



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

Impulsività, Alessitimia, Sistemi relazionali e Burnout Genitoriale in adolescenti con problematiche psicopatologiche e le loro madri: uno studio esplorativo

Impulsivity, Alexithymia, Relational Systems and Parental Burnout in adolescents with psychopathological problems and their mothers: an exploratory study.

Relatrice:

Prof.ssa Daniela Di Riso

Correlatrice esterna:

Dott.ssa Eleonora Sgaravatti

Laureanda: Ilaria Aprea

Matricola: 2016848

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

ABSTRACT	I
INTRODUZIONE	V
PRIMA PARTE: Adolescenti con problematiche psicopatologiche: regolazione emotiva e sistemi relazionali.....	1
CAPITOLO 1 – Adolescenza e psicopatologia.....	1
1.1 L’età adolescenziale: cambiamenti, difficoltà e psicopatologia	1
1.1.1 <i>Autolesionismo: definizione e caratteristiche</i>	4
1.1.2 <i>Disturbi del comportamento alimentare: definizione e caratteristiche</i>	5
CAPITOLO 2 – Regolazione emotiva e psicopatologia in età adolescenziale	9
2.1 Dalla Regolazione alla disregolazione emotiva	9
2.1.1 <i>Alessitimia e impulsività: definizione e caratteristiche</i>	11
2.1.2 <i>Alessitimia e impulsività nei Disturbi del comportamento alimentare e nelle Condotte autolesive</i>	14
CAPITOLO 3 – Attaccamento, adolescenza e psicopatologia.....	22
3.1 L’attaccamento: definizione e caratteristiche in età adolescenziale	22
3.1.1 <i>I pattern di attaccamento: definizione, fattori di rischio e protezione</i>	24
3.2 La valutazione dell’attaccamento: L’Adult Attachment Projective Picture System – AAP, i sistemi difensivi e il suo utilizzo in campioni clinici	26
3.3 Attaccamento nei Disturbi del comportamento alimentare e nelle Condotte autolesive ...	28
3.4 Attaccamento e regolazione emotiva: legame e implicazioni per i Disturbi del comportamento alimentari e le Condotte autolesive	32
CAPITOLO 4 – Genitorialità e psicopatologia in età adolescenziale.....	37
4.1 Essere genitori di un adolescente	37
4.2 Dallo Stress al Burnout genitoriale: definizione, fattori di rischio e conseguenze.....	39
4.2.1 <i>Burnout genitoriale e psicopatologia: Autolesionismo e Disturbi del comportamento alimentare</i>	41
CAPITOLO 5 – Riflessioni conclusive.....	45
5.1 Quale legame tra attaccamento, regolazione emotiva e burnout genitoriale in adolescenti con DCA e NSSI?	45
SECONDA PARTE: Ricerca	49
CAPITOLO 6 – Introduzione alla ricerca	49
6.1 Obiettivi	49
6.2 Ipotesi.....	49
6.3 Metodologia.....	51

6.3.1 Campione	51
6.3.2 Procedura	54
6.3.3 Strumenti	56
CAPITOLO 7 – Risultati.....	64
7.1 Prima Ipotesi	64
7.2 Seconda Ipotesi	66
7.3 Terza ipotesi.....	67
7.4 Quarta ipotesi	67
7.4.1 Ragazzi.....	68
7.4.2 Madri	72
CAPITOLO 8 – Discussione.....	75
CAPITOLO 9 – Caso clinico	88
9.1 Motivo della consultazione	88
9.2 Anamnesi.....	88
9.3 Colloqui di consultazione.....	89
9.4 Approfondimento testistico	91
9.5 Inquadramento psico-diagnostico.....	96
CAPITOLO 10 – Conclusioni.....	98
BIBLIOGRAFIA	102

ABSTRACT

Obiettivi: questo studio, coinvolgendo adolescenti con Disturbo del comportamento alimentare (DCA) e Condotte Autolesive (NSSI), ha lo scopo di approfondire il ruolo della disregolazione emotiva in questi due gruppi clinici. Successivamente, si ha l'obiettivo di indagare il sistema di attaccamento di tali soggetti ricorrendo all'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) per poi considerare le possibili associazioni tra le difese integrate, con questo valutate, e i costrutti indagati sia negli adolescenti che nelle loro madri, rispetto alle quali verrà approfondito il costrutto del *burnout genitoriale*.

Metodo: sono stati coinvolti 35 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni ($M=15.43$, $DS=1.32$) con diagnosi di autolesività (con e senza intento suicidario) e disturbo del comportamento alimentare e le loro madri. Ai ragazzi sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP; George, et al., 1997; George & West, 2001), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20, Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996), mentre le madri hanno compilato il *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam et al., 2018).

Risultati: gli adolescenti con NSSI e DCA riportano elevati livelli di alessitimia e moderati livelli di impulsività; confrontando i due gruppi clinici, adolescenti con NSSI presentano livelli maggiori di impulsività rispetto ai coetanei con DCA, mentre relativamente all'alessitimia non vengono riscontrate differenze tra questi. Considerando le madri non si riscontrano livelli clinici di burnout e non si osservano differenze relativamente a questo costrutto tenendo conto dei due gruppi clinici. Relativamente all'attaccamento, nell'intero campione vi è una prevalenza di pattern insicuri; differenziando i due gruppi clinici non si riscontrano differenze significative relativamente a questo costrutto. Infine, vengono individuate delle associazioni significative tra le difese integrate dell'AAP (*Cognitive disconnection* e *Deactivation*) e i costrutti indagati sia tra gli adolescenti (impulsività e alessitimia) che tra le madri (burnout genitoriale) in entrambi i gruppi clinici.

Conclusioni: questo lavoro ha permesso di approfondire il ruolo dell'alessitimia e dell'impulsività in adolescenti psicopatologici e la relazione tra questi costrutti complessi con i sistemi relazionali valutati, in modo innovativo, con l'AAP; inoltre, ha permesso di far luce su un costrutto recente, ovvero quello del burnout genitoriale, scarsamente

indagato in relazione ai disturbi di nostro interesse. Tuttavia, sono riscontrabili alcuni limiti che potranno essere superati con nuovi studi anche sulla base dei riscontri clinici ottenibili dallo studio di tali variabili.

Objectives: *This study, involving adolescents with Eating Behaviour Disorder (DCA) and Non-suicidal self-injury (NSSI), aims to explore the role of emotional dysregulation in these two clinical groups. Subsequently, the aim is to investigate the attachment system of these subjects by using the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) and then consider the possible associations between the integrated defences, with this evaluated, and the constructs investigated in both adolescents and their mothers, with respect to which the construct of the parent burnout will be explored.*

Methods: *35 adolescents between the ages of 14 and 18 ($M= 15.43$, $DS=1.32$) diagnosed with self-harm (with and without suicidal intent) and eating disorder and their mothers were involved. Adolescents completed the following tools: Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George, et al., 1997; George & West, 2001), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996), while mothers compiled the Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam et al., 2018).*

Results: *adolescents with NSSI and DCA report high levels of alexithymia and moderate levels of impulsivity; comparing the two clinical groups, adolescents with NSSI have higher levels of impulsivity than peers with DCA, while in relation to alexithymia there are no differences between these. Considering the mothers there are no significant levels of burnout and no differences are observed in this construct considering the two clinical groups. About attachment, there is a prevalence of insecure patterns in the whole sample; differentiating the two clinical groups does not show significant differences about this construct. Finally, significant associations are identified between the integrated defences of AAP (Cognitive disconnection and Deactivation) and the constructs investigated both among adolescents (impulsivity and alexithymia) and between mothers (parental burnout) in both clinical groups.*

Conclusions: *this work has allowed to explore the role of alexithymia and impulsivity in psychopathological adolescents and the relationship between these complex constructs with relational systems evaluated, in an innovative way, with AAP; moreover, it has shed light on a recent construct, that of parental burnout, poorly investigated in relation to the*

disorders of our interest. However, there are some limitations that can be overcome with new studies also on the basis of the clinical findings obtained from the study of these variables.

INTRODUZIONE

L'adolescenza si caratterizza per una serie di cambiamenti (Moretti & Peled, 2004; Rosenblum & Lewis, 2008) che coinvolgono, in primis, il corpo. Su questi i ragazzi possono tentare di esercitare un controllo che, in alcuni casi, porta all'insorgere di problematiche psicopatologiche come i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e le Condotte autolesive (NSSI) (Favaro & Santonastaso, 2000; Maggiolini & Charmet, 2008). Tali disturbi, soprattutto in questa fase evolutiva, sembrerebbero associarsi a difficoltà nella regolazione emotiva (Adrian et al., 2010; Segal & Golan, 2016) che sfociano nel ricorso a strategie disfunzionali, come l'alessitimia e l'impulsività. Inoltre, dal momento che tali capacità regolatorie sembrerebbero nascere e consolidarsi nelle relazioni primarie, ruolo cruciale è assunto anche dal legame di attaccamento (Cassidy, 1994). Ancora, nell'ottica della bidirezionalità delle relazioni primarie non va trascurata l'eventuale compromissione del benessere genitoriale a fronte della condizione clinica del figlio (Belsky, 1984) e quindi la probabilità che i genitori possano esperire burnout, costrutto che in ambito genitoriale è ancora poco dibattuto (Bianchi, et al., 2014).

Dunque, sulla base di queste premesse, scopo principale del presente lavoro è quello di indagare in adolescenti con DCA e NSSI eventuali difficoltà sul piano della regolazione emotiva, in termini di alessitimia e impulsività, e analizzare la complessa interazione che intercorre tra questi costrutti e i sistemi relazionali della popolazione in esame. Inoltre, sono state coinvolte anche le madri di questi adolescenti con il fine di indagare la presenza di eventuali livelli di burnout genitoriale, emersi in risposta alla psicopatologia del figlio. Tale lavoro si configura come innovativo per la scelta di uno strumento narrativo-proiettivo, l'Adult Attachment Projective Picture System – AAP, volto a valutare il costrutto dell'attaccamento, andando oltre gli elementi consapevoli normalmente indagati dai self-report (principalmente utilizzati in letteratura); infatti, il ricorso a processi difensivi inconsci e la valutazione di essi ha permesso di approfondire le possibili relazioni tra le difese integrate di tale strumento (*Cognitive Disconnection* e *Deactivation*) e le variabili indagate negli adolescenti con DCA e NSSI e le loro madri. Infine, l'innovazione sta anche nel aver operato un confronto, relativamente ai vari costrutti, tra due gruppi clinici distinti per diagnosi, ovvero di DCA e NSSI (data una prevalenza di studi che opera principalmente differenze con campioni normativi) e nell'aver indagato il costrutto di burnout genitoriale in riferimento a tale popolazione.

L'elaborato si caratterizza per due parti principali.

Nella prima parte viene proposto un breve excursus sull'età adolescenziale e i principali cambiamenti che la caratterizzano per poi arrivare a definire i due disturbi di nostro interesse. Successivamente, viene approfondito il costrutto della regolazione e disregolazione emotiva in termini di impulsività e alessitimia con un focus relativamente ai DCA e alle Condotte Autolesive, per poi riportare gli aspetti centrali della teoria dell'attaccamento e dei vari pattern riscontrabili tra i ragazzi con le problematiche psicopatologiche sopra citate. Verrà fornito, poi, un approfondimento relativamente all'impiego dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) in tali popolazioni e sulle principali difese in esso riscontrabili, per poi indagare la possibile relazione tra la disregolazione emotiva e l'attaccamento dibattuta in letteratura. In conclusione, si intende esaminare il costrutto di *burnout genitoriale* e la probabilità che tale sindrome possa associarsi a tali difficoltà sul piano psicopatologico.

La seconda parte, invece, riguarda la ricerca rispetto alla quale verranno proposti obiettivi, ipotesi, metodo e caratteristiche di essa; verranno poi riportati e discussi i principali risultati.

Concludendo, nel *Capitolo 9*, verrà descritto e discusso il caso clinico di una paziente reclutata presso il Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti di Camponogara (VE) con l'obiettivo di mettere in luce l'utilità clinica del Progetto più ampio in cui tale lavoro è inserito.

PRIMA PARTE: Adolescenti con problematiche psicopatologiche: regolazione emotiva e sistemi relazionali

CAPITOLO 1 – Adolescenza e psicopatologia

In questo capitolo, a seguito di una breve descrizione dei principali cambiamenti e delle possibili difficoltà che costellano l'età adolescenziale, andremo ad inquadrare le principali caratteristiche e implicazioni assunte in questa fase evolutiva da due disturbi: i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e l'autolesività non suicidaria (NNSI).

1.1 L'età adolescenziale: cambiamenti, difficoltà e psicopatologia

Negli anni sono state molteplici le proposte per giungere ad una definizione univoca di adolescenza, ma tutt'oggi tale scopo non è stato raggiunto (Gentry & Campbell, 2002). Considerando l'età cronologica, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questa fase evolutiva coinvolge tutti quei soggetti di età compresa tra i 10 e i 19 anni; tuttavia, alcuni autori, come Herpertz-Dahlmann, Bühren, & Remschmidt (2013) propongono tre sotto-fasi principali per meglio comprenderne gli aspetti peculiari: la prima adolescenza (dagli 11 ai 14 anni), una fase intermedia (dai 15 ai 17 anni) e la tarda adolescenza (dai 18 ai 20 anni). Andando oltre il range di età, il termine adolescenza deriva dal latino “*adolescere*” e significa “crescere”, infatti ciò che caratterizza maggiormente questa fase evolutiva è il cambiamento che ha come fine ultimo il passaggio all'età adulta (Moretti & Peled, 2004; Rosenblum & Lewis, 2008).

Sul versante cognitivo, vi è il passaggio dal pensiero concreto ad esperienze del mondo più astratte e logiche, infatti, J. Piaget (1950) colloca tra gli 11 e i 15 anni l'ingresso allo “*Stadio delle operazioni formali*” e l'acquisizione di un ragionamento di tipo ipotetico-deduttivo. Considerando il piano emotivo, come riportato da Santrock, (2001), gradualmente si acquisisce la capacità di far fronte alle situazioni stressanti e di gestire le emozioni; ma non solo, i traguardi in questo campo danno inizio al processo di acquisizione di un senso di identità che si compone di due aspetti principali, il senso di sé e l'autostima. Infatti, nel rispondere alla cruciale domanda “Chi sono e dove sto andando?”, vi è il tentativo di sintetizzare e integrare in modo unico e personale tutte le identificazioni infantili per arrivare ad acquisire la propria identità; tuttavia, alcuni adolescenti vivono una vera e propria confusione di ruoli, passando da un'identificazione all'altra e faticando a rimanere fedeli a se stessi (Erikson, 1950; 1968). In riferimento ai

cambiamenti sociali si osservano nuove modalità con cui i ragazzi tendono ad entrare in relazione con i genitori e con i pari e non solo, nascono anche le prime relazioni amorose, oltre ad una serie di cambiamenti che riguardano la scuola e le opportunità a disposizione all'interno della comunità (Gentry & Campbell, 2002).

Dal momento in cui, questi cambiamenti, seppur descritti separatamente e aventi un decorso differente, avvengono simultaneamente, sono sostenuti da una serie di regioni cerebrali che subiscono, proprio in questo periodo, una riorganizzazione sul piano funzionale e strutturale (Yurgelun-Todd, 2007). Più nello specifico, attraverso il processo di "pruning" vi è una riduzione delle connessioni neurali che di contro diventano più selettive sulla base delle attività intraprese dai ragazzi e delle loro esperienze; dunque migliora anche la comunicazione tra diverse regioni cerebrali a seguito di numerosi cambiamenti rispetto all'equilibrio tra regioni prefrontali (che si sviluppano più lentamente e raggiungono la maturità solo con l'inizio dell'età adulta), deputate al controllo esecutivo, e limbiche (che risultano essere più mature e tali da prevalere, in questa fase, su quelle prefrontali), associate a stimoli emotivi e motivazionali.

A fronte di questi cambiamenti, non sempre privi di conflitti, non è facile distinguere un'adolescenza "sana" dall'insorgere della psicopatologia (Giedd, 2009).

I comportamenti adolescenziali più a rischio (quali, abuso di droghe, mancato utilizzo di contraccettivi...) sembrerebbero ascrivibili, almeno in parte, all'*egocentrismo adolescenziale* (Elkind, 1978; Alberts, Elkind, & Ginsberg 2007); dunque non sono insoliti, così come non lo sono i frequenti cambi d'umore, ma anzi possono essere indicativi della volontà di valutare sé e gli altri, di modellare la propria identità, mettere alla prova le proprie capacità decisionali, i propri limiti (...) (Ponton, 1997). Di fatto, la maggior parte degli adolescenti riesce, senza manifestare alcun tipo di difficoltà grave, a far fronte ai compiti evolutivi di questo periodo; tuttavia, tale passaggio viene definito da Hall (1904), uno dei primi teorici che si è occupato di adolescenza, come costituito da "Tempesta e Stress" e tale da portare a problematiche sul versante sia internalizzante che esternalizzante le quali, tendono a persistere o addirittura aggravarsi fino all'età adulta (Ferdinand & Verhulst, 1995; Cicchetti & Rogosch, 2002).

Concludendo, va preso in considerazione un altro fondamentale cambiamento che riguarda il corpo. Nella prima adolescenza (Herpertz-Dahlmann et al., 2013), con la pubertà, hanno inizio tutta una serie di cambiamenti fisici e ormonali interconnessi

(maturazione dei caratteri sessuali secondari e degli organi riproduttivi, cambiamenti nel sistema ormonale ed endocrino, redistribuzione e/o aumento del grasso corporeo e del tessuto muscolare...) che culminano con l'acquisizione di un corpo adulto e lo sviluppo delle capacità riproduttive (Maggiolini & Charmet, 2008). In pochi anni, quindi, con differenze in termini di range di età e genere, avvengono dei cambiamenti molteplici, rapidi e cosa più importante, di cui i soggetti coinvolti sono consapevoli (a differenza di quanto accade nell'infanzia), consapevolezza non sempre facile essendo spesso il corpo vissuto come ignoto e incontrollabile (Speltini, 2011). Sul piano psicologico, osserviamo due aspetti principali. Da un lato, le interazioni con i genitori e i pari e l'esposizione alla cultura di appartenenza e ai media influenzano la tendenza degli adolescenti ad accettare o meno il proprio corpo e la preoccupazione per come questo apparirà agli altri (Park & Epstein, 2013); aumenta, quindi, esponenzialmente il tempo dedicato alla cura dell'aspetto fisico con l'obiettivo di avvicinarsi alle norme del gruppo di cui si fa parte, ma allo stesso tempo di mantenere la propria unicità (Gentry & Campbell, 2002). Dall'altro lato, all'adolescente è richiesto di costruirsi un'immagine mentale del proprio corpo che in parte superi ed integri la precedente immagine del corpo infantile; infatti, secondo Charmet (2008) *“L'adolescente si confronta con un corpo doppio: il corpo della prima infanzia, angelico, familiare, onnipotente (...) e il corpo pubere, nuovo, sessuale, non familiare, non rappresentabile perché è il luogo di vissuti sconosciuti, ogni giorno diverso (...). L'esito favorevole dell'adolescenza dipende dalla capacità di unificare questi due corpi sotto il primato del piacere genitale e della complementarietà dei due sessi”* (p.113). Dunque, i ragazzi provano ad appropriarsi del nuovo corpo, ma possono essere diversi i conflitti da superare come l'idea di dover rinunciare a un corpo di cui si prendeva cura il genitore, un corpo mortale, che dovrà confrontarsi con un altro corpo (nelle prime relazioni, ad esempio) e talvolta tale integrazione non va a buon fine. Ne sono testimonianza gli attacchi che molti adolescenti riservano al proprio corpo come se questo non fosse stato integrato come parte di sé, ma anzi visto come persecutore, tanto da renderlo destinatario di impulsi punitivi e sede di sofferenza psichica come osserviamo nei Disturbi del comportamento alimentare e nelle Condotte Autolesive. L'obiettivo, quindi, è quello di “far parlare il corpo” a fronte di una difficoltà nell'esprimere a parole conflitti e difficoltà; è attraverso l'azione e i gesti che, quindi, questi ragazzi scelgono di esteriorizzare la tensione emotiva che provano (Maggiolini & Charmet, 2008).

Entrambi i disturbi, dunque, sembrerebbero avere lo scopo di esercitare, durante il periodo adolescenziale, un controllo su un corpo in costante e incontrollabile cambiamento per far fronte all'insoddisfazione e al desiderio di punire quest'ultimo (Favaro & Santonastaso, 2000).

1.1.1 Autolesionismo: definizione e caratteristiche

Diversi autori, nel corso degli anni, hanno tentato di circoscrivere il fenomeno dell'autolesionismo con diverse definizioni; a partire dalla prima definizione di Favazza (1996) di comportamento autolesivo (*Self-Injury behaviour-SIB*) fino alla distinzione tra autolesività suicidaria (*Suicidal self-injury*; SSI) e autolesività non-suicidaria (*Non-suicidal self-injury*; NSSI) proposta da Nock (2009) solo con la pubblicazione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) tale condotta disfunzionale è stata inserita nella III Sezione tra le condizioni cliniche che necessitano di ulteriori studi. Di fatto, alcuni studiosi prediligono tutt'ora l'etichetta più ampia di "*deliberate self harm*" facendo riferimento ad un repertorio di comportamenti che provocano danni alla propria persona, i quali presentano un livello di intensità "distruttiva" che va da un grado minimo/assente (come nell'abuso di sostanze) a un grado massimo (nel caso del suicidio). Questa scelta dipenderebbe dal fatto che, essendo il comportamento autolesivo spesso transitorio e ascrivibile all'età adolescenziale e in comorbidità con il disturbo borderline di personalità, utilizzando questa etichetta diagnostica da un lato si rischierebbe di stigmatizzare i giovani e dall'altro di considerare come separati due disturbi che di fatto si presentano frequentemente insieme (Moran et al., 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Kapur, Cooper, O' Conno, & Hawton, 2013; Gatta, Sisti, Valentini, Sudati, & Ferruzza, 2020).

Secondo i criteri del DSM-5, possiamo definire l' autolesionismo non-suicidario (NSSI) come un comportamento volto a danneggiare intenzionalmente la propria superficie corporea o come il tentativo di provocare sanguinamento, lividi o dolore (ad esempio, tagliandosi, bruciandosi, colpendosi...), senza però alcun intento suicidario, appunto. Tali condotte possono essere episodiche o ricorrenti ed è proprio la frequenza di esse ad indicare la gravità del disturbo (Nock & Prinstein, 2004).

Cipriano, Cella e Cotrufo (2017) indicano, a seguito di una revisione della letteratura, che tale disturbo emerge solitamente tra i 12 e i 14 anni ed ha un tasso di prevalenza che

oscilla, tra gli adolescenti, dal 7.5% al 46.5% (dal 45% all'81% considerando i pazienti psichiatrici); tale variabilità potrebbe essere dovuta sia all'assenza di, come anticipato, una definizione univoca di tale condotta, ma anche al fatto che da un lato i clinici faticano ad identificare tale comportamento perché spesso tenuto segreto dai ragazzi e dall'altro al fatto che molti non lo considerano al pari di un problema di salute mentale (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013; Gatta et al., 2020).

Questo disturbo, inoltre, si presenta spesso in comorbidità con disturbi internalizzanti, esternalizzanti, con comportamenti suicidari e disturbi di personalità, oltre che con i DCA (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Lofthouse, Muehlenkamp, & Adler, 2009; Cipriano et al., 2017).

Le motivazioni che spingerebbero gli adolescenti a mettere in atto questi comportamenti sono molteplici. I tagli hanno la funzione di ricercare nuove sensazioni, si associano a influenza o esclusione sociale e fungono da mezzo per poter controllare e ridurre sentimenti negativi come la tristezza e l'inutilità percepiti come opprimenti (Gatta et al., 2020); questo confermerebbe la presenza di una difficoltà nella regolazione delle emozioni in questi ragazzi e un utilizzo di tali condotte come strategie di coping per far fronte ad essi (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa, & Sim, 2011). Per concludere, tra i fattori di rischio che possono indurre ad assumere tali condotte possiamo distinguere fattori di natura ambientale (esperienze infantili avverse, quali abusi, attaccamento insicuro...) e individuale (come una vulnerabilità dal punto di vista emotivo) (Gratz, 2003); infine non è da escludere il rischio, per l'insorgenza e il mantenimento di questo disturbo, rappresentato dallo sviluppo di un'identità non stabile; l'agito autolesivo, infatti, potrebbe essere utile al ragazzo per costruirsi una sorta di pseudo-identità reclamando la propria unicità (Breen, Lewis, & Sutherland, 2013).

1.1.2 Disturbi del comportamento alimentare: definizione e caratteristiche

Nella sezione dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) vengono descritti tre disturbi che si caratterizzano per una disfunzionalità nel comportamento alimentare (DCA): l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating; in generale, la prevalenza di questi disturbi tra le ragazze oscilla dal 0.3% al 2.3%, mentre tra lo 0.3% e l' 1.3% nei ragazzi (Davidson et al., 2022).

Prendendo in considerazione i criteri del DSM-5, l'anoressia nervosa si caratterizza per un ridotto apporto calorico tale da rendere il peso significativamente basso per sesso, età e traiettoria di sviluppo. Tale comportamento disfunzionale può basarsi su due meccanismi: di tipo restrittivo (*Anorexia Nervosa Restrictive Type-AN-R*), in cui la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso il digiuno e/o la dieta; e un meccanismo basato su abbuffate e condotte di eliminazione (*Anorexia Nervosa Binge/Purge-AN-BP*) ad esempio, ricorrendo al vomito autoindotto, all'uso inappropriato di lassativi, eccessiva attività fisica (...).

La bulimia nervosa (BN), invece, si caratterizza per la presenza ricorrente di abbuffate in cui vi è la percezione di perdere il controllo sulla quantità di cibo assunto, alle quali seguono condotte compensatorie, ricorrenti e inappropriate, per prevenire l'aumento di peso (ad esempio, vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva).

Dunque, entrambi i precedenti disturbi si caratterizzano per una distorsione della propria immagine corporea, per il timore di ingrassare e per pensieri costanti sul proprio corpo (Cimino & Cerniglia, 2017).

Il disturbo da binge eating, infine, è stato inserito per la prima volta nel DSM-5 in sostituzione all'etichetta diagnostica dei "disturbi alimentari non altrimenti specificati"; questo si caratterizza per episodi di abbuffate (in cui vi è la tendenza ad assumere ingenti quantità di cibo senza alcun tipo di controllo) ai quali, però, non seguono comportamenti di tipo compensatorio. Rispetto all'obesità, a cui viene spesso erroneamente associato, si caratterizza per livelli di distress soggettivo che seguono il comportamento alimentare molto più elevati (Agüera et al., 2021)

In una revisione di Keski-Rahkonen e Mustelin (2016), viene evidenziato come tali disturbi siano presenti, soprattutto in età adolescenziale, in comorbidità ad altre condizioni mediche e psichiatriche sia di carattere internalizzante che esternalizzante. Non solo, anche le condotte autolesive e i tentativi di suicidio sembrerebbero essere associati ai DCA; di fatto, alcuni autori definiscono l'anoressia nervosa con condotte eliminative (e non quella restrittiva) e la bulimia nervosa come forme di autolesionismo per il carattere impulsivo del comportamento messo in atto (Favaro & Santonastaso, 2000). L'insorgenza di questi disturbi e gli elementi che li caratterizzano (come alterazioni nella personalità, nel funzionamento corporeo, difficoltà nel riconoscere e

fronteggiare le emozioni...), sembrerebbero ascrivibili a fattori di rischio di natura biologica, psicologica, sociale e ambientale (Fassino, Daga, Pierò, & Delsedime, 2007). Ad esempio, individuiamo tra questi: eventi perinatali stressanti, relazioni familiari inadeguate, la presenza di una psicopatologia e nello specifico di un DCA del genitore, eventi di vita traumatici come divorzio dei genitori, lutti, abusi, cure genitoriali inadeguate (...) (Briggs-Gowan et al., 2010; Davidson et al., 2022).

Concludendo, tra gli antecedenti di questi disturbi possiamo osservare l'insoddisfazione per la propria immagine corporea, la scarsa autostima, il perfezionismo, i commenti dei pari e i canoni estetici trasmessi dai mass media (Slade, 1982; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

In ultima istanza, dal momento in cui sia le Condotte autolesive che i Disturbi del comportamento alimentare sembrerebbero, in alcuni casi, un tentativo per far fronte ad emozioni negative che questi ragazzi fanno fatica a regolare e controllare (Adrian et al., 2011; Segal & Golan, 2016) approfondiremo di seguito il costrutto della regolazione e della disregolazione emotiva in associazione a queste due condotte disfunzionali.

CAPITOLO 2 – Regolazione emotiva e psicopatologia in età adolescenziale

Nel presente capitolo andremo a descrivere, in primo luogo, il costrutto della regolazione emotiva e gli aspetti che possono indurre ad una disregolazione sul piano affettivo andando, successivamente, ad approfondire due costrutti che sembrerebbero essere emblema di quest'ultima, ovvero l'alessitimia e l'impulsività. Scopo principale è quello di cogliere la funzione e l'impatto che questi costrutti assumono in età adolescenziale rispettivamente alle condotte autolesive e i disturbi del comportamento alimentare.

2.1 Dalla Regolazione alla disregolazione emotiva

Date le innumerevoli definizioni di regolazione emotiva, questa può essere intesa come un costrutto dialettico che fa riferimento a due punti di vista diversi: le emozioni, da un lato andrebbero a regolare pensieri e comportamenti e dall'altro, attraverso il processo regolatore, andrebbero a regolare loro stesse (Campos, Campos, & Barrett, 1989; Frijda, 1986; Gross & Thompson, 2007). Thompson (1994) suggerisce una definizione ampiamente accettata e in grado di delimitare al meglio il costrutto; la regolazione emotiva fa riferimento a “ *un insieme di processi estrinseci ed intrinseci responsabili di monitorare, valutare e modificare le reazioni emotive, soprattutto i loro aspetti temporali e intensivi, per poter raggiungere i propri obiettivi*”. Dunque, considera l'universalità di alcuni elementi del comportamento emotivo, ma tiene anche conto delle pratiche culturali e del contesto (che nelle prime fasi di vita vede come protagonisti i caregiver) in cui tale regolazione avviene. Per di più, con questa definizione egli fa intendere che tale processo permetta anche di incrementare e mantenere le emozioni e non solo di sopprimerle e/o inibirle.

