gli effetti delle relazioni specificati del secondo modello di mediazione ipotizzato. Le frecce unidirezionali costituiscono il *path*, il quale esplicita l'effetto tra la variabile dalla quale parte la freccia in relazione alla variabile di destinazione di quest'ultima; le frecce in rosso indicano un'associazione significativa.

L'obiettivo del secondo modello di mediazione consisteva nel valutare l'effetto della Parentificazione (variabile indipendente) sulla Sintomatologia depressiva (variabile dipendente) attraverso le dimensioni dell'Ansietà e dell'Evitamento relative all'attaccamento adulto (variabili mediatrici).

Dai risultati ottenuti, si può evincere che a differenza del primo modello di mediazione, la Parentificazione presenta un effetto diretto significativo positivo sulla variabile outcome della Sintomatologia depressiva ( $\beta = .25$ ;  $p < .001$ ).

Inoltre, anche in tale modello è possibile osservare una significativa associazione positiva tra la Parentificazione e la dimensione dell'Ansietà dell'attaccamento ( $\beta = .26$ ;  $p < .001$ ) la quale è associata a sua volta alla Sintomatologia depressiva ( $\beta = .37$ ;  $p < .001$ ).

Al contrario, tra la Parentificazione e la dimensione dell'Evitamento dell'Attaccamento ( $\beta = .12; p = .072$ ) e tra quest'ultima e la Sintomatologia depressiva ( $\beta = .08; p = .218$ ), non risulta un'associazione significativa.

Il modello di mediazione presenta un coefficiente di determinazione  $R^2$  pari al 28%.

L'effetto indiretto complessivo dell'attaccamento è significativo ( $\beta = .11; p = .001$ ), in particolare si evidenzia che è significativo il percorso attraverso l'ansietà ( $\beta = .10; p = .001$ ) ma non attraverso l'evitamento ( $\beta = .01; p = .309$ ).

L'attaccamento cattura il 30% della varianza condivisa tra la Parentificazione e la Sintomatologia depressiva; l'effetto diretto, considerando l'attaccamento, rimane significativo ( $\beta = .25; p < .001$ ).

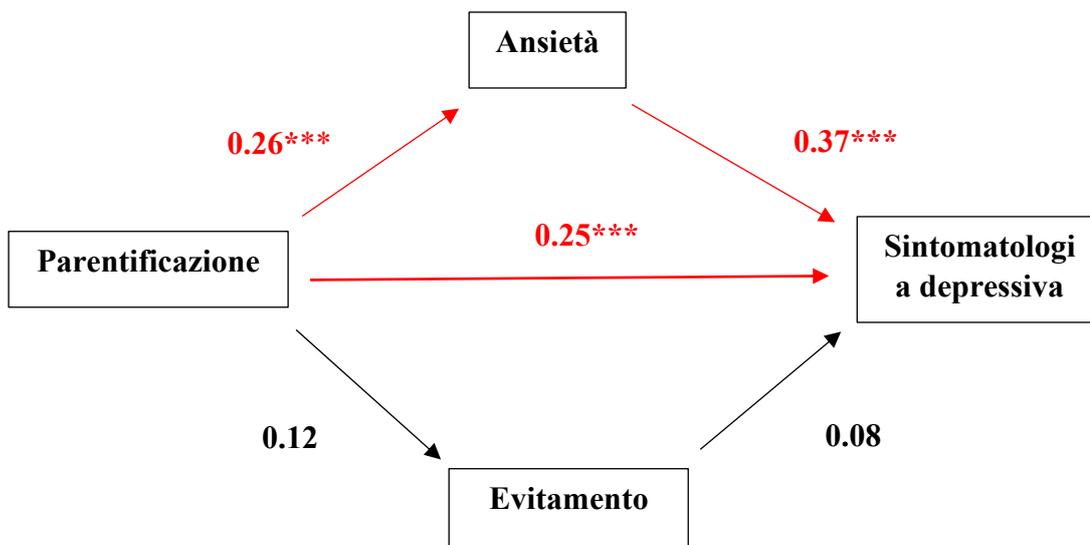


Figura 4: Risultati dell'analisi del modello di mediazione con significatività  $*** p < .001$  per la verifica dell'effetto di mediazione dell'attaccamento insicuro adulto nella relazione tra Parentificazione e Sintomatologia depressiva.

# III CAPITOLO

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 3.1 Discussione

La presente ricerca si è posta l'obiettivo di analizzare l'importanza delle relazioni primarie sull'adattamento adulto nell'ambito della teoria dell'attaccamento, nello specifico, nell'ambito dell'attaccamento adulto.

Le relazioni primarie sono state indagate prendendo in considerazione il costrutto di parentificazione: sono stati esplorati, retrospettivamente, il grado e la tipologia del ruolo assegnato ad un partecipante che in infanzia (nel presente contesto di ricerca fino ai 14 anni), è stato investito di responsabilità inadeguate alla sua fascia evolutiva; tale costrutto è stato indagato mediante l'utilizzo della *Parentification Scale* (PS, Mika, Bergner & Baum, 1987).

Basato sull'assunzione teorica secondo la quale il sistema motivazionale di attaccamento che si attiva in età adulta nelle relazioni sentimentali, sia lo stesso che sottende il legame caregiver-bambino durante l'infanzia, sono state indagate le cognizioni relative all'attaccamento adulto (nelle sue relative dimensioni di ansietà ed evitamento) attraverso il questionario *Experience in Close Relationship Revised* (ECR-R, Fraley, Waller & Brennan, 2000; trad. it. Calvo, 2008).

Infine, è stato analizzato il costrutto di adattamento: definito e misurato sulla base dei livelli della sintomatologia ansiosa mediante l'utilizzo del *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7; Spitzer et al., 2006) e depressiva mediante l'utilizzo del *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Mazzotti et al., 2003).

Il primo obiettivo del presente studio consisteva nel verificare associazioni già esistenti in letteratura tra i suddetti costrutti.

Il secondo obiettivo concerneva l'analisi e la valutazione delle associazioni dei suddetti costrutti in due modelli di mediazione: è stato verificato il ruolo mediatore del costrutto di attaccamento romantico (nelle relative dimensioni di ansietà ed evitamento) sulla relazione tra parentificazione (variabile predittiva) e sintomatologia ansiosa (outcome primo modello ipotizzato) e depressiva (outcome secondo modello ipotizzato).

Alla luce del suddetto riepilogo, è possibile notare come i due modelli sono caratterizzati da elementi comuni: entrambi i modelli, infatti, hanno mostrato un'associazione significativa positiva tra la variabile indipendente della parentificazione e la variabile mediatrice dell'attaccamento romantico, nello specifico nella dimensione dell'ansietà, la quale, in entrambi i modelli, è associata positivamente con la variabile outcome della sintomatologia ansiosa (primo modello ipotizzato) e della sintomatologia depressiva (secondo modello ipotizzato); al contrario, tra parentificazione e dimensione dell'evitamento dell'attaccamento e tra quest'ultima e i due diversi outcome, non risultava alcuna associazione significativa.

### **3.1.1 Analisi correlazionali tra Parentificazione, dimensioni dell'Attaccamento insicuro, Sintomatologia ansiosa e depressiva**

Al fine di verificare le associazioni tra le variabili oggetto di studio, è stata condotta un'analisi correlazionale sui dati ottenuti dei 207 partecipanti.

Sono state condotte delle analisi correlazionali relative alla parentificazione, alle dimensioni dell'ansietà e dell'evitamento dell'attaccamento, alla sintomatologia ansiosa e alla sintomatologia depressiva adottando la correzione di Bonferroni al fine di tenere sotto controllo l'errore di primo tipo, data la molteplicità delle correlazioni considerate.

Alla luce delle correlazioni emerse, è possibile affermare che il primo obiettivo relativo alla verifica delle associazioni già esistenti in letteratura è stato raggiunto: è emersa una correlazione significativa positiva tra la parentificazione e la dimensione dell'ansietà dell'attaccamento, al contrario non è emersa alcuna correlazione significativa tra parentificazione e dimensione dell'evitamento (Main & Goldwyn, 1988).

Inoltre, per quanto concerne la relazione tra parentificazione e sintomatologia ansiosa e depressiva, è emersa una correlazione significativa positiva con entrambe le variabili (Burton, 2007; Hooper et al., 2008; Hooper & Wallace, 2010).

