



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

**Le interazioni familiari in pazienti adolescenti con
autolesionismo non suicidario: uno studio caso-controllo**

Family interactions in adolescent patients with
nonsuicidal self-injury: a case-control study

Relatrice

Prof.ssa Marina Miscioscia

Laureanda: Floriana Maria Manca

Matricola: 2048607

Anno Accademico 2022/2023

Indice

ABSTRACT	5
INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1: L'AUTOLESIONISMO NON SUICIDARIO	9
1.1 Definizione dell'autolesionismo non suicidario e classificazione diagnostica	9
1.1.1 Autolesionismo non suicidario e comorbidità	11
1.2 Caratteristiche dell'autolesionismo non suicidario	12
1.2.1 Il ruolo della disregolazione emotiva nell'autolesionismo non suicidario	12
1.2.2 Il ruolo dell'impulsività e dell'alessitimia nell'autolesionismo non suicidario.....	14
1.2.3 Correlati neurobiologici dell'autolesionismo non suicidario.....	16
1.3 Stress familiare e l'impatto sul benessere filiale: pandemia COVID-19 e autolesionismo non suicidario	18
CAPITOLO 2: LO STUDIO DELLE INTERAZIONI FAMILIARI: UN PARADIGMA TRIADICO	21
2.1 L'approccio triadico e lo studio del sistema famiglia.....	21
2.2 Lo sviluppo della comunicazione triangolare	22
2.3 Le interazioni familiari in adolescenza	25
2.4. Dinamiche familiari e psicopatologia del bambino/adolescente	26
CAPITOLO 3: LA RICERCA	30
3.1 Obiettivi e ipotesi	30
3.2. Metodo.....	31
3.2.1 Partecipanti	31
3.2.2 Strumenti.....	32
3.2.3 Procedura	37
CAPITOLO 4: RISULTATI	39
4.1 Analisi statistiche.....	39
4.1.1 Qualità delle interazioni familiari dei due gruppi di confronto	39
4.1.2 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI in riferimento a problematiche comportamentali	40

4.1.3 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI in riferimento a problematiche comportamentali riportate dai genitori	41
4.1.4 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI riferito a presenza di sintomatologia depressiva e ansiosa	43
4.1.5 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI riferito a presenza di sintomatologia depressiva e ansiosa riportata dai genitori	45
4.1.6 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente nel gruppo NSSI	46
4.1.7 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente riportate dai genitori nel gruppo NSSI.....	48
4.1.8 Correlazioni tra le interazioni familiari e sintomatologia depressiva e ansiosa rilevata nell'adolescente nel gruppo NSSI	53
4.1.9 Confronto tra fasi della pandemia da COVID-19 in riferimento alle interazioni familiari e a diagnosi di autolesionismo.....	53
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE.....	58
5.1 Discussione risultati	58
5.2 Limiti dello studio	65
5.3 Conclusioni.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	68

ABSTRACT

Gran parte della letteratura sul tema, evidenzia come siano molteplici i fattori che influenzano lo sviluppo del bambino e dell'adolescente sia verso esiti adattivi che verso esiti disadattivi. In particolare, è dimostrato il ruolo delle dinamiche familiari e delle modalità co-genitoriali nello sviluppo di problematiche psicopatologiche nei figli.

Obiettivi: La finalità principale di questo lavoro risiede nell'osservare il costrutto delle interazioni familiari in pazienti ricoverati presso la Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova che presentano autolesionismo non suicidario (NSSI), usando la procedura del Lausanne Trilogue Play, al fine di indagare le caratteristiche di questi pazienti e delle loro famiglie nel contesto clinico.

Metodo: Sono stati inclusi 82 adolescenti ricoverati presso la Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova, di età compresa tra i 7 e i 17 anni ($M=13.3$; $DS=2.49$). Il campione è stato suddiviso in 39 pazienti (47.6%) con autolesionismo (NSSI) e 43 (52.4%) pazienti senza autolesionismo (no-NSSI).

La triade familiare è stata sottoposta alla procedura Lausanne Trilogue Play che ha permesso di indagare la qualità delle interazioni triangolari familiari.

Ai pazienti sono stati somministrati i seguenti questionari: Youth Self-Report, Children's Depression Inventory Second Edition, Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition. Ai genitori sono stati somministrati i seguenti questionari: Child Behavior Checklist, Children's Depression Inventory Second Edition e Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition.

Risultati: le analisi statistiche evidenziano la presenza di una differenza significativa tra il gruppo con autolesionismo (NSSI) e il gruppo senza autolesionismo (no NSSI) per quanto riguarda l'autenticità degli affetti espressi. Da un punto di vista qualitativo, nel gruppo NSSI si osservano punteggi medi inferiori nel *Lausanne Trilogue Play* in tutte le parti della procedura. Considerando le caratteristiche psicopatologiche, nei pazienti con NSSI emergono livelli maggiori di problemi emotivo-comportamentali rispetto ai pazienti senza NSSI, in particolare sintomatologia esternalizzante, depressiva e ansiosa. Le famiglie dei pazienti con NSSI mostrano minori capacità di autoregolazione degli adolescenti, minori abilità da parte dei genitori di validare gli stati emotivi dei propri figli e minore autenticità degli affetti espressi. Queste famiglie risultano avere un

peggioramento nelle capacità interattive della triade in corrispondenza di un aumento di sintomatologia depressiva nel figlio. In corrispondenza a problematiche esternalizzanti si rilevano, inoltre, scarse capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, difficoltà nell'abilità di autoregolazione del ragazzo, clima di scarsa circolazione di affetti positivi.

Infine, è stato rilevato un aumento dei casi di autolesionismo durante la pandemia da COVID-19. Tramite il confronto tra gruppi corrispondenti a tre periodi temporali della pandemia, è stato osservato un peggioramento nelle interazioni tra i genitori, bassa coesione familiare e minor coinvolgimento emotivo nella fase acuta di emergenza sanitaria.

Conclusioni: Attraverso l'utilizzo della procedura del Lausanne Trilogue Play, ampiamente adottata ed efficace nel campo della diagnosi e trattamento, questo studio ha permesso di osservare le dinamiche interattive che sembrano caratterizzare le famiglie dei pazienti ricoverati nella UOC di Neuropsichiatria Infantile e che presentano comportamenti autolesionistici non suicidari e di osservare l'impatto della pandemia da Coronavirus 19 su questi pazienti e le loro famiglie. I risultati ottenuti hanno evidenziato alcune limitazioni e aspetti che potranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti in futuri studi.

INTRODUZIONE

L'autolesionismo non suicidario implica il procurarsi deliberatamente delle lesioni non fatali. Resoconti di questo tipo di azioni sono presenti già dai tempi antichi. Gli esseri umani sono dotati di una spinta alla sopravvivenza, ma spesso compiono azioni che ostacolano questa spinta. Siamo evolutivamente programmati per evitare il dolore, che viene vissuto come un evento spiacevole e pericoloso per la sopravvivenza. Proprio per questo, comportamenti come l'autolesionismo non suicidario portano a chiedersi come mai le persone si danneggino intenzionalmente. I comportamenti autolesivi sono molto diffusi, con un aumento negli ultimi decenni, e ciò ha portato la ricerca a interessarsi sempre più del fenomeno. Nel corso del tempo sono state date diverse definizioni di autolesionismo che inizialmente era considerato solo come sintomo di psicopatologia. Tuttavia l'evidenza di campioni di comunità in cui è stato riscontrato questo fenomeno, indica che l'idea che l'NSSI (Non-Suicidal Self-Injury) sia ricondotto esclusivamente a patologia mentale è riduttiva. La letteratura recente porta il focus su due importanti aspetti alla base dell'NSSI: il dolore e la disregolazione emotiva. L'autolesionismo sembra essere una modalità di coping disfunzionale in risposta ad esperienze emotive troppo intense e ingestibili per la persona. Il dolore fisico diventa un modo di autoregolarsi e trovare sollievo dal dolore emotivo, vissuto come più insopportabile. Considerando questi aspetti, non stupisce che la popolazione più interessata da questo tipo di comportamenti sia quella adolescenziale. Tale fase evolutiva è particolarmente delicata per lo sviluppo socio-emotivo della persona e quindi presenta una maggiore vulnerabilità per lo sviluppo di psicopatologia. L'NSSI oggi non è più considerato come esclusivo sintomo, ma è interessante come sia spesso in comorbidità con diverse forme di psicopatologia soprattutto in adolescenza. La comunità scientifica si è quindi interrogata sul perché di questa prevalenza e sui fattori di rischio e di mantenimento dei comportamenti autolesivi. Tra questi fattori emergono in modo importante le influenze familiari, aspetto su cui si concentra questo elaborato.