Dunque, si tratta di un costrutto multidimensionale che coinvolge diversi livelli di analisi (attentivo, cognitivo, sociale, neurofisiologico e comportamentale) (Zeman, Cassano, Perry-Parrish, & Stegall, 2006) ed una serie di abilità come: essere consapevoli, comprendere ed accettare le proprie emozioni, controllare i comportamenti impulsivi e comportarsi in modo tale da rispettare i propri obiettivi quando si provano emozioni negative e utilizzare in modo consono strategie di regolazione flessibili in modo tale da adattarle alle richieste dell'ambiente e ai propri obiettivi (Gratz & Roemer, 2004). Sul piano evolutivo, nonostante fin dalla nascita i neonati dispongano di strategie di autoregolazione (come succhiarsi il pollice o distogliere lo sguardo), l'acquisizione di tale

capacità è mediata dal caregiver che rispondendo in modo sincrono e contingente ai segnali del bambino, lo aiuterà a modulare le proprie emozioni e a sviluppare modalità interne di autoregolazione (De Haan & Gunnar, 2009). Appare evidente che per favorire tale acquisizione è fondamentale la disponibilità emotiva e fisica del caregiver a fronte di uno stato di distress manifestato dal bambino; quindi, come approfondiremo anche successivamente, è cruciale nell'apprendimento di specifici stili di regolazione emozionale il consolidarsi della relazione di attaccamento con il caregiver (Cassidy, 1994).

Focalizzandoci sull'età adolescenziale, come precedentemente descritto, questa è costellata da diversi cambiamenti (Sanrock, 2001; Gentry & Campbell, 2002; Yurgelun-Todd, 2007; Maggiolini & Charmet, 2008); relativamente alla regolazione emotiva, secondo Zeman et al. (2006) vi è un miglioramento di tale competenza e un incremento nella capacità di differenziare le modalità con cui è possibile regolare le emozioni in base alle proprie motivazioni, al tipo di emozione e ai fattori socio-culturali. Tuttavia, altri autori hanno riscontrato che la capacità di autocontrollarsi dipenda dalla possibilità di poter ricevere un rinforzo positivo (come un premio o una reazione supportiva da parte del contesto) a seguito dell'assunzione di un comportamento emozionale controllato, adeguato o dell'espressione di una determinata emozione a discapito di altre (Fuchs & Thelen, 1988; Geier, Terwilliger, Teslovich, Velanova, & Luna 2009; Teslovich et al., 2014). In aggiunta, come evidenziato, gli adolescenti spesso ricercano sensazioni nuove e forti, assumono comportamenti rischiosi, sperimentano cambi d'umore (...) e tutti questi aspetti risulterebbero essere riconducibili anche alla temporanea dissociazione, in termini temporali, tra la maturazione delle regioni prefrontali e quelle del sistema limbico (Ponton, 1997; Giedd, 2009) che comporterebbe competenze non ancora del tutto mature nella regolazione emotiva, e questo appare evidente soprattutto se i ragazzi si trovano in uno stato di eccitazione, stanchezza o agitazione (Siegel, 2015). Similmente a quanto evidenziato per le fasi evolutive precedenti, anche in età adolescenziale la funzione dei caregiver come base sicura per favorire e consolidare le capacità di regolazione emotiva è fondamentale; in assenza di questa condizione, infatti, la disregolazione emozionale, anche se in parte caratterizza questa fase di transizione, può persistere e portare ad esiti negativi che perdurano anche nelle fasi successive della vita (Carzedda, Cavalieri, Gragnani, Prunetti, & Romano, 2016).

In tal senso, risulta opportuno proporre una definizione di Disregolazione Emotiva; Linehan (1993) sostiene che un deficit nella regolazione emotiva è riconducibile a 3 aspetti: a un'eccessiva sensibilità agli stimoli emotivi, a un'intensa e immediata risposta emotiva (che può portare, di conseguenza, a mettere in atto comportamenti disfunzionali e/o autolesivi con l'obiettivo di trarne sollievo, anche se transitorio) e una difficoltà nel tornare a una condizione emotiva di base. Successivamente, Gratz e Roemer (2004) approfondendo il costrutto, individuano le seguenti dimensioni: assenza di consapevolezza e chiarezza relativamente alle risposte emotive, difficoltà nel mettere in atto comportamenti orientati ai propri obiettivi e a controllare gli impulsi quando si provano emozioni negative, incapacità nell'accettare le risposte emotive, e accesso limitato a strategie di regolazione emotiva percepite come efficaci. Dunque, è come se ci fosse un'incompatibilità, nel momento in cui si esprime una risposta sul versante emotivo, tra i propri obiettivi, la modalità di espressione delle emozioni e le domande da parte del contesto socio-culturale in cui si è inseriti (Zeman et al., 2006).

Per cui, non sorprende, che tale condizione vada a rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo, il mantenimento e l'aggravamento di alcune forme psicopatologiche in età infantile e adolescenziale (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Bradley, 2003; Carzedda et al., 2016); come per alcuni disturbi del neurosviluppo, tra cui l'ADHD (Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014) e il disturbo dello spettro autistico (Prizant, Wetherby, Rubin, & Laurent, 2006), per i disturbi internalizzanti ed esternalizzanti (Mullin & Hinshaw, 2007; Yap, Allen & Sheeber 2007), per il disturbo bipolare (Dickstein & Leibenluft, 2006) e, come già citato, per i DCA e le condotte autolesive (Adrian et al., 2011; Segal & Golan, 2016) come approfondiremo nei prossimi paragrafi.

2.1.1 Alessitimia e impulsività: definizione e caratteristiche

Facciamo riferimento, ora, a due costrutti che possono essere ricondotti a strategie regolatorie disfunzionali alla cui base è possibile individuare una difficoltà nella regolazione delle emozioni, ovvero l'alessitimia e l'impulsività.

Il termine "*Alessitimia*", dal greco "assenza di parole per le emozioni", è stato introdotto da Sifneos nel 1973 e si riferisce ad un costrutto dimensionale, plastico, distribuito normalmente nella popolazione generale e non ad una patologia definita e conclamata (Taylor, Bagby & Parker, 1999; Tambelli, Volpi, & Di Trani, 2017). I soggetti definiti "alessitimici" presentano: difficoltà nell'identificare e comunicare i propri sentimenti, nel

distinguere un sentimento dall'altro e da sensazioni somatiche non emozionali, uno stile cognitivo legato allo stimolo ed orientato all'esterno, assenza di introspezione e attenzione al mondo interno proprio/altrui e processi immaginativi coartati (Taylor, 1999). Dunque, vi è una compromissione in abilità considerate cruciali per regolare i propri affetti (Gross, 1999), specificatamente nella fase attentiva e di valutazione della regolazione emotiva (tanto che Taylor (1994) parla di un "deficit nell'elaborazione cognitiva degli affetti"), che si riflette in schemi di natura emotiva non pienamente sviluppati e tali da portare ad un evitamento degli affetti (Lane, & Schwartz, 1987; Panayiotou et al., 2015).

In letteratura, è ancora aperto il dibattito rispetto a se costituisca un tratto di personalità stabile (Wise, Mann, & Shay, 1992; Jørgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007) o se emerga in risposta a determinate condizioni traumatiche o di malattia, tanto da parlare di alessitimia "*secondaria*" (Haviland, Hendryx, Shaw, & Henry, 1994; Messina, Beadle, & Paradiso, 2014). Si riscontra tra il 10 e il 15% degli adolescenti, a dimostrazione del fatto che in una fase in cui sta gradualmente aumentando la consapevolezza relativa agli stati emotivi è normale osservare delle difficoltà in quest'ambito (Karukivi & Saarijärvi, 2014); al contrario, Pavio e McCulloch (2004) sostengono che tale difficoltà emerga in ragazzi a cui, da bambini, è stato insegnato a non comunicare le emozioni perché considerato come inappropriato, pericoloso o inutile, a fronte quindi di un contesto familiare invalidante e abusivo, anche se non tutti gli individui alessitimici hanno alle spalle una storia o un contesto maltrattante come appena descritto (Karukivi & Saarijärvi, 2014). In generale, però, l'ambiente di cura primario rappresenta un fattore che influenza lo sviluppo e successivamente l'utilizzo di un linguaggio di tipo "emotivo"; infatti, l'abilità di trasformare le emozioni in parole si basa anche sul processo di mentalizzazione che si consolida proprio nelle relazioni di cura primarie. Una scarsa mentalizzazione, di fatto, porta ad una ridotta funzione riflessiva del sé e questo è un aspetto che si lega all'alessitimia stessa.

È in questa cornice che quindi è il corpo, come nelle fasi più precoci dello sviluppo, a diventare luogo di espressione del proprio disagio e distress (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), ovvero un mezzo per fronteggiare il dolore psicologico esperito e non verbalizzato (Raffagnato, Angelico, Valentini, Miscioscia, & Gatta, 2020).

Concludendo, l'alessitimia si associa a scarsa intelligenza emotiva, reti amicali ridotte e di scarsa qualità (Austin, Saklofske, & Egan, 2005) e in casi più gravi a comportamenti disfunzionali fino a considerare patologie vere e proprie sia di natura fisica che mentale, a dimostrazione del fatto che un buon livello di competenza emotiva è necessario per garantire un'adeguata salute mentale (Adshead, 2010; Tambelli et al., 2017).

Con il termine "*Impulsività*" ci riferiamo ad un costrutto multidimensionale che si caratterizza per la tendenza a mettere in atto dei comportamenti rapidamente e senza prendere in considerazione, in alcun modo, le eventuali conseguenze di questi; quindi, non preceduti da alcun tipo di previsione o riflessione, ma avventati e non pianificati (Barratt, 1993; Dawe & Loxton, 2004). Tra le varie dimensioni che costituiscono questo costrutto, le emozioni assumono un ruolo centrale, tanto che Gratz e Roemer (2004) propongono, tra i fattori che sono alla base della disregolazione emotiva, la difficoltà ad inibire un comportamento impulsivo a fronte di emozioni negative. Per poter valutare l'impulsività questa può essere intesa secondo due prospettive che la considerano, da un lato come un tratto di personalità e dall'altro come una modalità attraverso cui si mette in atto un comportamento. Infatti, il modello UPPS-P teorizzato da Whiteside e Lynam (2001) (successivamente ampliato da Cyders et al., 2007), analizza cinque fattori di personalità associati al comportamento impulsivo: *positive urgency* (azioni impulsive a fronte di emozioni positive), *negative urgency* (comportamento impulsivo in risposta ad affetti negativi), *sensation seeking* (ricerca di esperienze stimolanti o rischiose), *lack of perseverance* (tendenza ad abbandonare attività difficili o noiose) e *lack of premeditation* (propensione a non considerare le conseguenze delle azioni messe in atto). Tra questi fattori, quelli strettamente legati alla componente emotiva sono l'urgenza positiva e negativa e la ricerca di esperienze stimolanti e rischiose (Torres et al., 2013).

Assumendo una prospettiva comportamentale, è il controllo inibitorio a rappresentare una delle principali componenti dell'impulsività; questo si riferisce alla capacità di interrompere, posticipare o sopprimere un'azione o un pensiero attivato e viene valutata con compiti di tipo go/no-go o stop signal. È diffusa l'idea che alla base di questa componente vi siano meccanismi e regioni cerebrali non direttamente relati alle emozioni, ma in realtà si è visto che inserendo stimoli di natura emotiva nei compiti sopra citati è possibile studiare la modalità attraverso cui le emozioni possono influenzare la capacità

di inibire i propri comportamenti o pensieri (Bartholdy, Dalton, O'Daly, Campbell, & Schmidt, 2016; Mallorquí-Bagué et al., 2020).

Tuttavia, la tendenza ad agire in modo impulsivo non è considerata funzionale, ma anzi controproducente; l'impulsività, infatti, si associa a diversi comportamenti devianti come l'abuso di sostanze o l'aggressività e non solo, può rappresentare anche un sintomo in diverse forme psicopatologiche come per l'ADHD, il Disturbo borderline di personalità e il Disturbo della condotta (American Psychiatric Association, 2000; Houston, Stanford, Villemarette Pittman, Conklin, & Helfritz, 2004).

Adesso, a partire dai Disturbi del comportamento alimentare e dalle Condotte Autolesive andremo ad indagare la relazione che intercorre tra queste due forme psicopatologiche e la tendenza a regolare in modo disfunzionale i propri affetti ricorrendo a strategie come l'impulsività e l'alessitimia.

2.1.2 Alessitimia e impulsività nei Disturbi del comportamento alimentare e nelle Condotte autolesive

Come precedentemente anticipato, i DCA e le Condotte autolesive, rappresentano dei comportamenti disfunzionali che fungono da strategia per poter far fronte ai propri affetti negativi, in assenza di adeguate abilità nel campo della regolazione emotiva (Adrian et al., 2011; Wupperman, Fickling, Klemanski, Berking, & Whitman, 2013; Segal & Golan, 2016).

Focalizzando, in prima istanza, l'attenzione sulle Condotte Autolesive, si evidenzia come la scelta di mettere in atto questi comportamenti disfunzionali sarebbe guidata, principalmente, dalla possibilità di poter arrivare a regolare i propri affetti. Infatti, secondo quanto riportato dal DSM-5, sono 3 le funzioni che assolve l'Autolesività non suicidaria (NSSI): risoluzione di problemi interpersonali, riduzione di emozioni negative e comparsa di emozioni positive (Klonsky, 2007). Tuttavia, questa strategia per far fronte alle emozioni appare disfunzionale e frutto di tecniche di autoregolazione adattive non interiorizzate in precedenti epoche evolutive (Linehan, 1993).

Rispetto all'alessitimia sono diversi gli studi che confermano l'associazione tra questo costrutto e le Condotte Autolesive. Cerutti, Calabrese, & Valastro (2014), Raffagnato et al. (2020) e più recentemente Miscioscia, Angelico, Raffagnato, & Gatta (2022) riscontrano l'esistenza di una relazione significativa tra Alessitimia e NSSI in un

campione di pazienti adolescenti con NSSI inseriti in una comunità terapeutica, risultato confermato anche da Lüdtke, In-Albon, Michel & Schmid (2016) che riportano la presenza di difficoltà in un gruppo clinico di adolescenti con NSSI nell'identificare e descrivere le proprie emozioni. Non solo, questi autori osservano come l'alessitimia funga da fattore in grado di predire le condotte autolesive, funzione riportata anche da Norman & Borrill (2015) soprattutto se presenti altre condizioni avverse di tipo individuale (come, ad esempio, la depressione) e/o ambientale (ad esempio abuso infantile o bullismo), oltre a confermare l'associazione tra gli aspetti sopra citati.

Specificatamente, diversi autori (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp 2009; Norman & Borrill 2015; Gatta, Dal Santo, Rago, Spoto, & Battistella, 2016; Norman, Oskis, Marzano, & Coulson 2020; Greene, Boyes, & Hasking 2020), appurata la relazione tra alessitimia e autolesionismo, osservano che i punteggi più alti di alessitimia si riscontrano in due delle tre sottoscale della Toronto Alexithymia Scale – TAS-20 (Bagby, Parker, & Taylor, 1994), ovvero nella Difficoltà ad identificare i sentimenti (*“Difficulty Identifying Feelings”*, DIF), quindi nell'distinguere le emozioni dalle sensazioni corporee a fronte di un'attivazione affettiva, e nella Difficoltà a comunicare i sentimenti (*“Difficulty Describing Feelings”*, DDF), cioè nel comunicare agli altri le proprie emozioni; al contrario non vi è una differenza in termini di punteggio tra campione clinico e di controllo per quanto riguarda il Pensiero orientato all'esterno (*“Externally-Oriented Thinking”*, EOT), quindi non vi è la tendenza a focalizzarsi sugli eventi esterni piuttosto che su quelli interni. Questo risultato potrebbe essere spiegato considerando che, tendenzialmente, chi focalizza il pensiero su eventi esterni preferirebbe, come riportato in letteratura, assumere comportamenti indirizzati al proprio corpo e volti a regolare i propri affetti di tipo indiretto (come, ad esempio, l'abuso di alcool); al contrario, chi si focalizza su aspetti interni tenderebbe a regolarsi agendo in modo diretto sul proprio corpo, come nel caso dell'autolesionismo (Greene et al., 2020).

Inoltre, Gatta et al., (2016), considerando la frequenza con cui gli adolescenti ricorrevano a condotte autolesive (abituale vs occasionale), hanno individuato una relazione significativa tra punteggi più elevati di alessitimia, soprattutto nella sottoscala DDF, e la tendenza a mettere in atto comportamenti autolesivi in modo abituale, come confermato anche da Iskríc, Ceniti, Bergmans, McInerney, & Rizvi (2020).

Questi risultati, dunque, confermerebbero l'esistenza di un modello della regolazione emotiva per l'autolesionismo secondo cui questa condotta rappresenterebbe un mezzo per gestire emozioni non desiderate, non comprese, opprimenti o per provare qualche emozione a fronte di una condizione in cui ci si sente insensibili, dunque per arrivare a provare una sorta di sollievo (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Klonsky, 2007; Tolmunen et al., 2008; Cerutti et al., 2014; Greene et al., 2020).

Considerando l'impulsività, in letteratura viene riscontrata l'esistenza di un'associazione tra questo costrutto e le condotte autolesive.

Alcuni autori riportano livelli più elevati di impulsività in adolescenti che mettono in atto condotte autolesive rispetto ai controlli sani; ad esempio, Preyde et al., 2012 individuano in un campione clinico di adolescenti livelli più alti di disregolazione sul piano impulsivo e attentivo se confrontati con controlli sani. Questa evidenza viene confermata anche considerando che l'atto autolesivo non sembrerebbe essere preceduto da processi decisionali e di pianificazione a lungo termine, al contrario apparrebbe immediato (Nock & Prinstein, 2005), soprattutto tra coloro che non incorrono in questa condotta per la prima volta. Di fatto, si individuano non solo punteggi più elevati di impulsività rispetto ai controlli sani, ma operando una distinzione all'interno dei campioni clinici, si riscontrano livelli ancora più significativi di impulsività tra coloro che ricorrono abitualmente a tale condotta a differenza dei ragazzi che, invece, hanno alle spalle un unico episodio di NSSI, fatta eccezione per l'*Impulsività motoria* valutata con la BIS-11 (Patton, Stanford, & Barratt., 1995; Stanford et al., 2009) che sembrerebbe rappresentare un fattore condiviso da tutti coloro che praticano autolesionismo (Evans, Platts & Liebenau, 1996; Gatta et al., 2016). Al contrario, nel loro studio Alasaarela, Hakko, Riala, e Riiipinen (2017) non individuano alcuna associazione tra queste due variabili, tuttavia va precisato che in questo caso l'impulsività è stata indagata attraverso un'unica domanda recuperata dall'intervista K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997) relativa a se si è stati soliti intrattenere comportamenti senza prima riflettere su di essi e se ciò ha comportato dei rischi, dunque non vi è una valutazione approfondita di tale costrutto in relazione al campione clinico di nostro interesse.

Tuttavia, emergono risultati discordanti in base alla modalità adoperata per valutare l'impulsività e le sue diverse dimensioni. L'associazione tra impulsività e NSSI nei campioni clinici è, infatti, confermata se vengono utilizzati strumenti self-report; al

contrario ricorrendo a misure comportamentali (come lo stop signal task) non emergono differenze nelle prestazioni tra ragazzi che mettono in atto condotte autolesive e controlli sani. Questo risultato potrebbe essere spiegato arrivando alla conclusione che tra questi ragazzi il controllo inibitorio è integro o che difficoltà nella componente comportamentale dell'impulsività emergono solo se esposti ad emozioni negative (Janis & Nock, 2009; Glenn & Klonsky, 2010).

Rispetto a quanto emerso, quindi, se consideriamo l'utilizzo di misure self-report, come nel presente lavoro, può essere confermata l'idea secondo cui coloro che mettono in atto condotte autolesive siano incapaci di resistere all'urgenza, all'impulso, di farsi del male e che, sulla base di questo, le condotte autolesive possano essere considerate come un disturbo relativo al controllo degli impulsi (Pattison & Kahan, 1983).

La disregolazione emotiva, come anticipato, è una caratteristica centrale anche per i DCA (Segal & Golan, 2016); infatti, i comportamenti restrittivi, le abbuffate e le condotte eliminative fungono da strategie di coping, che si rivelano poi inefficaci, volte ad incidere, controllare e modificare stati affettivi percepiti come dolorosi (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Prendendo in esame l'alessitimia, in letteratura sono diversi gli studi che confermano la presenza di tratti alessitimici più elevati tra gli adolescenti che presentano un disturbo del comportamento alimentare se confrontati con controlli sani (Zonnevijlle-Bendek, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, 2002; Eizaguirre, de Cabezón, de Alda, Olariaga, & Juaniz, 2004; Montebanocci et al., 2006; Fassino et al., 2007; Ballarotto et al., 2017). Alcuni studi, inoltre, approfondiscono come i livelli di alessitimia variano tra soggetti con bulimia nervosa, anoressia nervosa di tipo restrittivo (AN-R) e anoressia nervosa con abbuffate e condotte eliminative (AN-BP); si riscontrano, però, dei risultati discordanti. In generale, in riferimento all'anoressia e bulimia nervosa, Montebanocci et al. (2006) individuano tra i ragazzi con anoressia nervosa punteggi più elevati nella sottoscala del Pensiero orientato all'esterno ("*Externally-Oriented Thinking*", EOT) della TAS-20 (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) e dell'Incapacità di provare sentimenti del BVAQ (Vorst & Bermond, 2001); questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che i soggetti anoressici presentano un'incapacità molto più conclamata e profonda nel provare ad essere in contatto con il proprio mondo emotivo, arrivando a definirsi come soggetti "distaccati". Nello specifico, considerando anche i due

meccanismi sottostanti l'anoressia nervosa (AN-R vs AN-BP), Segal e Golan (2016) individuano livelli più elevati di alessitimia tra coloro che presentano bulimia nervosa e AN-BP rispetto al gruppo di pazienti con AN-R; al contrario di Fassino et al. (2007), confrontando i tre gruppi clinici, individuano tratti alessitimici più significativi tra i ragazzi che presentano anoressia nervosa di tipo restrittivo.

Infine, anche se possiamo considerare l'alessitimia come un importante fattore di rischio per l'emergere dei DCA (Shank et al., 2019) e un fattore prognostico negativo (Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007), è ancora aperto in letteratura il dibattito rispetto a se l'alessitimia, tra gli adolescenti con DCA, rappresenti un tratto che li caratterizza o un sintomo secondario a fronte di forti affetti negativi esperiti in termini, soprattutto, di depressione e ansia (Eizaguirre et al., 2004; Montebanocci et al., 2006; Segal & Golan, 2016).

Considerando l'impulsività, alcuni autori collocano i DCA lungo un continuum dove possono essere riscontrati tratti ossessivo-compulsivi o impulsivi di diversa entità (McElroy, Phillips, & Keck, 1994); in particolare, questo costrutto risulterebbe essere fondamentale per distinguere i diversi sottotipi di DCA (Brockmeyer et al., 2014).

In generale, rispetto ai controlli si osservano livelli più elevati di impulsività tra coloro che presentano un disturbo del comportamento alimentare (Segal & Golan, 2016; Mallorquí-Bagué et al., 2020); tuttavia, tale associazione non si individua se l'impulsività viene misurata sul piano comportamentale e non con degli strumenti self-report, ad esempio con lo stop-signal task o compiti relativi alle funzioni esecutive. La spiegazione potrebbe riguardare il fatto che la performance in questi compiti risulterebbe essere influenzata dalla tendenza al perfezionismo e l'attenzione ai dettagli (caratteristiche tipiche di sviluppo un DCA) elicitate dall'accuratezza e dalla precisione che questi compiti stessi richiedono, aspetti che porterebbero, quindi, a non agire in modo impulsivo (Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri, & Vertommen, 2006; Malagoli, Cerro, Vecchiato, & Usai, 2020). Non solo, Wu, Hartmann, Skunde, Herzog, & Friederich (2013) sono giunti alla conclusione che la performance potrebbe dipendere anche dal tipo di stimoli presentati durante il compito; ad esempio, in pazienti con bulimia si sono riscontrati dei deficit quando la prestazione veniva valutata presentando stimoli rilevanti per il disturbo (ad esempio, cibo o body-shape).

Dunque, se da un lato si riscontrano, in letteratura, risultati discordanti rispetto all'associazione tra impulsività e DCA in base agli strumenti presi in esame per valutare tale costrutto, c'è una certa concordanza rispetto a come l'entità di questo costrutto vari tra i diversi sotto-tipi di DCA.

Partendo dal considerare le due macro-categorie dell'anoressia e bulimia nervosa, vengono individuati livelli più bassi di impulsività tra i pazienti con anoressia nervosa (Boisseau, Thompson-Brenner, Eddy, & Satir, 2009; Mallorquí-Bagué et al., 2020); prendendo, invece, in esame i due sotto-tipi dell'anoressia nervosa (AN-R e AN-BP), si osserva come nell'AN-R vi sono punteggi più bassi di impulsività se confrontata con l'AN-BP che, per le sue caratteristiche e i livelli di impulsività, si avvicina maggiormente alla bulimia nervosa (Claes, Vandereycken, & Vertommen 2005; Segal & Golan, 2016). Per cui, le difficoltà nel controllare gli impulsi sembrerebbero essere legate alle condotte eliminative e alle abbuffate, ipotesi confermata anche sul piano neurale in alcuni studi condotti su adolescenti con DCA in cui in presenza di bulimia nervosa e AN-BP si osservava una maggiore attivazione della corteccia prefrontale dorsolaterale destra rispetto al gruppo di soggetti con AN-R suggerendo la presenza di un'attivazione inefficace o compensativa e indicativa di un forte stress esperito nel cercare di inibire la risposta comportamentale (Lock, Garrett, Beenhakker, & Reiss, 2011). Non solo, anche considerando il Disturbo da Binge Eating, le abbuffate che lo caratterizzano sembrerebbero conseguenti alla messa in atto di un impulso che genera una sensazione di benessere ingannevole a seguito della diminuzione dell'ansia esperita; di fatto, gli affetti negativi emergerebbero solo a seguito di tale azione, appunto, impulsiva, che in questo caso, a differenza di quanto si osserva nella bulimia nervosa, non spingerebbero a mettere in atto condotte eliminative (Leombruni & Fassino, 2009).

Infine, una spiegazione al fatto che nell'anoressia nervosa si individuino comunque un livello più alto di impulsività rispetto ai controlli come detto sopra, ma non tale da essere al pari di quello individuato negli altri sottotipi di DCA, può essere individuata considerando che in questo disturbo l'impulsività sul piano comportamentale sia presente in concomitanza con l'autocontrollo che caratterizza questi soggetti (Butler & Montgomery, 2005). Infatti, ritornando al continuum sopra citato (McElroy et al., 1994), l'anoressia sembrerebbe ricadere più sul versante del controllo caratterizzandosi per cautela, coscienziosità e rigidità al contrario dei soggetti bulimici che risultano essere

instabili sul piano affettivo e impulsivi, ricadendo verso l'estremo, appunto, più impulsivo (Vitousek & Manke, 1994).

Per concludere, dal momento in cui la capacità di regolare i propri affetti passa attraverso il legame con il caregiver (Cassidy, 1994) andremo ora ad approfondire le caratteristiche e l'importanza del legame di attaccamento e come questo si esplica in età adolescenziale e nell'ambito della psicopatologia.

CAPITOLO 3 – Attaccamento, adolescenza e psicopatologia

Di seguito andremo ad esaminare il costrutto dell'attaccamento, le caratteristiche dei diversi pattern e i cambiamenti che intercorrono in tale sistema con l'ingresso nell'età adolescenziale, oltre che a fornire un breve approfondimento rispetto alla valutazione di tale costrutto attraverso l'AAP con particolare focus sui risultati esistenti in letteratura in merito al suo utilizzo in campioni di ragazzi con DCA e condotte autolesive. Rispetto a tali disturbi, inoltre, investigheremo la letteratura esistente sulle rappresentazioni dei pattern di attaccamento e il legame con la regolazione emotiva in età adolescenziale.

3.1 L'attaccamento: definizione e caratteristiche in età adolescenziale

L'attaccamento rappresenta un legame emotivo, profondo e costante che si stabilisce, fin dalle primissime fasi di vita, tra il bambino e il suo caregiver (Santrock & Rollo 2017a). J. Bowlby (1969) sostiene che ogni essere umano è predisposto dal punto di vista biologico a stabilire un legame di attaccamento per rispondere al bisogno di intrattenere degli scambi sociali; si tratta di un'organizzazione interna al soggetto di comportamenti innati attivati da fattori interni o esterni che hanno lo scopo di conseguire e mantenere la vicinanza con il caregiver aumentando, in questo modo, le probabilità di sopravvivenza. La specificità di questo legame sta nel fatto che consente al bambino di utilizzare il genitore come un porto sicuro da cui partire per esplorare l'ambiente o in cui rifugiarsi a fronte di situazioni vissute come stressanti (Waters & Cummings, 2000).

Di fondamentale importanza, per la costruzione di questo legame, risultano essere diversi fattori interrelati come le caratteristiche temperamentali del bambino e del genitore, il contesto socio-culturale ed economico in cui tale legame si colloca e lo stile di cura assunto verso il bambino. In particolare, se quest'ultimo è responsivo, sensibile e basato sulla capacità di rispondere in modo tempestivo e sintonizzato ai bisogni del bambino, sembra contribuire nel definire la qualità del legame di attaccamento (Santrock & Rollo 2017a). Eppure non parliamo di relazioni perfette, coordinate in modo continuativo, ma al contrario possono verificarsi delle "rotture" date da stati emotivi negativi non coordinati; ciò che però rende ottimale una relazione è la capacità della diade, all'interno di questo processo regolatorio reciproco, di "riparare" e quindi di rispondere con degli stati affetti positivi (Tronick & Cohn, 1989). Come indicato da Stern (2004), è proprio sulla base di questi aspetti che si vanno a definire delle rappresentazioni mentali di Sé e

dell'Altro che Bowlby (1969) definirà con il termine di “Modelli Operativi Interni” (MOI); questi costituiscono delle rappresentazioni, interiorizzate, cognitive e affettive relative al caregiver, alla relazione precocemente instaurata con questo e a sé come degno di ricevere cure. Si legano ad aspetti di continuità, dal momento in cui fungono da prototipo per le relazioni future e per la trasmissione intergenerazionale dei pattern familiari, ma allo stesso tempo anche di discontinuità, assumendo un carattere dinamico, a seguito delle nuove relazioni affettive che si instaurano nel corso della vita (Santrock & Rollo, 2017a).