Successivamente, sono state analizzate le relazioni tra le dimensioni dell'ansietà e l'evitamento dell'attaccamento e la sintomatologia depressiva e ansiosa: per quanto riguarda l'ansietà si osserva una correlazione significativamente positiva sia con la sintomatologia depressiva che con la sintomatologia ansiosa (Feeney & Ryan, 1994; Raposa et al., 2016; Stanton & Campbell, 2014; Tasca & Balfour, 2014; Woodhouse et al., 2015).

Per quanto concerne la dimensione dell'evitamento dell'attaccamento, emerge una correlazione positiva significativa relativamente alla sintomatologia depressiva (Rohani & Esmaeili, 2020; Shaver et al., 2005; Ihme et al., 2022).

Infine, si è osservata una correlazione significativa positiva tra le variabili della sintomatologia ansiosa e la sintomatologia depressiva (Tyrer & Baldwin, 2006).

### **3.1.2 Il ruolo dell'attaccamento romantico**

Come precedentemente accennato, l'attaccamento romantico, nel contesto dei modelli di mediazione, svolge il ruolo di mediatore: una terza variabile interveniente alla sequenza causale che lega un predittore all'outcome, spiegandone in questo modo l'effetto (Baron & Kenny, 1986; Ingoglia & Barbaranelli, 2013); in altre parole, il mediatore dipende dal predittore e allo stesso tempo influenza la variabile dipendente a prescindere dal predittore.

La scelta di tale ruolo risiede nell'importanza di tale costrutto, in quanto riguardando la relazione bambino-caregiver e la formazione dei relativi modelli operativi interni che, a loro volta, hanno delle implicazioni sull'attaccamento adulto, risulta centrale nell'inquadramento teorico ed empirico del costrutto di parentificazione, offrendo la possibilità di reperire informazioni relative ad esiti positivi e negativi in età adulta (Hooper, 2007).

Nell'ambito dell'attaccamento adulto è possibile osservare due dimensioni: ansietà ed evitamento dell'attaccamento (Mikulincer & Shaver, 2007).

Diversi studi hanno sottolineato l'associazione tra parentificazione e attaccamento insicuro, in modo specifico all'ambivalente-resistente in infanzia (Haft & Slade, 1989) e, se il modello continua invariato, al modello preoccupato in età adulta (Main & Goldwyn, 1988): tale associazione, come precedentemente accennato, è stata confermata dalla presente ricerca.

I bambini che hanno sperimentato un attaccamento ambivalente-resistente in infanzia esplorerebbero poco a causa della persistente preoccupazione verso la propria figura di riferimento, la quale fornisce solitamente risposte incoerenti e/o imprevedibili, mostrandosi insicura e ansiosa circa le proprie capacità di cura nei confronti del bambino (Cassidy, 1995).

Di conseguenza, data l'imprevedibilità della risposta del caregiver vi sarà una massimizzazione dei segnali di attaccamento e delle relative espressioni emozionali del bambino (lamentele, pianto, ecc.) che avranno lo scopo di attirare l'attenzione del caregiver al fine di ricevere attenzione e cura.

La principale difficoltà di questi bambini consiste nel raggiungere un'autonomia e fiducia in sé stessi: a causa dell'elevata preoccupazione e ansia circa le proprie relazioni significative, sono dipendenti dalle proprie figure di riferimento (Ammaniti, 1992); nel corso dello sviluppo, infatti, gli individui ambivalenti (adulti preoccupati) si rappresentano come dipendenti e fragili (Speranza, 2010).

Coerentemente, secondo la letteratura esaminata, è possibile che gli individui parentificati, in infanzia, a fronte di comportamenti di attaccamento, non abbiano ricevuto conforto da parte dei genitori ma, al contrario, questi ultimi abbiano reagito a tali comportamenti con ansia e angoscia (West & Keller, 1991).

Il bambino, a fronte di tale dinamica relazionale, potrebbe provare sensi di colpa e/o percepire una minaccia di abbandono nei confronti del caregiver che cercherà di gestire mediante una vicinanza caratterizzata dall'offerta di cure senza sollecitarle (Barnett & Parker, 1998).

Se tale interazione dovesse instaurarsi quale modalità relazionale prevalente, il bambino potrebbe apprendere che l'unica modalità mediante la quale è possibile la vicinanza è basata "prendersi cura o essere respinti", la quale potrebbe instaurarsi quale credenza patogena (Weiss, 1993) (vicinanza come deferenza e sottomissione di sé) anche in età adulta (West & Keller, 1991).

In età adulta, tali individui, in continuità allo stile ambivalente-resistente, presenterebbero alti livelli di ansietà di attaccamento caratterizzati principalmente da paura dell'abbandono da parte dei partner, eccessivo bisogno di approvazione e angoscia per il rifiuto percepito (Zhang et al., 2022a).

A tal proposito, gli individui parentificati potrebbero instaurare delle relazioni affettive disfunzionali, contribuendo alla trasmissione intergenerazionale della parentificazione (Chase, 1999).

L'individuo parentificato è più incline ad entrare nelle cosiddette "relazioni di dipendenza" (o simboliche), le quali hanno la funzione di soddisfare almeno una parte dei bisogni insoddisfatti di entrambi i partner: si instaura una dinamica relazionale basata sul

cercare una gratificazione da parte del genitore surrogato, comportando una situazione che continua a presentarsi in modo ripetitivo, implicando un elevato costo psico-emotivo per uno o entrambi i partner (Olson & Gariti, 1993).

Livelli più alti di cognizioni legate all'attaccamento ansioso sono associati tipicamente a gelosia, bassa fiducia e dipendenza (Brennan & Shaver, 1995), oltre ad associazioni a scarsa autostima, rapporti sessuali precoci, alti tassi di infedeltà (Bogaert & Sadava, 2002).

I suddetti modelli relazionali, associati alla preoccupazione relativamente alla reattività del partner, potrebbero contribuire ad un conflitto comunicativo con l'altro significativo (Madden & Shaffer, 2016).

Il costrutto di attaccamento romantico nella sua dimensione ansiosa, oltre ad essere associato al costrutto di parentificazione, risulta associato anche alla sintomatologia ansiosa e depressiva (Feeney & Ryan, 1994; Raposa et al., 2016; Stanton & Campbell, 2014; Tasca & Balfour, 2014; Woodhouse et al., 2015) che, in questo contesto di ricerca, definiscono il costrutto di Adattamento.

In entrambi i modelli ipotizzati è possibile osservare l'importanza del ruolo di mediazione dell'Attaccamento romantico tra la parentificazione e la sintomatologia ansiosa (primo modello ipotizzato) e depressiva (secondo modello ipotizzato).

In entrambi i casi, infatti, si evince un'associazione positiva tra le tre variabili: le convinzioni patogene apprese in infanzia potrebbero portare l'individuo in età adulta a strategie disadattive: avendo delle difficoltà nel rispondere all'ambiente fisico e sociale, non riuscendo ad operare sull'ambiente secondo le proprie necessità (aggiustamento) (De Luca et al., 2017), e manifestando un quadro sintomatologico che potrebbe coincidere con il quadro clinico dei Disturbi dell'Adattamento (APA, 2013).

La mancata associazione positiva tra parentificazione e dimensione evitante dell'attaccamento romantico potrebbe trovare una spiegazione sulla tipica manifestazione di tale dinamica relazionale: a differenza di quanto appena esplicito circa il caregiver imprevedibile, ansioso ed insicuro che rappresenta un elemento peculiare nella relazione di parentificazione, il bambino (e futuro adulto) che presenta uno stile di attaccamento evitante, ha fatto esperienza di un caregiver rifiutante che porta il bambino (e il futuro adulto) all'evitamento della figura di riferimento, alla paura della dipendenza e

dell'intimità e all'averne un eccessivo bisogno di fiducia in sé stessi, implicando altre tipologie di esiti disadattivi (Zhang et al., 2022).

Inoltre, è fondamentale sottolineare che l'essere umano non può presentare delle caratteristiche relative ad un unico stile di attaccamento ed essere classificato perfettamente in un prototipo ansioso o evitante (Hazan & Shaver, 1987).

A tal proposito, Simpson & Rholes (2017) ritengono necessario porre attenzione nell'utilizzo delle classificazioni, in quanto lo stile di attaccamento potrebbe subire delle trasformazioni a causa delle caratteristiche della specifica relazione in cui l'individuo è coinvolto in un determinato momento della propria vita (Collins & Read, 1990; Simpson & Rholes, 2017).