Partendo da questi presupposti, nel primo capitolo sarà descritto l'autolesionismo non suicidario, con una panoramica sul posizionamento diagnostico e le comorbidità più comunemente associate. Poi verranno approfonditi gli aspetti caratteristici di questo fenomeno, tra cui la disregolazione emotiva, l'impulsività e l'alessitimia. Successivamente saranno esposti i correlati neurobiologici associati all'NSSI, approfondendo la sovrapposizione tra substrati neurali coinvolti del dolore fisico ed emotivo. Infine sarà presentato l'impatto della pandemia da COVID-19 sulla salute mentale dei giovanissimi e delle loro famiglie. Nel secondo capitolo verrà affrontato lo studio e la definizione delle interazioni familiari secondo un approccio triadico, cioè che implica la considerazione della famiglia come sistema, in cui ognuno è influenzato e influenza l'altro. Ci sarà poi un focus sulle

dinamiche familiari in adolescenza e nell'ambito della psicopatologia. A seguito di questa parte teorica verrà presentato il lavoro di ricerca. In particolare, nel terzo capitolo saranno esposti gli obiettivi e le ipotesi che hanno guidato la ricerca: la descrizione delle interazioni familiari di famiglie con figli ricoverati in Neuropsichiatria infantile che presentano autolesionismo non suicidario, l'osservazione di caratteristiche che distinguono le famiglie di pazienti con NSSI da famiglie di pazienti senza NSSI, la valutazione di caratteristiche psicopatologiche negli adolescenti ricoverati e la valutazione dell'impatto della pandemia sulle dinamiche familiari. Verranno poi descritti i dettagli relativi ai partecipanti, agli strumenti utilizzati e alla procedura svolta. Nel capitolo quarto saranno esposti i risultati della ricerca che saranno poi discussi nel quinto capitolo. Infine, verranno esposti i limiti dello studio e nelle conclusioni verrà sintetizzato quanto emerso dal presente lavoro insieme a possibili direzioni per futuri studi di ricerca.

CAPITOLO 1: *l'autolesionismo non suicidario*

1.1 Definizione dell'autolesionismo non suicidario e classificazione diagnostica

L'autolesionismo non suicidario (*Non suicidal self-injury*, NSSI) è definito come la distruzione diretta e deliberata dei propri tessuti corporei senza un chiaro intento suicida e per ragioni che non sono coerenti con le aspettative o le norme culturali (Nock, 2010). È un fenomeno molto diffuso con una prevalenza stimata del 2-14% tra i giovani adulti (Kiekens et al., 2023) e tra i 4 e il 23% tra gli adulti (Andover, 2014). La popolazione più interessata, tuttavia, è quella adolescenziale con tassi del 17% in campioni di comunità, che incrementano al 40% in campioni con problemi psichiatrici (Swanell et al., 2014; Jacobson et al., 2008) e un'età di insorgenza compresa tra i 12 e i 14 anni (Muehlenkamp et al., 2012).

Diversi lavori hanno dimostrato la forte associazione tra NSSI e la presenza di un disturbo mentale (Kiekens et al., 2018; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015). Sebbene in passato sia stato considerato un sintomo di malattia mentale, in particolare del disturbo borderline di personalità (DBP), l'autolesionismo non suicidario è ora riconosciuto come un comportamento che si manifesta anche indipendentemente dal DBP e in co-occorrenza a diverse condizioni diagnostiche, richiedendo una ricerca indipendente. L'American Psychiatric Association ha ufficialmente accettato questa prospettiva nel 2013 con la Quinta Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders l'inclusione*, DSM-5; APA, 2013) inserendo l'NSSI come "condizione che richiede ulteriori studi" nella Sezione III. L'elevata co-occorrenza tra NSSI e disturbi mentali solleva importanti interrogativi sulla natura di questa associazione, in particolare se l'NSSI funzioni come correlato, oppure fattore di rischio o come esito della malattia mentale. Alcuni studi prospettici suggeriscono che i disturbi mentali predicano l'insorgenza di NSSI (Kiekens et al., 2023), ma servono ulteriori ricerche per stabilire la specificità di questa relazione. Al contrario, emergono prove che indicano come la presenza di NSSI può essere associata ad un aumentato rischio di nuovi disturbi mentali emergenti (Daukantaitė et al., 2020). Per comprendere meglio il modo in cui NSSI e disturbi mentali si influenzano reciprocamente, sarà essenziale chiarire la direzione dello sviluppo tra essi. Ciò potrà contribuire a sviluppare adeguati protocolli di prevenzione e intervento.

Secondo il DSM-5 ciò che caratterizza l'autolesionismo non suicidario è che l'individuo si infligge ripetutamente lesioni superficiali ma dolorose sulla superficie corporea (APA, 2013). La principale motivazione alla base del comportamento è quella di ridurre stati emotivi negativi oppure risolvere difficoltà interpersonali. Spesso viene riportata una sensazione di sollievo quando viene compiuto

l'atto. I metodi più comuni di NSSI consistono nel praticare tagli sulla pelle (70-90%), sbattere la testa o colpirsi (21-44%), bruciarsi (15-35%), tirarsi i capelli (10%) (Selby et al., 2015; Halstead et al., 2014). Per quanto riguarda i tassi di prevalenza, sembra che l'NSSI sia più frequente nel genere femminile, tuttavia altri studi hanno rilevato tassi simili di prevalenza in entrambi i generi. Ciò può essere spiegato considerando che maggiori differenze di genere si trovano negli studi con campioni clinici, rispetto a campioni di comunità (Bresin et al., 2015) e che generalmente sono più le donne rispetto agli uomini che accedono ai servizi psichiatrici. Questa differenza può essere dovuta allo stigma che i maschi provano per la ricerca di trattamenti per la salute mentale (Victor et al., 2018). Un dato interessante riguarda la differenza di metodi di autolesionismo utilizzati da uomini e donne: il metodo più comune tra gli uomini sembra essere il colpirsi e bruciarsi, mentre nelle donne sono più comuni metodi che implicano il sangue, come tagliarsi e graffiarsi (Andover et al., 2010).

L'autolesionismo non suicidario assolve a varie funzioni. La motivazione più comune sembra essere la regolazione emotiva. Secondo il Modello a Quattro Fattori (Nock, 2009) ci sono quattro processi funzionali dell'NSSI:

- il rinforzo automatico negativo che serve a ridurre stati negativi interni, come rabbia, ansia, solitudine, che tendono ad essere elevati prima di autolesionarsi (Hepp et al., 2020). Sembra infatti che gli affetti negativi diminuiscano dopo l'agito e ciò aumenta la probabilità di ripetere l'NSSI in futuro;
- il rinforzo automatico positivo, quando l'NSSI viene usato per "sentire stimoli" e generare affetti positivi che aumenterebbero dopo l'atto;
- il rinforzo sociale negativo, quando l'autolesionismo serve per evitare situazioni sociali indesiderate;
- il rinforzo sociale positivo, quando l'NSSI facilita la ricerca di aiuto, l'aumento del supporto sociale e della probabilità di suscitare risposte desiderate.

Un'altra possibile funzione dell'autolesionismo sarebbe l'autopunizione. Questa ipotesi suggerisce che l'NSSI sia un'espressione di rabbia o disprezzo nei confronti di sé stessi. Si ipotizza che gli autolesionisti abbiano imparato dal loro ambiente a punire o invalidare sé stessi (Klonsky, 2007).

1.1.1 Autolesionismo non suicidario e comorbidità

L'NSSI è associato alla presenza di vari disturbi mentali, sia internalizzanti che esternalizzanti, tra cui il disturbo post-traumatico da stress (DPTS), disturbo dissociativo, disturbo della condotta, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo esplosivo intermittente, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo da uso di sostanze, disturbi alimentari e disturbo borderline di personalità (DBP) con il quale c'è una forte co-occorrenza (Cipriano et al., 2017). Lo stretto legame tra autolesionismo e psicopatologia si evidenzia anche nel fatto che la presenza di un disturbo mentale si associa ad un successivo esordio di NSSI, in particolare i disturbi dell'umore risultano essere forti predittori di NSSI (Kiekens et al., 2023). Questi risultati sono in accordo con l'idea che distress e difficoltà associate ai disturbi mentali indichino una maggiore propensione per l'NSSI. Tuttavia, è stato anche osservato che l'NSSI può precedere l'esordio di un disturbo mentale ipotizzando che l'autolesionismo possa essere un marker comportamentale per psicopatologia emergente. Inoltre sembra che la presenza di NSSI aumenti la vulnerabilità per problemi di salute mentale (Kiekens et al., 2023). In particolar modo, l'NSSI si associa frequentemente ai "disturbi emotivi", ossia quelle psicopatologie caratterizzate da "frequenti e intense emozioni negative, forti reazioni avverse alle emozioni negative, e sforzi di evitare o scappare dall'esperienza emozionale" (Sauer-Zavala & Barlow, 2014). Tra questi disturbi si annoverano il disturbo depressivo, il disturbo d'ansia e i disturbi da stress. Le emozioni negative tipiche dei "disturbi emotivi" persistono e vengono esacerbate dall'uso di strategie di evitamento maladattive (es. ruminazione o soppressione del pensiero) (Bentley et al., 2015); questi metodi sono spesso associati a NSSI che risulta simile nella funzione di regolazione emotiva. Di conseguenza, non sorprende che le persone che praticano autolesionismo non suicidario mostrino elevati livelli di sintomi ansiosi e depressivi rispetto a chi non lo pratica (Andover et al., 2005; Marshall et al., 2013). Ad esempio, alcune ricerche suggeriscono che gli adolescenti possano utilizzare l'NSSI per regolare i sintomi depressivi. Tuttavia, la riduzione degli affetti negativi può portare a rinforzare l'uso dell'NSSI come strategia di coping per cambiare gli affetti (Marshall et al., 2013).