A fronte delle nuove acquisizioni in diversi ambiti, con l'ingresso nell'età adolescenziale si assiste ad una riorganizzazione dei MOI (Simonelli, Calvo, & Vizziello, 1999); nello specifico, vi è la costruzione di uno “stato della mente” relativo all'attaccamento, ovvero la modalità con la quale ciascun ragazzo, confrontando le proprie relazioni con quelle dei pari e con quelle idealmente costruite, rappresenta e racconta le proprie relazioni di attaccamento (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Aspetto interessante è che si è chiamati a confrontarsi con un vero e proprio dilemma rispetto al legame d'attaccamento dal momento in cui i ragazzi sono spinti dalla volontà di esplorare ed assumere nuovi ruoli lontani da quelli familiari e sviluppare nuovi legami d'attaccamento con i pari e i primi partner, mentre, però, sentono di dover mantenere il legame con i genitori (Moretti & Holland, 2003). Quindi, se da un lato con i pari si instaurano relazioni sulle quali vengono traslate alcune funzioni proprie delle relazioni di attaccamento (Allen, 2010), la funzione del caregiver resta la medesima tanto che ciò che si modifica è la modalità attraverso cui il ragazzo la vive (ad esempio, si osserva un aumento dell'esplorazione e una riduzione dei comportamenti di attaccamento espliciti). Dunque, il passaggio a questa fase evolutiva non è sancito dall'allontanamento dai genitori, ma al contrario la sintonia e sensibilità di questi resta fondamentale anche per favorire il bisogno di autonomia tipico di questa età (Lamborn & Steinberg, 1993; Ryan, Deci, & Grolnick, 1995; Allen et al., 2003; Allen, 2010). In più, l'importanza di tale legame in questa fase di vita è dimostrata dal fatto che è coinvolto in molti aspetti cruciali, come nello sviluppo dell'identità, dell'autostima, delle competenze cognitive, sociali ed emotive e nell'adattamento di queste ai diversi contesti di vita. Infatti, tenendo conto della qualità di questo legame, un attaccamento sicuro si associa ad alti livelli di soddisfazione, competenza sociale e autostima (Rice, 1990; Allen et al., 2003). Tuttavia, va evidenziato che mantenere questo legame non è

semplice soprattutto in nome dei numerosi conflitti che aumentano tra genitori e ragazzi; questi sono normali e non indicativi di una relazione poco sana, ma va prestata attenzione al modo con cui vengono negoziati e gestiti. È importante che l'adolescente si senta, anche di fronte ad un conflitto, ascoltato e compreso, perché solo in questo modo riuscirà ad esplorare oltre i confini della propria famiglia e aspetterà il momento più adeguato per acquisire la propria indipendenza da questa, senza forzare tale passaggio; tutti elementi, questi appena citati, che caratterizzano un adolescente con attaccamento sicuro (Moretti & Peled, 2004).

3.1.1 I pattern di attaccamento: definizione, fattori di rischio e protezione

Quando i sentimenti di sicurezza e protezione del bambino vengono messi alla prova il sistema di attaccamento si attiva e la modalità attraverso cui il caregiver risponde a questa attivazione, in termini qualitativi, permette di classificare 4 diversi pattern di attaccamento (Ainsworth, 1979; Main & Solomon, 1986) che possono essere informativi rispetto alle competenze che il bambino sta acquisendo nel campo della regolazione emotiva (Waters et al., 2010) e base per alcune caratteristiche e modalità relazionali che si protraggono anche in età adolescenziale (Santrock & Rollo, 2017b).

1) Attaccamento sicuro: vi è un equilibrio tra il comportamento di attaccamento e quello esplorativo dal momento in cui il bambino, sulla base delle pregresse risposte sintoniche del caregiver, matura una fiducia nel fatto che questo sarà disponibile in situazioni di distress. Sul piano della regolazione emotiva, vi è libertà nell' esprimere un ampio repertorio di affetti positivi e negativi; non solo, interiorizzando, gradualmente, il senso di sicurezza che nelle prime fasi viene garantito dalla vicinanza fisica, tale regolazione diviene via via più autonoma e adattiva al contesto (Ainsworth, 1979; Waters et al., 2010; Speranza, 2017). In età adolescenziale, è cruciale per far fronte ai diversi compiti evolutivi tipici di questa fase, si associa alla capacità di instaurare, mantenere e giovare delle relazioni strette con i pari, creando relazioni di qualità e relativamente al legame con i genitori permangono le caratteristiche descritte per l'infanzia, oltre al fatto che sperimentano meno conflitti rispetto a coloro che presentano un attaccamento insicuro (Ducharme, Doyle, & Markiewicz, 2002; Gander, Sevecke, & Buchheim, 2015; Santrock & Rollo, 2017b; Speranza, 2017). Oltre a ciò, riduce la probabilità che i ragazzi mettano in atto condotte a rischio come l'abuso di alcool o di droghe e che si manifestino

problematiche psicopatologiche come ansia, depressione, delinquenza, disturbi della condotta (Raja, McGee, & Stanton, 1992; Cooper, Shaver, & Collins, 1998).

2) Attaccamento evitante: prevale il sistema di esplorazione a discapito della vicinanza e del contatto con il caregiver data una scarsa fiducia in un'appropriata risposta da parte di questo; vi è contemporaneamente l'obiettivo, da un lato, di ridurre al minimo l'espressione di affetti dolorosi e dall'altro di mantenere il più possibile la vicinanza senza incorrere in un rifiuto (Main, 1981). Dal punto di vista della regolazione emotiva, si attua una strategia di evitamento che porta ad un distanziamento e/o ad un'inibizione delle emozioni e la tendenza ad autoconsolarsi in maniera eccessiva con lo scopo di ridurre al minimo l'indisponibilità del caregiver (Cassidy & Kobak, 1988). Gli adolescenti con un pattern di attaccamento di questo tipo (definito come "distanziante/evitante") tendono a sminuire il legame di attaccamento tanto da osservare, tra genitori e ragazzi, un reciproco allontanamento e una ridotta influenza dei primi sui secondi (Santrock & Rollo, 2017a); provano spesso sentimenti di sfiducia e isolamento e si osservano ridotte competenze nel problem solving (Speranza, 2017).

3) Attaccamento ambivalente/resistente: a fronte di un adulto responsivo in maniera inconsistente, l'esplorazione è inibita per poter monitorare il caregiver, e si osserva un'eccessiva dipendenza e intimità verso questo che si alterna a forte ambivalenza e ostilità. Sul fronte emotivo, vi è la tendenza ad esagerare le espressioni emozionali, soprattutto negative, con il fine ultimo di ottenere più facilmente una risposta dal genitore. In aggiunta, questo porta a scarse strategie di autoregolazione e compromette la possibilità di avviarsi verso una separazione psicologica dalle figure di attaccamento e di conseguenza, verso il raggiungimento dell'autonomia e della fiducia in se stessi (Thompson, 2015). Tra genitori, che continuano ad essere incostanti nella disponibilità verso i figli, e adolescenti con un attaccamento in questa fase definito "preoccupato/ambivalente", il conflitto può arrivare ad esser così forte da non garantire uno sviluppo sano (Santrock & Rollo, 2017b).

Rispetto a questi ultimi due pattern descritti, dalla letteratura si evince che ragazzi con attaccamento "preoccupato" riportano più alti livelli di sintomi internalizzanti e comportamenti suicidari, mentre coloro che sviluppano un attaccamento "distanziante" manifestano sintomi sul versante esternalizzante. In entrambi i casi vi è, inoltre, il rischio

che possano crearsi le basi per un disturbo di personalità (Adam, Keller, & West, 1995; Rosenstein, & Horowitz, 1996; Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998).

4) Attaccamento disorganizzato: in questo caso, a fronte di esperienze di maltrattamento e traumatiche o del comportamento spaventato/spaventante del caregiver (per cui il bambino ricerca sicurezza dalla stessa persona che provoca distress e paura), manca una strategia relazionale coerente il che porta il bambino a comportarsi in modo atipico, contraddittorio e a provare paura e preoccupazione verso il caregiver stesso. Sul versante emotivo si assiste ad una vera e propria disregolazione prolungata, in assenza di una regolazione reciproca all'interno della relazione, con risvolti negativi sul piano interpersonale ed intrapsichico. Nel corso della crescita, viene compromesso lo sviluppo di un senso del sé integrato e coerente, permane nell'adolescente la paura e il disorientamento e aumenta il rischio di sviluppare gravi psicopatologie come il disturbo di personalità borderline e disturbi dissociativi (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; Santrock & Rollo, 2017b).

3.2 La valutazione dell'attaccamento: L'Adult Attachment Projective Picture System – AAP, i sistemi difensivi e il suo utilizzo in campioni clinici

Negli anni sono stati introdotti numerosi strumenti per la valutazione dell'attaccamento; se per l'infanzia la procedura utilizzata per antonomasia è la Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), basata sull'osservazione del comportamento del bambino, in adolescenza si vanno ad indagare le rappresentazioni mentali, espresse attraverso il linguaggio, relative al legame di attaccamento che si sono gradualmente consolidate (Jewell et al., 2019).

L'Adult Attachment Projective Picture System – AAP (George, West, & Pettem, 1997; George & West, 2001), sembra consentire il raggiungimento di questo obiettivo; è uno strumento narrativo-proiettivo che, come approfondito di seguito¹, a partire dall'analisi di una storia raccontata sulla base di 8 immagini tematiche (realizzate tenendo a mente i principali aspetti della teoria dell'attaccamento) consente di giungere alla classificazione del pattern di attaccamento di adolescenti e adulti. Questo supera i limiti propri degli strumenti self-report che sembrerebbero avere una ridotta validità di costrutto (dato che permettono di accedere esclusivamente ad elementi consapevoli relativi

¹ Vedi Cap. V, par. 5.5.3

all'attaccamento), andando ad indagare i processi difensivi inconsci attivati durante la narrazione delle proprie esperienze d'attaccamento (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010; George & West, 2012).

In questo paragrafo ci focalizzeremo, in particolare, sulla descrizione dei processi difensivi che possono essere colti attraverso questo strumento. Partiremo dalla descrizione di due difese che non conducono ad una totale disregolazione e in cui, quindi, la rappresentazione mentale dell'attaccamento resta organizzata, ovvero la *deactivation* e la *cognitive disconnection*. La *deactivation* si riscontra quando l'individuo cerca di disattivare, svalutare e allontanare aspetti elicitati dalle immagini stimolo, in modo da impedire una totale attivazione del sistema di attaccamento, che appare disattivato, appunto. I bisogni di attaccamento vengono rifiutati data l'assenza di qualcuno pronto a rispondervi, il mondo relazionale viene descritto come freddo, neutro, distaccato e non vi è una descrizione di sé e/o degli altri come meritevoli di cure. Si prendono, dunque, le distanze dalla relazione che viene descritta in termini strumentali, motivo per cui questa difesa è tipicamente utilizzata da coloro che verranno classificati come "distanzianti" le cui narrazioni si focalizzano sull'esplorazione, sul raggiungimento degli obiettivi e in cui i personaggi vengono descritti, spesso, come autoritari. Nel caso della *Cognitive Disconnection*, invece, l'attivazione dei processi affettivi associati all'attaccamento è riconosciuta, è consapevole, ma si fatica a risalire all'origine di questa; dunque, vi è una forte confusione che si riflette nella narrazione della storia, indicativa dell'iperattivazione affettiva che sta vivendo l'individuo tanto da oscurare le relazioni. C'è la tendenza a focalizzarsi sulle emozioni, le storie sono ricche di indecisioni e incertezza, emergono elementi di ambivalenza e preoccupazione e per questa ragione risulta essere una difesa ampiamente utilizzata da coloro che verranno classificati come "preoccupati" le cui relazioni infantili sono state caratterizzate, appunto, da contraddizione e inconsistenza. Vi è, quindi, l'esigenza di scollegare l'attivazione affettiva da ciò che l'ha generata, frammentando l'esperienza di attaccamento. L'ultimo processo difensivo si riferisce ai *Segregated System* i quali, data l'attivazione del sistema di attaccamento, evitano che aspetti affettivi minacciosi diventino consapevoli, dato che in caso contrario si assisterebbe ad una vera e propria disorganizzazione deleteria per il funzionamento adattivo dell'individuo. La loro presenza si rileva a fronte di narrazioni costellate da immagini di impotenza, paura, abbandono, catastrofe, perdita di controllo (...), elementi

che caratterizzano le relazioni primarie di coloro che, a fronte di esperienze traumatiche e/o di maltrattamento e abuso non elaborate, vengono classificati come “disorganizzati” (George, et al., 1997; George & West, 2012).

Considerando i disturbi del comportamento alimentare, sembrerebbero essere solo quattro gli studi che coinvolgono l'utilizzo dell'AAP nella valutazione dell'attaccamento in adolescenti con questa forma di psicopatologia, di cui uno rappresenta un caso-studio (Lis, Mazzeschi, Di Riso, & Salcuni, 2011; Sevecke, 2013; Gander, Sevecke, & Buchheim, 2018; Lenhart et al., 2022). Infatti, le potenzialità di questo strumento sono state evidenziate da altri autori che però hanno coinvolto adulti o giovani adulti con DCA, come Delvecchio, Di Riso, Salcuni, Lis & George (2014) che in un campione di donne adulte con anoressia, classificate come “U” (attaccamento irrisolto), hanno dimostrato una difficoltà nel ricorrere all'utilizzo di strategie più “regolate” come la *deactivation* e la *cognitive disconnection*, con una prevalenza, invece, dell'uso di *segregated system*.

Dunque, a fronte dei pochi studi disponibili, potrebbe essere interessante ampliare i risultati già presenti in letteratura impiegando questo strumento in un campione di adolescenti con DCA per poter meglio comprendere anche le problematiche evolutive associate a questi disturbi.

Ancor di più questo approfondimento sembrerebbe essere necessario considerando adolescenti che mettono in pratica condotte autolesive, dal momento che solo uno studio (Pallini et al., 2020), di cui nel paragrafo successivo descriveremo i risultati, indaga il costrutto dell'attaccamento con questo strumento, anche con l'obiettivo di superare uno dei limiti da esso presentato, ovvero chiarire i meccanismi che sottendono la relazione tra NSSI e il ruolo che in questi pensieri e condotte disfunzionali ha la regolazione emotiva.

3.3 Attaccamento nei Disturbi del comportamento alimentare e nelle Condotte autolesive

Come anticipato, mentre l'attaccamento sicuro funge da fattore protettivo per l'emergere di diverse forme psicopatologiche, l'attaccamento insicuro può rappresentare un importante fattore di rischio (Raja, McGee, & Stanton, 1992; Adam, Keller, & West, 1995; Rosenstein, & Horowitz, 1996; Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Cooper, Shaver, & Collins, 1998; Sutton, 2019). Dunque in questo paragrafo, sulla base della letteratura presente, andremo ad indagare la relazione che può intercorrere tra l'attaccamento e due disturbi in particolare, ovvero i DCA e le Condotte Autolesive.

Partendo dalle Condotte Autolesive, Adam (1994) definisce l'autolesionismo come un "comportamento estremo di attaccamento" agito per rendere l'altro consapevole del distress che si sta sperimentando e del bisogno di ricevere delle cure in presenza di una figura di attaccamento percepita come scarsamente responsiva e accessibile.

Dunque, sulla base di questa premessa, non sorprende che dalla letteratura si evince l'esistenza di una relazione, in campioni clinici, tra l'attaccamento insicuro e la tendenza a mettere in atto comportamenti autolesivi in età adolescenziale (Adam, Sheldon-Keller, & West, 1996; Farber, 2008; Glazebrook, Townsend, & Sayal, 2015; Martin et al., 2017; Santangelo et al., 2017; Pallini et al., 2020). In particolare, Adam et al., (1996), approfondendo questo legame e prendendo in esame i diversi pattern di attaccamento, riscontrano tra i ragazzi autolesionisti, a differenza dei controlli sani, un pattern di attaccamento insicuro di tipo preoccupato e/o irrisolto-disorganizzato, risultato confermato in letteratura anche da altri autori (Farber, 2008; Preyde et al., 2014; Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020); pattern che aumenterebbero anche il rischio, tra soggetti con NSSI, di incorrere in tentativi di suicidio veri e propri (Lessard & Moretti, 1998). Specificatamente, Martin et al., (2017), servendosi dell'AAI (Adult Attachment Interview; George, Kaplan & Main, 1984) come strumento per investigare lo stato della mente relativo all'attaccamento, scoprono una correlazione tra NSSI e attaccamento sia preoccupato che irrisolto, ma non con il pattern distanziante; utilizzando il medesimo strumento Adam et al., (1996) riscontrano tra i soggetti NSSI con attaccamento irrisolto numerosi lapsus nel monitoraggio del racconto indice di una disorganizzazione sul piano cognitivo importante per la quale a fronte di ricordi che rievocano eventi traumatici, processi come l'attenzione, la memoria di lavoro e la coscienza soccombono. Dunque, proprio tale disorganizzazione cognitiva sembrerebbe mediare la relazione tra esperienze traumatiche non risolte e comportamenti autolesivi e suicidari. In più, Farber (2008) sostiene che sono proprio le condotte autolesive, e il tentativo di fare del male a sé stessi, in presenza di un attaccamento disorganizzato, a consentire il mantenimento del legame con un genitore che ha provocato dolore e sofferenza; è come se durante l'atto il ragazzo riproponesse, dentro di sé, la dinamica vissuta nella relazione con il genitore attraverso un momento di forte dissociazione in cui da un lato vi è il sé abusato e dall'altro colui che abusa che è frutto dell'identificazione con l'aggressore, ovvero il caregiver stesso. Infatti, sia l'attaccamento preoccupato che disorganizzato si caratterizzano per alti livelli di

dissociazione dalla propria coscienza che si riscontrano anche in coloro che praticano NSSI, a ulteriore dimostrazione del fatto che quindi tale disorganizzazione possa fungere da mediatore nella relazione tra queste due variabili (Adshead, 2010). Questi risultati non stupiscono dal momento in cui diversi studi riportano l'inserimento di adolescenti con NSSI in contesti familiari inadeguati e costellati da conflitti, negligenza, abusi (...) (Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci, & Madeddu, 2012), condizioni che possono rappresentare terreno fertile per la costruzione e il mantenimento di un pattern di attaccamento disorganizzato (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). La relazione, invece, con i pattern di attaccamento preoccupato potrebbe essere compresa focalizzando l'attenzione sul fatto che coloro che dispongono di uno stato della mente preoccupato tendono a fossilizzarsi su tutta una serie di esperienze pregresse, non riuscendo ad elaborarle ed integrarle, motivo per cui proprio questa attitudine a ruminare potrebbe spingere i ragazzi a coinvolgersi in atti autolesivi (Martin et al., 2017). In aggiunta, per i ragazzi con stili relazionali preoccupati, essendo in uno stato di attivazione continua e disponendo di scarse strategie regolatorie, l'autolesionismo potrebbe essere uno strumento per ridimensionare gli affetti negativi quando ci si sente sopraffatti da essi (Martin et al., 2017). Quest'ultimo aspetto ci porterà ad approfondire, nel prossimo paragrafo, il rapporto che intercorre, in ragazzi autolesionisti, tra regolazione emotiva e attaccamento. Passando ai disturbi del comportamento alimentare, l'attaccamento gioca un ruolo cruciale nell'andare a definire il rapporto con il proprio corpo; precisamente, attraverso l'holding, l'handling e il rispecchiamento, a partire dalle primissime fasi di vita, il bambino costruisce un sé corporeo desiderabile e amabile e porrà le basi per far sì che venga percepito come tale anche in epoche future. Anche nell'ambito dell'alimentazione, gradualmente, vi è il passaggio ad un'autonomia che porta a fidarsi del proprio sistema di regolazione interno al fine di rispondere alla fame e alla sazietà; per procedere, però è necessario un attaccamento adeguato alla madre e al corpo di essa. Dunque, questa premessa ci permette di confermare che l'attaccamento sicuro è associato all'apprezzamento per il proprio corpo e funge da fattore di protezione per i DCA tanto da rappresentare l'elemento discriminante per cui, a fronte della medesima esposizione a media e canoni estetici, solo alcune ragazze si imbattono in questo disturbo (Daly, 2015; Laporta-Herrero et al., 2020). Al contrario, Gander et al., (2015) e Salcuni, Parolin e Colli (2017) in una revisione della letteratura, documentano l'esistenza di un'associazione tra

attaccamento insicuro e DCA; risultato confermato anche da altri autori (Orzolek-Kronner, 2002; Cortés-García, McLaren, Vanwoerden, & Sharp, 2021) e da Abbate-Daga, Gramaglia, Amianto, Marzola, e Fassino (2010) che individuano una correlazione diretta tra attaccamento insicuro e insoddisfazione corporea, elemento che sembrerebbe predire e favorire il mantenimento dei DCA. Specificatamente, emerge che rispetto ai controlli, pazienti con DCA sembrerebbero essere inseriti in famiglie scarsamente coese e poco propense a favorire il processo di separazione-individuazione che porta l'adolescente verso una maggiore esplorazione oltre i confini familiari (Latzer, Hochdorf, Bachar & Canetti, 2002), risultato in contrasto con quanto riportato da Orzolek-Kronner (2002) nel suo studio, dove adolescenti con DCA consideravano le madri come facilitatrici della loro indipendenza, anche se, in realtà, questa visione potrebbe essere frutto dell'idealizzazione del genitore per difendersi da quanto vi è in lui di negativo.

Considerando, più nello specifico, i diversi pattern di attaccamento, non vi sono risultati univoci; infatti, sono state individuate delle correlazioni sia con il pattern insicuro-evitante che insicuro-preoccupato (Ramacciotti et al., 2001; Latzer et al., 2002; Tereno, Soares, Martins, Celani, & Sampaio, 2008). Non solo, altri studi riscontrano tra gli adolescenti con DCA, utilizzando anche strumenti narrativi per la valutazione dell'attaccamento, principalmente pattern irrisolti-disorganizzati (Gander et al., 2015; Gander et al., 2018) che sembrerebbero esser presenti anche nelle loro madri, a conferma di una trasmissione intergenerazionale dei pattern di attaccamento stessi (Gander et al., 2015; Iyengar, Kim, Martinez, Fonagy, & Strathearn, 2014); risultato, che non trova riscontro nel lavoro di Calvo & Battistella (2013), i quali però confermano la presenza di un attaccamento insicuro, in particolare di tipo evitante, tra adolescenti con Anoressia.

Inoltre, pazienti con questi disturbi, in particolare, sembrerebbero ricorrere all'utilizzo di due strategie, una di *deattivazione* e l'altra di *iperattivazione*. La *Deattivazione* fa sì che l'attenzione venga spostata dalla condizione di distress elicitata dall'attivazione del sistema di attaccamento, a fronte di caregiver vissuti come rifiutanti o trascuranti, imparando dunque ad evitare la vicinanza altrui; l'*Iperattivazione*, invece, porta a focalizzare eccessivamente l'attenzione sulle informazioni legate all'attaccamento in risposta a genitori percepiti come responsivi, ma non in modo coerente e prevedibile, vivendo un continuo stato di preoccupazione (Dias, Soares, Klein, Cunha, & Roisman, 2011). Tuttavia, lo studio appena citato coinvolge una popolazione adulta con DCA,

motivo per cui sarebbe interessante indagare se l'utilizzo di tali strategie, riconducibili alla *Deactivation* e alla *Cognitive Disconnection* dell'AAP (Adult Attachment Projective Picture System; George et al., 1997; George & West, 2001), siano utilizzate anche da adolescenti con il medesimo disturbo.

Di fatto, solo quattro studi impiegano lo strumento appena citato in un campione clinico di adolescenti con DCA, uno che costituisce un caso-studio (Lis et al., 2011), la ricerca di Lenhart et al. (2022) che valuta l'attaccamento con l'obiettivo di individuare cambiamenti nella materia grigia in pazienti con anoressia nervosa, la pubblicazione di Sevecke (2013) che riscontra nel 65% delle adolescenti ricoverate per anoressia nervosa un pattern di attaccamento irrisolto e lo studio condotto da Gander et al. (2018) che conferma tale risultato riscontrando, inoltre, tra i passaggi nei trascritti dell'AAP di adolescenti con anoressia, numerosi contenuti irrisolti riferiti ad un'assenza e ad un crollo dei confini tra la vita e la morte. Questo, in realtà, sarebbe indicativo del fatto che questi ragazzi rifiutano la loro vita perché scarsamente controllabile e dunque, i sintomi potrebbero essere letti in termini di un atto suicida latente che dà loro una sorta di controllo più che dalla volontà di avvicinarsi alla morte (Latzer & Hochdorf, 2005).

Il motivo per cui si intercettano alte percentuali di pattern disorganizzati possono essere molteplici, come la severità del disturbo, l'esser stati esposti ad eventi di vita stressanti di natura contestuale e interpersonale, l'attraversare momenti evolutivi importanti, come quello dell'acquisizione dell'autonomia, in assenza però di una figura stabile (...) (Gander et al., 2018). Concludendo, questi risultati dimostrano la presenza di una base sicura "compromessa" tra gli adolescenti con DCA, motivo per cui i sintomi possono essere intesi come comportamenti volti a ricercare la vicinanza perduta o mai avuta del caregiver e dunque, a riparare la relazione; ovvero, il rifiuto del cibo, le abbuffate e le condotte eliminative spingono il genitore a preoccuparsi e a seguire maggiormente il figlio per evitare che incorra nuovamente in questi comportamenti, tanto che i ragazzi stessi riportano una maggiore vicinanza e preoccupazione dei genitori una volta scoperto il disturbo (Orzolek-Kronner, 2002).

3.4 Attaccamento e regolazione emotiva: legame e implicazioni per i Disturbi del comportamento alimentari e le Condotte autolesive

La capacità di regolare i propri affetti, come anticipato, nasce e si sviluppa all'interno della relazione d'attaccamento che si consolida durante l'infanzia, motivo per cui

adeguate competenze regolatorie sembrano formarsi anche a fronte di un contesto caratterizzato da un attaccamento sicuro. Attraverso la risposta tempestiva e affettiva del caregiver a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, quindi, il bambino impara a regolare i propri affetti con successo (Cassidy, 1994); al contrario, se il genitore non è disponibile, rifiuta o non riesce a rispondere a tale bisogno di prossimità, il bambino svilupperà strategie alternative per far fronte al distress che continueranno, nella maggior parte dei casi, ad essere usate anche in età successive (Bowlby, 1988; Cassidy & Kobak, 1988). Come descritto precedentemente, infatti, se da un lato gli adolescenti sviluppano nuove strategie per far fronte alle emozioni (come quella di rivolgersi ai pari o utilizzare strategie cognitive interne) con lo scopo ultimo di raggiungere un'autonomia anche sul piano emotivo a fronte dei cambiamenti nella relazione di attaccamento con i caregiver (Hill & Holmbeck, 1986), quest'ultimi fungeranno ancora da base sicura per i loro figli, tanto che in assenza di tale condizione è più probabile che i ragazzi vadano incontro ad una disregolazione emotiva, la quale potrebbe aumentare il rischio che si presentino i disturbi descritti in questo lavoro (Carzedda et al., 2016).

Rispetto alle Condotte Autolesive, Pallini et al., (2020) sostengono che l'attacco al corpo sia l'emblema di una disregolazione emotiva che caratterizza adolescenti con un attaccamento insicuro di tipo irrisolto-disorganizzato; nel loro studio, in particolare, utilizzando l'AAP (George et al., 1997; George & West, 2001) osservano che adolescenti NSSI presentano rappresentazioni irrisolte in termini di attaccamento e in particolare scarsi indici di *Internalized secure base* (ISB), una forma di agency considerata tra le strategie di regolazione emotiva "sicure" (George & West, 2012), che potrebbero indicare una compromissione nella funzione riflessiva che, a sua volta, potrebbe appunto spiegare la disregolazione emotiva e l'attacco al corpo di questi ragazzi. Similmente, Martin et al., (2017) confermano che l'autolesionismo rappresenta una strategia dannosa a fronte di una disregolazione emotiva dato uno stato della mente preoccupato e/o disorganizzato. In più, sulla base dei diversi studi che hanno confermato la presenza di Alessitimia in adolescenti con NSSI (ad esempio, Cerutti et al., 2014 & Raffagnato et al., 2020), alcuni autori sono giunti alla conclusione che il motivo per cui ci si arrivi a tagliare ripetutamente con lo scopo di regolare le proprie emozioni (data un'incapacità nell'identificarle e comunicarle) sia ascrivibile alla presenza di un pattern di attaccamento insicuro e quindi ad un contesto relazionale che, scarsamente capace di mentalizzare, non ha concesso, gradualmente, al

bambino di acquisire un lessico emotivo, appunto assente in chi è allesitimico (Adshead, 2010).

Infine, come ulteriore dimostrazione del fatto che attaccamento insicuro e regolazione emotiva siano interconnessi ed entrambi osservabili in ragazzi con NSSI, si è riscontrato come, a seguito di un follow-up di sei mesi, ragazzi con NSSI che disponevano di un attaccamento sicuro con i loro caregiver avevano incrementato le loro capacità di problem solving per far fronte alle situazioni di distress rispetto a coloro che avevano un attaccamento insicuro; questo perché, genitori responsivi e attenti, resi consapevoli delle condotte autolesive si sono adoperati per creare un ambiente “sicuro”, incoraggiano il ragazzo a trovare strategie regolatore più adattive (Glazebrook et al., 2015).

Per quel che concerne i disturbi del comportamento alimentare, una revisione della letteratura conferma che nella relazione tra attaccamento insicuro e DCA, la disregolazione emotiva assume un ruolo da mediatore; ovvero, da un lato i sintomi che caratterizzano tali disturbi potrebbero rappresentare un’incapacità nell’identificare le emozioni e di far fronte al disagio e dall’altro tali strategie potrebbero essere determinate dal pattern di attaccamento (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019). Specificatamente, l’attaccamento preoccupato, riconducibile ad un’iper-attivazione dal punto di vista emotivo, potrebbe essere associato ai comportamenti di abbuffata e alle condotte eliminative; rispetto a questo è interessante che Tasca et al., (2009) considera come mediatore della relazione tra attaccamento preoccupato e sintomi relativi ai DCA l’iper-attivazione delle emozioni; al contrario, l’attaccamento evitante, principalmente volto a ridurre al minimo gli affetti, potrebbe legarsi ai comportamenti restrittivi (Gander et al., 2015). In aggiunta, Keating, Tasca, e Hill, (2013) sostengono come sia l’alessitimia a mediare la relazione tra attaccamento insicuro e insoddisfazione corporea in soggetti con DCA.

Ancora, Cortés-García et al., 2020, in un campione di adolescenti con anoressia e bulimia, osservano oltre ad un pattern di attaccamento insicuro, la tendenza di questi ragazzi ad iper-mentalizzare (propensione ad eccedere nell’attribuire stati mentali ad altri creando, spesso, dei malintesi) a supporto del modello di Bateman e Fonagy (2008) secondo cui disfunzionalità nelle relazioni precoci di attaccamento compromettono la trasmissione e acquisizione di adeguate capacità sul piano della mentalizzazione il che aumenta a sua volta la probabilità di osservare diverse forme psicopatologiche, come i DCA, disturbi

che si caratterizzano, infatti, per la propensione a fallire nel comprendere e interpretare le emozioni e gli stati mentali altrui. Dunque, si crea un circolo vizioso per cui a fronte di un attaccamento insicuro, avendo una tendenza ad iper-mentalizzare, si creano delle relazioni interpersonali fallimentari (che sarebbero fondamentali in età adolescenziale) le quali provocano affetti negativi che il ragazzo tenta di regolare attraverso i sintomi propri dell'anoressia e della bulimia, non avendo a disposizione delle strategie più adattive. Dunque, in ragazzi con anoressia che faticano ad esprimere emozioni, interessi e bisogni in maniera adeguata, il controllo sul comportamento alimentare e il risentimento provato verso il cibo hanno lo scopo di ottenere un senso di controllo sulla propria vita cercando, in questo modo, di sostituire la propria base sicura, tentativo che però si rivelerà esser fasullo (Latzer & Hochdorf, 2005).