### **3.1.3 Primo modello ipotizzato**

Come precedentemente discusso, la variabile indipendente della parentificazione risulta associata positivamente unicamente alla dimensione dell'ansietà dell'attaccamento.

Inoltre, non è stata confermata l'ipotesi secondo la quale la parentificazione abbia un effetto diretto sulla sintomatologia ansiosa.

Al contrario, la parentificazione risulta associata positivamente e indirettamente alla sintomatologia ansiosa, attraverso la variabile mediatrice dell'attaccamento romantico, nello specifico, attraverso la dimensione dell'ansietà.

Gli individui che soffrono del disturbo d'ansia generalizzato, tendono ad essere costantemente in allerta e a preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa (Tyrer & Baldwin, 2006): le preoccupazioni riguardano temi relativi alla vita quotidiana come la famiglia, situazione economica, salute personale e lavoro (Roemer et al., 1997).

Inoltre, è presente un costante stato di preoccupazione nei confronti del futuro, uno stato di inquietudine e tensione diffusa, non controllabile (Tyrer & Baldwin, 2006).

Alla luce di quanto esaminato nel precedente paragrafo, si potrebbe supporre che l'individuo parentificato, sviluppando uno stile di attaccamento ansioso in età adulta, abbia interiorizzato una rappresentazione negativa del Sé e degli altri, percepiti quali imprevedibili (Hooper, 2007).

Tale rappresentazione, potrebbe aver portato l'individuo alla convinzione che l'ambiente circostante sia minaccioso e imprevedibile: uno degli aspetti sottolineati da Winnicott (1965) concerneva il timore di tali individui di perdere il controllo, originato dall'incapacità del caregiver di prendersi cura del bambino (Schorr & Goldner, 2023).

Inoltre, è stato riscontrato che in infanzia, il vissuto di tali individui era costernato da vigilanza emotiva e paura di esaurimento (Schorr & Goldner, 2023).

Dunque, tale modello di mediazione ha confermato in parte le ipotesi iniziali: seppur indirettamente e attraverso la mediazione dell'ansietà d'attaccamento, si può affermare che la parentificazione sia legata ai criteri diagnostici tipici del disturbo d'ansia generalizzato (APA, 1987).

La mancanza di una diretta associazione tra parentificazione e sintomatologia ansiosa potrebbe essere dovuta al fatto che, il costrutto di depressione è in grado di contenere e "spiegare" in sé anche l'effetto dei sintomi ansiosi.

Sintomi ansiosi e sintomi depressivi, coerentemente a quanto affermato dalla letteratura (Tyrrer & Baldwin, 2006; Watson & Clark, 1984), risultano infatti significativamente associati, con valenza positiva, già a partire dalle correlazioni ( $r = .68$ ,  $p < .001$ ).

### **3.1.4 Secondo modello ipotizzato**

Anche in questo caso, la variabile indipendente della parentificazione risulta associata positivamente unicamente alla dimensione dell'ansietà dell'attaccamento che a sua volta è associata alla sintomatologia depressiva.

Tuttavia, in questo modello, è stata confermata l'ipotesi secondo la quale la parentificazione avesse un effetto diretto sulla sintomatologia depressiva.

Per quanto concerne la mediazione dall'attaccamento romantico tra il costrutto di parentificazione e sintomatologia depressiva, si potrebbe supporre che l'individuo parentificato, sviluppando uno stile di attaccamento ansioso in età adulta, abbia interiorizzato una rappresentazione negativa del Sé e degli altri, percepiti quali imprevedibili (Hooper, 2007).

In infanzia, tali bambini non hanno trovato un' adeguata rassicurazione nella figura di riferimento che ha comportato una difficoltà nel raggiungimento di un'autonomia e fiducia in sé stessi e dipendenza dalle proprie figure di riferimento (Ammaniti, 1992): nel corso dello sviluppo, infatti, tali individui si rappresentano quali dipendenti e fragili (Speranza, 2010).

In età adulta, i suddetti individui presentano come caratteristica principale la paura dell'abbandono da parte del partner, l'eccessivo bisogno di approvazione e angoscia per il rifiuto percepito (Zhang et al., 2022).

L'individuo parentificato è più incline ad entrare nelle cosiddette "relazioni di dipendenza" (o simboliche), implicando un elevato costo psico-emotivo per uno o entrambi i partner (Olson & Gariti, 1993).

L'ansia da attaccamento è caratterizzata da un lato da un grande bisogno di rassicurazione e approvazione sociale, d'altro lato da bassi livelli di auto-rinforzo (Wei et al., 2005).

A questo proposito, le teorie interpersonali della depressione (Blalock et al., 1999) sostengono che la presenza di una moderata depressione potrebbe spingere l'individuo con uno stile d'attaccamento ansioso a un'eccessiva ricerca di rassicurazione nelle relazioni strette provocando la frustrazione di questi ultimi. A fronte di ciò, vi sarà un'amplificazione dell'umore depresso, dell'esperienza di perdita e del bisogno di rassicurazione da parte della propria cerchia di sostegno; la quale, progressivamente va riducendosi (Wei et al., 2005).

Tali difficoltà relazionali risulterebbero dei fattori di rischio per un possibile disturbo depressivo maggiore, infatti come sottolineato da Otte et al. (2016), una delle caratteristiche principali dell'individuo affetto da depressione maggiore concerne il rimuginio, cali dell'attenzione e pensieri negativi su di sé, sul proprio futuro e sul contesto sociale che lo circonda (Otte et al., 2016).

### **3.1.4.1 L'effetto diretto della Parentificazione sulla Sintomatologia Depressiva**

La letteratura finora esaminata ha sottolineato che la parentificazione risulta essere un fattore di rischio relativamente alla depressione e comportamenti suicidari (Held & Bellows, 1983; Lopez, 1986).

Coerentemente, nel presente studio è emersa la presenza di un'associazione diretta e positiva tra parentificazione e sintomatologia depressiva.

È probabile che tale associazione possa risiedere, innanzitutto, nel fatto che la parentificazione, essendo una forma di abuso emotivo e negligenza genitoriale, risulta essere un fattore di rischio della condizione depressiva (Kessler, 1997; Li et al., 2016).

Inoltre, emblematico è il senso di colpa e vergogna che caratterizza l'individuo parentificato (Jurkovic, 1997), il quale coincide a sua volta con un criterio relativo alla diagnosi del disturbo depressivo maggiore (APA, 2013).

Sin dall'infanzia, l'individuo parentificato, a fronte del mancato riconoscimento genitoriale potrebbe incorrere in solitudine, sentimenti di vuoto, disagio emotivo o sintomi depressivi (Haxhe, 2016).

A causa di una depressione o di qualche altra tipologia di disabilità, il caregiver non risulta in grado di prendersi cura del bambino ma, al contrario, pretende o si aspetta che quest'ultimo si prenda cura di sé e/o di altri membri del sistema familiare (Barnett & Parker, 1998).

Dal momento che le figure di accudimento primarie hanno il compito di insegnare al bambino chi è, come funziona il mondo, le aspettative e le norme comportamentali su quest'ultimo (De Luca et al., 2017), quest'interazione potrebbe portare il bambino a sperimentare un'unica modalità possibile finalizzata alla vicinanza con la figura di riferimento basata sulla credenza patogena di “prendersi cura o essere respinti” che potrebbe diventare tale anche in età adulta, in cui il prezzo della vicinanza consisterebbe nella deferenza e sottomissione di sé (West & Keller, 1991).

A fronte di tale dinamica, il bambino potrebbe sperimentare da un lato una diminuzione dell'autostima a fronte dell'impotenza vissuta e dall'altro rabbia dovuta alla mancanza di cure appropriate da parte dei genitori; quest'ultima, al fine di mantenere un legame con il caregiver verrà repressa provocando a sua volta, un forte senso di colpa.

Quest'ultimo, probabilmente, rappresenta una potente e disadattiva forza motivante (Barnett & Parker, 1998).

In età adulta, importanti conseguenze relative alla parentificazione distruttiva concernono il senso di colpa e la vergogna che potrebbero derivarne: gli individui parentificati troveranno difficile raggiungere un benessere psicologico essendo consapevoli delle difficoltà emotive e/o fisiche/ finanziarie che attraversano i propri genitori, scontrandosi costantemente con la propria incapacità relativa al proprio ruolo, percependosi quale delusione per le proprie famiglie (Jurkovic, 1997) e provando, presumibilmente l'emblematica colpa del sopravvissuto (De Luca et al., 2017).