Sebbene l'autolesionismo non suicidario non venga praticato con il chiaro intento di togliersi la vita, diverse ricerche hanno evidenziato che questo tipo di comportamento è un forte predittore di successivi tentativi di suicidio. Gli adolescenti che praticano NSSI hanno un rischio maggiore di suicidio rispetto a quelli che non lo praticano (Andover et al., 2012). La co-occorrenza non riguarda solo il comportamento, ma spesso si verificano pensieri di NSSI accompagnati a pensieri suicidari. L'NSSI è quindi un fattore di rischio per i comportamenti suicidari, ciò può indicare un continuum tra questi due disturbi. Alcuni autori hanno proposto una teoria secondo la quale gli eventi dolorosi

ripetuti aumentano la tolleranza al dolore, che quindi aumenta la capacità acquisita di suicidio (Van Orden et al., 2010). Nonostante il suicidio e la NSSI comportino entrambi un danno intenzionale, è importante sottolineare che sono comportamenti distinti. La principale differenza riguarda l'intento: l'NSSI non è intrapreso con l'obiettivo di morire, mentre nei tentativi di suicidio c'è almeno un intento di mettere fine alla vita. I tentativi di suicidio sono di solito associati a pensieri di morte mentre l'autolesionismo è legato al desiderio di alleviare l'angoscia. I tentativi di suicidio tendono a verificarsi con bassa frequenza con l'uso di un singolo metodo, mentre l'NSSI tende a essere un comportamento cronico, ripetuto frequentemente, con l'utilizzo di più metodi e con lesioni non fatali. A differenza dei tentativi di suicidio, l'autolesionismo provoca calma e sollievo, una volta completato. Inoltre, le caratteristiche dei pensieri di autolesionismo variano in base al tipo di NSSI. Tra gli adolescenti con storie sia di NSSI che di tentato suicidio, la maggior parte aveva pensieri di autolesionismo di breve durata a frequenza quotidiana. I pensieri suicidari erano, però, meno frequenti, più prolungati nel tempo e meno propensi a tradursi in comportamenti autolesivi.

1.2 Caratteristiche dell'autolesionismo non suicidario

1.2.1 Il ruolo della disregolazione emotiva nell'autolesionismo non suicidario

La capacità di regolare le emozioni e gli affetti è fondamentale per lo sviluppo positivo dell'individuo. Fin dal momento della nascita, il bambino viene immerso in un ambiente ricco di relazioni affettive significative dove svilupperà la sua personalità e si consolideranno le sue capacità di regolare le emozioni. Questi legami primari svolgeranno un ruolo fondamentale nella costruzione delle rappresentazioni di sé e degli altri. Il bambino, in base alla disponibilità emotiva del genitore, impara questa fondamentale capacità regolativa. Se fa esperienza di interazioni adeguate, avrà la possibilità di sperimentare la regolazione e il controllo di stati emotivi negativi e di amplificare quelli positivi. All'inizio sono i *caregiver* che mediano la regolazione tramite risposte ai segnali del bambino. Tuttavia, il piccolo possiede la capacità biologicamente determinata di regolare i propri stati (es. suzione del pollice, distogliere lo sguardo da uno stimolo stressante, dondolarsi). Con la crescita, queste strategie di autoregolazione diventano sempre più complesse, ad esempio con l'utilizzo del gioco simbolico, della narrazione o di strategie cognitive per elaborare esperienze emotive significative (Tambelli, 2017). Avere buone capacità di regolazione emotiva implica riuscire ad esprimere e verbalizzare un'ampia gamma di affetti, sia positivi che negativi. Include anche la

capacità di gestire vari processi che servono per regolare uno stato affettivo: cambiamenti fisiologici (modifiche nella durata e nell'intensità delle emozioni); Componenti cognitive (processi attenzionali e mentali per valutare le situazioni); Capacità di modificare il comportamento attraverso il quale le emozioni vengono espresse (Sabatier et al., 2017).

La ricerca scientifica ha ampiamente dimostrato che la capacità dei bambini di gestire i propri stati emotivi in modo adeguato sia fondamentale per il loro successo nelle relazioni interpersonali, nell'affrontare situazioni difficili, nel raggiungere i propri obiettivi e in generale nell'adattamento all'ambiente circostante. Esiste un consenso tra gli studiosi sul fatto che le capacità di gestione delle emozioni consentano a bambini e adolescenti di inibire impulsi inappropriati, di orientare il loro comportamento in maniera costruttiva, di esplorare e adattarsi a nuovi contesti, relazioni e oggetti e di essere accettati più facilmente dai loro coetanei (Tambelli, 2017). La ricerca ha dimostrato che famiglie che creano un ambiente emotivamente caldo rafforzano la corretta espressione dell'affetto e contribuiscono allo sviluppo di buone capacità di coping emotivo nei bambini e negli adolescenti, che gli permettono di affrontare sfide affettive in modo sano e adattivo (Soenens et al., 2019; Costa et al., 2019).

L'inizio dell'adolescenza è un periodo critico per lo sviluppo delle capacità di regolazione degli affetti perché le circostanze sociali, in particolare le relazioni con i pari, portano alti livelli di stress e di elevata eccitazione emotiva. Situazioni che espongono i giovani alla possibilità di essere valutati negativamente dai propri coetanei possono causare una notevole diminuzione della loro capacità di autoregolazione, minore assertività e strategie decisionali limitate (Sabatier et al., 2017). Rispetto ai bambini, gli adolescenti sperimentano diverse situazioni emotive nuove, ad esempio lavorare sulla costruzione della propria identità o essere coinvolti in relazioni romantiche. Inoltre, la pubertà favorisce una maggiore attivazione emotiva (Robinson et al., 2019). Basse capacità di regolazione dei propri stati implicano strategie di coping meno efficaci, che rendono i bambini e gli adolescenti meno in grado di trovare soluzioni appropriate nei momenti di difficoltà, oppure li portano ad attuare strategie di evitamento come distanziamento affettivo e negazione dei propri bisogni (Tambelli, 2017). A lungo termine una scarsa regolazione emotiva durante l'infanzia e l'adolescenza può essere un problema per l'adattamento psicologico e sociale degli individui. In particolare, la difficoltà di alcuni bambini di tollerare e gestire le proprie emozioni negative, di controllare gli impulsi e di affrontare i cambiamenti sono elementi che sono stati correlati allo sviluppo di varie forme di psicopatologia tra cui depressione, ansia e anche autolesionismo-non suicidario.

La disregolazione emotiva è riconosciuta come un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia, in particolare per l'NSSI. Secondo la letteratura, l'autolesionismo viene spesso

considerato come una strategia di coping disfunzionale in risposta a forti stati emotivi negativi con lo scopo quindi di regolare gli affetti. Alcuni studiosi sostengono che l'NSSI avrebbe una funzione di evitamento o fuga da emozioni indesiderate o spiacevoli. Questa tendenza all'evitamento è associata a limitate capacità di regolazione emotiva, scarsa tolleranza dell'angoscia e difficoltà a modulare le emozioni negative in caso di attivazione (Klonsky, 2007). Secondo il *modello a cascata emozionale* (Selby et al., 2013) la tendenza a rimuginare su pensieri e sentimenti negativi aumenta i livelli di emozione negativa e ciò porta ad una cascata che aumenta gradualmente l'intensità emozionale. A questo punto, il comportamento autolesivo verrebbe utilizzato come distrazione che riduce temporaneamente l'emozione negativa e aumenta la percezione di sollievo. Coerentemente con questi modelli teorici, ci sono evidenze empiriche che hanno dimostrato un'associazione significativa tra maggiore disregolazione emotiva e maggiore probabilità di sviluppare NSSI (Wolff, 2019; Klonsky, 2007; Muehlenkamp et al., 2013). Tuttavia, ancora non si conosce la direzione dell'interazione tra scarsa capacità di regolazione e NSSI. Alcuni autori hanno proposto una relazione bidirezionale di rischio tra i due fattori: basse capacità di regolazione emotiva possono portare a intraprendere comportamenti autolesivi, e attuare comportamenti autolesivi può portare a un peggioramento delle capacità di autoregolazione emotiva. Uno studio longitudinale del 2019 ha dimostrato che gli adolescenti praticano NSSI come risultato di scarse capacità di regolazione e, facendo questo, possono peggiorare ulteriormente le loro già basse abilità di regolare le emozioni.