Infine, George e West (2012) suggeriscono che i due processi difensivi indagati con l'AAP, ovvero la *Deactivation* e la *Cognitive Disconnection*, possono essere intesi come meccanismi volti a regolare le proprie emozioni a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento. Dunque, difese "normative" che permettono di spostare l'attenzione da o frammentare ricordi, eventi ed affetti associati all'esperienze di attaccamento; a queste difese, normalmente, ricorrono coloro che hanno un attaccamento insicuro, ma che resta organizzato (i.e. attaccamento preoccupato o distanziante), non escludendo la possibilità che siano utilizzate anche da coloro che presentano un pattern di attaccamento sicuro (George & Solomon, 2008). Dal momento in cui adolescenti con NSSI e DCA hanno difficoltà a regolare le loro emozioni (Adrian et al., 2011; Wupperman, et al., 2013; Segal & Golan, 2016) e presentano pattern di attaccamento insicuro (Gander et al., 2015; Pallini et al., 2020), potrebbe essere interessante comprendere se utilizzano le strategie sopra citate, a fronte di un attaccamento insicuro, come mezzo per potersi autoregolare.

CAPITOLO 4 – Genitorialità e psicopatologia in età adolescenziale

In questo capitolo si indagherà brevemente il ruolo che un genitore assume in età adolescenziale e i cambiamenti che intercorrono nella relazione con il proprio figlio, focalizzando l'attenzione sull'influenza reciproca che entrambi i protagonisti assumono nel definire il benessere psicologico l'uno dell'altro. Sulla base di quest'ultimo passaggio, verrà fornita una breve descrizione del costrutto di burnout genitoriale, a partire da quello di stress, dei fattori di rischio e delle conseguenze ad esso associate e della possibilità di osservare questa sindrome in genitori di ragazzi con DCA e NSSI.

4.1 Essere genitori di un adolescente

I cambiamenti che costellano il passaggio all'età adulta si ripercuotono e coinvolgono anche il sistema familiare, tanto che si parla di *“un'impresa evolutiva congiunta”* (Scabini, 1995). Si assiste, infatti, ad una vera e propria riorganizzazione della relazione tra genitori e figli a fronte di cambiamenti nel legame di attaccamento che si estendono anche ai pari e ai primi partner (Allen, 2010), dovuti all'ingresso nel mondo della sessualità, al nuovo ruolo, che va oltre quello di figlio, che il ragazzo assume nella società (...); dunque, tutti elementi che ridimensionano, in un certo senso, il ruolo e la centralità dei genitori che sperimentano sentimenti di fragilità narcisistica (perdendo il loro valore) e depressiva (Maggiolini & Charmet, 2008). Non sorprendono, quindi, i conflitti che si osservano frequentemente tra genitori e adolescenti che, in questa tappa evolutiva, assumono un ruolo decisivo e una funzione positiva, ovvero consentono di favorire la transizione dalla dipendenza dai genitori all'autonomia facilitando, inoltre, l'acquisizione di nuove modalità per rimanere in contatto con loro (Steinberg, 2001). Di fatto, è cruciale il processo di *“separazione-individuazione”* (Blos, 1993) attraverso cui ci si separa dai propri genitori, e quindi dall'immagine di sé interiorizzata durante l'infanzia, per arrivare a costruire una nuova identità tanto che emblema di questo processo sono in conflitti relativi ai permessi (orari, luoghi e/o persone che possono essere frequentate...) che racchiudono il tema dell'autonomia, della distanza, della fiducia, del rischio e dell'esplorazione. Dunque, parliamo di conflitti riguardanti la vita familiare quotidiana e non è inusuale che questi siano relativi anche al corpo, emblema del cambiamento adolescenziale, di cui l'adolescente vuole appropriarsi riducendo il controllo su di esso da parte dei genitori; per questo sono molteplici i divieti e/o le negoziazioni relative all'abbigliamento, i capelli (...) (Maggiolini & Charmet, 2008). È importante, in ogni

modo, che questi conflitti siano moderati e quindi né assenti (perché si priverebbe il processo di individuazione del ragazzo), né eccessivamente accesi e frequenti dal momento che andrebbero a compromettere l'adattamento psicosociale e il benessere degli adolescenti i quali risulterebbero essere esposti ad un rischio maggiore di sviluppare problemi internalizzanti ed esternalizzanti, scarsa autostima e adattamento scolastico e assunzione di comportamenti a rischio (Tucker, McHale, & Crouter, 2003; Maggiolini & Charmet, 2008). Inoltre, i caregiver sono chiamati ad allontanarsi dallo stile educativo utilizzando in età infantile, imparando ad essere amabili e coinvolti, ma allo stesso tempo severi, a fornire regole e limiti, ma spiegandoli e rendendoli contrattabili, ad ascoltare e valorizzare il punto di vista del ragazzo spingendolo a portare avanti le sue convinzioni e rendendolo gradualmente sempre più autonomo; dunque, parliamo di genitori che devono essere "autorevoli", protettivi, ma in modo flessibile, senza rischiare di diventare troppo autoritari o al contrario permissivi. Questa modalità educativa, infatti, si associa a ridotti sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, ad alti livelli di autostima e buoni risultati scolastici (Scabini, 1995; Gentry & Campbell, 2002); al contrario, cure insufficienti ed inadeguate sembrerebbero essere coinvolte nell'emergere della psicopatologia in età adolescenziale (Parker, Hadzi-Pavlovic, Greenwald, & Weissman, 1995) dal momento che la famiglia, con tutte le sue componenti e implicazioni, assume un ruolo cruciale nell'andare a definire l'adattamento psicosociale del ragazzo (Scabini, 1995; Claes et al., 2001; Smetana, Crean, & Daddis, 2002).

Tuttavia, va tenuto a mente che le diverse componenti che costituiscono le competenze genitoriali (ad esempio, la personalità del genitore, la sua storia evolutiva...) sono a loro volta influenzate dalle caratteristiche del ragazzo come ad esempio il suo temperamento, la sua condizione fisica e psicologica, le abilità cognitive (...); dunque, parliamo di una bidirezionalità che caratterizza la relazione per cui anche la psicopatologia del figlio può incidere sull'adattamento e sul benessere del genitore (Belsky, 1984).

A questo proposito andremo ad approfondire il costrutto di Burnout genitoriale, che mina il benessere genitoriale, cogliendone le principali caratteristiche.

4.2 Dallo Stress al Burnout genitoriale: definizione, fattori di rischio e conseguenze

Essere genitori è un'esperienza complessa, anche a fronte di numerose difficoltà quotidiane, e talvolta stressante sia in termini acuti (ad esempio, nell'affrontare le tipiche sfide evolutive dei figli) che cronici (ad esempio, a fronte di problemi di salute fisica e mentale del bambino) (Abidin, 1990; Crnic & Low 2002; Deater-Deckard, 2008). In particolare, durante il periodo adolescenziale, i genitori possono vivere questo passaggio come stressante dal momento che sono chiamati a scendere a patti con una serie di conflitti lasciati in sospeso per dedicarsi alla cura dei figli e non solo, anche a loro è chiesto di ri-individuarsi, processo fondamentale per favorire l'adeguata crescita dei figli, ma non sempre privo di difficoltà (Maggiolini & Charmet, 2008). Nello specifico, possiamo parlare di stress genitoriale quando il caregiver percepisce di non avere a disposizione adeguate capacità per far fronte in modo appropriato alle richieste del figlio (Abidin, 1995); dunque, si tratta di una condizione a cui va prestata la giusta attenzione dato che in letteratura si riscontra, sempre in nome della bidirezionalità della relazione diadica, che non solo le difficoltà del bambino incrementano questa condizione, ma anche che i livelli di stress parentale incidano direttamente e indirettamente sullo sviluppo e sul benessere del bambino stesso (Belsky, Woodworth, & Crnic, 1996; Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013). Difatti, lo stress genitoriale si associa ad attaccamento insicuro, presenza di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti e scarsa competenza sociale nei ragazzi (Anthony et al., 2005; Stelter & Halberstadt, 2011); in aggiunta, se persiste per periodi prolungati porta ad un esaurimento totale delle risorse a disposizione culminando in una condizione che potremmo definire di burnout (Mikolajczak, Raes, Avalosse & Roskam, 2018).

Il costrutto di Burnout venne introdotto negli anni Settanta (Maslach, 1976) in riferimento al contesto lavorativo e per anni si è pensato che fosse un fenomeno circoscritto a quest'ambito, tuttavia riguardando una forma di stress cronico può essere applicato anche ad altri contesti, come quello genitoriale (Bianchi, Truchot, Laurent, Brisson, & Schonfeld, 2014). Dunque quello del burnout genitoriale è un costrutto abbastanza recente, tanto che la prima testimonianza di tale termine si ha nel 1983 (Procaccini & Kieffer, 1983), ed è frutto di una serie di fattori che hanno inciso sul dominio genitoriale come la diffusione del concetto di genitorialità positiva, l'indebolimento dell'autorità dei

caregiver, in numero crescente di madri lavoratrici (...) (Daly & Abela, 2007). Cercando di proporre una definizione accurata e completa, come anticipato, il burnout in ambito genitoriale si riscontra a fronte di un'esposizione continuativa ad un forte stress in ambito genitoriale e può essere riconosciuto sulla base di alcuni sintomi, come un forte esaurimento associato al proprio ruolo di genitore (vi è stanchezza, ci si sente emotivamente prosciugati...), la sensazione di essere emotivamente distanti dal proprio bambino (le relazioni sono incentrate, ad esempio, su aspetti strumentali) e uno scarso adempimento ai propri doveri da genitore (Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018).

Specificatamente, prendendo in prestito il modello delle Domande-Risorse in ambito lavorativo (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) e applicandolo al contesto genitoriale, potremmo definire il burnout genitoriale come uno squilibrio cronico delle domande sulle risorse a disposizione per farvi fronte, dove le domande vanno a rappresentare i fattori di rischio che incrementano lo stress genitoriale e le risorse i fattori protettivi che, al contrario, riducono drasticamente questo fenomeno (Mikolajczak & Roskam, 2018). Tra i fattori di rischio individuiamo: pratiche educative inadeguate, avere uno o più figli percepiti come difficili, avere un bambino con bisogni speciali o malattie croniche, doversi prendere cura di altre persone in famiglia, il genere femminile, scarsa intelligenza emotiva, eccessive mansioni da svolgere, scarso supporto dal proprio partner e dall'ambiente extrafamiliare, tratti di perfezionismo, l'età del bambino, essere disoccupati o avere un lavoro non stabile (...) (Lindström, Åman, & Norberg, 2010; Mikolajczak & Roskam, 2018; Séjourné, Sanchez-Rodriguez, Leboullenger & Callahan, 2018; Sorkkila & Aunola, 2020). Diversamente, tra i fattori di protezione troviamo pratiche educative adeguate, buone competenze nel campo dell'intelligenza emotiva, supporto tra partner ed esterno, tempo libero dedicato ai figli (...) (Mikolajczak & Roskam, 2018). Ancora, per sottolineare l'importanza di diagnosticare e trattare questa sindrome, possiamo evidenziare una serie di conseguenze per i genitori e per il sistema familiare associate ad essa, come sintomi depressivi, disturbi del sonno, comportamenti di dipendenza nei caregiver e conflitti di coppia, oltre che ad ideazione suicidaria, negligenza, abuso e maltrattamento nei confronti dei bambini (Mikolajczak, Brianda, Avalosse, & Roskam, 2018; Kawamoto, Furutani, & Alimardani, 2018; Van Bakel, Van Engen, & Peters, 2018; Griffith, 2020).

Concludendo, come anticipato sopra, tra i fattori di rischio che possono contribuire all'emergere del burnout genitoriale individuiamo anche alcuni aspetti riconducibili al bambino, come la presenza di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti (Kalkışım, 2019): dunque nel prossimo paragrafo proveremo ad approfondire il legame tra burnout genitoriale e psicopatologia nei ragazzi.

4.2.1 Burnout genitoriale e psicopatologia: Autolesionismo e Disturbi del comportamento alimentare

Alti livelli di burnout genitoriale sono stati riscontrati in genitori di bambini con malattie croniche, come ad esempio il diabete, (Lindström et al., 2010), con problemi comportamentali (Minh, Quang, & Ha, 2022), gravi condizioni mediche come, ad esempio, cancro al cervello (Lindahl Norberg, 2007) e disturbi del neurosviluppo, come l'ADHD (Arafa & Lamloom, 2020), se confrontati con genitori di bambini sani. Tuttavia, non sembrano esser stati ancora condotti studi volti ad approfondire in modo specifico la possibile relazione tra burnout genitoriale e le due forme psicopatologiche di nostro interesse, ovvero DCA e Condotte Autolesive in età adolescenziale. Infatti, fino ad ora molti autori si sono perlopiù concentrati sul costrutto di stress genitoriale e non sul rischio che questo possa essere, a fronte delle problematiche sopra citate, esperito come cronico e quindi divenire un vero e proprio disturbo da considerare e trattare.

In particolare, considerando le condotte autolesive, per i genitori venire a conoscenza di questi agiti disfunzionali comporta un cambiamento nelle loro vite (Kelada, Whitlock, Hasking, & Melvin, 2016). A primo impatto provano forte dolore, stupore e alti livelli di stress che, talvolta, culminano in difficoltà coniugali, sintomi somatici e psicologici; non solo, si sentono poco competenti e in colpa, soprattutto se non si sono accorti dell'accaduto e temono di poter essere stigmatizzati e colpevolizzati dal contesto più ampio (Raphael, Clarke, & Kumar, 2006; Ferrey et al., 2016; Whitlock, Lloyd-Richardson, Fisseha, & Bates, 2018; Townsend, Miller, Matthews, & Grenyer, 2021). In base ai costrutti indagati nel nostro studio, è interessante anche lo studio condotto da Preyde et al. (2014) che riscontrano, in un campione di adolescenti con NSSI, alti livelli di disregolazione emotiva, un pattern di attaccamento disorganizzato e rispetto ai genitori, alti livelli di stress. Inoltre, vi è un cambiamento anche nella relazione con il figlio dal momento che i genitori cercano di sottrarsi a qualsiasi conflitto con questo, riducendo ad esempio i limiti normalmente imposti, con lo scopo di evitare che qualche evento possa

scatenare un nuovo episodio autolesivo; non solo, sono chiamati a metter da parte i propri bisogni, a dedicarsi meno ad eventuali altri figli e tendono a diventare molto più vigilianti, anche se questo potrebbe essere un tentativo per gestire lo stress. Dunque, tutti questi aspetti possono portare i genitori a sperimentare un certo grado di esaurimento (Byrne et al., 2008; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008) e per questo motivo sarebbe interessante indagare se effettivamente questo può essere inteso in termini di burnout.

Alcuni genitori, in realtà, sottostimano la frequenza con cui i propri figli mettono in atto queste condotte e l'età di insorgenza del disturbo anche perché non sempre da parte dei figli vi è sincerità rispetto a questi agiti. I ragazzi preferiscono tener segrete queste condotte per diverse ragioni: non vogliono provocare dolore e angoscia alla famiglia, non sono realmente consapevoli di quanto spesso mettono in atto questi agiti, non sanno come introdurre l'argomento o si vergognano (Crowell et al., 2008; Kelada et al., 2016). Per completezza, infine, va riportato che altri autori (Power et al., 2009; Morgan et al., 2013) nutrono dei dubbi rispetto a se tale condizione di forte distress esperita dai genitori sia una conseguenza o sia precedente alla scoperta del disturbo nei figli; non solo, altri non individuano alcun aumento nei livelli di stress tra i genitori di adolescenti autolesionisti se confrontati con genitori di ragazzi sani (Baetens et al., 2014).

Passando, ora, ai disturbi del comportamento alimentare, i genitori di ragazzi con DCA quando vengono messi a conoscenza del disturbo del figlio esperiscono una serie di emozioni simili a quelle descritte nei genitori di ragazzi con NSSI; si riscontrano, infatti, sintomi internalizzanti, in termini di ansia e depressione, forte preoccupazione e distress psicologico, vergogna, tendenza ad incolparsi per non aver colto la gravità della situazione tanto da arrivare a compromettere le proprie capacità nel fornire aiuto ai propri figli, aspetto che porta, a sua volta, ad ulteriore stress (Lilenfeld et al., 1998; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008). Infatti, non sempre vi è la capacità da parte dei genitori di motivare adeguatamente i figli nell'assumere dei comportamenti alimentari consoni, motivo per cui possono accentuarsi preoccupazioni in merito al fatto che possano verificarsi altri cambiamenti fisici e psicologici a fronte di un'ulteriore perdita di peso. In più, come indicato anche per il NSSI, si osservano dei veri e propri cambiamenti non solo sul piano emotivo, ma anche nelle relazioni e nella gestione familiare: pur di favorire l'assunzione di cibo si preparano piatti a basso contenuto calorico, il momento del pasto in famiglia non è più vissuto con piacere, il focus è sul figlio con DCA a discapito di

eventuali altri figli, nei casi di bulimia c'è un'eccessiva attenzione ad ascoltare fuori dalla porta se vi è il tentativo di indursi e/o provocarsi il vomito (...) (Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, Vloet & Hagenah, 2005). Dunque, a fronte di tutte queste conseguenze, non stupisce che tra i genitori di ragazzi con DCA si osservino dei livelli di stress ed esaurimento pari a quelli riscontrati in coloro che si occupano di soggetti psicotici (Zabala, Macdonald, & Treasure, 2009); questo è confermato anche da Sim et al. (2009) che individuano in madri di ragazze con anoressia nervosa la tendenza a riportare maggiori conflitti familiari, scarsi sentimenti di efficacia e soddisfazione rispetto all'assunzione del ruolo genitoriale e una scarsa alleanza con il partner, padre delle pazienti. Tutti elementi, che come anticipato, espongono al rischio di arrivare ad esperire burnout genitoriale, aspetto che va però approfondito in nuovi studi.

CAPITOLO 5 – Riflessioni conclusive

Concludendo, in questo capitolo proveremo a condensare quanto emerso complessivamente da un'attenta analisi della letteratura relativamente ai due disturbi di nostro interesse, ovvero i DCA e il NSSI in età adolescenziale, e la relazione che intercorre tra questi e la regolazione emotiva, in termini di impulsività e alessitimia, i sistemi relazionali e il burnout esperito dai genitori.

5.1 Quale legame tra attaccamento, regolazione emotiva e burnout genitoriale in adolescenti con DCA e NSSI?

In età adolescenziale, i disturbi del comportamento alimentare e l'assunzione di condotte autolesive possono rappresentare una modalità attraverso cui i ragazzi provano a tollerare e gestire le proprie emozioni, soprattutto negative (Adrian et al., 2011; Wupperman, et al., 2013; Segal & Golan, 2016) ma queste si rivelano essere disfunzionali; tale difficoltà nel gestire e regolare le emozioni, sembrerebbe essere ascrivibile, sia nei DCA che nel NSSI, a forme di disregolazione emotiva, quali soprattutto l'alessitimia e l'impulsività. Di fatto, si osservano tratti alessitimici più significativi tra adolescenti con queste problematiche psicopatologiche rispetto ai controlli sani (Zonnevijlle-Bendek, et al., 2002; Eizaguirre, et al., 2004 ; Montebanocci et al., 2006; Fassino et al., 2007; Cerutti, et al., 2014; Ballarotto et al., 2017; Raffagnato et al. 2020; Miscioscia, et al., 2022); in particolare, adolescenti con NSSI mostrerebbero un'importante difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni (Lüdtke, et al., 2016), come similmente osservato nei DCA, anche se in letteratura sembrerebbe non esserci concordanza rispetto a quale dei sottotipi di quest'ultimo disturbo si caratterizzi per una prevalenza di tratti alessitimici (Fassino et al., 2007; Segal & Golan, 2016). Rispetto all'impulsività, invece, è confermata l'associazione con le condotte autolesive agite dai ragazzi, utilizzando strumenti self-report, i quali mostrerebbero una difficoltà a gestire l'impulso di farsi del male (Evans, et al., 1996; Nock & Prinstein, 2005; Preyde et al., 2012; Gatta et al., 2016). Anche adolescenti con DCA risultano essere più impulsivi (sempre utilizzando strumenti self-report) rispetto ai controlli sani, in particolare tale disregolazione caratterizzerebbe coloro che tendono ad incorrere in comportamenti di abbuffata e/o in condotte eliminative, dunque coloro con AN-BP o BN (Claes, et al., 2005; Segal & Golan, 2016). Dal momento in cui le capacità regolatorie emergono e si consolidano all'interno delle relazioni primarie (Bowlby, 1988; Cassidy & Kobak, 1988; Cassidy, 1994) è interessante

come altri autori si siano focalizzati sulla qualità delle relazioni in cui questi ragazzi sono inseriti andando a valutare le loro rappresentazioni mentali relative al legame di attaccamento e riscontrando, in entrambe le problematiche psicopatologiche, una prevalenza di pattern di attaccamento insicuro (Adam, et al., 1996; Gander et al., 2015; Glazebrook, et al., 2015; Salcuni, et al., 2017; Santangelo et al., 2017). Specificatamente, le condotte autolesive si associano a forme di attaccamento insicuro di tipo preoccupato e disorganizzato (Farber, 2008; Preyde et al., 2014; Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020); rispetto ad adolescenti con DCA, invece, non vi è una prevalenza di specifici pattern insicuri, ma questi possono essere preoccupati, distanzianti o disorganizzati (Ramacciotti et al., 2001; Latzer et al., 2002; Tereno, et al., 2008; Gander et al., 2018). Non solo, in adolescenti con DCA e NSSI, è stato indagato anche il legame che intercorre tra questi due costrutti appena citati, ovvero attaccamento e regolazione emotiva, e i disturbi stessi; la disregolazione emotiva risulterebbe assumere una funzione di mediazione nel legame tra attaccamento insicuro e le problematiche psicopatologiche di nostro interesse. In particolare, le condotte autolesive verrebbero messe in atto con l'obiettivo di regolare le proprie emozioni (data un'incapacità nell'identificarle e comunicarle) a fronte di relazioni con i caregiver che si caratterizzano per elementi riconducibili ad un pattern di attaccamento insicuro (Adshead, 2010); similmente, adolescenti con DCA ricorrono a comportamenti alimentari disfunzionali con l'obiettivo di controllare e gestire l'espressione delle loro emozioni, a fronte di una base sicura compromessa (Latzer & Hochdorf, 2005), più nello specifico pare che sia l'alessitimia a mediare la relazione tra attaccamento insicuro e insoddisfazione corporea tipica di ragazzi con DCA (Keating, et al., 2013)

Tuttavia, sarebbe interessante approfondire i risultati sopra descritti servendosi di uno strumento proiettivo-narrativo come l'AAP, dal momento in cui solo pochi studi lo includono per valutare l'attaccamento in adolescenti con NSSI e DCA (Lis, et al., 2011; Sevecke, 2013; Gander, et al., 2018; Pallini et al., 2020; Lenhart et al., 2022), al fine di ottenere informazioni che vadano oltre la mera classificazione del pattern di attaccamento. Ad esempio, indagare se la *deactivation* e la *cognitive disconnection*, venendo descritte come strategie volte a regolare le emozioni frutto dell'attivazione del sistema di attaccamento (George & West, 2012), possano essere utilizzate in adolescenti

con NNSI o DCA a fronte di una loro difficoltà nel regolare gli affetti e di un pattern di attaccamento insicuro, come citato sopra.

Concludendo, in nome della bi-direzionalità delle relazioni primarie, è bene prendere in considerazione i genitori di questi adolescenti e le eventuali conseguenze che i disturbi esperiti dai figli possono avere sul loro benessere psicologico; infatti, viene riportato il rischio, nei genitori, di provare forte stress (Lilenfeld et al., 1998; Kyriacou, et al., 2008; Ferrey et al., 2016; Whitlock, et al., 2018; Townsend, et al., 2021) che se esperito per lunghi periodi, può arrivare ad assumere i connotati di un vero e proprio disturbo, noto come burnout genitoriale (Mikolajczak, et al., 2018; Sim et al., 2009; Zabala, et al., 2009). Sono veramente esigui, però, gli studi che si concentrano su questo costrutto, essendo relativamente recente, e che tengono conto della popolazione e dei disturbi di nostro interesse. Dunque, è una relazione che va chiarita anche in riferimento al fatto che lo stress genitoriale e, come possiamo immaginare il burnout, possono non solo essere conseguenza di questi disturbi nei ragazzi, ma anche fungere da fattore di rischio per il consolidarsi, tra essi, di un pattern di attaccamento insicuro, elemento centrale in adolescenti con NNSI e DCA (Stelter & Halberstadt, 2011).

SECONDA PARTE: Ricerca

CAPITOLO 6 – Introduzione alla ricerca

6.1 Obiettivi

Il presente studio si pone gli obiettivi di seguito descritti:

- 1) Esaminare le differenze che intercorrono tra i due gruppi clinici di nostro interesse (NSSI - DCA), relativamente alla disregolazione emotiva; in letteratura, infatti, sono stati riscontrati in soggetti con tali problematiche psicopatologiche, se confrontati con controlli sani, livelli più elevati di alessitimia (Ballarotto et al., 2017; Miscioscia et al., 2022) e impulsività (Preyde et al., 2012; Mallorquí-Bagué et al., 2020), ma non sono riportati studi che indaghino le possibili differenze tra gruppi clinici distinti.
- 2) Coinvolgendo le madri di questi pazienti si intende approfondire lo stato del loro benessere psicofisico e, in particolare, l'eventuale presenza di burnout genitoriale, costrutto scarsamente indagato relativamente ai campioni di nostro interesse.
- 3) Valutare la possibile concordanza tra gli stili di attaccamento emersi tra gli adolescenti che hanno preso parte al nostro lavoro, indagati con l'utilizzo di uno strumento narrativo-proiettivo, ovvero l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) e i risultati riscontrati in letteratura che, pur confermando la prevalenza di un attaccamento insicuro tra adolescenti con DCA (Cortés-García et al., 2021) e NSSI (Santangelo et al., 2017), ricorrono all'utilizzo di strumenti self-report.
- 4) Indagare le possibili relazioni tra le due difese integrate dell'AAP, la *Cognitive Disconnection* (E) e la *Deactivation* (Ds), e la disregolazione emotiva riscontrata tra gli adolescenti che hanno preso parte a questo lavoro. Si intendono altresì esplorare le possibili associazioni tra le due difese sopra citate e il costrutto di burnout genitoriale.

6.2 Ipotesi

Sulla base della letteratura esistente e in conformità con gli obiettivi sopra indicati, considerando le variabili esplorate tra gli adolescenti e le madri, sono state formulate le ipotesi di seguito riportate:

1. Si ipotizzano, considerando la disregolazione emotiva, punteggi clinici rispettivamente ad alessitimia e impulsività in adolescenti con DCA e con NSSI; operando un confronto tra gruppi clinici, inoltre, si attendono livelli più elevati di impulsività tra i ragazzi coinvolti in Condotte Autolesive e livelli più elevati di

alessitimia tra gli adolescenti con DCA. Di fatto, le Condotte Autolesive sembrerebbero non essere precedute da alcun tipo di pianificazione e, dunque, apparrebbero guidate dall'impulsività (Nock & Prinstein, 2005); al contrario, adolescenti con DCA vengo descritti come scarsamente in contatto con il proprio mondo emotivo, dunque alessitimici (Montebarocci et al., 2006).

2. Ci aspettiamo di individuare, per le conseguenze che i disturbi descritti possono comportare sui genitori in termini di esaurimento (Oldershaw et al., 2008; Zabala, et al., 2009), livelli clinici di burnout genitoriale tra le madri che hanno preso parte a questo studio; inoltre, essendo i DCA e le Condotte Autolesive due disturbi che vedono come protagonista un attacco al corpo con il tentativo di controllarlo e poter agire su di esso le proprie emozioni (Favaro & Santonastaso, 2000), non si ipotizzano differenze relativamente a questa sindrome se confrontati i due gruppi clinici, dal momento che sembrerebbero elicitare preoccupazioni dalla matrice comune tra i genitori.
3. Si prevede di confermare la presenza di un attaccamento insicuro tra adolescenti con NSSI e DCA, come riscontrato in letteratura (Santangelo et al., 2017; Cortés-García et al., 2021), ricorrendo all'utilizzo dell'AAP; inoltre, non ci si attendono differenze relativamente a questo costrutto tra i due gruppi clinici di nostro interesse, dal momento che si osserva una prevalenza, per entrambe le diagnosi, di attaccamento insicuro (Gander et al., 2015; Glazebrook et al., 2015).
4. Ci si aspetta un'associazione significativa, considerando i due gruppi clinici di nostro interesse, tra i costrutti dell'alessitimia e dell'impulsività e la *Cognitive Disconnection* (E) e la *Deactivation* (Ds), due difese integrate dell'AAP. Infatti, la letteratura definisce le due difese sopra citate come strategie volte a favorire una regolazione sul piano affettivo a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento (George & West, 2012) e individua la tendenza, al contrario, dei soggetti con DCA e Condotte Autolesive, ad agire in nome di una disregolazione che li caratterizza sul piano emozionale (Adrian et al., 2011; Segal & Golan, 2016).
5. Ci attendiamo, distinguendo le madri degli adolescenti con DCA e con NSSI, di trovare in entrambi i gruppi un'associazione tra le dimensioni indagate dal *Parental burnout assessment (PBA)* e le due difese integrate dell'AAP, la *Cognitive Disconnection* (E) e la *Deactivation* (Ds); nell'ottica, infatti, della

bidirezionalità delle relazioni (Belsky et al.,1996) i sintomi esperiti dai genitori, come il burnout, possono essere associati all'emergere di un pattern di attaccamento insicuro nei figli (Stelter & Halberstadt, 2011) e dunque, potrebbero legarsi anche al ricorso, da parte degli adolescenti, alle difese sopra citate a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento.

6.3 Metodologia

6.3.1 Campione

Il presente studio ha visto la partecipazione di 35 soggetti di età compresa tra i 14 e i 18 anni ($M= 15.43$, $DS= 1.32$), di cui il 97,1% sono femmine e il 2,9% sono maschi, reclutati presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano (Servizio Età Evolutiva dell'Ulss3 Serenissima) e la Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova nel periodo compreso tra marzo 2021 ed aprile 2022.

I soggetti sono tutti di origine italiana, ad eccezione di uno che è di origine albanese;

In riferimento alla scolarità, al mento della raccolta dati, il 22.9 % dei ragazzi frequenta la terza media, mentre il 71.2% frequenta la scuola superiore.

Considerando la condizione clinica dei soggetti partecipanti, il 51.4 % si rivolge al Servizio per visita ambulatoriale o colloquio psicologico, mentre il 48.6% si trova in regime di ricovero ospedaliero. Per quanto concerne la diagnosi, il campione è suddiviso come descritto di seguito.

Il 68.6% dei soggetti riporta DCA, nello specifico il 40% riporta Anoressia Nervosa (AN), l'11.4% Bulimia Nervosa (BN), mentre solo 2 soggetti riportano, rispettivamente, Disturbo da Binge Eating (BE) (2.9%) e DCA-non altrimenti specificato (DCA-NAS) (2.9%); il 31.4% del campione, diversamente, riporta Condotte Autolesive (NSSI). Infine, il 68.6% degli adolescenti riporta un altro disturbo in comorbidità (in particolare, il 45.7% presenta un disturbo dell'umore, mentre solo 1 soggetto, il 2.9%, un disturbo del comportamento; il restante 17.1% riporta altre condizioni cliniche).