Probabilmente, l'individuo parentificato potrebbe provare un senso di colpa relativo al dualismo separazione/lealtà, secondo cui separarsi psicologicamente e fisicamente dalle proprie figure di riferimento possa provocare in questi sofferenza (Haidt, 2012; De Luca et al., 2017).

Inoltre, l'individuo parentificato, presumibilmente, potrebbe incorrere in convinzioni patogene relative a responsabilità onnipotenti dal momento che gli è stato insegnato ad essere responsabile della salute mentale e/o fisica delle proprie figure di riferimento (De Luca et al., 2017).

La responsabilità onnipotente potrebbe essere legata a un mancato sviluppo di un senso del Sé integrato (Schorr & Goldner, 2023): coerentemente alla prospettiva teorica di Kohut (1971), è possibile osservare un cambiamento strutturale in cui il Sé si presenta scisso tra inutilità e fallimento da un lato e onnipotenza e grandiosità dall'altro (Kohut & Wolf, 1978), vivendo all'interno di un "paradosso narcisistico" (Morf & Rhodewalt, 2001) caratterizzato dal bisogno di autoaffermazione esterna e apprezzamento da parte dei propri genitori, percepiti a loro volta come oggetti frustranti e minaccia alla propria autostima e provando, al contempo, rabbia e risentimento (Cain et al., 2008; Pincus & Lukowitsky, 2010).

L'individuo parentificato che è stato abusato e trascurato emotivamente, potrebbe sperimentare un senso di colpa tale da divenire relativo all'odio di sé: quest'ultimo avrebbe la funzione di evitare di avere una rappresentazione negativa delle proprie figure di riferimento (De Luca et al., 2017): è possibile che tale senso di colpa possa essere legato al meccanismo di difesa dell'identificazione con l'aggressore (Ferenczi & Rank, 1986); partendo da tale assunzione, i comportamenti rischiosi, autolesionisti e punitivi

potrebbero essere visti come manifestazioni di un'identificazione con il perpetratore delle situazioni di abuso (Lahav et al., 2022) e interiorizzazione dell'oggetto maligno (Kohut, 1971).

Le credenze e gli schemi mentali acquisiti durante l'infanzia, plasmano il funzionamento mentale e la personalità instaurandosi quali meccanismi automatici, impliciti e difficili da modificare (De Luca et al., 2017).

Al fine di adattarsi al proprio ambiente infantile, l'essere umano potrebbe sviluppare delle strategie che in futuro potrebbero dimostrarsi disadattive: la psicopatologia potrebbe dunque essere letta quale esito di questo processo (De Luca et al., 2017).

In altre parole, la parentificazione risulta essere un fattore di rischio per quanto concerne la sintomatologia depressiva in quanto tali convinzioni patogene potrebbero portare l'individuo ad un continuo rimuginio circa pensieri negativi su di sé accompagnati da un considerevole senso di colpa sul proprio futuro e sul contesto sociale circostante, portando l'individuo ad uno stato di tristezza e disperazione (Otte et al., 2016).

## 3.2 Conclusioni, limiti e prospettive future

La presente ricerca si è proposta di indagare la relazione tra il costrutto di parentificazione e quello di adattamento, definito mediante i livelli della sintomatologia ansiosa e depressiva, in due modelli di mediazione.

La variabile mediatrice dei suddetti modelli concerneva l'attaccamento romantico, nello specifico le dimensioni dell'attaccamento insicuro di ansietà ed evitamento.

Confrontando la letteratura relativa ai suddetti costrutti, i risultati sembrano confermare gran parte di quanto inizialmente ipotizzato: nello specifico, per quanto concerne il primo modello ipotizzato, è emerso che la parentificazione aveva un effetto indiretto sulla sintomatologia ansiosa, mediata dalla dimensione dell'ansietà dell'attaccamento.

Per quanto riguarda il secondo modello ipotizzato, è possibile osservare come la parentificazione abbia avuto sia un effetto diretto che indiretto mediato dall'ansietà d'attaccamento, sulla sintomatologia depressiva.

È fondamentale, inoltre, tenere in considerazione i limiti di tale studio.

Innanzitutto, i partecipanti non appartengono ad un campione clinico, tale evidenza ha potuto portare a un leggero discostamento dei risultati rispetto alle ipotesi: ad esempio, in individui non appartenenti a un campione clinico, si presenta una maggiore difficoltà nella rilevazione dei sintomi ansiosi e depressivi tali da avere un impatto all'interno di un modello.

Inoltre, i partecipanti risultano eterogenei in quanto reclutati online e per passaparola, non rendendo questi ultimi rappresentativi delle coppie italiane, e non rendendo generalizzabili, se non prudentemente e parzialmente, i risultati ottenuti.

Al fine di ovviare il limite appena esposto, sarebbe preferibile condurre le future ricerche su campioni omogenei caratterizzati da parametri distinguibili e definiti (ad esempio, coppie sposate, divorziate, ecc.).

Inoltre, sarebbe auspicabile indagare il ruolo delle differenze di genere relativamente alle variabili oggetto di studio (Zhang et al., 2022; Carlson et al., 1995; Jacobvitz et al., 2004; Gilligan, 1982; Jurkovic, 1997; Tyrer & Baldwin, 2006; Seedat et al., 2009).

Per quanto concerne gli strumenti utilizzati per la valutazione dei costrutti, si possono notare dei limiti rispetto alla *Parentification Scale* (Mika et al., 1987): ad esempio, essendo una misura retrospettiva, è possibile che siano presenti dei bias sistemici nella percezione e rievocazione delle memorie relative alla reale influenza del comportamento genitoriale nello sviluppo individuale del partecipante; al fine di evitare tale problema, potrebbe essere utile condurre studi longitudinali che permettano di valutare tale variabile oggetto di studio nel tempo. Inoltre, è possibile ipotizzare che per quanto concerne la sottoscala “Parentificazione rivolta ai fratelli”, i partecipanti allo studio se figli unici, abbiano omesso la risposta o scelto l’alternativa “mai o non si applica a me”, abbassando in questo modo il punteggio totale per la misura di parentificazione.

Infine, un altro limite relativo a tale strumento concerne la mancata validazione in lingua italiana che non considera il ruolo del “senso di ingiustizia percepito” (Jurkovic, 1997) nel processo di parentificazione.

È essenziale sottolineare che, nonostante si tenda ad utilizzare termini causali nell’interpretazione dei risultati, il disegno di ricerca e le relative analisi statistiche non permettono di inferire una reale causalità tra le variabili oggetto di studio ma propongono dei modelli interpretativi del fenomeno in questione; pertanto, i nessi causali ipotizzati tra le variabili possono essere verificati, come precedentemente osservato, unicamente da sofisticati studi longitudinali, i quali sono necessari per rendere conto dei meccanismi complessi e correlati alla base del processo di parentificazione.

Infine, sarebbe necessario condurre ulteriori ricerche finalizzate ad esaminare il ruolo di specifici fattori ambientali e socioculturali, i quali, come confermato dalla letteratura (Jurkovic, 1997), ricoprono un importante ruolo: approfondire tali aspetti potrebbe gettar luce sulle implicazioni di eventuali variabili sull’adattamento positivo o negativo dell’individuo parentificato.

A tal proposito, sarebbe auspicabile esaminare il fenomeno della parentificazione relativamente alla recente pandemia da COVID-19 e alla sue relative implicazioni, al fine di inquadrare tale fenomeno all’interno del contesto contemporaneo (Masiran et al., 2023).

In conclusione, si auspica che tale ricerca possa costituire uno stimolante contributo finalizzato a mettere in luce la complessità delle varie possibili implicazioni che il fenomeno della parentificazione può avere sull’adattamento adulto.