1.2.2 Il ruolo dell'impulsività e dell'alessitimia nell'autolesionismo non suicidario

La letteratura ha nel tempo analizzato frequentemente l'associazione tra comportamento autolesionista non suicidario e due importanti fattori: l'impulsività e l'alessitimia. Come sottolineato in precedenza, la funzione primaria dell'NSSI sembra essere l'autoregolazione affettiva; diversi autori ipotizzano che, in alcuni individui, la presenza di intensi affetti negativi li porti ad agire in maniera più avventata (Lockwood et al., 2017). L'intenzione di alleviare gli affetti negativi può portare a comportamenti impulsivi per ottenere vantaggi a breve termine, a scapito dei vantaggi e obiettivi a lungo termine. Quindi l'impulsività può aumentare la vulnerabilità di un individuo a mettere in atto comportamenti facilmente accessibili anche se disadattivi, come l'autolesionismo. Gli effetti positivi di cessazione del dolore emotivo contribuiscono a rinforzare il ricorso a comportamenti autolesivi. Studi sull'associazione tra impulsività e NSSI riportano spesso risultati non concordi a causa dell'eterogeneità del concetto di impulsività. Oggi la definizione più ampiamente condivisa la indica come "una predisposizione a reazioni rapide e non pianificate a stimoli interni o esterni con una scarsa considerazione delle conseguenze negative di queste reazioni per l'individuo impulsivo o

per gli altri” (Moeller et al., 2001). La letteratura che esamina l’impulsività legata all’NSSI utilizza due principali metodi di misurazione: questionari self-report e misure neurocognitive e neurocomportamentali. Le misure di autovalutazione, come la Barratt Impulsivness Scale (Patton et al., 1995), presentano il vantaggio di consentire ai ricercatori di raccogliere informazioni riguardo a vari tipi di comportamento e alla loro possibile persistenza nel tempo. Esempi di item di questa scala sono: “agisco senza pensarci”; “programmo le mie attività con cura”. Tuttavia, ci sono anche svantaggi nelle misure self-report, tra cui la dipendenza dall’onestà e dalla precisione delle risposte fornite dall’individuo che compila il questionario. Le misure basate sul laboratorio tendono invece a valutare altre dimensioni dell’impulsività. Queste includono: la capacità di inibizione della risposta predominante (la capacità di sopprimere la propria risposta dominante); la resistenza all’interferenza del distrattore (difficoltà nell’ignorare distrazioni che interferiscono con il compito); la resistenza all’interferenza proattiva (difficoltà nel non farsi influenzare da memorie irrilevanti che interferiscono con il compito); il ritardo della risposta (difficoltà a posticipare la gratificazione immediata per un guadagno a lungo termine); le distorsioni nel tempo trascorso (difficoltà nel percepire l’intervallo temporale trascorso), (Hamza et al., 2015). I vantaggi di questo tipo di misurazioni implicano la possibilità di un loro uso ripetuto nel tempo e la capacità di rappresentare meglio il costrutto rispetto ai questionari self-report, caratterizzati da una natura maggiormente soggettiva. D’altra parte le misure di laboratorio non tengono conto dei fattori sociali legati all’impulsività e non valutano modelli comportamentali a lungo termine. I risultati sull’associazione tra autolesionismo non suicidario e impulsività sono però contrastanti. Secondo una review del 2015 gli individui che hanno praticato NSSI hanno riportato una maggiore impulsività auto-riferita; questa era positivamente associata alla frequenza e gravità dell’NSSI. La mancanza di pianificazione, minore perseveranza e maggiore urgenza negativa (ossia agire in modo avventato quando si sperimentano stati affettivi negativi) sono state associate all’attuazione di comportamenti autolesivi. Tuttavia, gli studi con misure comportamentali mostravano risultati non convincenti. Non si osservavano differenze tra individui con NSSI e senza NSSI sulle misure di laboratorio dell’impulsività. Per spiegare questi contrasti, gli autori hanno proposto che potrebbero non emergere differenze tra i due gruppi in compiti di laboratorio fino a quando ai partecipanti non viene chiesto di svolgere il compito in condizioni di stress emotivo, poiché è stato evidenziato che gli individui che attuano NSSI sono impulsivi principalmente nel contesto di stati affettivi negativi.

L’alessitimia si manifesta nell’incapacità di identificare e descrivere i sentimenti e di distinguerli dalle sensazioni fisiche derivanti dall’eccitazione emotiva (Norman & Borril 2015). L’incapacità nell’individuare, comprendere ed esprimere stati emotivi può aumentare il rischio per diversi tipi di malessere, tra cui i comportamenti autolesionistici. Diversi studi supportano l’associazione positiva

tra NSSI ed Alessitimia (Demers et al., 2019; Norman & Borrill, 2015), e ciò è a sostegno del modello della funzione di regolazione affettiva dell'autolesionismo. Studi di neuroimmagine hanno portato ulteriori evidenze della relazione tra questi due fattori. Sono stati osservati vari modelli di attivazione cerebrale in risposta alla visione di diverse immagini di espressioni facciali da parte di individui. Le aree cerebrali coinvolte sembrano svolgere un ruolo nell'identificazione e comprensione delle emozioni a partire dalle espressioni facciali altrui, nonché nell'empatia e nell'integrazione di informazioni multisensoriali. In particolare si è osservato che nei pazienti con NSSI una prospettiva più esterna o una minore tendenza all'introspezione erano correlate ad una minore attivazione cerebrale in risposta alla visualizzazione di espressioni facciali di felicità (Demers et al., 2019). L'alessitimia appare essere una caratteristica specificatamente legata al comportamento autolesionista. In uno studio di Raffagnato e colleghi (2020) è stata identificata una correlazione significativa tra il gruppo NSSI e tutte le sottoscale del questionario *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20; Rieffe et al., 2006), che va ad indagare l'alessitimia tramite tre fattori: "difficoltà ad identificare i sentimenti", "difficoltà a comunicare i sentimenti agli altri" e "pensiero orientato all'esterno". La difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni rende più complessa l'interazione degli adolescenti che praticano NSSI con il loro contesto sociale. Di conseguenza, ciò limita la loro capacità di chiedere aiuto (Gatta et al., 2016a). Anche in campioni di comunità si osserva che coloro che praticano autolesionismo hanno maggiori difficoltà nel riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi e quelli degli altri.

La capacità di riconoscere e nominare le emozioni si apprende durante l'infanzia, grazie ai genitori che danno significato all'esperienza emotiva del proprio figlio. Diversi studi hanno approfondito il ruolo dei fattori familiari nello sviluppo di Alessitimia, ed è emerso che alcune caratteristiche come la bassa coesione familiare, la conflittualità, lo stile genitoriale, la mancata possibilità di esprimersi, basso coinvolgimento affettivo intrafamiliare, controllo eccessivo, hanno un ruolo nello strutturarsi di tratti Alessitimici in età adulta (Gatta et al., 2017b). In questi casi il corpo può diventare il mezzo attraverso il quale vengono manifestati problemi psicologici ed emotivi che un individuo trova impossibile esprimere verbalmente.

1.2.3 Correlati neurobiologici dell'autolesionismo non suicidario

L'eziologia dell'autolesionismo non suicidario è complessa e implica l'interazione tra fattori ambientali e biologici. La ricerca recente ha evidenziato alcune alterazioni neurali che, in associazione ad esperienze ambientali potrebbero contribuire all'insorgenza di NSSI (Auerbach et al.,

2021). Per quanto riguarda i correlati neurali, studi di fMRI hanno osservato un ridotto volume della corteccia cingolata anteriore (ACC), deficit di connettività tra amigdala e corteccia cingolata anteriore e alterazioni fronto- limbiche negli individui che praticano NSSI. Altri studi hanno esaminato l'insula che potrebbe essere coinvolta nell'esperienza emotiva soggettiva. È stato riscontrato un ridotto volume di materia grigia nell'insula di campioni di autolesionisti rispetto a campioni di controllo (Auerbach et al., 2021).