I sintomi, nel 65.7% dei casi, sono emersi da meno di un anno, mentre nel 17.1% dei soggetti da 2 o più anni; rispetto a 6 soggetti (17.1%) non si hanno informazioni certe. Infine, il 57.1% dichiara di seguire una terapia farmacologica, a differenza del 31.4%; in riferimento a questo non si hanno notizie rispetto a 4 soggetti (11.4%).

Di seguito, in *Tabella 1*, vengono riportate alcune informazioni sul campione.

ADOLESCENTI (N=35)					
Età					
<i>Media (μ)</i>			<i>Deviazione Standard (DS)</i>		
15.43			1.32		
Genere					
<i>Femmina</i>			<i>Maschio</i>		
97.1%			2.9%		
Nazionalità					
<i>Italiana</i>			<i>Albanese</i>		
97.1%			2.9%		
Scolarità					
<i>Terza media</i>	<i>I superiore</i>	<i>II superiore</i>	<i>III superiore</i>	<i>IV superiore</i>	<i>V superiore</i>
22.9%	25.7%	14.3%	20%	11.4%	5.7%
Fratrìa					
<i>Figlio unico</i>	<i>1 fratello/sorella</i>	<i>2 fratelli/sorelle</i>	<i>3 o più fratelli/sorelle</i>		
11.4%	71.4%	11.4%	2.9%		
Occupazione					
<i>Studente</i>					
100%					
Regime					
<i>Ambulatoriale</i>			<i>Ricovero</i>		
51.4%			48.6%		
Diagnosi					
<i>DCA</i>			<i>NSSI</i>		
68.6%			31.4%		
<i>Sottotipo DCA</i>					
<i>AN</i>	<i>BN</i>	<i>BE</i>	<i>DCA-NAS</i>		
40%	11.4%	2.9%	2.9%		
Comorbidità					
<i>Disturbo dell'umore</i>		<i>Disturbo del comportamento</i>		<i>Altre condizioni cliniche</i>	

45.7%	2.9%	17.1%
Esordio sintomi		
<i>Meno di un anno</i>		<i>Più di un anno</i>
65.7%		17.1%
Terapia farmacologica		
<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Informazione assente</i>
51.7%	31.4%	11.4%

Tabella 1. Sintesi informazioni demografiche del campione clinico costituito dagli adolescenti con DCA e NSSI (N=35), di cui sono riportate le frequenze percentuali (%)

Inoltre, in questo studio, sono state coinvolte anche le madri dei soggetti sopra descritti (n=35), di età compresa tra i 37 e i 58 anni (M= 48.63 , DS= 5.40); queste sono state reclutate presso i medesimi Servizi e sono, nell'82.9 % dei casi di nazionalità italiana.

Sul piano scolastico la maggior parte delle madri (77.2%) hanno un livello d'istruzione superiore alla licenza media, il 94.1% sono lavoratrici e la maggior parte risultano essere, considerando lo stato civile, spostate (74.3%).

Nella *Tabella 2*, di seguito riportata, verranno riassunte le informazioni sopra descritte.

MADRI (N=35)				
Età				
<i>Media (μ)</i>		<i>Deviazione Standard (DS)</i>		
48.63		5.40		
Nazionalità				
<i>Italiana</i>		<i>Altro</i>		
82.9 %		17.1%		
Scolarità				
<i>Laurea</i>	<i>Diploma</i>	<i>Qualifica professionale e</i>	<i>Licenza media</i>	<i>Informazione assente</i>
40%	34.3%	2.9%	11.4%	11.4%
Occupazione				
<i>Presente</i>		<i>Assente</i>		
94.1%		5.7%		
Stato civile				
<i>Sposate</i>		<i>Separate</i>	<i>Divorziate</i>	
74.3%		20%	5.7%	

Tabella 2. Sintesi informazioni demografiche del campione costituito dalle madri (N=35), di cui sono riportate le frequenze percentuali (%)

Concludendo, relativamente alle madri che hanno preso parte a questo progetto, due di esse non hanno concluso i questionari, motivo per cui non sono state considerate ai fini delle analisi dei risultati riportate nel capitolo successivo.

6.3.2 Procedura

La conduzione di questo studio è avvenuta nel rispetto dei principi e delle normative del Codice Etico AIP (Associazione Italiana di Psicologia).

Il presente lavoro rientra all'interno del Progetto Multicentrico "Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche" che ha visto la collaborazione dell'UOC di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda-Ospedale Università di Padova e dell'UOC IAFC della ULSS3, in particolare il Servizio per l'età Evolutiva - Polo Adolescenti di Venezia, Mestre, Camponogara e Mirano.

Sono stati rispettati, inoltre, ai fini del reclutamento del gruppo clinico, i seguenti criteri di inclusione: range di età dei partecipanti tra 14 e 18 anni, diagnosi ICD10 (11) o DSM-5 (nello specifico, considerando l'Autolesionismo sono stati inclusi pazienti con Autolesività non suicidaria – ANS / Non Suicidal Self Injury -NSSI o con intento suicidario; rispetto ai Disturbi del Comportamento Alimentare -DCA sono stati inclusi pazienti con Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder) e consenso e disponibilità di entrambi i genitori.

I criteri di esclusione, invece, sono i seguenti: Disabilità Intellettiva, Deficit sensoriali, ASD, famiglie monoparentali, consenso di un solo genitore e pazienti in terapia da più di un anno.

Più nel dettaglio, a genitori e ragazzi sono stati presentati i diversi step ed obiettivi della presente ricerca al termine dei colloqui, considerando il Polo Adolescenti, o durante il ricovero relativamente al reparto di Neuropsichiatria.

È stato loro consegnato, dunque, un documento relativo a tutte le informazioni sulla ricerca, con riferimento anche al consenso informato per la partecipazione volontaria al progetto; quest'ultimo andava restituito, al primo incontro successivamente concordato, firmato sia dal ragazzo che da entrambi i genitori e autorizzava anche alla registrazione audio, necessaria esclusivamente per *l'Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) dato che, per la codifica, richiede una trascrizione verbatim.

Nello specifico, la raccolta dati è stata distribuita in due incontri di circa 45-50 minuti (dovendo, i ragazzi, compilare l'AAP in un incontro separato da quello dedicato agli altri questionari) e ai partecipanti è stata garantita massima riservatezza relativamente al trattamento e all'analisi dei dati stessi, utilizzati in forma esclusivamente confidenziale e a scopo di ricerca. Infatti, ad ogni paziente e genitore è stato attribuito un codice identificativo e il tutto è avvenuto in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea, alla Dichiarazione di Helsinki e in accordo con il Dlgs 196/2003 (e successive modifiche e/o integrazioni) e in modo da favorire il rispetto della protezione dei dati personali e della privacy.

Oltre a quanto detto, ai partecipanti è stata resa nota la possibilità di poter ritirare in qualsiasi momento, e senza fornire motivazione alcuna, il consenso; non solo, è stata evidenziata anche l'opportunità di poter essere aggiornati sui risultati ottenuti.

Successivamente, dunque, i pazienti del Polo Adolescenti sono stati ricontattati per valutare l'effettiva adesione al progetto e per fissare gli appuntamenti; nel caso dei soggetti ricoverati, invece, l'adesione è stata raccolta durante i colloqui giornalieri per poi concordare uno spazio da dedicare alla somministrazione.

Durante il primo incontro dopo aver raccolto il consenso informato e ripresi i punti salienti della ricerca, il genitore è stato fatto accomodare in sala d'attesa per procedere con la compilazione dei questionari a lui dedicati, mentre il ragazzo è stato accolto in una stanza messa a disposizione dalla struttura per la somministrazione dell'AAP; nel successivo incontro, invece, è stato proposto al ragazzo la parte restante del protocollo.

Specificatamente, la somministrazione del protocollo ai ragazzi è stata diretta da un operatore diverso da chi li aveva seguiti nei colloqui psicologici-terapeutici o neuropsichiatrici e prevedeva la proposta dei seguenti strumenti, Adult Attachment Projective Picture System (AAP), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e Youth Self Report (YSR 11-18), con lo scopo di indagare pattern di attaccamento, funzionamento psicologico e psicopatologico e regolazione emotiva.

Anche la somministrazione ai genitori è stata diretta, come indicato sopra, da operatori diversi da coloro che li avevano seguiti nei colloqui ed ha previsto una serie di strumenti volti ad ottenere informazioni relativamente al loro benessere psicologico, al livello di stress genitoriale e alla sintomatologia del figlio, come: la Scala di Depressione Ansia Stress (DASS), il Parenting Stress Index (PSI/SF), il Parental Burnout Assessment (PBA), la Child Behavior Check List (CBCL, 6-18).

Esclusivamente presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano sono state proposte, sia ai ragazzi che ai genitori, alcune domande per sondare il benessere psicologico a fronte dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

6.3.3 Strumenti

Ai ragazzi è stato somministrato, in prima battuta, l'Adult Attachment Projective Picture System – AAP (George et al., 1997; George & West, 2001), che non dispone ancora di una validazione italiana. Questo, essendo un test narrativo-proiettivo volto a valutare e classificare l'attaccamento in adolescenti e adulti, va proposto prima di altre prove o attività e a seguito di una breve conversazione di “riscaldamento” (“warm-up”) utile a stabilire un rapporto senza, però, attivare dinamiche riconducibili all'attaccamento stesso.

Dunque, al soggetto vengono presentate, una per volta, 8 immagini tematiche e per ciascuna di queste gli viene richiesto di raccontare una storia non auto-biografica e con delle specifiche caratteristiche, che verrà successivamente analizzata e codificata. Per la somministrazione è necessario che l'intervistatore sia una presenza neutra e che segua attentamente, senza apportare alcun tipo di codifica, la consegna e i prompt proposti dal protocollo.

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

Questo strumento, come anticipato, si caratterizza per 8 tavole che raffigurano, ad esclusione della prima che possiamo definire di “riscaldamento”, scenari in grado di favorire l'attivazione graduale del sistema di attaccamento e delle rappresentazioni delle figure di attaccamento interiorizzate (motivo per cui vanno proposte rispettando l'ordine indicato), dal momento in cui rappresentano situazioni che potrebbero compromettere e/o minacciare la sicurezza psicologica e fisica dei soggetti rappresentati e quindi di questo legame, nonostante gli stimoli siano incompleti, “ambigui”

Di fatto le tavole, che sono le seguenti *“Neutral”*, *“Child at Window”*, *“Departure”*, *“Bench”*, *“Bed”*, *“Ambulance”*, *“Cemetery”* e *“Child in Corner”*, permettono di cogliere lo scenario rappresentato solo in modo generico dal momento in cui i personaggi raffigurati sono, inoltre, privi di espressioni del viso intense o di dettagli.

Per quel che concerne la codifica, eseguita sulla base di un trascritto verbatim ottenuto dall'audio-registrazione del protocollo, dovrebbe partire dalle tavole *“Alone”*, raffiguranti un bambino o un adulto da solo (quindi *“Child at Window”*, *“Bench”*, *“Cemetery”* e *“Child in Corner”*) e aventi lo scopo favorire l'attivazione di rappresentazioni relative a legami e figure di attaccamento internalizzati. Successivamente dovrebbe proseguire con le tavole *“Dyadic”* raffiguranti diadi adulto-adulto o adulto-bambino (dunque *“Departure”*, *“Bed”* e *“Ambulance”*), ovvero relative ad una figura di riferimento potenziale che garantisce disponibilità e vicinanza fisica.

Per ogni storia, pertanto, viene realizzata l'analisi di 3 dimensioni, come indicato da Di Riso e Lis (2016):

1. *Narrativa*: va analizzata e distinta la storia ipotetica (*plot*), costituita da materiale collegato all'immagine stimolo, da elementi che indicano un allontanamento dalla tavola stessa. Tra quest'ultimi, i più comuni riguardano riferimenti ad esperienze auto-biografiche e si indicano con il termine di *Personal Experience*; tali spostamenti sono indicativi del fatto che, data l'attivazione del sistema di attaccamento a fronte dell'esposizione alle immagini-stimolo, il soggetto non è in grado di concentrarsi completamente sul compito, non riuscendo a rispettare i confini sé-altro.
2. *Contenuto della storia*: permette di considerare 3 dimensioni, "Agency of Self" e "Connectedness" per le tavole "Alone" e "Synchrony" per le tavole "Dyadic", che una volta valutate consentono di comprendere in che misura i significati riguardanti le relazioni tra i personaggi delle tavole vengono trasmessi dalle rappresentazioni presenti nel racconto.
3. *Processi difensivi*: permettono di prevenire forme di distress evocate dall'attivazione del sistema di attaccamento e/o una potenziale disregolazione a fronte di questa secondo tre modalità, che possiamo indicare in termini di 3 diverse forme di *defensive exclusion*: *Deactivation, Ds* (permette di creare una "distanza" rappresentazionale tra individuo ed evento che porta all'attivazione del sistema d'attaccamento, distogliendo l'attenzione da esso), *Cognitive Disconnection, E* (si associa a incertezza, ambivalenza e a preoccupazione mentale e porta a scollegare affetti e stress dalla fonte che li ha elicitati arrivando a proporre una risposta non coerente) e *Segregated System, SS* (forma difensiva più estrema e meno organizzata, porta ad un'esclusione dei ricordi e degli aspetti più traumatici legati all'esperienze di attaccamento dalla consapevolezza; l'assenza di risoluzione dei SS consente di individuare i pattern di attaccamento non risolti).

Concludendo, attraverso la codifica di tutte e 7 le storie si arriva a classificare il pattern di attaccamento in una delle 4 categorie seguenti: Sicuro (F), Distanziante (DS), Preoccupato (E) e Irrisolto (U).

Successivamente, solamente presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano, sono state presentate, ai ragazzi, due domande volte a indagare

il benessere psicologico e la paura di essere contagiati a fronte dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

È stato, poi, somministrato un protocollo contenente i seguenti strumenti:

1. Barratt Impulsiveness Scale – BIS-11 (Patton et al., 1995; Stanford et al., 2009. Versione italiana a cura di Fossati, Barratt, Acquarini, & Di Ceglie, 2002): si tratta di uno strumento self-report considerato un gold standard per la valutazione dell'impulsività e delle sue dimensioni. Tale scala è costituita da 30 item valutati su una scala Likert a 4 punti (da “*mai/raramente*” a “*quasi sempre/sempre*”) che permettono di ottenere informazioni su 6 sotto-domini dell'impulsività (fattori di primo ordine): *Attenzione*, *Instabilità cognitiva*, *Impulsività motoria*, *Perseveranza*, *Complessità cognitiva* e *Autocontrollo*. Inoltre, i punteggi possono essere raggruppati ottenendo indicazioni relativamente a 3 componenti (fattori di secondo ordine) di questo costrutto (“*cognitiva/attentiva*”, “*motoria*” e “*da non pianificazione*”) e rispetto alle quali si ottiene un punteggio totale, che più è alto e più è indicativo della presenza di impulsività.

L'alpha di Cronbach valutato in questo studio è di 0.77 evidenziando, dunque, una buona consistenza interna.

2. Toronto Alexithymia Scale – TAS-20 (Bagby et al., 1994; validazione italiana a cura di Bressi et al., 1996): si tratta di un questionario self-report costituito da 20 item e in cui al soggetto è richiesto di indicare quanto è d'accordo con ciascuna affermazione facendo riferimento ad una scala Likert a 5 punti. Consente di ottenere indicazioni su 3 dimensioni che permettono di definire il costrutto di alessitimia: Difficoltà ad identificare i sentimenti (“*Difficulty Identifying Feelings*”, DIF), Difficoltà a comunicare i sentimenti (“*Difficulty Describing Feelings*”, DDF) e Pensiero orientato all'esterno (“*Externally-Oriented Thinking*”, EOT).

I soggetti possono essere classificati, tenendo conto del punteggio globale ottenuto, in: “non alessitimici” (< 51), “borderline” (51-60) e “alessitimici” (≥ 61).

Relativamente all'alpha di Cronbach, in questo studio è pari ad 0.66 dimostrando una consistenza interna accettabile.

3. Youth Self Report – YSR 11-18 (Achenbach, 1991): consente di ottenere un'autovalutazione da parte degli adolescenti (tra gli 11 e i 18 anni) relativamente alle loro competenze sociali e problemi emotivo-comportamentali. Infatti, tre scale

(Scala delle *attività*, Scala delle *competenze sociali* e Scala delle *competenze scolastiche*) permettono di ottenere un *Profilo/Scala delle Competenze* del ragazzo e costituiscono la prima sezione dello strumento. Diversamente, la seconda sezione garantisce l'individuazione e valutazione di 8 *Scale Sindromiche* che vengono raggruppate in 3 macro-categorie, ovvero *Problemi internalizzanti* (ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche), *Problemi esternalizzanti* (non rispetto delle regole, comportamento aggressivo) e *Problemi né internalizzanti né esternalizzanti* (problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione); in queste scale il ragazzo ottiene dei punteggi definiti “normali”, “borderline” o “clinici”.

In totale, quindi, è uno strumento costituito da 112 item valutati su una scala Likert a 3 punti (da “*non vero*” a “*molto spesso o spesso vero*”) e preceduto da una serie di domande semi-strutturate.

In questo studio l'alpha di Cronbach, relativamente alle diverse sottoscale risulta essere $\alpha = 0.75$ per i *Problemi Internalizzanti*, $\alpha = 0.84$ per i *Problemi Esternalizzanti* e $\alpha = 0.91$ per i *Problemi né internalizzanti né esternalizzanti*; dunque, si può evincere che lo strumento abbia una buona consistenza interna.

Il coinvolgimento al presente studio ha previsto, per i genitori, la somministrazione degli strumenti che verranno descritti di seguito, preceduti da una serie di domande aventi l'obiettivo di raccogliere informazioni descrittive e demografiche personali (età, sesso, data di nascita, professione...). Inoltre, data l'emergenza sanitaria da COVID-19, esclusivamente ai genitori dei pazienti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano, sono state proposte delle domande con lo scopo di indagare il benessere personale percepito in questo periodo, eventuali variazioni delle funzioni biologiche e delle attività svolte ed eventuali sintomi fisici, comportamentali, emozionali e cognitivi.

Gli strumenti somministrati sono i seguenti:

1. Scala di Depressione Ansia Stress – DASS (Lovibond & Lovibond, 1995): si tratta di un questionario self-report costituito da 42 item, 14 per ciascuna delle tre scale, valutati su scala Likert a 4 punti (da “*non mi è mai accaduto*” a “*mi è capitato quasi sempre*”). Questi sono riferiti a stati emotivi negativi volti a indicare i livelli di *Depressione - DEP* (in termini di scarsa autostima e motivazione, umore basso...),

Ansia - ANX (in riferimento a percezione di paura, panico e attivazione psicologica) e *Stress - STRESS* (in termini di irritabilità e tensione) vissuti dai soggetti nell'ultima settimana (Parkitny & Mcauley, 2010).

Tuttavia, in questo studio è stata utilizzata una versione ridotta dello strumento, che richiede un tempo di compilazione di circa 10-20 minuti, la DASS-21 (Henry & Crawford, 2005), validata e standardizzata in Italia da Bottesi et al. (2015) e caratterizzata, appunto, da 21 item, 7 per ognuna delle tre scale; questo strumento, nello studio appena citato, presenta un alpha di Cronbach superiore a 0.70 mostrando una consistenza interna buona.

2. Parenting Stress Index – Short Form, PSI-SF (Abidin, 1990; adattamento italiano a cura di Guarino, Di Blasio, D'Alessio, Camicasca, & Serantoni, 2008): si fa riferimento a un questionario self-report, che nella forma breve si caratterizza per 36 item, volti a identificare le cause e le diverse tipologie di stress che si riscontrano nell'essere genitori attraverso una scala Likert a 5 punti (da “*fortemente d'accordo*” a “*fortemente in disaccordo*”).

Nel dettaglio, gli item sono ripartiti in 3 sottoscale di 12 item ciascuna: *Distress Genitoriale* (PD; fattori personali, come depressione o conflitti con il partner, che possono portare a provare distress nell'assunzione del ruolo genitoriale), *Interazione Genitore-Bambino disfunzionale* (P-CDI; misura che si riferisce al grado di insoddisfazione provato verso i figli e l'interazione con questi), *Bambino difficile* (DC; percezione genitoriale della capacità del bambino di autoregolarsi). Attraverso la somma di queste, si ottiene una misura del livello di stress genitoriale. Infine, è presente una scala di controllo, la *Scala di Risposta Difensiva*, indicativa del grado in cui il genitore tende a minimizzare o negare lo stress e le difficoltà del figlio (Haskett, Ahern, Ward, & Allaire, 2006).

L'alpha di Cronbach in questo studio è di 0.93 evidenziando un'ottima consistenza interna.

3. Parental Burnout Assessment – PBA (Roskam, et al., 2018; traduzione italiana a cura di Miscioscia, Brianda, & Simonelli, 2018): si tratta di un questionario self-report costituito da 23 item, valutati su una scala Likert a 7 punti (da “*mai*” ad “*ogni giorno*”), e suddivisi in 4 sottoscale: Esaurimento Emotivo (EX, *exhaustion*), Contrasto con il precedente sé parentale (CO, *Contrast*), Sensazione di essere saturo

(FU, *saturation*) e Distanza emotiva (ED, *emotional distancing*). Attraverso la somma dei punteggi ottenuti in ciascuna sottoscala si ottiene un punteggio globale di presenza di burnout genitoriale che più è alto, maggiore risulta essere indicativo della presenza della sindrome.

Relativamente a questo studio, l'alpha di Cronbach è di 0.97 evidenziando un'ottima consistenza interna.

4. Child Behavior Check List - CBCL 6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001; validazione italiana a cura di Frigerio et al., 2004 e Ivanova et al., 2007): si tratta di un questionario parent-report formato da una parte iniziale di domande semi-strutturate e successivamente da 112 item valutati su una scala Likert a 3 punti (da “*non vero*” a “*molto spesso o spesso vero*”) e riflettendo sul comportamento del ragazzo negli ultimi 6 mesi. Lo strumento si divide in due sezioni che permettono di ottenere informazioni, sulla base della prospettiva del genitore, relativamente alle competenze sociali e ai problemi emotivo-comportamentali dei ragazzi che possono essere valutati come “normali”, “borderline” o “clinici”.

La prima sezione, infatti, riguarda la *Scala delle competenze* (a sua volta costituita dalla *Scala delle attività*, la *Scala delle competenze sociali* e la *Scala delle competenze scolastiche*); la seconda sezione, invece, permette di ottenere dei punteggi relativamente ad 8 *Scale Sindromiche*, che vengono raggruppate in 3 macro-categorie, ovvero *Problemi internalizzanti* (ansia/depressione, ritiro/depressione, lamentele somatiche), *Problemi esternalizzanti* (non rispetto delle regole, comportamento aggressivo) e *Problemi né internalizzanti né esternalizzanti* (problemi sociali, problemi di pensiero, problemi di attenzione).

Relativamente a questo strumento, nel presente lavoro, si evidenzia un Alpha di Cronbach di $\alpha = 0.86$ per i *Problemi Internalizzanti*, $\alpha = 0.89$ per i *Problemi Esternalizzanti* e $\alpha = 0.91$ per i *Problemi né internalizzanti né esternalizzanti*; dunque, si può evincere che lo strumento abbia una buona consistenza interna.

Tuttavia, nel presente lavoro ci focalizzeremo, relativamente ai ragazzi, ai risultati ottenuti nei seguenti strumenti: Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e, considerando l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) sui processi difensivi integrati della *Cognitive Disconnection* (E) e

Deactivation (Ds). Rispetto ai genitori, invece, indagheremo quanto emerso dalla somministrazione del Parental Burnout Assessment (PBA).

CAPITOLO 7 – Risultati

Nel presente capitolo verranno riportati i risultati emersi dalle analisi statistiche effettuate sui dati raccolti al fine di verificare le ipotesi sopra descritte.

Attraverso il Test di Shapiro-Wilk è stata indagata la normalità degli strumenti e, dal momento che la maggior parte delle variabili segue una distribuzione non normale, sono stati scelti test non parametrici, ovvero il Test U di Mann-Whitney e il Test del CHI-quadrato (χ^2) per confrontare i campioni. Inoltre, si è ricorsi a delle correlazioni di Spearman riportando esclusivamente le associazioni significative ($p < .05$). Per eseguire, inoltre, tutte le analisi di seguito riportate è stato utilizzato il pacchetto software SPSS v22.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

7.1 Prima Ipotesi

Per verificare la *prima ipotesi* sono stati utilizzati la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Bagby et al., 1994) per valutare la presenza di alessitimia e la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) (Patton et al., 1995; Stanford et al., 2009) con lo scopo di indagare i livelli di impulsività riportati dagli adolescenti coinvolti in questo studio (N=35) (*Tabella 3*).

Per quanto concerne l'Alessitimia, questa viene riscontrata, con un punteggio oltre il cut-off clinico (>61), nella maggior parte del campione (91.4%); di fatto, solo l'8.6% del campione non riporta tratti alessitimici.

Facendo riferimento all'impulsività, l'intero campione riporta punteggi clinici relativamente a questo costrutto; nello specifico, la maggior parte dei soggetti riportano un livello di impulsività medio (62.9%), il 31,4% un livello lieve e, infine, solo il 5.7% dei soggetti presenta un'impulsività grave.

<u>ADOLESCENTI (N=35)</u>		
TAS-20		
<i>No alessitimia</i>	<i>Alessitimia (>61)</i>	
8.6%	91.4%	
BIS-11		
<i>Livelli lievi (40-59)</i>	<i>Livelli medi (60-70)</i>	<i>Livelli gravi (>80)</i>
31.4%	62.9%	5.7%

Tabella 3. Cut-off questionari adolescenti. I dati riportano le percentuali (%).

Inoltre, suddividendo il campione clinico di nostro interesse (N=35) in due gruppi clinici differenziati rispettivamente per la diagnosi di Disturbo del comportamento alimentare (DCA) (N=24) e di Condotte Autolesive (NSSI) (N=11), sono state analizzate le differenze che intercorrono tra questi.

Rispetto all'Alessitimia (TAS-20), non emergono differenze statisticamente significative ($p > .05$) tra i due campioni clinici presi in esame ($U=115.500$; $p=.563$).

Prendendo in considerazione, invece, l'Impulsività (BIS-11), emerge una differenza significativa tra gli adolescenti con DCA e con Condotte Autolesive (NSSI) rispetto al dominio dell' "Attenzione", al dominio della "Perseveranza", alla sottoscala dell' "Impulsività cognitiva/attentiva" e all' "Impulsività totale". In particolare, come si evince dalla Tabella 4, tale significatività è maggiore tra gli adolescenti che mettono in atto condotte autolesive, che quindi, rispetto ai coetanei con DCA, risultano avere livelli più elevati di impulsività attentiva, di assenza di perseveranza, di impulsività cognitiva/attentiva e di impulsività totale.

Tabella 4. Differenze rispetto all'impulsività tra i due campioni clinici; Rg (μ)= rango della media.

	<u>Adolescenti</u> <u>DCA</u> (N=24)	<u>Adolescenti</u> <u>NSSI</u> (N=11)	<u>U di</u> <u>Mann-</u> <u>Whitney</u>	<u>p-</u> <u>value</u>
BIS-11	Rg(μ)	Rg(μ)		
<i>Attenzione</i>	15.31	23.86	196.500	.020
<i>Mancanza di perseveranza</i>	15.65	23.14	188.500	.043
<i>Impulsività cognitiva/attentiva</i>	15.17	24.18	200.00	.015
<i>Impulsività totale</i>	15.56	23.32	190.500	.036

7.2 Seconda Ipotesi

Successivamente, per verificare la *seconda* ipotesi, è stato indagato il costrutto del burnout genitoriale somministrando il *Parental Burnout Assessment* (PBA) (Roskam, et al., 2018) tra le madri che hanno preso parte a questo lavoro (N=33).

Come si evince dalla *Tabella 5*, emerge che l'88,6% del campione, dunque la maggioranza delle madri coinvolte, non presenta punteggi clinici di burnout genitoriale.

<u>Madri (N=33)</u>			
PBA			
<i>Assente</i>	<i>Rischio moderato</i>	<i>Rischio elevato</i>	<i>Presente</i>
88.6%	2.9%	2.9%	2.9%

Tabella 5. Cut-off questionario madri. I dati riportano le percentuali (%) relative all'assenza, rischio (moderato/elevato) o presenza della sindrome.

Operando, inoltre, un confronto tra le madri appartenenti ai due campioni clinici differenziati, non emergono differenze significative tra queste, in nessuna delle dimensioni indagate dal *Parental Burnout Assessment- PBA* ($p > .05$), né rispetto al livello di Burnout genitoriale *totale* ($U = 104.500$; $p = .534$).

7.3 Terza ipotesi

Con l'obiettivo di verificare la prevalenza di un attaccamento insicuro all'interno del nostro campione clinico (N=35) è stato somministrato il testo narrativo-proiettivo, *Adult Attachment Projective Picture System - AAP* (George et al., 1997; George & West, 2001) dal quale si evince che, come riportato in *Tabella 6*, la maggior parte degli adolescenti appartenenti al campione clinico in esame rientra in un pattern di attaccamento disorganizzato/non risolto (40%), il 31.4% presenta un pattern di attaccamento distanziante, il 14.3% preoccupato e, infine, l'11.4% rientra in un pattern sicuro. Dunque, si evince che l'85.71% dei soggetti riporta un attaccamento insicuro.

Adolescenti (N=35)	
AAP	%
<i>F-sicuro</i>	11.4
<i>E-preoccupato</i>	14.3
<i>DS-distanziante</i>	31.4
<i>U-disorganizzato</i>	40
S-sicuro	11.4
NS-non sicuro	85.7

Tabella 6. Statistiche descrittive delle classificazioni dei pattern di attaccamento nel campione clinico totale. I dati riportano le percentuali (%).

In seconda battuta è stato effettuato un confronto tra gruppi clinici (NSSI - DCA); tuttavia, dalle analisi non emergono differenze significative tra questi. Tale assenza di differenze si riscontra sia riferendoci alla differenziazione tra i 4 pattern di attaccamento (sicuro, preoccupato, distanziante e disorganizzato) ($\chi^2= 3.048$; $p= 0.384$) sia considerando la distinzione più ampia tra attaccamento sicuro ed insicuro ($\chi^2= 2.168$; $p=0.141$).

7.4 Quarta ipotesi

Con lo scopo di indagare la *quarta ipotesi*, sono state condotte delle correlazioni tra le variabili indagate nei due gruppi clinici di adolescenti (NSSI -DCA) e le due difese integrate dell'AAP, ovvero la *Cognitive Disconnection* (E) e la *Deactivation* (Ds); non solo, tale associazione è stata esplorata anche considerando il burnout genitoriale indagato

relativamente alle madri dei soggetti appartenenti ai due gruppi clinici e le due difese sopra citate.