La conoscenza e l'approfondimento di tale costrutto e delle sue possibili implicazioni è fondante al fine dell'individuazione di ulteriori fattori protettivi e di rischio che potrebbero contribuire alla promozione di efficaci interventi finalizzati alla promozione del benessere psicosociale dell'individuo che ha sperimentato tale fenomeno.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* (pp. xviii, 391). Lawrence Erlbaum.
- Aldridge, J., & Becker, S. (1993). Children as carers. *Archives of Disease in Childhood*, 69(4), 459–462. <https://doi.org/10.1136/adc.69.4.459>
- Ammaniti, M. (2010). *Psicopatologia dello sviluppo: Modelli teorici e percorsi a rischio / a cura di Massimo Ammaniti*. Raffaello Cortina.
- Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), 328–346. <https://doi.org/10.1080/14616730010001587>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente: Normalità, patologia, terapia / Grazia Attili*. Cortina.
- Bachem, R., & Casey, P. (2018). Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.034>
- Baggett, E., Shaffer, A., & Muetzelfeld, H. (2015). Father–Daughter Parentification and Young Adult Romantic Relationships Among College Women. *Journal of Family Issues*, 36(6), 760–783. <https://doi.org/10.1177/0192513X13499759>
- Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, 170–185. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12195>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (pp. viii, 247). Prentice-Hall.

- Bandura, A., & Barab, P. G. (1971). Conditions governing nonreinforced imitation. *Developmental Psychology, 5*, 244–255. <https://doi.org/10.1037/h0031499>
- Barber, B. K., Maughan, S. L., & Olsen, J. A. (2005). Patterns of parenting across adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development, 2005*(108), 5–16. <https://doi.org/10.1002/cd.124>
- Barnett, B., & Parker, G. (1998). The parentified child: Early competence or childhood deprivation? *Child Psychology & Psychiatry Review, 3*(4), 146–155. <https://doi.org/10.1017/S1360641798001695>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine (1982), 51*(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships, 9*, 191–204. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00012>

- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief* (p. 155). Harvard University Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy*. Psychology Press.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy* (pp. xxi, 408). Harper & Row.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1988). *Lealtà invisibili: La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale / Ivan Boszormenyi-Nagy, Geraldine M. Spark*. Astrolabio.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. J. Aronson.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (p. np, np). Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). ATTACHMENT AND LOSS: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development* (pp. xii, 205). Basic Books.
- Bradford, K., & Barber, B. K. (2005). Interparental Conflict as Intrusive Family Process. *Journal of Emotional Abuse*, 5(2–3), 143–167. [https://doi.org/10.1300/J135v05n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J135v05n02_07)
- Brennan, K. A., & Bosson, J. K. (1998). Attachment-Style Differences in Attitudes toward and Reactions to Feedback from Romantic Partners: An Exploration of the Relational Bases of Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(7), 699–714. <https://doi.org/10.1177/0146167298247003>

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Brennan, K. A., & Morris, K. A. (1997). Attachment styles, self-esteem, and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*, 23–31. <https://doi.org/10.1177/0146167297231003>
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 267–283. <https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed* (pp. 102–127). The Guilford Press.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. de, Graaf, R. de, Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, *9*, 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Buber, M., & Poma, A. (2011). *Il principio dialogico e altri saggi* (A. M. Pastore, Trad.; 3° edizione). San Paolo Edizioni.
- Buhl, H. M. (2008). Significance of Individuation in Adult Child–Parent Relationships. *Journal of Family Issues*, *29*(2), 262–281. <https://doi.org/10.1177/0192513X07304272>
- Burke, S. E., Wang, K., & Dovidio, J. F. (2014). Witnessing Disclosure of Depression: Gender and Attachment Avoidance Moderate Interpersonal Evaluations. *Journal*

- of Social and Clinical Psychology*, 33(6), 536–559.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.6.536>
- Burkett, L. P. (1991). Parenting Behaviors of Women Who Were Sexually Abused As Children in Their Families of Origin. *Family Process*, 30(4), 421–434.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1991.00421.x>
- Burnett, G., Jones, R. A., Bliwise, N. G., & Ross, L. T. (2006). Family unpredictability, parental alcoholism, and the development of parentification. *American Journal of Family Therapy*, 34, 181–189. <https://doi.org/10.1080/01926180600550437>
- Burton, L. (2007). Childhood Adultification in Economically Disadvantaged Families: A Conceptual Model\*. *Family Relations*, 56, 329–345.  
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00463.x>
- Busonera, A. (2012). *La valutazione dell'attaccamento adulto nell'ambito delle relazioni di coppia. Validazione italiana del questionario Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)*.
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41(3), 375–388.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41307.x>
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638–656. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
- Calvo, V. (2008). *Italian version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000) questionnaire [versione italiana del questionario Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R; Fraley, Waller, & Brennan, 2000]*.

- Cao, Y., Li, L., Zhao, X., Zhang, Y., Guo, X., Zhang, Y., & Luo, X. (2016). Effects of Exposure to Domestic Physical Violence on Children's Behavior: A Chinese Community-based Sample. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(2), 127–135. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0092-1>
- Carati, M. A. (2014). *I DISTURBI DELL'ADATTAMENTO: UN MODELLO DI CONCETTUALIZZAZIONE*.
- Carli, R. (1995). Il rapporto Individuo/contesto. *PSICOLOGIA CLINICA*, 1995/2. <https://www.francoangeli.it/riviste/SchedaRivista.aspx?IDArticolo=5269&lingua=It>
- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, 66, 37–54. <https://doi.org/10.2307/1131189>
- Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods* (pp. 581–617). John Wiley & Sons.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331–338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 644–655.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In *Emotion, cognition, and representation* (pp. 343–370). University of Rochester Press.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The Insecure/Ambivalent Pattern of Attachment: Theory and Research. *Child Development*, 65(4), 971–991. <https://doi.org/10.2307/1131298>

- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Çelikbaş, Z., & Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2022). The Relationship Between Attachment Styles, Ruminative Response Styles, Dysfunctional Attitudes and Major Depression Diagnosis. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 40(4), 905–927. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00446-2>
- Chase, N. D. (1999a). *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification*. SAGE.
- Chase, N. D. (1999b). *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification*. SAGE.
- Chase, N. D., Deming, M. P., & Wells, M. C. (1998). Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults. *The American Journal of Family Therapy*, 26(2), 105–114. <https://doi.org/10.1080/01926189808251091>
- Chase, N., Jurkovic, G. J., Morrell, R., & Thirkield, A. (1999). *Assessing Childhood Parentification: Guidelines for Researchers and Clinicians*. 92–114. <https://doi.org/10.4135/9781452220604.n5>
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 458–463. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.3.458>

- Chung, H., Birkett, H., Forbes, S., & Seo, H. (2021). Covid-19, Flexible Working, and Implications for Gender Equality in the United Kingdom. *Gender & Society*, 35(2), 218–232. <https://doi.org/10.1177/08912432211001304>
- Cobb, R. J., Davila, J., & Bradbury, T. N. (2001). Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1131–1143. <https://doi.org/10.1177/0146167201279006>
- Cohen et al. (1996). (s.d.). Psychology IB (Psychologyisgoals). Recuperato 8 marzo 2023, da <https://psychologyisgoals.weebly.com/cohen-et-al-1996.html>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Combrinck-Graham, L. (1989). *Children in family contexts: Perspectives on treatment* (pp. xix, 537). The Guilford Press.
- Corallo, F., M. D., Lo Buono, V., & Salvo, D. (2019). *Depression and Stress Management for Caregivers of Traumatic Brain Injury Patients*. <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000383>
- D'Amore, S. (2010). New Families as Grieving Relational Systems: For a Clinical Analysis of Loss. *Terapie Familiare*, 31(1), 13–25.
- Davies, P., & Forman, E. (2002). Children's Patterns of Preserving Emotional Security in the Interparental Subsystem. *Child development*, 73, 1880–1903. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.t01-1-00512>
- De Luca, E., Mazza, C., & Gazzillo, F. (2017). La centralità dell'adattamento: Emozioni primarie, funzionamento motivazionale e moralità tra neuroscienze, psicologia evolutivista e Control- Mastery Theory. *Rassegna di Psicologia*, XXXVI, 41–49. <https://doi.org/10.4558/8371-04>

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed* (pp. xliv, 947). (2013). American Psychiatric Publishing, Inc.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Donovan, W. L., & Leavitt, L. A. (1985). Physiologic Assessment of Mother-Infant Attachment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(1), 65–70.  
[https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60411-8](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60411-8)
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63(6), 1473–1480.
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The Parentified Child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163–178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>
- Elkind, D. (1981). All Grown up and No Place to Go. *Childhood Education*, 58(2), 69–72. <https://doi.org/10.1080/00094056.1981.10520497>
- Engelhardt, J. A. (2012). The Developmental Implications of Parentification: Effects on Childhood Attachment. *Graduate Student Journal of Psychology*, 14, 45–52.  
<https://doi.org/10.52214/gsjp.v14i.10879>
- Families of the slums: An exploration of their structure and treatment* (3. print). (1967). Basic Books.
- Feeney, J. A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed* (pp. 456–481). The Guilford Press.
- Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology*, 13, 334–345. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.4.334>

- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003a). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships, 10*(4), 475–493. <https://doi.org/10.1046/j.1475-6811.2003.00061.x>
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003b). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships, 10*(4), 475–493. <https://doi.org/10.1046/j.1475-6811.2003.00061.x>
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1986). The development of psychoanalysis. *Classics in Psychoanalysis Monograph Series, Mo 4*, 68–68.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1992). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 231–257.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *The Psychoanalytic Quarterly, 51*(4), 612–635.
- Fraley, R. C., & Hudson, N. W. (2017). The development of attachment styles. In *Personality development across the lifespan* (pp. 275–292). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804674-6.00017-X>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1080–1091. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1080>
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In *Attachment theory and close relationships* (pp. 77–114). The Guilford Press.

- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A.-L., & Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in Psychiatry, 9*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00230>
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*. FrancoAngeli.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 47–57. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.47>
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Cortina Raffaello.
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 1596–1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>
- Gillath, O., Karantzas, G. C., & Fraley, R. C. (2016). *How Are Individual Differences in Attachment Measured?* 103–127. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420020-3.00005-0>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development* (pp. xxx, 184). Harvard University Press.

- Gold, J. (2005). Anxiety, conflict, and resistance in learning an integrative perspective on psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 374–383. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.4.374>
- Goldberg, S. B., Lam, S. U., Britton, W. B., & Davidson, R. J. (2022). Prevalence of meditation-related adverse effects in a population-based sample in the United States. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(3), 291–305. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933646>
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. E. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 499–504. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.499>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Haapakoski, R., Mathieu, J., Ebmeier, K. P., Alenius, H., & Kivimäki, M. (2015). Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1 $\beta$ , tumour necrosis factor  $\alpha$  and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*, 49, 206–215. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.001>
- Haferkamp, L., Bebermeier, A., Möllering, A., & Neuner, F. (2015). Dissociation Is Associated with Emotional Maltreatment in a Sample of Traumatized Women with a History of Child Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(1), 86–99. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.959149>
- Haft, W. L., & Slade, A. (1989). Affect Attunement and Maternal Attachment: A Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 157–172. [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)

- Haidt, J. (2012). *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*. Knopf Doubleday Publishing Group.
- Harrison, A. O., Wilson, M. N., Pine, C. J., Chan, S. Q., & Buriel, R. (1990). Family Ecologies of Ethnic Minority Children. *Child Development*, *61*(2), 347–362.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02782.x>
- Haxhe, S. (2016). Parentification and Related Processes: Distinction and Implications for Clinical Practice. *Journal of Family Psychotherapy*, *27*(3), 185–199.  
<https://doi.org/10.1080/08975353.2016.1199768>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511–524.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heaton, R. C., & Duerfeldt, P. H. (1973). The relationship between self-esteem, self-reinforcement, and the internal-external personality dimension. *The Journal of Genetic Psychology*, *123*(1st Half), 3–13.  
<https://doi.org/10.1080/00221325.1973.10533183>
- Heiby, E. M., & Staats, A. W. (1990). Depression: Classification, explanation, and treatment. In *Unifying behavior therapy: Contributions of paradigmatic behaviorism* (pp. 220–246). Springer Publishing Company.
- Held, B. S., & Bellows, D. C. (1983). A Family Systems Approach to Crisis Reactions in College Students. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*(4), 365–373.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01524.x>
- Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 420.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>

- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 129–140. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00427>
- Holmes, J. (1994). The Clinical Implications of Attachment Theory. *British Journal of Psychotherapy*, *11*(1), 62–76. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1994.tb00702.x>
- Hooper, L. M. (2007). The Application of Attachment Theory and Family Systems Theory to the Phenomena of Parentification. *The Family Journal*, *15*(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/1066480707301290>
- Hooper, L. M., Marotta, S. A., & Lanthier, R. P. (2008). Predictors of growth and distress following childhood parentification: A retrospective exploratory study. *Journal of Child and Family Studies*, *17*(5), 693–705. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9184-8>
- Hooper, L. M., & Wallace, S. A. (2010). Evaluating the parentification questionnaire: Psychometric properties and psychopathology correlates. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, *32*, 52–68. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9103-9>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, *2*(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Ihme, H., Olié, E., Courtet, P., El-Hage, W., Zendjidjian, X., Mazzola-Pomietto, P., Consoloni, J.-L., Deruelle, C., & Belzeaux, R. (2022). Childhood trauma increases vulnerability to attempt suicide in adulthood through avoidant attachment. *Comprehensive Psychiatry*, *117*, 152333. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152333>

- Ingoglia, S., & Barbaranelli, C. (2013). *I Modelli di Equazioni Strutturali: Temi e prospettive*. <https://www.semanticscholar.org/paper/I-Modelli-di-Equazioni-Strutturali%3A-Temi-e-Ingoglia-Barbaranelli/cc326e766a29359cfc23f8747976178a6d47bc0c>
- Jackson, M. C., Galvez, G., Landa, I., Buonora, P., & Thoman, D. B. (2016). Science That Matters: The Importance of a Cultural Connection in Underrepresented Students' Science Pursuit. *CBE Life Sciences Education*, *15*(3), ar42. <https://doi.org/10.1187/cbe.16-01-0067>
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Development and Psychopathology*, *16*(3), 577–592. <https://doi.org/10.1017/s0954579404004675>
- Jankowski, P. J., Hooper, L. M., Sandage, S. J., & Hannah, N. J. (2013). Parentification and mental health symptoms: Mediator effects of perceived unfairness and differentiation of self. *Journal of Family Therapy*, *35*(1), 43–65. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00574.x>
- Jaremka, L. M., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2013). Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. *Psychological Science*, *24*(3), 272–279. <https://doi.org/10.1177/0956797612452571>
- Johnson, B. E., & Ray, W. A. (2016). *Family Systems Theory* (C. L. Shehan, A c. Di; pp. 1–5). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbef130>
- Joiner, T., Coyne, J. C., & Blalock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. In *The interactional nature of depression: Advances in*

- interpersonal approaches* (pp. 3–19). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10311-013>
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods: The plight of the parentified child* (1997-36274-000). Brunner/Mazel.
- Jurkovic, G. J. (1998). Destructive parentification in families: Causes and consequences. In *Family psychopathology: The relational roots of dysfunctional behavior* (pp. 237–255). The Guilford Press.
- Jurkovic, G. J., Jesse, E. H., & Goglia, L. R. (1991). Treatment of parental children and their families: Conceptual and technical issues. *American Journal of Family Therapy, 19*, 302–314. <https://doi.org/10.1080/01926189108250862>
- Jurkovic, G. J., Morrell, R., & Thirkield, A. (1999). Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification. In *Burdened Children: Theory, Research, and Treatment of Parentification* (pp. 92–114). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452220604>
- Jurkovic, G. J., Thirkield, A., & Morrell, R. (2001). Parentification of Adult Children of Divorce: A Multidimensional Analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(2), 245–257. <https://doi.org/10.1023/A:1010349925974>
- Kafetsios, K., & Sideridis, G. D. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 863–875. <https://doi.org/10.1177/1359105306069084>
- Kahn, J. H., & Garrison, A. M. (2009). Emotional self-disclosure and emotional avoidance: Relations with symptoms of depression and anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 573–584. <https://doi.org/10.1037/a0016574>
- Karantzas, G. C., Younan, R., & Pilkington, P. D. (2022). The associations between early maladaptive schemas and adult attachment styles: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cps0000108>

- Karpel, M. (1976). Individuation: From fusion to dialogue. *Family Process, 15*, 65–82.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00065.x>
- Kerig, P. (1996). Assessing the Links Between Interparental Conflict and Child Adjustment: The Conflicts and Problem-Solving Scales. *Journal of Family Psychology, 10*, 454–473. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.4.454>
- Kerig, P. K. (2001). Introduction and overview: Conceptual issues in family observational research. In *Family observational coding systems: Resources for systemic research* (pp. 1–22). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kerig, P. K. (2005). Revisiting the Construct of Boundary Dissolution. *Journal of Emotional Abuse, 5*(2–3), 5–42. [https://doi.org/10.1300/J135v05n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J135v05n02_02)
- Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is Insecure Parent-Child Attachment a Risk Factor for the Development of Anxiety in Childhood or Adolescence? *Child Development Perspectives, 8*(1), 12–17. <https://doi.org/10.1111/cdep.12054>
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory* (pp. xii, 400). W W Norton & Co.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48*, 191–214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health, 34*(1), 119–138.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kline, R. B. (1998). Software Review: Software Programs for Structural Equation Modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment, 16*(4), 343–364. <https://doi.org/10.1177/073428299801600407>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders* (pp. xvi, 368). University of Chicago Press.