La ricerca con *neuroimaging* funzionale ha rilevato un'iperattivazione delle strutture limbiche, tra cui l'amigdala e la corteccia cingolata anteriore, in individui con NSSI, quando vengono esposti a immagini emotive. Queste due strutture sembrano svolgere un ruolo centrale nelle esperienze affettive. L'attivazione di queste aree sembra diminuire dopo l'induzione di uno stimolo doloroso, così come dopo aver immaginato un atto di autolesionismo. Ciò fa ipotizzare che l'NSSI abbia un ruolo di regolazione dello stress e dell'iperattività del sistema limbico (Groshwitz and Plener, 2012). Uno studio di Groshwitz e colleghi (2016) ha rilevato una maggiore attivazione della corteccia prefrontale mediale, della corteccia prefrontale ventrolaterale e del giro paraippocampale in individui con NSSI durante prove di esclusione sociale. Questa evidenza suggerisce che gli individui che praticano autolesionismo possano percepire l'esclusione sociale in modo più negativo rispetto a individui sani. Ulteriori ricerche hanno dimostrato alterazioni nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (*hypothalamic-pituitary-adrenal*; HPA, sistema legato alla risposta da stress) e nei livelli di cortisolo di persone con NSSI. Uno studio ha rilevato che bassi livelli di reattività al cortisolo sono associati a maggiori difficoltà nella regolazione emotiva degli adolescenti, di cui molti con una storia di NSSI (Carosella et al., 2023). I risultati indicano una maggiore vulnerabilità allo stress negli individui che praticano autolesionismo (Groshwitz and Plener, 2012). Tuttavia, non è chiaro se sia la ridotta reattività dell'asse HPA a predisporre a comportamenti autolesionisti oppure se sia l'NSSI a influenzare la risposta dell'asse HPA.

I marcatori neurali, in interazione con fonti di stress interpersonale, possono aumentare il rischio di impegnarsi in NSSI. Lo stress acuto può influenzare direttamente lo sviluppo del cervello e può alterare i processi associati all'elaborazione autoreferenziale e al pensiero orientato al futuro. Le fonti di stress che si cronicizzano nel tempo possono alterare i sistemi limbici, influenzando l'arousal e i comportamenti di approccio. Inoltre, lo stress può portare a generare pensieri negativi (rabbia, tristezza, paura) che in mancanza di strategie adeguate di regolazione emotiva, possono innescare comportamenti di autolesionismo non suicidario (Auerbach et al., 2021). Ad oggi non sono stati trovati dei marker neurobiologici specifici per l'NSSI anche perché spesso c'è una sovrapposizione tra i meccanismi alla base dei comportamenti autolesionistici e i quelli alla base dei comportamenti

suicidari. Ulteriori indagini sulla neurobiologia dell'NSSI sono necessarie per comprendere e definire meglio le specificità di questo disturbo.

Un fattore molto studiato nell'ambito dell'autolesionismo non suicidario è il dolore. Una interessante teoria che prova a spiegare il ruolo del dolore nei comportamenti di NSSI implica il meccanismo noto come *compensazione del dolore* (Franklin et al., 2013). Spesso l'NSSI è preceduta da un intenso stress emotivo. Tale stress attiva diverse regioni del cervello, tra cui la corteccia cingolata anteriore e l'insula anteriore. Queste due aree svolgono la funzione di integrare le informazioni viscerali nell'esperienza cosciente. L'attività viscerale ha un ruolo nell'esperienza affettiva (Lindquist et al., 2012), quindi queste regioni svolgono un ruolo fondamentale in diverse esperienze affettive, compresa quella del dolore. Poiché vi è una sovrapposizione tra substrati neurali che sottendono al dolore fisico e a quello emotivo (Eisenberg, 2012), il sollievo dal dolore fisico genera una sensazione di alleviamento dal dolore emotivo. Quest'ultimo è spesso difficile da attenuare, mentre l'autosomministrazione di dolore fisico è più facile da controllare e da interrompere (ad esempio rimuovere un coltello dalla pelle). Benché l'atto effettivo di lesione durante l'NSSI sia doloroso, l'eliminazione o la diminuzione degli stimoli dolorosi genera un potente stato di sollievo emotivo grazie al meccanismo di compensazione del dolore fisico (Hooley et al., 2018). Chi compie autolesionismo sembra quindi trovare soluzione al proprio dolore psichico nel dolore fisico.

1.3 Stress familiare e l'impatto sul benessere filiale: pandemia COVID-19 e autolesionismo non suicidario

A partire da metà dicembre 2019 si è diffusa in tutto il mondo la nuova malattia da coronavirus (COVID-19). Oltre alle importanti ripercussioni sulla salute pubblica dovute al virus, la pandemia da COVID-19 ha avuto un enorme impatto sul benessere mentale delle persone, in particolare di bambini e adolescenti che hanno maggiori fattori di vulnerabilità. Alcuni studi riportano un peggioramento della salute mentale dei giovani, rilevando un aumento di sintomi di ansia e depressione, irritabilità, disturbi psicosomatici (Gustafsson et al., 2023). Ulteriori conseguenze associate alla pandemia da COVID-19 sembrano essere la solitudine, distress psicologico, rabbia, noia, paura. Il deterioramento della salute mentale degli adolescenti potrebbe derivare in parte dalle varie misure adottate per contenere la diffusione del virus, come il distanziamento sociale, le quarantene e l'istruzione a distanza. Molte di queste disposizioni hanno ridotto le interazioni con coetanei e adulti al di fuori del nucleo familiare, influenzando negativamente il supporto sociale e comportando conseguenze

sfavorevoli sulle capacità degli adolescenti di soddisfare i loro bisogni sociali e compiti evolutivi (Ma et al., 2021).

Gli effetti della pandemia hanno avuto un impatto anche sulla qualità delle relazioni all'interno delle famiglie. Fattori come l'incertezza finanziaria, la perdita del lavoro, il distanziamento e la chiusura delle scuole hanno generato un elevato livello di stress nei genitori, andando ad influenzare la relazione coniugale e quella con i figli. I genitori che affrontano importanti livelli di stress possono essere meno efficaci nel trasmettere una genitorialità positiva, e ciò favorisce lo sviluppo di conflitti familiari (Prime et al., 2020). Nella fase del lockdown diversi adolescenti hanno sviluppato disturbi psichiatrici, e coloro che avevano condizioni mentali precedenti hanno spesso sperimentato ricadute (Panchal et al., 2023). Uno studio di Du e colleghi (2021) ha osservato che gli accessi in ospedale per comportamenti autolesionisti a seguito dell'inizio della pandemia sono aumentati rispetto agli anni precedenti. Questo andamento crescente si è mantenuto anche dopo le fasi iniziali, suggerendo un impatto negativo persistente della pandemia. Secondo questo lavoro, l'aumento dei casi di NSSI tra gli adolescenti può essere ricondotto a diversi fattori. L'emergenza sanitaria ha infatti portato importanti cambiamenti nella vita dei giovani, tra cui la permanenza a casa con contatto continuo tra genitori e figli. Durante questa vicinanza quotidiana inevitabilmente si creano conflitti. Se i conflitti raggiungono un livello tale da non riuscire ad essere gestiti dall'adolescente, questi può iniziare a ferirsi abitualmente per alleviare il dolore causato dalla conflittualità e dalla percezione di non comprensione da parte dei caregiver. Un altro fattore implicato è la didattica a distanza. Per quanto sia stato importante mantenere le lezioni online dando una continuità alla scuola, molti adolescenti hanno percepito più difficoltà nel comprendere le materie tramite le lezioni a distanza. Ciò ha aumentato il livello di ansia legata all'apprendimento, che è stata associata allo sviluppo di comportamenti autolesionistici durante la pandemia.

Il 5 maggio 2023 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la fine della fase di emergenza sanitaria (Who.int, 2023). Grazie alle misure di contenimento e alla vaccinazione della popolazione, la minaccia del virus si è sensibilmente ridotta e sono stati ripristinati tutti gli aspetti di vita precedentemente interrotti dalla pandemia e dalle relative misure di contenimento. Tuttavia, gli effetti negativi sulla salute mentale continuano ad essere riscontrati a distanza di tempo dalle ondate iniziali del virus. Uno studio ha dimostrato un incremento di sintomi depressivi e una diminuzione del benessere mentale in adolescenti tra i 13 e i 18 anni durante il primo anno di emergenza sanitaria. Questo incremento persisteva a distanza di 1 e 2 anni dall'inizio della pandemia. L'aumento dei problemi di salute mentale era costante nonostante l'eliminazione delle misure di restrizione sociale e l'importante campagna di vaccinazione. Queste evidenze confermano la vulnerabilità degli

adolescenti per lo sviluppo di problemi di salute mentale che se non trattati possono perdurare nel tempo (Thorisdottir et al., 2023).

CAPITOLO 2: Lo studio delle interazioni familiari: un paradigma triadico

2.1 L'approccio triadico e lo studio del sistema famiglia

Per diverso tempo la famiglia è stata studiata non come insieme ma considerando le parti che la compongono, ossia i suoi singoli componenti e i suoi sottosistemi: le diadi. Tuttavia con il tempo si è compreso che i modelli che vanno ad osservare il ruolo delle interazioni diadiche familiari, sono insufficienti per studiare la famiglia come sistema e che ciò che il bambino sperimenta all'interno della famiglia non può essere paragonato alle singole esperienze con ciascun genitore (Frascarolo, 2018). Inoltre, si considerava il bambino come naturalmente predisposto alle interazioni diadiche ponendo lo sviluppo delle sue competenze interattive e intersoggettive nella diade. Secondo questi modelli, solo verso il secondo anno di vita il bambino acquisirebbe competenze triadiche (Simonelli, 2012). In particolare, le teorie sull'analisi delle interazioni diadiche descrivono lo sviluppo dell'intersoggettività come un processo che ha inizio con la partecipazione reciproca di stati emotivi durante le interazioni faccia a faccia tra adulto e bambino, a partire dal secondo o terzo mese di vita. Questa partecipazione emotiva diminuisce gradualmente dopo alcuni mesi a causa dell'aumento dell'interesse del bambino per gli oggetti circostanti. Verso i sei mesi di età, inizia a mostrare le prime forme di condivisione attentiva con l'adulto nei confronti degli oggetti. Infine, tra i nove e i dodici mesi, emerge un contesto triadico che coinvolge adulto, bambino e oggetto, in cui il piccolo sperimenta la condivisione di attenzione, stati emotivi e intenzioni (Lavelli, 2007).