7.4.1 Ragazzi

Prendendo in esame il costrutto dell'impulsività e dell'alessitimia rispettivamente ai due gruppi clinici costituiti da adolescenti con NSSI e DCA e le due difese integrate dell'AAP, ovvero la *Cognitive Disconnection* (E) e la *Deactivation* (Ds), con annessi i loro indicatori, verranno riportate di seguito le correlazioni significative ($p < .05$) tra queste variabili (*Tabella 7*).

Partendo dall'alessitimia, indagata con la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), si evidenziano le correlazioni significative ($p < .05$), riscontrate rispettivamente nel campione con NSSI e in quello con DCA, di seguito riportate, con l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP).

Relativamente agli adolescenti con NSSI si evidenzia una correlazione positiva tra la sotto-scala "*Difficoltà ad identificare i sentimenti*" della TAS-20 e un indicatore della *Cognitive Disconnection* (E), *E-Entangling*.

Considerando, invece, adolescenti con DCA si riscontra una correlazione negativa tra la sotto-scala "*Difficoltà ad identificare i sentimenti*" e la *Deactivation* (Ds); in più, si osserva un'associazione negativa tra la sotto-scala "*Pensiero orientato all'esterno*" della TAS-20 e uno dei sette indicatori della *Deactivation* (Ds), *Ds-Rejection*; inoltre, si osserva una correlazione negativa anche tra il punteggio totale dell'Alessitimia e il medesimo indicatore della *Deactivation* (Ds).

Tabella 7. Correlazioni tra TAS-20 e difese integrate dell'AAP nei due gruppi clinici (NSSI - DCA). (r = coefficiente di correlazione di Spearman)

Campione clinico_NSSI (N=11)		
TAS-20	E-Entangling	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Difficoltà ad identificare i sentimenti</i>	.669	.024
Campione clinico_DCA (N=23)		
TAS-20	Ds-totale	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Difficoltà ad identificare i sentimenti</i>	-.460	.024
	Ds-Rejection	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>TAS_Totale</i>	-.532	.007
<i>Pensiero orientato all'esterno</i>	-.448	.028

Rispettivamente all'impulsività, valutata con la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11), si evincono, dalle analisi correlazionali riportate in *Tabella 8*, le seguenti correlazioni significative ($p < .05$) considerando separatamente il gruppo clinico con DCA e quello con NSSI con l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP).

A partire dal gruppo NSSI, si osservano due correlazioni negative tra il dominio dell'"*Instabilità cognitiva*" (BIS-11) e, rispettivamente, l'indicatore *Ds-Negative Evaluation*, della difesa *Deactivation* (Ds), e un indicatore della *Cognitive Disconnection* (E), *E-Entangling*.

Passando al gruppo con DCA, emerge una correlazione positiva tra il dominio della BIS-11 dell'"*Attenzione*" e l'indicatore *DS-Achievement*, parte della *Deactivation* (Ds); in più, la sotto-scala dell' "*Impulsività cognitiva/attentiva*", di cui fa parte il dominio sopra indicato, della BIS-11 correla positivamente con il medesimo indicatore della *Deactivation* (Ds).

Si riscontra un'associazione negativa tra i medesimi fattori della BIS-11, "*Attenzione*" e "*Impulsività cognitiva/attentiva*" e l'indicatore della *Deactivation* (Ds), *Ds-Neutralizing*. Ancora, si coglie una correlazione positiva, rispettivamente, tra il dominio della

"*Complessità Cognitiva*", il fattore di second'ordine più ampio dell' "*Impulsività da assenza di pianificazione*" della BIS-11, in cui tale dominio è inserito, e la *Ds-Deactivation*.

Il dominio dell' "*Attenzione*" indagato con la BIS-11, inoltre, risulta essere associato negativamente con la difesa integrata della *Cognitive Disconnection* (E), mentre il dominio dell' "*Autocontrollo*" e il fattore di second'ordine più ampio in cui è inserito della BIS-11, ovvero l' "*Impulsività da assenza di pianificazione*" correlano, rispettivamente, negativamente con un indicatore della *Cognitive Disconnection* (E), ovvero *E-Anger*.

Infine, il dominio dell' "*Instabilità cognitiva*" della BIS-11 è associato positivamente con l'indicatore *E-Feisty* e negativamente con l'indicatore *E-Entangling*.

Tabella 8. Correlazioni BIS-11 e difese integrate dell'AAP nei due gruppi clinici (NSSI - DCA). (r = coefficiente di correlazione di Spearman)

Campione clinico_NSSI (N=11)					
BIS-11	Ds-Negative Evaluation				
	<i>r</i>	<i>p-value</i>			
<i>Instabilità cognitiva</i>	-.657	.028			
E-Entangling					
	<i>r</i>	<i>p-value</i>			
<i>Instabilità cognitiva</i>	-.645	.032			
Campione clinico_DCA (N=23)					
BIS-11	Ds_Achievement		Ds-Neutralizing		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>	<i>r</i>	<i>p-value</i>	
<i>Attenzione</i>	.452	.026	-.514	.011	
<i>Impulsività cognitiva/attentiva</i>	.510	.011	-.400	.053	
Ds-Deactivation					
	<i>r</i>	<i>p-value</i>			
<i>Complessità cognitiva</i>	.450	.027			
<i>Impulsività da assenza di pianificazione</i>	.415	.044			
Cognitive Disconnection (E)					
	<i>r</i>	<i>p-value</i>			
<i>Attenzione</i>	-.448	.028			
E-Anger					
	<i>r</i>	<i>p-value</i>			
<i>Autocontrollo</i>	-.400	.053			
<i>Impulsività da assenza di pianificazione</i>	-.468	.021			
		E-Feisty		E-Entangling	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>	<i>r</i>	<i>p-value</i>	
<i>Instabilità Cognitiva</i>	.466	.022	-.468	.021	

7.4.2 Madri

Come evidenziato nella *Tabella 9*, successivamente verranno riportate le correlazioni significative emerse dal confronto tra il costrutto del burnout genitoriale indagato con l'utilizzo del *Parental Burnout Assessment (PBA)* riscontrato nelle madri di adolescenti rispettivamente con NSSI e DCA e la *Cognitive Disconnection (E)* e la *Deactivation (Ds)*, valutate con l'*Adult Attachment Projective Picture System (AAP)*.

Partendo dalle madri di adolescenti con NSSI si riscontra una correlazione positiva tra i livelli totali di Burnout (*PBA_totale*) e un indicatore della Deactivation, *Ds-Social Role*; la sottoscala della “*Distanza emotiva*” indagata con il PBA, inoltre, correla positivamente con il medesimo indicatore della Ds.

Si coglie, inoltre, un'associazione negativa tra il livello totale di burnout genitoriale (*PBA_totale*) e la *Ds-Rejection*, altro indicatore della difesa sopra citata; non solo, le seguenti sotto-scale del PBA, “*Esaurimento emotivo*”, “*Contrasto con il precedente sé parentale*” e “*Sensazione di essere saturo*”, correlano positivamente con il medesimo indicatore (*Ds-Rejection*).

Infine, si individua un'unica correlazione negativa tra la sotto-scala del PBA “*Contrasto con il precedente sé parentale*” e l'indicatore *Ds-Deactivation*.

Passando alle madri di adolescenti con DCA, si osserva un'unica correlazione positiva tra la sotto-scala del PBA “*Distanza emotiva*” e l'indicatore della *Cognitive Disconnection, E-Unfinished*.

Tabella 9. Correlazioni tra PBA e difese integrate dell'AAP nei due gruppi clinici (NSSI - DCA); (r = coefficiente di correlazione di Spearman).

Campione madri_NSSI (N=11)		
PBA	Ds-Social Role	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Distanza emotiva</i>	.766	.006
<i>PBA_totale</i>	.645	.032
Ds-Rejection		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Esaurimento Emotivo</i>	.758	.007
<i>Contrasto con il precedente sé parentale</i>	.827	.002
<i>Sensazione di essere saturo</i>	.822	.002
<i>PBA_totale</i>	.791	.004
Ds-Deactivation		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Contrasto con il precedente sé parentale</i>	-.602	.050
Campione madri_DCA (N=23)		
PBA	E-Unfinished	
	<i>r</i>	<i>p-value</i>
<i>Distanza emotiva</i>	.453	.034

CAPITOLO 8 – Discussione

Considerando la *prima ipotesi*, i risultati emersi dimostrano la presenza di punteggi elevati di alessitimia e livelli medi di impulsività, dato il confronto tra i cut-off degli strumenti somministrati, nei soggetti (N=35) che hanno preso parte al nostro studio arrivando, quindi, a confermare la presenza di una disregolazione emotiva tra gli adolescenti con tali problematiche psicopatologiche. Tale riscontro risulterebbe essere in linea con quanto riportato in letteratura; l'alessitimia e l'impulsività rappresenterebbero, infatti, due strategie regolatorie disfunzionali messe in atto da soggetti con DCA e NSSI a fronte di una disregolazione sul piano affettivo (Adrian et al., 2011; Segan & Golan, 2016). Infatti, le Condotte autolesive consentono, attraverso un atto immediato (Nock & Prinstein, 2005), di gestire e ridimensionare affetti negativi vissuti come soffocanti o di arrivare a provare nuove sensazioni positive, come la gratificazione (Klonsky, 2007; Gatta et al., 2020).

Similmente, il ricorso a pratiche alimentari disfunzionali come i comportamenti restrittivi, le abbuffate e/o le condotte eliminative, che sfociano in disturbi conclamati, viene considerato come un tentativo, che si rivelerà disfunzionale, finalizzato a modificare, controllare e/o evitare stati affettivi negativi (Fairburn et al., 2003); allo stesso modo, la capacità di auto-controllo che caratterizza la capacità di restringere sul piano alimentare e l'impulsività che spinge ad abbuffarsi rappresentano due condotte utili a provare un senso di soddisfazione e benessere, anche se ingannevole (Leombruni & Fassino, 2009).

Operando un confronto tra gruppi clinici (DCA - NSSI) rispetto ai costrutti sopra citati, in prima battuta, non si riscontrano tra adolescenti con DCA e NSSI differenze relativamente al costrutto dell'alessitimia; questo esito non ci permette di confermare un altro aspetto indagato dalla *prima ipotesi*, ovvero l'idea che i tratti alessitimici siano presenti in misura maggiore tra gli adolescenti con DCA se confrontati con coetanei con NSSI. Dunque, se effettivamente i soggetti con DCA, come riportato in letteratura, appaiano come emotivamente distaccati e coartati sul piano emozionale con una difficoltà evidente nell'identificare e comunicare i propri sentimenti e affetti (Montebarocci et al., 2006; Ballarotto et al., 2017), il risultato emerso potrebbe essere ascrivibile al fatto che altri autori, come Miscioscia et al., (2022), riscontrano le medesime difficoltà anche in adolescenti con NSSI. Ovvero, anche se l'agito autolesivo nasce da una spinta impulsiva,

questo potrebbe essere esperito con l'obiettivo di arrivare a provare delle emozioni data una condizione iniziale in cui queste sembrerebbero essere assenti e in cui ci si sente insensibili (Chapman et al., 2006; Klonsky, 2007). Non solo, dal momento che la presenza di Alessitimia in questi soggetti risulterebbe essere associata alla frequenza con cui questi agiti vengono messi in atto (Gatta et al., 2016), potremmo supporre che gli adolescenti appartenenti al nostro campione ricorrono frequentemente a tali condotte disfunzionali manifestando, dunque, Alessitimia, informazione di cui, purtroppo, non disponiamo, ma che sarebbe interessante approfondire. In secondo luogo, ultimo risultato atteso relativamente alla *prima ipotesi*, riguarda la presenza di livelli di impulsività maggiori, operando un confronto tra gruppi clinici, tra gli adolescenti con NSSI rispetto a coloro con DCA; tale aspettativa è confermata dai risultati emersi. In effetti, gli adolescenti che ricorrono a Condotte autolesive coinvolti nel nostro lavoro tendono a presentare livelli più elevati di disattenzione, impulsività cognitiva/attentiva, assenza di perseveranza e impulsività totale se confrontati, relativamente al costrutto dell'impulsività, a soggetti con DCA.

Il lavoro di Preyde et al., (2012) rappresenta una conferma ai risultati da noi riscontrati; infatti, adolescenti autolesionisti tenderebbero a presentare una disregolazione sia sul piano impulsivo che attentivo. L'atto autolesivo viene descritto come immediato e, a conferma della scarsa perseveranza, privo di qualsiasi riflessione e pianificazione a lungo termine (Nock & Prinstein, 2005), soprattutto tra coloro che ricorrono a tale condotta abitualmente; sembrerebbe, inoltre, esser proprio la scarsa capacità di perseverare a spingere l'adolescente a ricorrere, a fronte di affetti ed emozioni ingestibili e negative, a tali agiti non riuscendo pertanto a resistere all'impulso di farsi del male (Glenn & Klonsky, 2010). Ed è proprio questa tendenza a cedere all'urgenza e all'impulso di farsi del male, per poter ottenere una sorta di sollievo, che spinge alcuni autori a considerare le condotte autolesive come un disturbo relativo al controllo degli impulsi (Pattison & Kahan, 1983). Un'ulteriore spiegazione ai risultati emersi potrebbe essere individuata, tuttavia, considerando la distribuzione delle diagnosi all'interno del nostro campione; di fatto, questo è costituito per il 68.6% dei casi da adolescenti con DCA con una prevalenza di Anoressia Nervosa (40%), mentre coloro che presentano NSSI sono solo il 31.4%. Dunque, gli adolescenti con DCA rientrano per lo più all'interno di una categoria, quella dell'Anoressia Nervosa, che nella forma restrittiva si caratterizza per un eccessivo

autocontrollo, perfezionismo, cautela e rigidità (Vitousek & Manke, 1994), elementi che potrebbero spiegare i livelli più bassi di impulsività riscontrati a confronto con i soggetti NSSI.

Al contrario, le abbuffate e/o condotte eliminative che si riscontrano in soggetti con Bulimia Nervosa, Binge Eating o Anoressia nella forma con abbuffate/condotte eliminative, rappresenterebbero delle condotte mosse da una disregolazione in termini di impulsività, ipotesi confermata anche sul piano neurale dalla maggiore attivazione nei soggetti sopra citati della corteccia prefrontale dorsolaterale destra nel tentativo di inibire la risposta comportamentale (Lock et al., 2011). Altri autori, ancora, preferiscono parlare dei DCA come disposti lungo un continuum dove ai due estremi troviamo da un lato tratti ossessivo-compulsivi riconducibili al controllo e, dall'altro, tratti impulsivi (McElory et al., 1994), suggerendo quindi la possibilità che vi sia una forte variabilità interindividuale. Proprio per questo, sarebbe interessante provare a replicare i risultati emersi nel nostro studio e, come detto, confermati dalla letteratura, considerando gruppi clinici più equilibrati dal punto di vista della distribuzione delle diagnosi e in cui è possibile operare un confronto anche tra i diversi sotto-tipi di DCA e l'NSSI.

Dunque, sulla base dei risultati emersi e del riscontro con la letteratura, possiamo solo in parte confermare la *prima ipotesi*.

Al fine di perseguire il secondo obiettivo è stato indagato il benessere psicofisico delle madri degli adolescenti che hanno preso parte a questo lavoro e la possibilità che il malessere del figlio possa determinare l'emergere di una sindrome, quella del burnout genitoriale. Il *burnout* è stato solo recentemente applicato al contesto genitoriale (Bianchi et al., 2014), dunque in letteratura sono esigui gli studi che valutano tale costrutto, soprattutto se prendiamo in considerazione le problematiche psicopatologiche di nostro interesse; di fatto, relativamente alle Condotte Autolesive solo due studi (Byrne et al., 2008; Oldershaw et al., 2008) riportano tra i genitori di adolescenti NSSI la presenza di esaurimento, mentre nel campo dei DCA, esclusivamente Zabala et al. (2009) parlano di livelli di esaurimento tra i genitori pari a quelli di chi si occupa di soggetti psicotici.

Dunque, cercando di ampliare la letteratura esistente, sono stati indagati i livelli di burnout materno tra le madri che hanno preso parte a questo studio; tuttavia, non emergono livelli clinici di tale sindrome, risultato che si scontra con quanto, in prima istanza, ci attendevamo nella *seconda ipotesi*.

La spiegazione di tale risultato risulta esser complessa a fronte della scarsità di studi presenti in letteratura, come accennato, che non consente di operarvi un confronto; tuttavia, cogliendo le caratteristiche della sindrome possono essere proposte delle riflessioni. Specificatamente, il *burnout*, anche in ambito genitoriale, risulterebbe essere conseguenza di un forte squilibrio tra le domande (intese in termini di fattori di rischio) e le risorse a disposizione (ovvero, fattori di protezione) (Mikolajczak & Roskam, 2018); dunque, l'assenza di burnout nel nostro campione potrebbe farci pensare alla presenza, al contrario, di un equilibrio tra tali fattori che, tuttavia, non abbiamo indagato. Alcuni autori (Power et al., 2009; Morgan et al., 2013), invece, sostengono che il forte distress esperito dai genitori dopo esser venuti a conoscenza del disturbo sia una condizione che spesso precede l'emergere della psicopatologia nel figlio; dunque, potremmo supporre che in precedenza le madri coinvolte in questo studio non riportassero tale condizione, altro elemento che andrebbe indagato.

Concludendo, il *burnout genitoriale* rappresenta una forma di stress che persiste per periodi prolungati tanto da procurare un esaurimento delle risorse a disposizione, dunque cronico (Mikolajczak, 2018); rispetto a questo è interessante notare che il nostro campione esperisce i sintomi, nella maggioranza dei casi (65.7%), da meno di un anno, dato che potrebbe farci supporre che non sia trascorso un periodo tale da provocare l'emersione della sindrome. Non solo, soprattutto nelle fasi iniziali i ragazzi potrebbero tenere nascoste le condotte disfunzionali messe in atto e i genitori tendere a minimizzarle (Crowell et al., 2008; Kelada et al., 2016), due elementi che, anche se per motivazioni diverse, renderebbero meno consapevoli i genitori delle conseguenze di tali disturbi e dunque meno inclini a sviluppare burnout.

Confrontando, inoltre, i due gruppi clinici di nostro interesse, non emergono differenze significative in termini di *burnout materno* tra le madri di adolescenti con NSSI e DCA; risultato che ci consente di confermare quanto ipotizzato, in seconda battuta, nella *seconda ipotesi*.

Tale risultato non sorprende dal momento che in entrambi i disturbi il protagonista risulta essere il corpo e l'attacco ad esso con lo scopo ultimo di poterne controllare i cambiamenti tipici che caratterizzano questa fase evolutiva e utilizzarlo come mezzo attraverso cui esprimere affetti ed emozioni altrimenti incomunicabili (Favaro & Santonastaso, 2000; Maggiolini & Charmet, 2008); dunque, nei genitori potrebbero emergere preoccupazioni

simili legate all'incolumità dei figli che potrebbero sfociare nella sindrome di burnout. Di fatto, si osservano, relativamente ad entrambi i disturbi, tentativi da parte dei genitori di modificare i comportamenti nei confronti dei figli al fine di evitare, da un lato che si taglino per far fronte al distress conseguito da eventuali litigi (Byrne et al., 2008) e dall'altro che si inducano il vomito, incorrano in abbuffate o ulteriori restrizioni alimentari (Holtkamp et al., 2005). Dunque, l'iper-vigilanza e la presenza di una serie di sintomi simili emergenti tra i genitori dopo aver scoperto queste condotte (ansia, colpa, depressione, vergogna...) (Kyriacou et al., 2008; Whitlock et al., 2018) e la centralità del corpo, come indicato sopra, ci permettono di considerare come plausibile l'assenza di differenze in termini di *burnout* tra le madri che hanno preso parte a questo studio.

Infine, bisogna evidenziare l'assenza di studi volti a confrontare tale sindrome tra i genitori di adolescenti con le problematiche di nostro interesse, aspetto che rende complessa la possibilità di ipotizzare delle differenze tra questi.

Sempre a partire dai limiti riscontrati in letteratura, nella *terza ipotesi* si prevede, principalmente, la possibilità di confermare la presenza di un attaccamento insicuro tra gli adolescenti con NSSI e DCA non ricorrendo, in questo caso, a strumenti self-report, ma ad uno strumento narrativo-proiettivo quale l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP). Nel nostro campione si constata che la maggioranza dei soggetti (85.71%) riporta un attaccamento insicuro, dunque possiamo confermare quanto ipotizzato. Tale risultato, trova di fatto conferma anche in letteratura dove diversi autori dimostrano la presenza di un'associazione tra attaccamento insicuro e, rispettivamente, le condotte autolesive (Farber, 2008; Santangelo et al., 2017) e i disturbi del comportamento alimentare (Salcuni et al., 2017; Cortés-García et al., 2021) in una popolazione adolescenziale; non solo, vi è conferma che uno stile di attaccamento insicuro possa fungere da fattore di rischio per l'emergere di tali condotte disfunzionali sia sul piano alimentare che autolesivo, al contrario dell'attaccamento sicuro che può rappresentare un fattore protettivo (Raja et al., 1992; Daly, 2015; Sutton, 2019). Relativamente ai diversi pattern di attaccamento, la maggioranza dei soggetti con attaccamento insicuro, nel nostro campione, rientra in un pattern di attaccamento disorganizzato/non risolto (40%), il 31.4% presenta un pattern di attaccamento distanziante, il 14.3% preoccupato; dunque, si denota una certa eterogeneità relativamente a questi risultati, come d'altronde conferma la letteratura, dal momento in cui prevede una prevalenza di pattern di attaccamento

preoccupato e disorganizzato tra gli adolescenti con NSSI (Pallini et al., 2020) e la presenza, non riportando risultati univoci, di tutti e tre i pattern insicuri tra gli adolescenti con DCA (Ramacciotti et al., 2001; Tereno et al., 2008; Grander et al., 2018).

È, infine, interessante riportare che, in letteratura, è riscontrata un'associazione tra l'attaccamento insicuro e la disregolazione emotiva, entrambi osservati negli adolescenti parte del nostro campione. Nello specifico, l'attacco al corpo eseguito da ragazzi autolesionisti e con comportamenti alimentari disfunzionali, rappresenterebbe un tentativo di regolare i propri affetti a fronte di un attaccamento insicuro (Martin et al., 2017; Cortés-García et al., 2019); tuttavia, a causa della scarsa numerosità del nostro campione non è stato possibile indagare l'effettivo ruolo da mediatore assunto dalla disregolazione emotiva nella relazione che intercorre tra l'attaccamento insicuro e le problematiche psicopatologiche di nostro interesse.

Inoltre, eseguendo una differenza tra gruppi clinici (DCA e NSSI), non si individuano differenze significative tra essi né considerando la distinzione più ampia tra attaccamento insicuro e sicuro, né considerando tutti e quattro i pattern possibili (sicuro, distanziante, preoccupato, disorganizzato/irrisolto), confermando quanto ulteriormente previsto dalla *terza ipotesi*. Di fatto, le Condotte Autolesive vengono intese come dei “comportamenti estremi di attaccamento” volti a richiamare un caregiver percepito come poco responsivo al fine di renderlo consapevole del vissuto di sofferenza esperito (Adam, 1994); similmente, i comportamenti disfunzionali sul piano alimentare mostrati da adolescenti con DCA sembrerebbero emergere a fronte di una base sicura “compromessa” con lo scopo ultimo di ricercare o stabilire una vicinanza persa o mai avuta con il caregiver (Orzolek-Kronner, 2002). Dunque, sulla base di tali evidenze sarebbe complesso pensare che le popolazioni di nostro interesse possano presentare un attaccamento sicuro o delle differenze rispetto a tale costrutto se confrontate tra loro dal momento che, alla base, sembrerebbe esserci il medesimo tentativo, talvolta disperato, di richiamare a sé l'altro. Dunque, alla luce di quanto emerso dai nostri risultati e confermato dalla letteratura, possiamo avvalorare quanto atteso dalla *terza ipotesi*.

Nella *quarta ipotesi* vi è l'attesa di osservare, in entrambi i gruppi clinici (NSSI- DCA), delle associazioni tra i due costrutti indicativi di una disregolazione emotiva, ovvero alestitimia e impulsività, e le due difese integrate dell'AAP (*Cognitive Disconnection e Deactivation*), attesa effettivamente confermata dai risultati riscontrati.

In prima battuta, discuteremo i risultati emersi relativamente al costrutto dell'Alessitimia nei due gruppi clinici di nostro interesse (NSSI - DCA).

Nello specifico, tra gli adolescenti con NSSI, si riscontra un'associazione positiva tra la "Difficoltà ad identificare i sentimenti", sotto-scala della TAS-20, e l'E-*Entangling* – indicatore della Cognitive Disconnection (E) che porta a descrivere i personaggi come emotivamente invischiati. Tale correlazione potrebbe essere spiegata supponendo un legame tra la difficoltà a comprendere e comunicare gli affetti, caratterizzante l'alessitimia (Bagby et al., 1994), e il ricorso alla *Cognitive Disconnection*, che si caratterizza per un'attivazione e confusione sul piano emotivo che non consente di collegare quello che viene esperito ad una fonte (George & West, 2012).

Risulta interessante quanto riportato in letteratura, ovvero che le condotte autolesive rappresenterebbero un mezzo per ridurre gli affetti negativi emersi a fronte, contemporaneamente, di una forte disregolazione emotiva, che potremmo intendere in termini di alessitimia, e un'iper-attivazione a livello emotivo che caratterizza coloro che ricorrono all'utilizzo della *Cognitive Disconnection* (George & West, 2012).

Relativamente agli adolescenti con DCA, si osservano associazioni negative tra la "Difficoltà ad identificare i sentimenti", sotto-scala della TAS-20, e la difesa integrata della *Deactivation* (Ds); non solo, l'alessitimia totale e la sotto-scala della TAS-20 "Pensiero orientato all'esterno" correlano negativamente con un indicatore di tale difesa, ovvero *Ds-Rejection* (che si caratterizza per un rifiuto dell'altro e/o delle proprie emozioni). Probabilmente, questo risultato è ascrivibile al fatto che ad una maggiore difficoltà ad identificare gli affetti esperiti e ad un'elevata tendenza a focalizzare l'attenzione su quanto accade all'esterno si associa una minore tendenza a ricorrere, a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, ad una difesa come la *Deactivation* che porta a respingere e deattivare gli affetti elicitati da tale attivazione stessa creando una "distanza" rappresentazionale tra individuo e fonte dell'attivazione (George & West, 2012), dal momento che questi affetti non vengono riconosciuti, identificati.

Consideriamo, ora, l'impulsività e le associazioni emerse, a conferma della *quarta ipotesi*, con le due difese integrate dell'AAP, quindi *Cognitive Disconnection* (E) e *Deactivation* (Ds), differenziando il gruppo di adolescenti con NSSI e successivamente con DCA.

Relativamente ad adolescenti che ricorrono a Condotte Autolesive (NSSI), si riscontra un'associazione negativa tra il dominio dell' "*Instabilità cognitiva*", indagato con la BIS-11, e rispettivamente due indicatori delle due difese sopra indicate, ovvero la *Ds-Negative Evaluation* e la *E-Entangling*.

Dunque, elevati livelli di impulsività sul piano cognitivo sono associati ad un ridotto ricorso, da parte degli adolescenti con NSSI, alle difese integrate dell'AAP. Queste, infatti, nonostante rappresentino una strategia difensiva a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento indicanti la presenza di elementi indesiderati che vengono evitati, nel caso della *Deactivation* (Ds) o percepiti come tali da provocare un'iper-attivazione sul piano emotivo (*Cognitive Disconnection*) consentono comunque al soggetto di mantenere uno stato di "organizzazione" (George & West, 2012), possibilità che sembrerebbe essere meno percorribile data l'associazione ad alti livelli di impulsività in questi soggetti. Dunque, sembrerebbe ritornare l'evidenza di Pallini et al. (2020) secondo i quali le condotte autolesive nascono proprio a fronte di scarse capacità regolatorie (che potremmo intendere in termini di alti livelli di impulsività) che si associano al ricorso a difese meno integrate, come quelle dei *Sistemi segregati* (SS), aspetto che potrebbe spiegare, data un'elevata disregolazione, lo scarso ricorso alla *Cognitive Disconnection* e *Deactivation* in questo gruppo clinico.

Tra gli adolescenti con DCA, si osserva un'associazione positiva tra la sotto-scala "*Impulsività cognitiva/attentiva*" della BIS-11 e la *Ds-Achievement/Intellect*, indicatore della *Deactivation* con cui correla positivamente anche il dominio dell' "*Attenzione*" che rientra nella sotto-scala sopra citata. Similmente, la sotto-scala, dell' "*Impulsività da non pianificazione*" e un dominio di questa, ovvero la "*Complessità cognitiva*" si associano positivamente all'indicatore *Ds-Deactivation*.

Per cui, sembrerebbe che all'aumento di una disregolazione, in termini impulsivi, sul versante cognitivo, è associato un maggior tentativo di ricorrere, a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, ad una difesa che spinge ad allontanarsi dagli affetti elicitati da questa riportando storie in cui il mondo relazionale viene descritto come freddo, neutro e distaccato con l'obiettivo di deattivare quanto elicitato dall'immagine e rifiutare i bisogni di attaccamento (George & West, 2012), freddezza e distacco che sembrano compromesse in chi tende ad agire in modo impulsivo. Dunque, è come se ad una aumentata percezione di perdere il controllo corrisponda un elevato ricorso ad una difesa

che permette di controllarsi e distanziarsi; ricerca di controllo che caratterizza gli adolescenti con DCA, dal momento che parliamo di un disturbo che nasce proprio con l'intento di gestire i cambiamenti corporei tipici dell'età adolescenziale (Favaro & Santonastaso, 2000) e nel quale, episodi di discontrollo come le abbuffate si associano, al fine di essere compensati, a condotte eliminative, per arrivare a ri-stabilire l'equilibrio.

A conferma di quanto appena evidenziato, sono interessanti anche le correlazioni negative emerse tra l'impulsività (BIS-11) e, in questo caso, la *Cognitive Disconnection* (E); nello specifico, tra la sotto-scala dell' "*Impulsività cognitiva/attentiva*", ovvero "*attenzione*" e "*instabilità cognitiva*", e rispettivamente con la *Cognitive Disconnection* (E) e un suo indicatore, *E-Entangling*. Similmente, si osserva un'associazione negativa rispettivamente tra l' "*Autocontrollo*", dominio della BIS-11, e la sotto-scala più ampia di cui fa parte, "*Impulsività da non pianificazione*", con un altro indicatore della *Cognitive Disconnection* (E), *E-Anger*.

Questi risultati potrebbero essere spiegati considerando il fatto che un'elevata impulsività cognitiva è associata ad un ridotto ricorso alla *Cognitive Disconnection* (E), strategia che seppur difensiva e tale da favorire un'integrazione, renderebbe il soggetto iper-attivato e dis-controllato sul piano affettivo al fine di oscurare le relazioni, condizione, quella della perdita di controllo, rifiutata dai soggetti con DCA.