- Kohut, H., & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413–425.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lahav, Y., Allende, S., Talmon, A., Ginzburg, K., & Spiegel, D. (2022). Identification With the Aggressor and Inward and Outward Aggression in Abuse Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 2705–2728. <https://doi.org/10.1177/0886260520938516>
- Levy, D. M. (1943). *Maternal overprotection* (pp. ix, 417). Columbia University Press.
- Linder, J., & Collins, W. (2005). Parent and Peer Predictors of Physical Aggression and Conflict Management in Romantic Relationships in Early Adulthood. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 19, 252–262. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.252>
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In *Attachment disorganization* (pp. 291–317). The Guilford Press.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring Relationships Among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 409–424. <https://doi.org/10.1080/00926230591006719>

- Lopez, F. G. (2001). Adult attachment orientations, self–other boundary regulation, and splitting tendencies in a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 440–446. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.440>
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 283–300. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.283>
- Lopez, N. (1986). *Assessing Depressive Symptoms Using the Child Depression Scale and the Children's Depression Inventory: A Cross Cultural Comparison of Children in Puerto Rico and the United States*. 1.
- Luttik, M. L., Mahrer-Imhof, R., Vivar, C., Brødsgaard, A., Dieperink, K., Ostergaard, B., Svavarsdottir, E., & Konradsen, H. (2020). The COVID-19 Pandemic: A Family Affair. *Journal of Family Nursing*, 26. <https://doi.org/10.1177/1074840720920883>
- Madden, A. R., & Shaffer, A. (2016). The Relation Between Parentification and Dating Communication: The Role of Romantic Attachment-Related Cognitions. *The Family Journal*, 24(3), 313–318. <https://doi.org/10.1177/1066480716648682>
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403–424. <https://doi.org/10.1080/00797308.1971.11822279>
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse & Neglect*, 8(2), 203–217. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90009-7)

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). 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*, 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The Quality of the Toddler's Relationship to Mother and to Father: Related to Conflict Behavior and the Readiness to Establish New Relationships. *Child Development, 52*(3), 932–940. <https://doi.org/10.2307/1129097>
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 15*, 3–21. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.3>
- Martin, M. T. (1996). *Mother-daughter relations in divorced families: Parentification and internalizing and relationship problems* (Vol. 56, p. 5176). ProQuest Information & Learning.
- Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., & Lim, P. Y. (2023). The positive and negative aspects of parentification: An integrated review. *Children and Youth Services Review, 144*, 106709. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106709>
- Mazzotti, E., Fassone, G., Picardi, A., Sagoni, E., Ramieri, L., Lega, I., Camaioni, D., Abeni, D., & Pasquini, P. (2003). The Patient Health Questionnaire (PHQ) for the screening of psychiatric disorders: A validation study versus the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I (SCID-I). *Italian Journal of Psychopathology, 9*, 235–242.

- Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of Hopelessness in Psychopathological Process. *Archives of General Psychiatry*, 20(6), 690–699. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740180074007>
- Michard, P. (2005). *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy: Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. De Boeck Supérieur.
- Mika, P., Bergner, R. M., & Baum, M. C. (1987a). The development of a scale for the assessment of parentification. *Family Therapy*, 14, 229–235.
- Mika, P., Bergner, R. M., & Baum, M. C. (1987b). The Development of a Scale for the Assessment of Parentification. *Family Therapy*, 14(3). <https://www.proquest.com/docview/1474289282?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar>
- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273–280. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.273>
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995a). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917–925. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.917>
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995b). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917–925. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.917>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment Security, Compassion, and Altruism. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 34–38. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (p. 578). The Guilford Press.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, 817–839. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.817>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- Minuchin, S. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. Basic Books.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, Mass., Harvard University Press. <http://archive.org/details/familiesfamilyth00minu>
- Minuchin, S. (1998). Where Is the Family in Narrative Family Therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, *24*(4), 397–403. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1998.tb01094.x>
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, *32*(8), 1031–1038. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260095008>
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.
- Morf, C. C., & Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, *12*, 177–196. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1204\\_1](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1204_1)

- Nehrig, N., Ho, S. S. M., & Wong, P. S. (2019). Understanding the Selfobject Needs Inventory: Its relationship to narcissism, attachment, and childhood maltreatment. *Psychoanalytic Psychology, 36*, 53–63. <https://doi.org/10.1037/pap0000182>
- Norman, H., Marzano, L., Oskis, A., & Coulson, M. (2021). “I can’t describe it and they can’t see the rain.” an interpretative phenomenological analysis of the experience of self-harm in young adults who report difficulties identifying and describing their feelings. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02273-7>
- O’Brien, M., Margolin, G., & John, R. S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 346–361. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2403\\_12](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2403_12)
- Olson, M., & Gariti, P. (1993). Symbolic loss in horizontal relating: Defining the role of parentification in addictive/ destructive relationships. *Contemporary Family Therapy, 15*(3), 197–208. <https://doi.org/10.1007/BF00894395>
- Olver, R. R., Aries, E., & Batgos, J. (1989). Self-Other Differentiation and the Mother-Child Relationship: The Effects of Sex and Birth Order. *The Journal of Genetic Psychology, 150*(3), 311–322. <https://doi.org/10.1080/00221325.1989.9914600>
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences, 73*, 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.015>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 2*(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Tavistock Publications.
- Parsons, T., & Bales, R. F. (1955). *Family, Socialization and Interaction Process*. Free Press.

- Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: Biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine*, *11*(1), 129. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-129>
- Peris, T. S., Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M., & Emery, R. E. (2008). Marital conflict and support seeking by parents in adolescence: Empirical support for the parentification construct. *Journal of Family Psychology*, *22*, 633–642. <https://doi.org/10.1037/a0012792>
- Perkins, N. H., Rai, A., & Grossman, S. F. (2022). Physical and Emotional Sibling Violence in the Time of COVID -19. *Journal of Family Violence*, *37*(5), 745–752. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00249-6>
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, *111*(3), 387–412. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.387>
- Piaget, J. (1971). *Psychology and epistemology*. Grossman.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 421–446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Preciado, B. (2020). Developmental Implications of Parentification: An Examination of Ethnic Variation and Loneliness. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1087>
- Raposa, E. B., Laws, H. B., & Ansell, E. B. (2016). Prosocial Behavior Mitigates the Negative Effects of Stress in Everyday Life. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, *4*(4), 691–698. <https://doi.org/10.1177/2167702615611073>

- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 310–320. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.310>
- Roemer, L., MOLINA, S., & Borkovec, T. (1997). An Investigation of Worry Content among Generally Anxious Individuals. *The Journal of nervous and mental disease*, *185*, 314–319. <https://doi.org/10.1097/00005053-199705000-00005>
- Rohani, F., & Esmaceli, M. (2020). Psychological factors of vulnerability to suicide ideation: Attachment styles, coping strategies, and dysfunctional attitudes. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1), 50. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_260\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_260_19)
- Rowa, K., Kerig, P., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, *9*, 97–114. <https://doi.org/10.1002/erv.383>
- Ruiz, M., Zamorano, E., Garcia-Campayo, J., Pardo, A., Freire, O., & Rejas, J. (2011). Validity of the GAD-7 scale as an outcome measure of disability in patients with generalized anxiety in primary care. *Journal of affective disorders*, *128*, 277–286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.010>
- Sampson, H., & Weiss, J. (1986). Testing hypotheses: The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 591–613). Guilford Press.
- Sanscartier, S., & MacDonald, G. (2019). Healing through community connection? Modeling links between attachment avoidance, connectedness to the LGBTQ+ community, and internalized heterosexism. *Journal of Counseling Psychology*, *66*, 564–576. <https://doi.org/10.1037/cou0000381>