Successivamente, con nuovi modelli di studio si è diffusa l'idea che le interazioni triadiche familiari si sviluppino fin dal periodo neonatale in modo parallelo a quelle diadiche, considerando che i bambini sono in relazione con diverse persone fin dalla nascita e che la capacità di interagire con più persone sarebbe un importante vantaggio evolutivo. La ricerca ha infatti evidenziato che i bambini mostrano, a partire da 3 mesi di vita, abilità triangolari che consentono loro di monitorare l'attenzione e lo stato emotivo degli altri, influenzando così lo sviluppo della comunicazione a tre (Fivaz-Depeursigne et al., 2005). Secondo la visione di Stern (1985) nel modello dell'intersoggettività primaria, l'esperienza interattiva del bambino è caratterizzata da ripetuti momenti di interazione congiunta con almeno due persone (madre e padre). Questi scambi vengono poi organizzati in "schemi di appartenenza ad una triade" fin dai primi mesi di vita.

L'attenzione al contesto triadico ha reso necessaria la creazione di nuovi paradigmi in grado di cogliere la complessità del triangolo familiare. A partire da queste riflessioni è stata costruita la procedura del Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursigne & Corboz-Warnery, 1999) che permette di osservare la triade madre-padre-bambino in azione (Simonelli, 2012). È una procedura

semi-standardizzata che richiede alla famiglia di giocare assieme. L'obiettivo generale è quello di valutare come la triade coopera e si coordina durante l'interazione. La procedura permette di studiare le dinamiche familiari da due prospettive: da una parte con l'osservazione della famiglia come unità caratterizzata da schemi di interazione, tramite l'alleanza familiare, ossia il modo in cui la triade lavora insieme per raggiungere un obiettivo comune; la seconda prospettiva implica l'analisi micro-analitica che permette di osservare le interazioni della famiglia momento per momento (Frascarolo et al., 2018). Diversi studi hanno evidenziato il valore dell'LTP come strumento per individuare delle competenze interattive triadiche nella prima infanzia, e per valutare lo sviluppo di questa abilità dalla gravidanza ai primi anni di vita. È stato anche dimostrato che la qualità delle interazioni tra madre, padre, bambino tende a rimanere stabile durante i primi 18 mesi di vita, fino anche all'età di 5 anni (Simonelli et al., 2012; Favez et al., 2012).

Il gioco familiare si compone di quattro parti, corrispondenti alle quattro possibili combinazioni di una triade. La prima parte è una situazione "2+1", in cui un genitore gioca attivamente con il figlio mentre l'altro genitore rimane "semplicemente presente" in una posizione di terzo; nella seconda parte, sempre "2+1", i genitori invertono i ruoli; la terza parte è una situazione "3 insieme" in cui i genitori giocano insieme al figlio; la quarta parte è nuovamente una situazione "2+1" in cui i genitori interagiscono tra loro, mentre il figlio rimane "semplicemente presente" nella posizione di terzo. L'intera procedura viene video-registrata tramite due telecamere: una posizionata dietro i genitori in modo da inquadrare il volto del bambino e l'altra di fronte ai genitori in modo da inquadrare globalmente la scena. Il setting prevede che la coppia si posizioni su due sedie e il bambino sul seggiolino, orientati in modo da formare un triangolo equilatero. Con l'aumentare dell'età del bambino, il setting si modifica (ad esempio inserendo un tavolo con dei giochi tra i componenti della famiglia e sostituendo il seggiolino con una sedia).

2.2 Lo sviluppo della comunicazione triangolare

Quando una coppia aspetta il primo figlio, inizia il percorso che li porta a sviluppare una famiglia. La transizione alla genitorialità è un interessante processo che ha inizio durante la gravidanza. È stato dimostrato che le rappresentazioni del futuro nascituro che si formano nei genitori predicono la qualità delle interazioni con il bambino alla sua nascita (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015). Tra gli aspetti predittivi c'è l'integrità della relazione coniugale. Sembra che una buona relazione di coppia precedente la nascita del primo figlio favorisca una maggiore condivisione e collaborazione tra la

coppia durante la formazione della triade familiare (McHale, 2007). Contrariamente, anche il livello di negatività e conflitti prima della nascita del bambino appaiono predittivi di un adattamento e di interazioni peggiori tra i partner una volta che il bambino è nato (Heinicke, Guthrie, 1996). In particolare, la negatività nella coppia risulta predittiva della regolazione emotiva del bambino a tre mesi (Simonelli, 2012). L'indagine sulla transizione alla genitorialità e alla co-genitorialità si è basata per molto tempo sullo studio delle rappresentazioni materne durante la gravidanza o su interviste di coppia per valutare il successivo impatto delle dinamiche genitoriali sul bambino. Importanti informazioni sui processi triadici familiari provengono da metodi di osservazione della famiglia in azione, come l'LTP adattato in una versione prenatale. Ciò permette di valutare la qualità delle interazioni familiari nella transizione dalla gravidanza alla nascita del bambino (Simonelli, 2012). Permette inoltre di osservare i comportamenti genitoriali intuitivi, ossia quei comportamenti specifici che i genitori mettono in atto con i propri bambini, e il grado di cooperazione tra i partner e l'affetto presente tra loro. Gli studi effettuati con questa procedura hanno evidenziato come gli schemi prenatali della co-genitorialità si formano a partire dal sesto mese di gravidanza. Inoltre, sembra esserci continuità tra la qualità dell'alleanza co-genitoriale prenatale e la qualità delle interazioni familiari durante i primi anni di vita del bambino. Ciò viene confermato dall'osservazione delle competenze triadiche del bambino, che risultano maggiormente sviluppate nelle famiglie con una migliore alleanza genitoriale prenatale (McHale et al., 2008). Infine, viene messo in luce come sia padri che madri sviluppino allo stesso modo i comportamenti intuitivi, quindi senza differenze di genere (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015). Questo corpus di ricerca permette di capire come l'unità familiare e le dinamiche della triade sono fortemente influenzate da un percorso che ha inizio ben prima della nascita del primo figlio.

Il modello dell'Infant Research ha ampiamente dimostrato che i bambini hanno competenze relazionali sin dalle prime settimane di vita. È stato evidenziato che i bambini mostrano pattern differenti di attenzione in risposta a oggetti e persone (Brazelton et al., 1974). Inoltre, diversi risultati confermano il costrutto dell'*intersoggettività primaria* ossia il fatto che i neonati presentano interesse attivo e reattivo alle intenzioni comunicative dell'adulto (Trevarthen, 1979). Questo ambito di ricerca in campo evolutivo si è concentrato prevalentemente sui contesti di interazioni madre-bambino, che sono tipicamente i primi sperimentati dal neonato. Lo studio delle diadi ha permesso di mettere in luce competenze, nel neonato, attivamente orientate allo scambio intersoggettivo con l'altro. Conseguentemente, lo sviluppo socio-affettivo del bambino viene descritto a partire da interazioni diadiche per procedere poi verso lo sviluppo di competenze triadiche. Tuttavia, come descritto in precedenza, si è scoperto che già in epoca neonatale il bambino è in grado di impegnarsi anche in scambi relazionali triadici. Le interazioni triangolari generano una dinamica diversa da quella che si

trova negli scambi diadici. In particolar modo ci sono più riscontri sociali dati dalla presenza di una terza parte e maggiori possibilità di capire la differenziazione sé-altro e sviluppare la consapevolezza di sentimenti condivisi.