Dunque, potremmo concludere che, sulla base dei risultati appena discussi, in generale alti livelli di impulsività sembrano associarsi, tenendo conto delle eccezioni sopra descritte, positivamente ad un maggior ricorso a difese che consentono, a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, di mantenere un certo controllo e distacco sul piano emotivo (*Deactivation* - Ds); al contrario, si associano negativamente alla *Cognitive Disconnection* (E), probabilmente per evitare un'ulteriore perdita di equilibrio e controllo, mal tollerata dai soggetti con DCA.

Anche se, quindi, questo punto di vista relativo al controllo trova riscontro in letteratura (Favaro & Santonastaso, 2000), va tenuto conto del fatto che altri autori (Latzer & Hochdof, 2005; Grandeur et al., 2018) riscontrano che adolescenti con DCA si caratterizzano per una forte disregolazione emotiva che si associa, in alcuni casi, al ricorso a difese molto meno integrate come quelle dei *Sistemi segregati* (SS) con riferimenti a contenuti mortiferi; come se in assenza di controllo cercassero di riacquisirlo con i sintomi, visti come un atto suicida latente. Tuttavia, il ricorso a delle difese piuttosto che

ad altre dipende anche dallo stile di attaccamento maturato sulla base delle relazioni primarie (George & West, 2012), aspetto di cui sarebbe importante tener conto.

Per di più, emergono delle correlazioni negative tra l'“*Attenzione*” e in generale l'“*Impulsività cognitiva*”, indagata con la BIS-11 e l' indicatore *Ds-Neutralizing* della *Deactivation* (Ds); non solo, si osserva una correlazione positiva tra il dominio dell'“*Instabilità cognitiva*” e l'indicatore *E-Feisty* della *Cognitive Disconnection* (E), risultati che sembrerebbero discostarsi dalle riflessioni sopra riportate.

Tuttavia, potremmo trovare una spiegazione tenendo conto dei diversi sotto-tipi dei DCA, supponendo che all'aumento dell'impulsività sul piano cognitivo si associa una ridotta tendenza a ricorrere alla *Deactivation*, e quindi ad un distacco sul piano emotivo in pazienti con Bulimia Nervosa, Disturbo da Binge Eating o Anoressia nella forma delle abbuffate/condotte eliminative.

Infatti, Montebanocci et al. (2006) sostengono che adolescenti con questi disturbi, a fronte di più alti livelli di impulsività appaiono come meno “distaccati” e “controllati” a differenza di coloro che presentano un'Anoressia nervosa in termini restrittivi (Montebanocci et al. 2006), dimostrando che quindi, potrebbe esserci un'associazione tra alti livelli di impulsività e un ridotto ricorso a tale difesa integrata dell'AAP.

Al contrario, come evidenziato dalle correlazioni positive con la *Cognitive Disconnection* (E), in alcuni casi gli elevati livelli di impulsività e la fatica a controllare l'iper-attivazione sul piano affettivo corrispondono ad un maggior ricorso ad una difesa che, seppur caratterizzandosi per una forte confusione e attivazione che si riflette nella narrazione della storia, può rappresentare un tentativo di esprimere l'impulsività mantenendo un certo stato di organizzazione (George & West, 2012).

Infine, questi risultati non del tutto conformi, potrebbero essere ascrivibili all'ampia variabilità interindividuale che caratterizza i soggetti con DCA soprattutto in base alla considerazione dei diversi sotto-tipi di questo disturbo, tanto che si è soliti definirli come disposti lungo un continuum dove possono essere riscontrati, ai due estremi, tratti ossessivo-compulsivi o impulsivi di diversa entità (McElroy et al., 1994).

In ultima istanza, nella *quinta ipotesi*, ci si aspettava, distinguendo i due gruppi clinici (NSSI - DCA) la presenza di associazioni significative tra il burnout genitoriale e le difese integrate dell'AAP; aspettativa che, come descritto di seguito, è stata confermata a

dimostrazione del fatto che, nell'ottica della bidirezionalità dei risultati, è plausibile riscontrare un'associazione tra lo stress, in questo caso cronico, esperito dalle madri e la presenza di un attaccamento insicuro che potrebbe indurre i soggetti a ricorrere a queste difese a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento (Stelter & Halberstadt, 2011). Approfondendo i risultati, relativamente al gruppo NSSI, si riscontra, in generale, un'associazione positiva tra il *burnout genitoriale* e la difesa della *Deactivation* (Ds). Più approfonditamente, tali associazioni si riscontrano tra il punteggio totale di *burnout* e un indicatore della *Deactivation*, ovvero *Ds-Social Role* che, inoltre, correla positivamente anche con una sotto-scala del PBA, ovvero la "*Distanza emotiva*"; non solo, si osserva un'associazione positiva tra l'indicatore *Ds-Rejection* e sia il punteggio totale di *burnout*, che tutte le sotto-scale dello strumento ("*Esaurimento Emotivo*", "*Contrasto con il precedente sé parentale*", "*Sensazione di essere saturo*"), fatta eccezione per la "*Distanza emotiva*".

Tali associazioni potrebbero essere spiegate dal fatto che alla maggiore esposizione a genitori che esperiscono burnout, risultando distanti sul versante emotivo, saturi e percependosi come incompetenti, è associata un'elevata tendenza a ricorrere ad una difesa volta ad allontanare e, appunto, deattivare tutto ciò che può concernere il legame con l'altro significativo e gli affetti ad esso associati.

Il tutto, sembrerebbe essere legato alla paura di ricevere da parte del genitore, già saturo e distante, un ulteriore rifiuto o una risposta inappropriata, motivo per cui si sceglie la strada dell'evitamento (Main, 1981). Dunque, anche alla luce dell'interiorizzazione delle rappresentazioni relative alla relazione con il caregiver (MOI; Bowlby, 1969), maggiormente il figlio è esposto ad un genitore che vede come distante e non disponibile maggiormente questo si assocerà ad una percezione di sé come non meritevole di ricevere cure (George & West, 2012) e, al ricorso della *deactivation*, attraverso la quale descriverà sé e/o gli altri proprio in questo modo.

Assenza di cure che sembra essere "combattuta" dai ragazzi con NSSI proprio ricorrendo all'agito, cercando in questo modo, di richiamare a sé il genitore (Adam, 1994).

Infine, va segnalata una correlazione negativa tra la sotto-scala "*Contrasto con il precedente sé parentale*" e l'indicatore *Ds-Deactivation*; questo risultato potrebbe essere spiegato ricorrendo all'idea che la maggiore tendenza del genitore a percepirsi come "lontano" dalle sue precedenti competenze a fronte del burnout esperito è associata ad

una minore capacità del figlio a ricorrere ad una strategia difensiva a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, quale la *Deactivation* (Ds). Infatti, questa, pur rappresentando un tentativo di difendersi- allontanandosi- rispetto all'esposizione ad elementi riconducibili alle proprie esperienze relazionali primarie, permette al soggetto di restare "integrato" e di non incorrere in una vera e propria disorganizzazione (Di Riso & Lis, 2016); dunque rispetto a questo sarebbe interessante verificare, in futuro, una possibile associazione con difese "meno organizzate", come i *sistemi segregati* (SS) e valutare se la maggior esposizione a genitori che si percepiscono come incompetenti porterebbe ad un ricorso prevalente a tali difese dell'AAP.

Concludendo, considerando il gruppo clinico dei DCA, si riscontra un'unica correlazione positiva tra una sotto-scala del PBA, ovvero "*Distanza emotiva*" e un indicatore della *Cognitive Disconnection* (E), la *E-Unfinished*.

Dunque, all'aumentare della distanza, sul piano emotivo, del genitore corrisponderebbe l'aumento del ricorso ad una difesa che, in generale, si caratterizza per una forte iperattivazione e preoccupazione sul piano emotivo, tanto da generare una forte confusione e incoerenza nelle storie che non consente di risalire all'origine di esse (George & West, 2012). La tendenza ad esagerare le espressioni emozionali, data l'attivazione del sistema di attaccamento, potrebbe essere riconducibile alla volontà da parte del ragazzo di attirare l'attenzione di un genitore percepito come ambivalente e contraddittorio (Thompson, 2015); infatti, si potrebbe ipotizzare che precedentemente alla presenza di burnout, e delle conseguenze che determina, il genitore riuscisse a rispondere al bisogno di vicinanza del figlio, aspetto venuto meno con l'emergere della sindrome facendolo, dunque, percepire come ambivalente. Di fatto, la ricerca di vicinanza sembrerebbe essere alla base dei comportamenti alimentari disfunzionali volti a favorire una maggiore preoccupazione e, appunto, prossimità del genitore percepito come distante (Orzolek-Kronner, 2002). Per di più, concludendo, il fatto che ci sia un ricorso alla *Cognitive Disconnection* (E) in pazienti con DCA è confermato, in letteratura, da uno studio condotto da Dias et al. (2011) che riscontrano il ricorso a tale difesa in un campione di adulti con il medesimo disturbo.

CAPITOLO 9 – Caso clinico

Con l'obiettivo di mettere in luce il contributo che il progetto più ampio, in cui è inserito questo lavoro, ha avuto in ambito clinico verrà di seguito presentato e descritto il caso di un'adolescente coinvolta in questo studio e reclutata durante l'esperienza di Tirocinio Formativo presso il Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti di Camponogara (VE).

In particolare, verrà discusso tenendo conto dei risultati emersi dalla somministrazione del protocollo costruito per questa ricerca che hanno contribuito, sommati ai colloqui e ai Test proposti dal Servizio, alla comprensione del quadro psicopatologico presentato dalla paziente.

9.1 Motivo della consultazione

Camilla (*nome di fantasia*) è una ragazza di 16 anni giunta al Servizio Età Evolutiva - Polo Adolescenti di Camponogara per un quadro ansioso-depressivo con aspetti di autolesionismo con richiesta di visita neuropsichiatrica a cui, successivamente, è seguita una presa in carico psicologica.

9.2 Anamnesi

Al primo colloquio si presenta con la mamma; dalla raccolta anamnestica emerge che Camilla nasce da gravidanza fisiologica e parto naturale, e ha raggiunto tutte le tappe dello sviluppo in linea con l'età attesa. Relativamente al ritmo sonno-veglia ha da sempre fatto fatica a dormire, ad oggi dorme circa 6 ore, ma con l'aiuto di farmaci prescritti dalla neuropsichiatra. Sul piano alimentare, inoltre, vengono riportate abbuffate ed episodi di vomito.

L'esperienza scolastica è descritta, a partire dalla scuola materna, come positiva fino all'ultimo anno delle medie quando, al contrario, si sono verificati i primi episodi di bullismo; al momento riporta di essere, però, in un ambiente scolastico che definisce sereno e in cui sono presenti delle amicizie.

Nel tempo libero Camilla si dedica alla musica e al canto; durante le scuole medie si dedicava anche allo sport, ma ora lo ha interrotto per gli impegni scolastici e a causa delle sue difficoltà emotive.

Viene descritta dalla mamma come sensibile, incline al pianto, ma allo stesso tempo molto determinata e motivata relativamente alle prestazioni scolastiche; Camilla, inoltre, aggiunge di sentirsi confusa “sia dentro che fuori”.

Come evento determinante, viene riportato un quadro di somatizzazioni emerso in terza media che ha portato Camilla a sottoporsi ad una serie di indagini che, se in prima battuta hanno escluso possibili cause organiche, arrivando ad ipotizzare una difficoltà sul piano emotivo, solo successivamente queste sono state confermate; tuttavia, questo quadro clinico incerto ha portato Camilla ad incontrare una psicologa scolastica con la quale, però, ha interrotto i colloqui indicando di non essersi trovata bene.

9.3 Colloqui di consultazione

Nei colloqui di consultazione Camilla appare taciturna, manifestando una grande difficoltà nel guardare negli occhi l'interlocutore, dirigendo lo sguardo lateralmente in modo continuo e persistente; emerge che questa difficoltà è presente dalla fine delle medie e che riesce a guardare negli occhi solo i genitori.

Dai colloqui effettuati, sul piano familiare e amicale, emerge che Camilla vive con i genitori e una sorella di 18 anni. Frequenta il terzo anno di un Liceo linguistico con un buon rendimento scolastico. La madre lavora nell'ambito della moda, mentre il padre è avvocato; la sorella, invece, frequenta l'ultimo anno di un liceo scientifico. Nonostante il clima in casa venga descritto come "abbastanza sereno", Camilla sembra intrattenere un rapporto esclusivo con la madre, mentre sia con il padre che con la sorella il dialogo è ridotto al minimo, se non del tutto interrotto. Relativamente alla sorella, Camilla riporta di essersi sentita da sempre rifiutata ed esclusa dal rapporto stretto, quasi esclusivo, di questa con il padre; inoltre, sostiene di essere spesso stata bullizzata dalla sorella per le sue differenti forme corporee più abbondanti. Al contrario, infatti, la sorella è descritta come filiforme e longilinea.

Dal punto di vista amicale, non riesce a parlare a nessuno di come sta o di quello che le succede; ha due amiche, ma esce molto poco.

Sul piano sintomatico, i problemi, che si riflettono in sintomi molto eterogenei, sembrerebbero iniziati dalla terza media, quando il gruppo classe ha iniziato a prenderla in giro dopo essersi diffusa la notizia che potesse avere delle difficoltà sul piano psicologico a causa delle ripetute somatizzazioni, come sopra descritto. Da quel momento, quindi, sono iniziate le insicurezze di Camilla sfociate, poi, nei primi attacchi d'ansia.

Relativamente ai sintomi ansiosi, tutt'oggi gli attacchi di panico si presentano con una frequenza di 1-2 volte a settimana, motivo per cui la neuropsichiatra ha prescritto una terapia con ansiolitici; dopo il lockdown sembrano essersi accentuati i sintomi d'ansia sociale, anch'essi emersi durante l'ultimo anno delle medie. Camilla ha paura che la gente la critichi e, nel corso dei colloqui, i vissuti d'ansia vengono sempre riportati in collegamento all'esperienza scolastica (compiti in classe, interrogazioni...) nonostante il clima venga descritto, negli ultimi due anni, come positivo e sereno.

Inoltre, clinicamente, si osservano alcuni sintomi depressivi, come la perdita di interesse per qualsiasi attività (scuola, uscite con gli amici...), umore depresso, tristezza, scarsa energia (vorrebbe passare tutto il giorno a letto), rallentamento sul piano cognitivo (sostiene sia difficile studiare), anedonia (nessun'attività la solleva).

L'umore depresso e il concomitante quadro ansioso confluiscono anche in comportamenti di autolesionismo che prevedono la messa in atto di agiti autolesivi, preceduti da uno stato di tristezza, quasi tutti i giorni; Camilla, infatti, si procura dei tagli sulle braccia e sulle gambe. In qualche occasione vengono riportati pensieri suicidari con lo scopo riferito di smettere di provare la sofferenza che la invade. Camilla, tuttavia si ferma, non completa l'agito anticonservativo, per non recare dispiacere alla mamma.

Emerge inoltre, nel corso della consultazione, un quadro di Bulimia nervosa; Camilla riporta quotidiani episodi di abbuffate che si verificano quando in casa non c'è nessuno: apre la dispensa e inizia ad ingurgitare qualsiasi cosa senza riuscire a controllarsi. Questi agiti sono succeduti, in molti casi, da condotte eliminatorie, come il vomito autoindotto, a fronte di un forte senso di colpa e accompagnati da crisi di pianto. Camilla riferisce di non sapere quanto pesa, ma definisce questo tema "una fissazione". Negli ultimi mesi ha iniziato a fare attività fisica per 30 minuti su consiglio della madre con l'obiettivo di perdere peso, durante la scorsa estate aveva perso circa 5kg e si vedeva meglio.

Sia i tagli che le abbuffate/condotte eliminatorie vengono descritti da Camilla come una strategia per esprimere la sua sofferenza rispetto alla quale si dice "stanca", tuttavia non riesce ad individuare e circoscrivere l'origine di questo malessere così forte; non solo, nonostante definisca utile lo spazio psicologico attivato (dopo aver, però, precedentemente riferito di non trovare molte differenze rispetto a prima) è lei per prima a sottolineare un'importante difficoltà ad esprimersi. Dunque, sembra presentare scarse capacità di auto-osservazione, riflessive, espressive e di mentalizzazione.

9.4 Approfondimento testistico

In una prima fase, per avere un riscontro quantitativo dei sintomi riportati da Camilla, sono state somministrate le Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA; Cianchetti & Sannio Fascello, 2001); queste consentono di indagare un'ampia gamma di sintomi e stati psichici che rientrano tra i disturbi internalizzanti ricorrendo a sei fattori psicologici che vengono raggruppati in sei scale (Ansia-A, Depressione-D, Sintomi Ossessivi/Compulsivi-O, Disturbi alimentari psicogeni-P e Somatizzazione-S) da cui emergono punteggi clinicamente significativi per l'Ansia (T=75) per la Depressione (T= >80) e per i Disturbi alimentari psicogeni (T=79). Nello specifico, considerando anche i punteggi significativi nelle varie dimensioni delle scale sopra citate, emerge un quadro ansioso reattivo alla scuola e alla dimensione sociale; la presenza di umore depresso, accompagnato da anedonia/disinteresse, senso di inadeguatezza, bassa autostima, vissuti di colpa e vissuti di disperazione. Infine, relativamente alla sfera alimentare vengono confermate le condotte bulimiche, la presenza di condotte anoressiche in combinazione con una scarsa accettazione del proprio corpo con alti punteggi rispetto a perfezionismo ed inadeguatezza sul piano psicologico.

Tuttavia, nonostante questi risultati riflettano una certa concordanza con i sintomi riportati da Camilla in sede di colloquio, un punteggio clinicamente significativo nella *Scala della Simulazione* (SAFA-D), che verifica l'attendibilità delle risposte fornite, fa ipotizzare che Camilla stia cercando di attirare ancor di più l'attenzione su di sé, esasperando alcuni problemi da lei vissuti.

Anche sulla base delle difficoltà nell'eloquio riscontrate in Camilla che rendono difficoltoso approfondire il suo malessere, sono stati proposti due test proiettivi "carta-matita": il disegno della figura umana e del genere opposto. Nel primo alla paziente è richiesto, appunto, di ritrarre una figura umana ed è interessante notare che Camilla raffiguri un volto femminile con sguardo deviato come quello da lei presentato nel corso dei colloqui, come se non fosse possibile un'identità diversa; tuttavia, alla richiesta di indicare di chi si tratti sostiene di aver raffigurato sua madre, ma in realtà la figura ritratta è evidentemente se stessa. Successivamente, nel secondo test viene richiesto un disegno di una figura del sesso opposto a quella appena ritratta e, in questo caso, Camilla raffigura

il volto di un ragazzo, “Marco”, che ha 20 anni ed “è stanco”. Elemento da tenere in considerazione riguarda il fatto che in entrambi i disegni venga totalmente escluso il corpo; corpo che Camilla rispetto a sé non accetta e anzi cerca di colpire con gli agiti autolesivi, riempire di cibo con le abbuffate e svuotare e controllare con le condotte eliminatorie.

Integrando i diversi elementi emersi dai colloqui e dai test somministrati, si potrebbe ipotizzare che alla base della sofferenza attuale di Camilla vi sia una difficoltà nel processo di separazione-individuazione. La sua riedizione in epoca adolescenziale sembra aver riattivato in lei una profonda angoscia di separazione, che si manifesta su diversi piani, attraverso la costruzione di diversi sintomi. Infatti, si ipotizza che l’elevata ansia e sofferenza provata da Camilla possa essere in realtà legata ad una forma di angoscia di separazione primaria dalla madre, come confermato dal rapporto simbiotico che le unisce.

Sulla base del quadro clinico emergente, si è deciso di inserire Camilla nel Progetto di ricerca “Impulsività, Alessitimia e sistemi relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche” all’interno del quale si colloca il presente lavoro, con l’obiettivo di investigare e ottenere informazioni più approfondite sul piano diagnostico e relativamente alle condotte da lei messe in atto; di conseguenza sono stati somministrati gli strumenti caratterizzanti questa ricerca di cui di seguito verranno riportati i risultati.

- Toronto Alexithymia Scale – TAS-20 (Bagby et al., 1994): Camilla in tale strumento, avente l’obiettivo di individuare i livelli di Alessitimia, riporta un punteggio di **76** indicativo della presenza di tratti Alessitimici.

- Barratt Impulsiveness Scale – BIS-11 (Patton et al., 1995; Stanford et al., 2009): utilizzando tale strumento self-report, volto ad individuare i livelli di impulsività e le dimensioni ad esse associate, si riscontrano in Camilla livelli di impulsività di grado lieve.

Considerando i risultati emersi in questi due strumenti, i tratti Alessitimici potrebbero spiegare le difficoltà di Camilla ad esprimersi e riconoscere quanto prova comunicandolo all’altro durante i colloqui; non solo, questo tratto è associato sia alle condotte autolesive che ai DCA di cui Camilla manifesta i principali sintomi.

L’agito autolesivo, di fatto, è esplicitamente connesso alla difficoltà in Camilla di identificare ed esprimere le proprie emozioni; nel corso dei colloqui, infatti, afferma che

arriva a tagliarsi nei momenti di apice dell'ansia che è conseguente alla sofferenza emotiva che prova. Per cui per lei il taglio rappresenta il tentativo di controllare emozioni avvertite come indefinibili e per questo angoscianti. Similmente, l'incapacità di gestire le emozioni caratterizza anche il ricorso alle abbuffate, agiti che subentrano data la sua attuale difficoltà di gestire le emozioni.

Dunque, si potrebbe presupporre un carente ricorso alla funzione di mentalizzazione, soprattutto sul piano affettivo, che porta Camilla a gestire tali affetti esclusivamente attraverso agiti non pensati, non riuscendo a ricorrere alla verbalizzazione di essi, aspetto che potrebbe spiegare anche i livelli significativi di impulsività.

- Youth Self Report – YSR 11-18 (Achenbach, 1991): questo strumento permette di ottenere un quadro delle competenze e problematiche emotivo-comportamentali attraverso un'autovalutazione del paziente. Considerando la Scala delle competenze Camilla riporta punteggi clinici relativamente alle *Competenze sociali e totali* (T= **32**); nelle Scale Sindromiche, invece, questi si riscontrano rispetto all'*ansia/depressione* (T= **92**), *ritiro* (T= **73**), e *problemi sul piano del pensiero* (T= **75**), non solo emergono punteggi borderline rispetto alle *lamentele somatiche* (T= **68**) e i *problemi sociali* (T= **68**). Concludendo, nelle Scale dei Problemi globali si riscontra un punteggio clinico rispetto ai *problemi internalizzanti* (T= **81**) e *totali* (T= **72**), mentre nelle Scale DSM-Oriented si osservano rispetto a *problemi affettivi* (T= **80**), *problemi d'ansia* (T= **70**), *problemi ossessivo-compulsivi* (T= **87**), con punteggi borderline rispetto ai *problemi somatici* (T= **66**) e *problemi legati allo stress* (T= **69**).

Dunque, i punteggi clinici emersi sembrerebbero confermare la presenza di sintomi internalizzanti, quali ansia, depressione, ritiro e scarse competenze sul piano sociale, come riscontrato dai colloqui psicologici con Camilla.

Emerge una difficoltà, dunque, a regolare adeguatamente i propri affetti, aspetto che sfocia in condotte autolesive, abbuffate/condotte eliminatorie, ansia e/o ritiro. L'abilità di regolare i propri affetti si consolida nei rapporti primari con i caregivers dai quali, a fronte di un attaccamento sicuro, si interiorizzano strategie di regolazione adeguate; tuttavia, viene confermata l'assenza di un attaccamento sicuro in Camilla.

Dalla somministrazione del test proiettivo-narrativo dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), di fatto, si riscontra un profilo di attaccamento di tipo **Disorganizzato-Non risolto**; l'assenza di risoluzione viene identificata nella tavola Bench che induce all'attivazione di una serie di fattori associati ad una sensazione di solitudine profonda che non viene contenuta o in qualche modo gestita. In aggiunta, nella storia raccontata in questa tavola si evince la difficoltà, data l'attivazione del sistema di attaccamento, a concentrarsi sul compito, tanto da introdurre, con una violazione della consegna, elementi riconducibili alla propria storia personale.

Tavola 4 (Bench): "..." Cosa può aver condotto a questa immagine? Mi ricorda un po' i sensi di colpa che mi vengono dopo aver mangiato tanto, quindi magari ha mangiato troppo e non si è riuscita a controllare e si sente male. **Cosa potrebbe succedere dopo?** Dipende ... mmh *silenzio* ... quando ho tanti sensi di colpa, dopo aver mangiato, di solito provo a vomitare quindi ... *silenzio*. **Qualcos'altro?** No.

Non solo, il ricorso a difese meno integrate come i Sistemi Segregati, indicanti uno stato di non regolazione/disorganizzazione a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento, si individua nelle restanti Tavole Alone (ad eccezione di Window). Specificatamente è interessante notare che vi è la tendenza a ricorrere, principalmente, a due specifici indicatori dei SS, ovvero *SS-Danger/Failed Protection* ed *SS-Helplessness/Out of Control*; questo aspetto potrebbe riflettere il fatto che in assenza della presenza fisica dell'altro significativo ci sia una difficoltà ad appoggiarsi alle rappresentazioni interiorizzate di questa figura, elemento che porterebbe all'emergere di sentimenti di paura, impotenza e scarso controllo facendo sentire l'individuo vulnerabile, non riuscendo, probabilmente, nemmeno a ricorrere all'utilizzo di risorse personali interne.

Tuttavia, considerando le Tavole Diadiche, appare più adeguata; ad esempio, in *Ambulance* pur essendoci il ricorso alle difese sopra citate viene colta la presenza fisica di una figura di attaccamento che consente di contenere e risolvere la potenziale disorganizzazione a fronte di contenuti mortiferi emersi.

Tavola 6 (Ambulance): “... vedo un bambino in questo caso c’è ancora questa figura della mamma o di una persona che prova a confortarlo, a farlo sentire meglio perché è accaduta una tragedia, penso che qualcuno sia morto ...”.

Dai colloqui con Camilla, infatti, quanto emerso si potrebbe collegare al fatto che quando è sola, in assenza dell’altro significativo, tenderebbe ad abbuffarsi o a tagliarsi; agiti preceduti da vissuti di tristezza e scarso controllo, similmente al vuoto e alla perdita esperiti dai personaggi delle storie nelle tavole alone. Al contrario è la presenza dell’altro, principalmente della mamma, a bloccarla nel portare a termine gli agiti anticonservativi, come se in presenza dell’altro, fisicamente, riesca ad ricercare conforto e aiuto.

Infatti, torna l’ipotesi che possa esser presente una forma di angoscia di separazione primaria dalla madre alla quale si assocerebbe l’ansia e la sofferenza provata da Camilla.

Contemporaneamente, alla mamma di Camilla sono stati somministrati i seguenti strumenti nei quali si sono riscontrati i risultati successivamente riportati:

- Scala di Depressione Ansia Stress – DASS (Lovibond & Lovibond, 1995): con l’obiettivo di indagare gli stati emotivi negativi dei genitori, nella mamma di Camilla si riscontrano livelli alti di Depressione e Stress.
- Parental Burnout Assessment – PBA (Roskam, et al., 2018): il livello di burnout genitoriale risulta essere assente.
- Parenting Stress Index – Short Form, PSI-SF (Abidin, 1990): si riscontra un punteggio clinicamente significativo esclusivamente nella sotto-scala *Interazione Genitore-Bambino disfunzionale* (P-CDI).

Questo risultato ci permette di prestare attenzione alla relazione tra Camilla e sua madre che viene percepita da quest’ultima come disfunzionale; per Camilla, invece, il rapporto con la madre appare quasi simbiotico tanto che è in sua assenza che si verificano principalmente gli agiti riportati in colloquio.

- Child Behavior Check List - CBCL 6-18 (Achenbach & Rescorla, 2001): questo strumento, similmente allo YSR, ha permesso di ottenere un quadro delle competenze e problematiche emotivo-comportamentali di Camilla considerando, però, la percezione della mamma. Considerando la Scala delle competenze la mamma riporta in Camilla

punteggi clinici relativamente alle *attività* (T= 26) e alle *competenze totali* (T= 25). Nelle Scale Sindromiche, invece, punteggi clinici vengono riportati rispetto all'*ansia/depressione* (T= 88), *ritiro* (T= 81), *lamentele somatiche* (T= 74) e *problemi sul piano del pensiero* (T= 72). Concludendo, nelle Scale dei Problemi globali il genitore riscontra un punteggio clinico rispetto ai *problemi internalizzanti* (T= 81) e *totali* (T= 71), mentre nelle Scale DSM-Oriented si osservano punteggi clinici rispetto a *problemi affettivi* (T= 86) i, *problemi d'ansia* (T= 85), *problemi somatici* (T= 77), *problemi ossessivo-compulsivi* (T= 77) e *problemi legati allo stress* (T= 80).

Dunque, anche la mamma di Camilla sembrerebbe confermare di percepire nella figlia sintomi di natura soprattutto internalizzante come si evince dal punteggio clinico alla Scala dei problemi internalizzanti e dai punteggi clinici ottenuti nelle altre dimensioni come il ritiro, problemi sul piano del pensiero, ansia/depressione (...).

9.5 Inquadramento psico-diagnostico

Emerge, dunque, sulla base dei colloqui psicologici e degli approfondimenti testistici, la presenza di un quadro di Disturbo dell'umore (ICD1 F:32), Autolesione intenzionale (ICD10 F:X84), Fobia Sociale (ICD10 F:40.1), Bulimia Nervosa (ICD10 F:50.2). Inoltre, non va sottovalutata l'angoscia di separazione primaria dalla madre che sembrerebbe essere alla base dei sintomi esperiti da Camilla.

Sulla base di tali elementi, infine, si è data indicazione a Camilla di procedere con l'avvio di una psicoterapia settimanale e la prosecuzione dei controlli neuropsichiatrici con frequenza mensile.

CAPITOLO 10 – Conclusioni

Il presente lavoro, coinvolgendo adolescenti con problematiche psicopatologiche, permette di chiarire e approfondire l'intricata relazione tra la disregolazione emotiva e sistemi relazionali che può essere riscontrata. Vi è conferma di una difficoltà sul piano della regolazione emotiva che si esplica in alti livelli di impulsività e alessitimia tra i soggetti coinvolti in questo studio, oltre che della prevalenza di un pattern di attaccamento insicuro valutato con l'utilizzo di uno strumento narrativo-proiettivo, aspetto che rende innovativo tale studio, l' *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP). Questo, inoltre, ha permesso di valutare i processi difensivi a cui, prevalentemente, sembrerebbero ricorrere adolescenti con DCA e NSSI, a fronte del distress esperito data l'attivazione del sistema di attaccamento e le possibili relazioni tra questi processi e i costrutti indagati. Inoltre, è stato fornito un nuovo contributo relativamente al costrutto del *burnout genitoriale*, scarsamente indagato dalla letteratura, relativamente alle madri di adolescenti con Disturbi del comportamento alimentare o che ricorrono a Condotte Autolesive.

Nel presente studio possono, ciononostante, essere evidenziati alcuni limiti.