- Schier, K., Egle, U., Nickel, R., Kappis, B., Herke, M., & Hardt, J. (2011). [Emotional Childhood Parentification and Mental Disorders in Adulthood.]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *61*(8), e57. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280806>
- Schier, K., Herke, M., Nickel, R., Egle, U. T., & Hardt, J. (2015). Long-term sequelae of emotional parentification: A cross-validation study using sequences of regressions. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(5), 1307–1321. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9938-z>
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, *33*, 106–128. <https://doi.org/10.1037/a0038019>
- Schorr, S., & Goldner, L. (s.d.). “Like stepping on glass”: A theoretical model to understand the emotional experience of childhood parentification. *Family Relations*, *n/a*(*n/a*). <https://doi.org/10.1111/fare.12833>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., Girolamo, G. D., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 785–795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment. In *The psychology of love* (pp. 68–99). Yale University Press.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M., Gross, J.T., Stern, J.A., Cassidy, J.A., Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2016). A lifespan perspective on attachment and care for others: Empathy, altruism, and prosocial behavior. In *Cassidy, J.; Shaver, P.R. (ed.)*,

- Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd ed.)* (pp. 878–916). New York : Guilford Press. <http://hdl.handle.net/2066/162472>
- Shepherd, B. F., Brochu, P. M., & Stripling, A. M. (2021). Hidden grief is complicated: Identity concealment as a minority stressor and relational-cultural barrier among bereaved sexual and gender minoritized elders. *Psychology & Sexuality, 0*(0), 1–18. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1970618>
- Shin, Y., & Hecht, M. L. (2013). Does parentification place Mexican-heritage youth at risk for substance use? Identifying the intervening nature of parent–child communication about alcohol. *Journal of Adolescence, 36*(1), 149–159. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.10.010>
- Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., & Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(2), 355–367. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.355>
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology, 13*, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Simpson, J. A., & Steven Rholes, W. (2017). Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current Opinion in Psychology, 13*, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Solomon, J., & George, C. (2011). The disorganized attachment-caregiving system: Dysregulation of adaptive processes at multiple levels. In *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

- Sroufe, L. A., & Ward, M. J. (1980). Seductive Behavior of Mothers of Toddlers: Occurrence, Correlates, and Family Origins. *Child Development*, 51(4), 1222. <https://doi.org/10.2307/1129564>
- Stanton, S. C. E., & Campbell, L. (2014). Perceived Social Support Moderates the Link between Attachment Anxiety and Health Outcomes. *PLoS ONE*, 9(4), e95358. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095358>
- Stein, D., Lilienfeld, L. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., & Kaye, W. H. (1999). Familial aggregation of eating disorders: Results from a controlled family study of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 211–215. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2<211::AID-EAT11>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<211::AID-EAT11>3.0.CO;2-0)
- Stein, J. A., Rotheram-Borus, M. J., & Lester, P. (2007). Impact of parentification on long-term outcomes among children of parents with HIV/AIDS. *Family Process*, 46(3), 317–333. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00214.x>
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: A contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(2), 257–276. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.2.257>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Teng, C., Thampy, U., Bae, J. Y., Cai, P., Dixon, R. A. F., Liu, Q., & Li, P. (2021). Identification of Phenotypes Among COVID-19 Patients in the United States

- Using Latent Class Analysis. *Infection and Drug Resistance*, 14, 3865–3871.  
<https://doi.org/10.2147/IDR.S331907>
- The Parentified Child—Louise Earley, Delia Cushway, 2002.* (s.d.). Recuperato 19 febbraio 2023, da <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104502007002005>
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 330–335. <https://doi.org/10.1037/h0080237>
- Tompkins, T. L. (2007). Parentification and Maternal HIV Infection: Beneficial Role or Pathological Burden? *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 108–118. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9072-7>
- Tyrer, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *The Lancet*, 368(9553), 2156–2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69865-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69865-6)
- Valleau, M. P., Bergner, R. M., & Horton, C. B. (1995). Parentification and caretaker syndrome: An empirical investigation. *Family Therapy*, 22, 157–164.
- Van Buren, B. R., & Meehan, K. B. (2015). Child Maltreatment and Vulnerable Narcissism: The Roles of Shame and Disavowed Need. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63(3), 555–561. <https://doi.org/10.1177/0003065115593058>
- Wagner, B. M., & Reiss, D. (1995). Family systems and developmental psychopathology: Courtship, marriage, or divorce? In *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods* (pp. 696–730). John Wiley & Sons.
- Wallerstein, J. S. (1985). Children of Divorce: Preliminary Report of a Ten-Year Follow-up of Older Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 545–553. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60055-8](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60055-8)

- Waters, E., Weinfield, N. S., & Hamilton, C. E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development, 71*, 703–706. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00179>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465–490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Watt, M. C., McWilliams, L. A., & Campbell, A. G. (2005). Relations Between Anxiety Sensitivity and Attachment Style Dimensions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(3), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-0635-5>
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., & Rodriguez, E. T. (2002). The Relation Between Anxiety Sensitivity and Attachment Style in Adolescence and Early Adulthood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*(3), 159–168. <https://doi.org/10.1023/A:1016058600416>
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M., & Zakalik, R. A. (2005a). «Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others»: Correction to Wei et al. (2005). *Journal of Counseling Psychology, 52*, 526–526. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.526>
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M., & Zakalik, R. A. (2005b). Adult Attachment, Depressive Symptoms, and Validation From Self Versus Others. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 368–377. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.368>
- Weiss, D. J. (1982). Improving measurement quality and efficiency with adaptive theory. *Applied Psychological Measurement, 6*, 473–492. <https://doi.org/10.1177/014662168200600408>

- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation* (pp. xxii, 236). The MIT Press.
- Weiss, R. S. (1976). The Emotional Impact of Marital Separation. *Journal of Social Issues*, 32(1), 135–145. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1976.tb02484.x>
- Weiss, R. S. (1979). Growing Up a Little Faster: The Experience of Growing Up in a Single-Parent Household. *Journal of Social Issues*, 35(4), 97–111. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00815.x>
- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood Parentification and Shame-Proneness: A Preliminary Study. *The American Journal of Family Therapy*, 28(1), 19–27. <https://doi.org/10.1080/019261800261789>
- West, M. L., & Keller, A. E. (1991). Parentification of the child: A case study of Bowlby's compulsive care-giving attachment pattern. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 425–431. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.3.425>
- Wilkinson, L., & Pierce, L. (1997). The Lived Experience of Aloneness for Older Women Currently Being Treated for Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(2), 99–111. <https://doi.org/10.3109/01612849709010327>
- Williams, K., & Francis, S. E. (2010). Parentification and Psychological Adjustment: Locus of Control as a Moderating Variable. *Contemporary Family Therapy*, 32(3), 231–237. <https://doi.org/10.1007/s10591-010-9123-5>
- Wilson, D. S. (2007). *Evolution for Everyone: How Darwin's Theory Can Change the Way We Think About Our Lives*. Random House Publishing Group.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Family and Individual Development*. Psychology Press.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103–107.
- Woodhouse, N. R., DiBiase, A. T., Johnson, N., Slipper, C., Grant, J., Alsaleh, M., Donaldson, A. N. A., & Cobourne, M. T. (2015). Supplemental vibrational force

- during orthodontic alignment: A randomized trial. *Journal of Dental Research*, 94(5), 682–689. <https://doi.org/10.1177/0022034515576195>
- Yeung, W.-J. J., & Thang, L. L. (2018). Long-Term Care for Older Adults in ASEAN Plus Three: The Roles of Family, Community, and the State in Addressing Unmet Eldercare Needs. *Journal of Aging and Health*, 30(10), 1499–1515. <https://doi.org/10.1177/0898264318796345>
- Yunus, S. Md. (2005). Childcare practices in three Asian countries. *International Journal of Early Childhood*, 37(1), 39–56. <https://doi.org/10.1007/BF03165831>
- Zeanah, C. H., & Klitzke, M. (1991). Role Reversal and the Self-effacing Solution: Observations from Infant-Parent Psychotherapy. *Psychiatry*, 54(4), 346–357. <https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024564>
- Zeanah Jr., C. H., Mammen, O. K., & Lieberman, A. F. (1993). Disorders of attachment. In *Handbook of infant mental health* (pp. 332–349). The Guilford Press.
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022a). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022b). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>