Per diverso tempo, interazioni triadiche sono state descritte come interazioni specifiche tra il bambino e la madre riferite ad un oggetto o un evento (Klennert et al., 1983). A partire dagli anni Ottanta, sono state poi indagate nel dettaglio le interazioni di una triade “persona-persona-persona”. Il gruppo di ricerca del Centre d’Etude de la Famille di Losanna, si è domandato se all’interno di un gruppo di tre individui, il bambino utilizzi modelli diadici, interagendo quindi con una persona alla volta, oppure un modello di comunicazione di tipo triangolare (Fivaz-Depeursinge, Philipp, 2015). L’osservazione delle sequenze interattive tra bambino e genitori, grazie alla procedura dell’LTP, ha evidenziato che a 3 mesi molti neonati spostano lo sguardo in modo molto rapido tra i genitori, suggerendo che l’orientamento dell’attenzione è coordinato tra i due interlocutori. È stato osservato che il bambino condivide un segnale affettivo, ad esempio un sorriso, scambiato con un genitore, anche con l’altro genitore (Simonelli, 2012). Questi movimenti dello sguardo sono stati definiti “offerte triangolari” e sono state riconosciute come un importante precursore della comunicazione triangolare nei bambini. Le offerte triangolari a questa età sembrano essere utili per condividere gli affetti al fine di influenzare il flusso dell’interazione (McHale et al., 2008). Offerte di tipo negativo come la protesta, indicherebbero la volontà del bambino di un cambiamento nell’interazione. Offerte positive, invece, indicherebbero una volontà di proseguire con l’interazione. Dal punto di vista evolutivo, a 9 mesi il bambino è in grado di impegnarsi in interazioni più complesse con i genitori grazie alla *comunicazione intenzionale* e ci può essere uno scambio, tra bambino e genitori, su contenuti comuni che il bambino può usare per modificare l’andamento dell’interazione. A 18 mesi avviene un ulteriore passaggio evolutivo: l’acquisizione della comunicazione simbolica che implica aspetti complessi come il mimare le azioni nei giochi di finzione ((Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015). Inoltre il bambino inizia a voler affermare la propria autonomia, quindi utilizza strategie triangolari per testare i limiti proposti dai genitori. All’età di 5 anni, le acquisizioni linguistiche del bambino permettono di elevare l’interazione triadica ad una co-costruzione narrativa. Lo scambio narrativo permette di sviluppare un senso di coesione familiare e di rafforzare le emozioni. Inoltre, sembra che tramite queste interazioni i bambini sviluppino un senso di sé in contesti multipersonali. (Favez et al., 2006).

2.3 Le interazioni familiari in adolescenza

Negli ultimi anni, il mondo scientifico ha dimostrato un interesse crescente nell'esplorare le connessioni tra l'ambiente familiare e le diverse variabili che influenzano il processo di sviluppo durante l'adolescenza. Questa particolare fase evolutiva è caratterizzata da profondi cambiamenti sul piano biologico, sociale e relazionale, insieme al crescente bisogno di autonomia e individuazione rispetto ai genitori. La coppia genitoriale viene investita da tutte le trasformazioni e rinegoziazioni che avvengono in questo particolare periodo e che hanno un impatto sulla funzione di *parenting*. Il *co-parenting* è la responsabilità primaria condivisa e reciproca di accudire il figlio e il grado di sostegno e coordinamento associato (McHale, 2007). La relazione che il bambino instaura con i suoi *caregiver* primari è importante per il suo sviluppo socio-emotivo e comportamentale, quindi all'interno della triade familiare il sistema co-genitoriale ha un ruolo rilevante. Questa funzione presenta alcuni elementi significativi che includono il livello di sostegno reciproco tra i partner, il grado di conflitto che può emergere durante gli sforzi di co-genitorialità, il coinvolgimento attivo di entrambi i partner nel prendersi cura del bambino e guidarlo nel suo sviluppo (Negrini, 2020).

Con lo sviluppo del bambino e l'arrivo della fase adolescenziale, iniziano a modificarsi anche le dinamiche interattive tra genitori e figlio. Questi cambiamenti possono dipendere sia da fattori diretti (aspetti biologici legati alla pubertà) sia da fattori indiretti (maggiore orientamento verso i coetanei) (Soenens et al., 2019). Nonostante in questa fase sia centrale il ruolo dei pari rispetto agli adulti di riferimento, numerose evidenze confermano che la qualità delle relazioni tra l'adolescente e i suoi genitori è una forte determinante della salute e del benessere del giovane (Dhal et al., 2018; Ackard et al., 2006). La ricerca ha dimostrato che la presenza di maggiore autonomia negli adolescenti, un controllo moderato esercitato dai genitori e alto calore familiare, portano ad esiti positivi nello sviluppo del giovane (Conger et al., 2003; Sher-Censor et al., 2011). Inoltre, uno stile genitoriale responsivo e supportivo sembra essere un robusto predittore di adattamento resiliente nei figli. In generale, pratiche genitoriali positive (calore, struttura e sostegno all'autonomia) predicono comportamenti prosociali e affetti positivi negli adolescenti (Costa et al., 2019). La qualità della relazione e la connessione familiare sono associate a un minore disagio emotivo e a una minore probabilità di consumo di marijuana tra gli adolescenti (Luthar et al., 2015; Cavanagh, 2008). Ackard e colleghi (2006) hanno osservato che se il giovane percepisce di poter condividere i propri problemi con i genitori, si associano maggiori indicatori di salute emotiva e comportamentale.

La complessa dinamica relazionale tra genitori e adolescente è influenzata sia dallo stile di parenting che dalle caratteristiche stesse del giovane e possono esserci esiti meno adattivi e un aumentato rischio

di sviluppare psicopatologia. Per quanto riguarda la genitorialità, ad esempio, iperprotezione ed elevato controllo genitoriale sono associati a minor benessere e peggior funzionamento familiare (Soenens et al., 2019). Una comunicazione di scarsa qualità può aumentare la vulnerabilità per comportamenti a rischio e sintomi depressivi nel figlio (Booth et al., 2003) e in generale, lo stile di comunicazione dei genitori influenza il clima emotivo nella famiglia. Inoltre, uno stile di parenting non supportivo e ostacolante i bisogni del figlio, è correlato a disadattamento evolutivo (Costa et al., 2016). Il contributo reciproco dei membri della famiglia si evidenzia anche nell'associazione tra genitori controllanti e problematiche internalizzanti (Wang et al., 2007) ed esternalizzanti (Janssens et al., 2017) nell'adolescente. Dall'altra parte, anche le caratteristiche e i comportamenti dell'adolescente influenzano la relazione con i suoi genitori poiché elicitano loro delle reazioni, che a loro volta rinforzano queste caratteristiche e comportamenti (Soenens et al., 2019). L'adolescente può agire ad esempio negoziando l'autorità in vari domini, mettendo in discussione delle norme e dei sistemi valoriali dei genitori oppure tramite il suo stile di risoluzione dei conflitti.

La letteratura dimostra che le interazioni familiari in adolescenza sono complesse e giocano un ruolo chiave nello sviluppo adattivo dell'adolescente e della sua famiglia. Nonostante le diverse richieste e adattamenti a cui va incontro la triade, la maggior parte delle famiglie affrontano questa fase evolutiva con successo. Tuttavia, la situazione può diventare ulteriormente complicata nel momento in cui è presente psicopatologia adolescenziale.

2.4. Dinamiche familiari e psicopatologia del bambino/adolescente

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il 14% dei giovani di età compresa tra i 10 e i 19 anni soffre di problemi di salute mentale. Molteplici fattori influenzano la salute mentale, tra cui l'esposizione alle avversità, difficoltà socio-economiche, esposizione a violenza, bullismo. Tra questi fattori, le caratteristiche genitoriali e la qualità delle relazioni familiari possono contribuire al rischio di psicopatologia in bambini e adolescenti. Ad esempio, sembra che i genitori di giovani che ricevono cure per la salute mentale, presentino anch'essi elevati sintomi di disturbi psicologici (Melchior & van der Waerden, 2016). Inoltre, una genitorialità non sensibile ai bisogni del bambino, trascurante o abusiva può portare a relazioni di attaccamento (il legame tra caregiver e bambino) non sicure. Un attaccamento infantile insicuro predice lo sviluppo di problematiche psicopatologiche come: depressione, ansia, autolesionismo, tentativi di suicidio, disturbi del comportamento alimentare, disturbo da stress-post traumatico (Shah & Stewart-Brown, 2018). Dalla letteratura

emergono diverse prove che suggeriscono l'importanza del ruolo di esperienze all'interno della famiglia nella vulnerabilità o protezione dei giovani rispetto alla depressione e ai disturbi d'ansia (McLeod et al., 2011; van Voorhees et al., 2008) ma anche rispetto a disturbi più esternalizzanti (Soenens et al., 2019). In particolare, il conflitto genitoriale sembra avere un effetto diretto sui problemi di interiorizzazione degli adolescenti e un'alta avversione genitoriale è associata a figli adolescenti con scarse capacità di regolazione emotiva, che può aumentare la vulnerabilità a disturbi caratterizzati da disregolazione delle emozioni (Yap et al. 2010). D'altra parte, sembra che maggior calore familiare possa contribuire a ridurre i problemi internalizzanti negli adolescenti (Yap et al., 2014). Tra le problematiche particolarmente impattanti sulla vita familiare c'è l'autolesionismo.