In primis, i risultati si basano su un campione relativamente piccolo (N=35), ma l'inserimento di tale lavoro in un Progetto Multicentrico ("Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche") fa supporre la possibilità di ampliare tale numerosità. Inoltre, si riscontra una disparità relativamente al genere degli adolescenti coinvolti in questo studio e rispetto alla suddivisione dei due gruppi clinici da noi considerati dove la numerosità del campione con DCA è superiore rispetto a quella del gruppo NSSI. Successivamente, il costrutto della regolazione emotiva è stato indagato con due strumenti self-report i quali presuppongono la capacità del soggetto di comprendere i termini adottati e il rischio che le risposte possano risentire dell'interpretazione più o meno corretta delle domande, dell'influenza dell'operatore e della desiderabilità sociale. Inoltre, relativamente al *burnout genitoriale*, questo è stato valutato esclusivamente nelle madri dei soggetti che hanno preso parte a questo lavoro e, infine, non è stato possibile stabilire quali siano i fattori di rischio e/o di protezione ai quali queste sono esposte, informazioni necessarie dal momento che tale sindrome emergerebbe a fronte di uno squilibrio tra questi fattori stessi.

Limiti che però potranno essere superati grazie ai futuri sviluppi della ricerca. Di fatto, sarebbe funzionale ampliare il campione in modo da ottenere risultati più generalizzabili operando, tra i gruppi clinici, un'ulteriore distinzione che tenga conto anche dei diversi sotto-tipi dei DCA e della frequenza con cui le condotte alimentari disfunzionali e autolesive vengono messe in atto al fine di ottenere risultati più approfonditi. Inoltre, risulterebbe fondamentale coinvolgere anche i padri degli adolescenti con tali problematiche psicopatologiche al fine di ottenere una visione più ampia e integrata relativamente alla possibile compromissione che i sintomi dei figli possono avere sul benessere genitoriale, oltre che valutare i fattori di rischio e/o protezione a cui sono esposti i genitori.

Infine, uno studio di questo tipo ci permette di portare l'attenzione su una serie di aspetti che potrebbero essere presi in considerazione nella pratica clinica.

In particolare, è dimostrata la presenza di una disregolazione emotiva in adolescenti con DCA e NSSI, motivo che dovrebbe spingere i clinici a lavorare su tali compromissioni fornendo ai ragazzi strategie più funzionali volte a riconoscere, comprendere e controllare le proprie emozioni. Non solo, dal momento che esistono evidenze che ritrovano tale disregolazione in presenza di un pattern di attaccamento insicuro sarebbe importante anche coinvolgere, nel trattamento, i genitori di questi ragazzi indagandone le pratiche e le modalità relazionali assunte verso i figli.

Infine, potrebbe essere importante, fin dalle prime fasi della presa in carico, rendere consapevoli i genitori (a livello psico-educativo) della gravità e delle conseguenze relative alle condotte messe in atto dai figli, talvolta sottostimate; inoltre, sarebbe fondamentale fornire loro un supporto alla genitorialità. Infatti, nonostante non siano stati riscontrati livelli clinici di burnout genitoriale nel nostro studio, sulla base della letteratura esistente vengono riportati alti livelli di stress tra i genitori di ragazzi con queste problematiche dopo esser venuti a conoscenza del disturbo; dunque, dal momento che il burnout è una sindrome che emerge a fronte di uno stress cronico, sarebbe essenziale un monitoraggio del loro benessere psicologico.

Concludendo, l'importanza di indagare i costrutti d'interesse di questo lavoro, quali impulsività, alessitimia e attaccamento (con il ricorso ad uno strumento narrativo-proiettivo che ha permesso di andare oltre la semplice classificazione del sistema di attaccamento) in adolescenti psicopatologici e il benessere psicologico delle loro madri,

è stata messa in luce dal caso clinico discusso nel capitolo precedente. Infatti, il riscontro ottenuto dalla valutazione di questi aspetti in ambito clinico, unito ai colloqui e ad altri Test proposti dal singolo Servizio, ha contribuito alla migliore definizione del quadro psicopatologico preso in esame.

BIBLIOGRAFIA

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., & Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(7), 520–524.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index-short form*. Pediatric psychology press Charlottesville, VA.
- Abidin RR. (1995) *Parenting Stress Index*. (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Adshead, G. (2010). Written on the body: Deliberate self-harm as communication. *Psychoanalytic Psychotherapy, 24*(2), 69-80.
- Achenbach, T. M. (2001). Manual for ASEBA school-age forms & profiles. *University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families*.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Adam, K. S. (1994). *Suicidal behavior and attachment: A developmental model*.
- Adam, K. S., Keller, A. E. S., & West, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents. In *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pagg. 309–341). Analytic Press, Inc.
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 264.
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(3), 389–400. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9465-3>
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie, 35*(2), 57–67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of*

attachment: A psychological study of the strange situation.

- Ainsworth M. D. (1979). Infant - mother attachment. *The American psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.34.10.932>
- Alasaarela, L., Hakko, H., Riala, K., & Riipinen, P. (2017). Association of Self-reported Impulsivity to Nonsuicidal Self-Injury, Suicidality, and Mortality in Adolescent Psychiatric Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 340–345. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000655>
- Alberts, A., Elkind, D., & Ginsberg, S. (2007). The Personal Fable and Risk-Taking in Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), 71–76. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9144-4>
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and Adolescent Psychosocial Functioning. *Child Development*, 69(5), 1406–1419. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06220.x>
- Allen, A., King, A., & Hollander, E. (2003). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(3), 259–271.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O’Beirne-Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A Secure Base in Adolescence: Markers of Attachment Security in the Mother–Adolescent Relationship. *Child Development*, 74(1), 292–307. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.t01-1-00536>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub.
- Allen J. (2010), Il sistema di attaccamento in adolescenza. In J. Cassidy e P.R. Shaver (Eds.), *Manuale dell’attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (II ed) (pp. 483-501). Roma: Giovanni Fioriti.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers’ social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 133–154.
- APA, American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of*

mental disorders: DSM-5. 5th Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; trad.it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Cortina

- Arafa, S. M., & Lamalom, M. (2020). Burnout Syndrome in Caregivers of Children with ADHD. *Arab Journal of Psychiatry*, 31(1).
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547–558. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.009>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387–405.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Ballarotto, G., Porreca, A., Erriu, M., Ronconi, L., Cimino, S., Cerniglia, L., & Tambelli, R. (2017). Does alexithymia have a mediating effect between impulsivity and emotional-behavioural functioning in adolescents with binge eating disorder?. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Barratt, E. S. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. G. McCown, J. L. Johnson, & M. B. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39–56). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10500-003>
- Bartholdy, S., Dalton, B., O'Daly, O. G., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2016). A systematic review of the relationship between eating, weight and inhibitory control using the stop signal task. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 64, 35-62.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638.

- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83–96.
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: Three questions about family interaction. *Child development*, 67(2), 556–578.
- Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, E., Brisson, R., & Schonfeld, I. S. (2014). Is burnout solely job-related? A critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(4), 357–361. <https://doi.org/10.1111/sjop.12119>
- Blos, P. (1993). *L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo*. Armando Editore.
- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., & Satir, D. A. (2009). Impulsivity and personality variables in adolescents with eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(4), 251.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1).
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge
- Bradley, S. J. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Breen, A. V., Lewis, S. P., & Sutherland, O. (2013). Brief Report: Non-suicidal Self-injury in the Context of Self and Identity Development. *Journal of Adult Development*, 20(1), 57–62. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9156-8>
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551–559. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00228-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00228-0)
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood:

- Differential links to emergent psychopathology: Trauma and preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1132–1140. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Butler, G. K. L., & Montgomery, A. M. J. (2005). Subjective self-control and behavioural impulsivity coexist in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 6(3), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.002>
- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., Howley, J., Staunton, D., & Guerin, S. (2008). Deliberate Self-harm in Children and Adolescents: A Qualitative Study Exploring the Needs of Parents and Carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493–504. <https://doi.org/10.1177/1359104508096765>
- Calvo, V., Battistella, M. (2003). Il Funzionamento Familiare e aspetti di valutazione attraverso il colloquio. In Calvo, V. & Rocco, D. (A cura di), *Il colloquio psicologico: tecniche di analisi e modelli clinici*. Padova: Domeneghini.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. *Clinical implications of attachment*, 1, 300–323.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 228-249.
- Carzedda, F., Cavaliere, B., Gagnani, A., Prunetti, E., & Romano, G. (2016). Adolescenza, disregolazione emotiva e trattamento attraverso la Dialectical Behavior Therapy. *Adolescenza, disregolazione emotiva e trattamento attraverso la Dialectical Behavior Therapy*, 99-120.
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental psychology*, 25(3), 394.
- Cerutti, R., Calabrese, M., & Valastro, C. (2014). Alexithymia and personality disorders in the adolescent non-suicidal self injury: preliminary results. *Procedia-social*

and behavioral sciences, 114, 372-376.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Cianchetti, C., & Sannio Fascello, G. (2001). *Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology, 7*(1), 1-10.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cimino, S. & Cerniglia, L. (2017). I disturbi alimentari infantili. In Tambelli, R. (A cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp.123-167). Bologna: Il Mulino
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 8*, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Claes, M., Lacourse, E., Ercolani, A. P., Pierro, A., Leone, L., & Perucchini, P. (2001). Relazioni familiari, orientamento verso i coetanei e comportamenti devianti in adolescenza. *Età evolutiva, 30–44*.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual differences, 39*(4), 739-749.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating behaviors, 7*(3), 196-203.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1380.
- Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2021). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls: A test of a mediational model. *Eating and Weight*

Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26(4), 1159–1168.

<https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>

- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(3), e0213099.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (pp. 243–267). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 15.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological assessment*, 19(1), 107.
- Daly, M., & Abela, A. (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach* (Vol. 2). Council of Europe.
- Daly, S. B. (2015). Secure body attachment and the prevention of eating disorders: A case application. *Smith College Studies in Social Work*, 85(3), 311–329.
- Davidson, K. W., Barry, M. J., Mangione, C. M., Cabana, M., Chelmow, D., Coker, T. R., Davis, E. M., Donahue, K. E., Jaén, C. R., Kubik, M., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Ruiz, J. M., Silverstein, M., Stevermer, J., & Wong, J. B. (2022). Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 327(11), 1061-1067. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1806>
- De Haan, M., & Gunnar, M. R. (2009). *Handbook of developmental social neuroscience*. New York: The Guilford Press.
- Deater-Deckard, K. (2008). Parenting stress. In *Parenting Stress*. Yale University Press.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: Dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in*

Psychology, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01218>

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., & Madeddu, F. (2012). Adolescent nonsuicidal self-injury: The effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European child & adolescent psychiatry*, 21(9), 511–520.
- Di Riso, D., & Lis, A. (2016). *Psicodinamica dei pattern di attaccamento in età adulta e adolescenza – L'Adult Attachment Projective Picture System*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J. P., & Roisman, G. I. (2011). Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attachment & Human Development*, 13(2), 155–167.
- Dickstein, D. P., & Leibenluft, E. (2006). Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18(4), 1105–1131.
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060536>
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of abnormal child psychology*, 41(8), 1311–1324.
- Ducharme, J., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2002). Attachment security with mother and father: Associations with adolescents' reports of interpersonal behavior with parents and peers. *Journal of Social and Personal relationships*, 19(2), 203–231.
- Elkind, D. (1978). Understanding the young adolescent. *Adolescence*, 13(49), 127–134.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton
- Erikson, E. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton
- Evans, J., Platts, H., & Liebenau, A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of 'first-timers' and 'repeaters'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 378-380.
- Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O. S., de Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M.

- (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual differences*, 36(2), 321-331.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Farber, S. K. (2008). Dissociation, traumatic attachments, and self-harm: Eating disorders and self-mutilation. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 63–72.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., & Delsedime, N. (2007). Psychological factors affecting eating disorders. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*, 28, 141–168.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(8), 537–542.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Jhu Press.
- Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*.
- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009631>
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 477-493.
- Fossati, A., Barratt, E. S., Acquarini, E., & Di Ceglie, A. (2002). Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. *Perceptual and motor skills*, 95(2), 621-635.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), 124–133.

- Frijda N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press (trad. it.: Emozioni, Bologna: Il Mulino, 1990).
- Fuchs, D., & Thelen, M. H. (1988). Children's expected interpersonal consequences of communicating their affective state and reported likelihood of expression. *Child development*, 1314-1322.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 894–906. <https://doi.org/10.1002/cpp.2324>
- Gatta, M., Dal Santo, F., Rago, A., Spoto, A., & Battistella, P. A. (2016). Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 12*, 2307–2317. <https://doi.org/10.2147/NDT.S106433>
- Gatta, M., Sisti, M., Valentini, P., Sudati, L., & Ferruzza, E. (2020). Autolesività non suicidaria in età adolescenziale (NSSI) Una rassegna della letteratura dalla prospettiva descrittiva a quella motivazionale. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1, 7–33. <https://doi.org/10.1449/95799>
- Gatta, M., Spoto, A., Miscioscia, M., Valentini, P., Donadel, M.E., Del Col, L., Zanato, S., Traverso, A., Ferruzza, E. (2019). Emotions, behaviors and relationships: a case-control study on adolescents' self-cutting. *Riv Psichiatr*;54(4):175-182
- Geier, C. F., Terwilliger, R., Teslovich, T., Velanova, K., & Luna, B. (2010). Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence. *Cerebral cortex*, 20(7), 1613-1629.
- Gentry, J. H., & Campbell, M. (2002). A reference for professionals: Developing adolescents. Retrieved November, 11, 2007.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*.

- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed* (pagg. 833–856). The Guilford Press.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment & human development, 3*(1), 30–61.
- George, C., & West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment theory and assessment in adults*. Guilford Press.
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1997). Adult Attachment Projective: Protocol and classification scoring system. *Unpublished manuscript, Mills College, Oakland, CA*.
- Giedd, J. N. (2009). The teen brain: Primed to learn, primed to take risks. *Cerebrum, 6*.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(6), 664–678.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12159>
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
- Greene, D., Boyes, M., & Hasking, P. (2020). The associations between alexithymia and both non-suicidal self-injury and risky drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 260*, 140-166.
- Griffith, A. K. (2020). Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion, 13*(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations.

- In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camicasca, E., & Serantoni, G. (2008). *Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.)*. Firenze: Giunti
- Hall, G. S. (1904). Adolescence: Its Psychology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education. *Adolescence*. New York: D. Appleton & Co
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(2), 302–312.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_14
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 124–128. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90056-N](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90056-N)
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227–239.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Remschmidt, H. (2013). Growing Up Is Hard. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0432>
- Hill, J. P., & Holmbeck, G. N. (1986). Attachment and autonomy during adolescence. *Annals of child development*, 3(45), 145–189.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T., & Hagenah, U. (2005). Group Psychoeducation for Parents of Adolescents with Eating Disorders: The Aachen Program. *Eating Disorders*, 13(4), 381–390.
<https://doi.org/10.1080/10640260591005263>
- Houston, R. J., Stanford, M. S., Villemarette Pittman, N. R., Conklin, S. M., & Helfritz, L. E. (2004). Neurobiological correlates and clinical implications of aggressive subtypes. *Journal of Forensic Neuropsychology*, 3(4), 67-87.
- Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and self-harm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry research*, 288, 112920.

- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W. J., Dobrea, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A. C., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdóttir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., ... Verhulst, F. C. (2007). Testing the 8-Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36*(3), 405–417. <https://doi.org/10.1080/15374410701444363>
- Iyengar, U., Kim, S., Martinez, S., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2014). Unresolved trauma in mothers: Intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in psychology, 5*, 966.
- Janis, I. B., & Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry research, 169*(3), 261-267.
- Jewell, T., Gardner, T., Susi, K., Watchorn, K., Coopey, E., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2019). Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. *Clinical psychology review, 68*, 71–82.
- Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and Environmental Factors in Alexithymia: A Population-Based Study of 8,785 Danish Twin Pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(6), 369–375. <https://doi.org/10.1159/000107565>
- Kalkışım, K. (2019). *The relationship of children behavioral problems, parental burnout, emotion regulation strategies and mental health problems with each other* [Master's Thesis]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *British Journal of Psychiatry, 202*(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Karukivi, M., & Saarijärvi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry, 4*(4), 91–102. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.91>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*

- Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Kawamoto, T., Furutani, K., & Alimardani, M. (2018). Preliminary validation of Japanese version of the parental burnout inventory and its relationship with perfectionism. *Frontiers in Psychology*, 9, 970.
- Keating, L., Tasca, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366–373.
- Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *Journal of child and family studies*, 25(11), 3403–3416.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226–239.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233–242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>
- Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Emotional autonomy redux: Revisiting Ryan and Lynch. *Child development*, 64(2), 483–499.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–143.
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., Cortijo-Alcarria, M. C., & Santed-Germán, M.-A. (2020). Attachment, body appreciation, and body image quality of life in adolescents with eating disorders. *Eating disorders*, 1–14.
- Latzer, Y., & Hochdorf, Z. (2005). Dying to be thin: attachment to death in anorexia nervosa. *TheScientificWorldJournal*, 5, 820–827.
<https://doi.org/10.1100/tsw.2005.95>

- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary family therapy, 24*(4), 581–599.
- Leombruni, P., Fassino, S. (2009). Personalità e binge eating disorder. *Nòs53, Aggiornamenti in psichiatria 15*(2), 162-171.
- Lenhart, L., Gander, M., Steiger, R., Dabkowska-Mika, A., Mangesius, S., Haid-Stecher, N., Fuchs, M., Buchheim, A., Sevecke, K., & Gizewski, E. R. (2022). Attachment status is associated with grey matter recovery in adolescent anorexia nervosa: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Neuroscience, 55*(5), 1373–1387. <https://doi.org/10.1111/ejn.15614>
- Lessard, J. C., & Moretti, M. M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence, 21*(4), 383–395.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of general psychiatry, 55*(7), 603–610.
- Lindahl Norberg, A. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of clinical psychology in medical settings, 14*(2), 130–137.
- Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. L. (2010). Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta paediatrica, 99*(3), 427–432.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph, 137*, 201-216
- Lis, A., Mazzeschi, C., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2011). Attachment, assessment, and psychological intervention: A case study of anorexia. *Journal of personality assessment, 93*(5), 434–444.
- Lock, J., Garrett, A., Beenhakker, J., & Reiss, A. (2011). Aberrant Brain Activation During a Response Inhibition Task in Adolescent Eating Disorder Subtypes. *The American journal of psychiatry, 168*(1), 55–64.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010056>

- Lofthouse, N., Muehlenkamp, J. J., & Adler, R. (2009). Nonsuicidal self-injury and co-occurrence. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*, 59–78.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3, 667–695.
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C., & Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: the role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry research*, 239, 346-352.
- Maggiolini, A., & Charmet, G. P. (Eds) (2008). *La costruzione dell'immagine corporea. Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti* (Vol. 15). Milano: FrancoAngeli.
- Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: A working paper. *Behavioral development: The Bielefeld interdisciplinary project*, 651–693.
- 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*, 66–104.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Malagoli, C., Cerro, P. F., Vecchiato, C., & Usai, M. C. (2021). Cognitive and emotional regulation in adolescents and young women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 375-383.
- Martin, J., Bureau, J.-F., Lafontaine, M.-F., Cloutier, P., Hsiao, C., Pallanca, D., & Meinz, P. (2017). Preoccupied but not dismissing attachment states of mind are

- associated with nonsuicidal self-injury. *Development and Psychopathology*, 29(2), 379–388.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16–22.
- Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of psychopathology*, 20, 38-49.
- Mallorquí-Bagué, N., Testa, G., Lozano-Madrid, M., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., ... & Fernández-Aranda, F. (2020). Emotional and non-emotional facets of impulsivity in eating disorders: From anorexia nervosa to bulimic spectrum disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(4), 410-422.
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., & Keck Jr, P. E. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 55, 33-51.
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & neglect*, 80, 134–145.
- Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 602–614. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0892-4>
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The balance between risks and resources (BR2). *Frontiers in psychology*, 9, 886.
- Minh, T. N., Quang, A. M. T., & Ha, T. A. (2022). The influence of children’s behavior problems on parents’ psychological well-being: A serial mediation model of parental psychological control and parental burnout. *Children and Youth Services Review*, 106366.
- Miscioscia, M., Angelico, C., Raffagnato, A., & Gatta, M. (2022). Psychopathological and Interactive-Relational Characteristics in Non-Suicidal Self-Injury Adolescent Outpatients. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1218. <https://doi.org/10.3390/jcm11051218>
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Surcinelli, P., Franzoni, E., Baldaro, B., & Rossi, N. (2006). Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and Weight*

- Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(1), 14–21.
<https://doi.org/10.1007/BF03327739>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Moretti, M. M., & Holland, R. (2003). Navigating the journey of adolescence: Parental attachment and the self from a systemic perspective. *Clinical Applications of Attachment Theory*. New York: Guildford, 41–56.
- Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & child health*, 9(8), 551–555.
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Guerin, S., & Fitzpatrick, C. (2013). Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help—a psychosocial profile. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1–10.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1–9.
- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A. M., & Washburn, J. J. (2017). How much is enough? Examining frequency criteria for NSSI disorder in adolescent inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(6), 611–619.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000209>
- Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion Regulation and Externalizing Disorders in Children and Adolescents. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523–541). New York: The Guilford Press.
- Nock, M., Joinerjr, T., Gordon, K., Lloydrichardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K. (Ed.). (2009). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-000>

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 140.
- Norman, H., & Borrill, J. (2015). The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian journal of psychology*, 56(4), 405-419.
- Norman, H., Oskis, A., Marzano, L., & Coulson, M. (2020). The relationship between self-harm and alexithymia: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 61(6), 855-876.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 140–144.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and adolescent social work journal*, 19(6), 421–435.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>
- Pallini, S., Terrinoni, A., Iannello, S., Cerutti, R., Ferrara, M., Fantini, F., & Laghi, F. (2020). Attachment-Related Representations and Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(4), 909–920.
- Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 206–216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>
- Park, W., & Epstein, N. B. (2013). The longitudinal causal directionality between body image distress and self-esteem among Korean adolescents: The moderating

- effect of relationships with parents. *Journal of Adolescence*, 36(2), 403–411.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.002>
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Greenwald, S., & Weissman, M. (1995). Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *Journal of affective disorders*, 33(3), 173–180.
- Parkitny, L., & McAuley, J. (2010). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of Physiotherapy*, 56(3), 204. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70030-8](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70030-8)
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Patton, J. H., & Stanford, M. S. 8: Barratt, ES (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Piaget, J. (1950). *The Psychology of Intelligence*. London: Routledge.
- Ponton, L. E. (1997). *The romance of risk: Why teenagers do the things they do*. New York: BasicBooks.
- Power, L., Morgan, S., Byrne, S., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Fitzpatrick, C., & Guerin, S. (2009). A pilot study evaluating a support programme for parents of young people with suicidal behaviour. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 1–8.
- Preyde, M., Vanderkooy, J., Chevalier, P., Heintzman, J., Warne, A., & Barrick, K. (2014). The psychosocial characteristics associated with NSSI and suicide attempt of youth admitted to an in-patient psychiatric unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 100.
- Preyde, M., Vanderkooy, J., Chevalier, P., Heintzman, J., Warne, A., & Barrick, K. (2014). The psychosocial characteristics associated with NSSI and suicide attempt of youth admitted to an in-patient psychiatric unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 100.
- Preyde, M., Watkins, H., Csuzdi, N., Carter, J., Lazure, K., White, S., Penney, R., Ashbourne, G., Cameron, G., & Frensch, K. (2012). Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviour in Children and Adolescents Accessing Residential or Intensive Home-Based Mental Health Services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4), 270–281.

- Procaccini, J. & Kieffer, M. W. (1983). *Parent Burnout*. New York, NY: Double day
- Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. (1995). *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1586–1594. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1586>
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., Laurent, A. C., & Rydell, P. J. (2006). *The SCERTS model: A comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders, Vol. 1*. Paul H Brookes Publishing.
- Raffagnato, A., Angelico, C., Valentini, P., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2020). Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 11, 262. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00262>
- Raja, S. N., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 21(4), 471–485.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., & Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and weight disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(3), 166–170.
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education*, 106(1), 9–20. <https://doi.org/10.1108/09654280610637166>
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of psychosomatic research*, 69(4), 419–432.
- Rice, K. G. (1990). Attachment in adolescence: A narrative and meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(5), 511–538. <https://doi.org/10.1007/BF01537478>
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2008). Emotional Development in Adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (A c. Di), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pagg. 269–289). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470756607.ch13>
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–

253. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.244>
- Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology, 9*, 758.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). *Autonomy, relatedness, and the self: Their relation to development and psychopathology*.
- Salcuni, S., Parolin, L., & Colli, A. (2017). Attachment research and eating disorder: A measurement perspective-literature review. *Polskie Forum, 22*(3), 478–504.
<https://doi.org/10.14656/PFP20170308>
- Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., Parzer, P., Resch, F., Ebner-Priemer, U. W., & Kaess, M. (2017). Ecological momentary assessment of affective and interpersonal instability in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of abnormal child psychology, 45*(7), 1429–1438.
- Santrock, J.W. (2001). *Adolescence*, 8th Edition. New York: McGraw-Hill
- Santrock, J. W., & Rollo, D. (2017a). Lo sviluppo emotivo e affettivo. *Psicologia dello sviluppo* (III ed) (pp 354-364). Milano: McGraw-Hill Education.
- Santrock, J. W., & Rollo, D. (2017b). La famiglia. *Psicologia dello sviluppo* (III ed) (pp 456-468). Milano: McGraw-Hill Education.
- Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia* [The social psychology of the family]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Segal, A. (2016). Differences in Emotion Regulation along the Eating Disorder Spectrum: Cross Sectional Study in Adolescents out Patient Care. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry, 6*(1).
<https://doi.org/10.15406/jpcpy.2016.06.00314>
- Séjourné, N., Sanchez-Rodriguez, R., Leboullenger, A., & Callahan, S. (2018). Maternal burn-out: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 36*(3), 276–288. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1437896>
- Sevecke, K. (2013). Bindungsrepräsentation jugendlicher Patientinnen mit Anorexia Nervosa. *Poster at the 20. Wissenschaftliche Tagung des Arbeitskreis Biologische Kinder-und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*.

- Shank, L. M., Tanofsky-Kraff, M., Kelly, N. R., Jaramillo, M., Rubin, S. G., Altman, D. R., Byrne, M. E., LeMay-Russell, S., Schvey, N. A., Broadney, M. M., Brady, S. M., Yang, S. B., Courville, A. B., Ramirez, S., Crist, A. C., Yanovski, S. Z., & Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, *171*(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Yanovski, J. A. (2019). The association between alexithymia and eating behavior in children and adolescents. *Appetite*, *142*, 104381. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104381>
- Siegel, D. J. (2015). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. Penguin.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(6), 531–539. <https://doi.org/10.1002/eat.20654>
- Simonelli, A., Calvo, V., & Vizziello, G.M (1999). *Modelli di attaccamento in adolescenza: trasmissione intergenerazionale e adattamento*. Articolo presentato al XIII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia dello Sviluppo dell’AIP, Parma.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *21*(3), 167–179. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x>
- Smetana, J. G., Crean, H. F., & Daddis, C. (2002). Family processes and problem behaviors in middle-class African American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, *12*(2), 275–304.
- Sorkkila, M., & Aunola, K. (2020). Risk factors for parental burnout among Finnish parents: The role of socially prescribed perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(3), 648–659.
- Speltini, G. (2011). Pubertà e sviluppo fisico. In Palmonari, A. (A cura di), *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic*

- Research*, 63(4), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.008>
- Speranza, A.M. (2017). I disturbi della regolazione emotiva e dell'attaccamento. In Tambelli, R. (A cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 177-209). Bologna: Il Mulino
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of research on adolescence*, 11(1), 1–19.
- Stelter, R. L., & Halberstadt, A. G. (2011). The interplay between parental beliefs about children's emotions and parental stress impacts children's attachment security. *Infant and child development*, 20(3), 272–287.
- Stern, D. N. (2004). The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 29–42). The Guilford Press.
- Sutton, T. E. (2019). Review of Attachment Theory: Familial Predictors, Continuity and Change, and Intrapersonal and Relational Outcomes. *Marriage & Family Review*, 55(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/01494929.2018.1458001>
- Tambelli, R. , Volpi, B. & Di Trani, M. (2017). I disturbi a espressione psicosomatica, del sonno e del pianto. In Tambelli, R. (A cura di), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp.116-117). Bologna: Il Mulino
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and individual differences*, 47(6), 662–667.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61–74.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511526831>

- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(1), 49–58.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Thompson, R. A. (2015). Relationships, regulation, and early development. In M. E. Lamb & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Socioemotional processes* (pp. 201–246). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy306>
- Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, Self-Cutting, and Other Self-Harm Behavior in a General Population of Finnish Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 768–771. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181879e11>
- Torres, A., Catena, A., Megías, A., Maldonado, A., Cándido, A., Verdejo-García, A., & Perales, J. C. (2013). Emotional and non-emotional pathways to impulsive behavior and addiction. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 43.
- Townsend, M. L., Miller, C. E., Matthews, E. L., & Grenyer, B. F. (2021). Parental response style to adolescent self-harm: Psychological, social and functional impacts. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13407.
- Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-Mother Face-to-Face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination. *Child Development*, 60(1), 85–92. <https://doi.org/10.2307/1131074>
- Tucker, C. J., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). Dimensions of mothers' and fathers' differential treatment of siblings: Links with adolescents' sex-typed personal qualities. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 52(1), 82–89. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2003.00082.x>
- Van Bakel, H., Van Engen, M. L., & Peters, P. (2018). Validity of the Parental Burnout

- Inventory Among Dutch Employees. *Frontiers in psychology*, 9, 697
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.137>
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413–434. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00033-7)
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A Secure Base from Which to Explore Close Relationships. *Child Development*, 71(1), 164–172. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>
- Waters, S. F., Virmani, E. A., Thompson, R. A., Meyer, S., Raikes, H. A., & Jochem, R. (2010). Emotion Regulation and Attachment: Unpacking Two Constructs and Their Association. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 37–47. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9163-z>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689.
- Whitlock, J., Lloyd-Richardson, E., Fisseha, F., & Bates, T. (2018). Parental secondary stress: The often hidden consequences of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of clinical psychology*, 74(1), 178–196.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Shay, L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 147–151. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90023-J](https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90023-J)
- Wu, M., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2013). Inhibitory Control in Bulimic-Type Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos one*, 8(12), e83412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083412>
- Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediation Effect of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 903–911. <https://doi.org/10.1002/jclp.21969>
- Yap, M. B., Allen, N. B., & Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for

- adolescent depressive disorders. *Clinical child and family psychology review*, 10(2), 180–196. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0014-0>
- Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current Opinion in Neurobiology*, 17(2), 251–257. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2007.03.009>
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338–349. <https://doi.org/10.1002/erv.925>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155–168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zonnevylle-Bendek, M. J. S., Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Van Elburg, A., & Van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?. *European child & adolescent psychiatry*, 11(1), 38-42.