L'autolesionismo non suicidario (NSSI) è uno dei principali problemi di salute mentale nei giovani, con importanti ripercussioni su vari ambiti della vita. Tra gli elementi che contribuiscono all'insorgenza e mantenimento del disturbo, ci sono i fattori familiari. Il fenomeno, infatti, non riguarda solo la salute del ragazzo, ma può anche incidere notevolmente sul benessere dei genitori e sulla loro abilità nel sostenere i figli (Arbuthnott e Lewis, 2015). La ricerca che valuta il rischio di NSSI nei giovani è ampia, ma spesso risulta difficile determinare la direzione dell'effetto. Ciò significa che non è chiaro se i fattori genitoriali influenzano l'NSSI del figlio oppure se l'NSSI del giovane modifichi il comportamento del genitore oppure una combinazione di questi fattori. Nonostante ciò, la letteratura sul tema fornisce importanti dati su quali sono gli elementi familiari che possono essere fattori di rischio o di protezione per i comportamenti autolesivi. Una review del 2015 di Arbuthnott e Lewis, ha rilevato alcuni di questi fattori, che vengono riassunti di seguito:

Tabella 1: *alcuni fattori di rischio familiari associati alla presenza di NSSI nel figlio.* Dati tratti da Arbuthnott e Lewis, 2015.

FATTORI FAMILIARI	rischio elevato di NSSI associato a:
Qualità della relazione	Peggior qualità delle relazioni intrafamiliari; Assenza di sentimenti positivi e presenza di sentimenti negativi tra i membri della famiglia;
Supporto genitoriale	Basso supporto ed elevato controllo comportamentale; Mancanza di supporto emotivo;
Critica	Maggiore critica da parte dei genitori;
Invalidazione Ostilità	Maggiore invalidazione delle emozioni da parte dei genitori; Minor comprensione percepita dai genitori rispetto ai problemi del giovane;
Monitoraggio	Livello inferiore di monitoraggio genitoriale

Funzionamento familiare	Basso livello di funzionamento familiare; Maggior rigidità familiare; Minore coesione e adattabilità familiare; Maggiore conflitto familiare;
Esperienze Avverse in Infanzia (<i>Adverse Childhood Experiences; ACE</i>)	Presenza di abuso fisico e verbale da parte dei genitori; Trascuratezza fisica da parte della madre; Violenza intra-familiare; Abuso sessuale in famiglia;

Ulteriori ricerche (Cassels et al., 2018; Martin et al., 2011) hanno individuato altri fattori di rischio correlati all'autolesionismo, tra cui una storia familiare di autolesionismo, psicopatologia genitoriale, abuso di sostanze da parte dei genitori, attaccamento insicuro. Per quanto riguarda la relazione tra genitore e figlio, un rapporto madre-figlio inadeguato correla sia con la presenza che la gravità del disturbo, mentre il rapporto padre-figlio influenza esclusivamente l'intensità dell'atto (Di Pierro et al., 2012). Sono stati individuati anche degli elementi familiari che riducono il rischio di autolesionismo. Ad esempio le risposte di conforto, convalida e sostegno alle emozioni dei giovani possono essere fattori protettivi oppure favorire la cessazione dei comportamenti autolesivi (Tatnell et al., 2014). Questi studi confermano che le dinamiche familiari influenzano lo sviluppo, il mantenimento e la prevenzione dell'autolesionismo non suicidario. Esistono alcune teorie che provano a spiegare come funzionano le dinamiche interattive tra genitori e figlio con NSSI. Si riportano di seguito due interessanti punti di vista.

Secondo Linehan (1993) un fattore principale che contribuisce all'autolesionismo è la difficoltà nella regolazione delle emozioni. Questa importante abilità si sviluppa durante l'infanzia, ma se c'è un'interazione tra predisposizione biologica del bambino e un ambiente interpersonale invalidante, si può sviluppare una regolazione disfunzionale delle emozioni. Un ambiente invalidante implica che la comunicazione delle emozioni riceve risposte inconsistenti, inappropriate o di minimizzazione da parte del caregiver. Il bambino, quindi, non apprende una adeguata capacità di regolazione dei vissuti emotivi. Secondo questa teoria, nel corso dello sviluppo, l'autolesionismo può diventare una strategia di coping disfunzionale per gestire la disregolazione emotiva (Cipriano et al., 2017). Gli adolescenti che fanno esperienza di un ambiente invalidante possono rispondere con un'escalation di emozioni e comportamenti, che può rendere più difficile la regolazione delle emozioni, aumentando il ricorso a comportamenti problematici per ridurre l'attivazione emotiva (e.s. NSSI; Adrian et al., 2018).

La "NSSI *family distress cascade theory*" pone un'interessante punto di vista sull'influenza reciproca e dinamica tra genitori e figlio nello sviluppo e mantenimento dell'NSSI. Studi longitudinali indicano che l'NSSI fa scaturire maggior controllo da parte dei genitori, che a sua volta, è associato con un

maggior ricorso a pratiche autolesive da parte del giovane (Beatens et al., 2015). Inoltre, avere a che fare con un figlio che si autolesiona può portare ad un aumento di stress che può esacerbare la durata dell'NSSI e rinforzare dinamiche familiari negative. Spesso i genitori riportano sentimenti di colpa, vergogna e insicurezza rispetto all'NSSI del figlio. Nello specifico, la teoria ipotizza che, a livello familiare, l'NSSI abbia a che fare con la ricerca di autonomia e costruzione dell'identità, tipici compiti evolutivi dell'adolescenza (Waals et al., 2018). Sembra che inizialmente, il ragazzo con NSSI tenda a tenere nascosti gli agiti dai suoi genitori. Ciò contribuisce ad un percepito senso di autonomia. Tuttavia, i genitori spesso si accorgono che qualcosa non va e iniziano a fare domande al fine di comprendere e avere rassicurazione sul benessere del figlio. Queste domande possono però essere interpretate dall'adolescente come minaccia alla propria autonomia, il che può aumentare la necessità di segretezza e controllo, che a sua volta, aumenta le preoccupazioni e i sospetti dei genitori. Infine, quando l'autolesionismo viene scoperto i genitori spesso reagiscono con comportamenti controllanti e l'adolescente reagisce incrementando la frequenza e severità dell'NSSI.

Gli studi sulle famiglie con adolescenti utilizzano spesso questionari self-report oppure l'osservazione diadica, senza considerare le dinamiche interattive del sistema complessivo. Grazie allo sviluppo del Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursigne & Corboz-Warnery, 1999) è stato possibile studiare l'unità familiare, con l'accortezza di adattare il compito considerando le capacità verbali dell'adolescente e il suo particolare momento evolutivo. Una parte degli studi che hanno utilizzato questa metodologia si sono concentrati sull'analisi delle interazioni triadiche in famiglie cliniche. Diverse ricerche hanno infatti riportato come interazioni familiari disfunzionali sono associate alla presenza di psicopatologia adolescenziale. (Gatta et al., 2015; Parolin et al., 2018; Yap et al., 2014). L'utilizzo della procedura dell'LTP in popolazioni cliniche ha messo in luce aspetti interessanti. Sembra che problematiche esternalizzanti e somatiche si associno a difficoltà di sintonizzazione affettiva e disfunzionalità familiari (Gatta et al., 2017b). Inoltre è stata dimostrata la capacità dello strumento di discriminare tra famiglie cliniche e non cliniche, in particolare i genitori di figli con psicopatologia faticano a cogliere e rispondere in modo empatico allo stato affettivo dell'adolescente. Gli adolescenti, a loro volta, sembrano più in difficoltà nel gestire la negoziazione dei limiti e del conflitto all'interno della famiglia (Parolin et al., 2018).

Tra le popolazioni cliniche di interesse per questo tipo di studi, si evidenzia quella con autolesionismo non suicidario nella quale risulta importante indagare le interazioni triadiche familiari.

CAPITOLO 3: La ricerca

3.1 Obiettivi e ipotesi

Il principale proposito di questo lavoro risiede nell'osservare il costrutto delle interazioni familiari in pazienti ricoverati presso la Neuropsichiatria infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova che presentano autolesionismo non suicidario (NSSI), usando la procedura del Lausanne Trilogue Play, al fine di indagare le caratteristiche di questi pazienti e delle loro famiglie nel contesto clinico.

Sulla base della letteratura presente, si formulano le seguenti ipotesi:

H1: ci si aspetta di osservare caratteristiche specifiche nelle interazioni familiari delle famiglie dei pazienti con NSSI tramite uno studio caso-controllo, in particolare ci si aspetta una peggior qualità delle interazioni familiari nel campione con NSSI rispetto al campione senza NSSI, elevato conflitto familiare, basso coinvolgimento affettivo e minori capacità di autoregolazione da parte del paziente (Miscioscia et al., 2022; Halstead et al., 2014; Arbutnott and Lewis, 2015).

A completamento dell'ipotesi si propone di osservare l'eventuale presenza di caratteristiche e tratti che contraddistinguono i giovani con autolesionismo non suicidario (NSSI) dai giovani senza autolesionismo non suicidario (no-NSSI), utilizzando i questionari self-report somministrati ai pazienti. In particolare, ci si aspetta di osservare tassi più elevati di sintomatologia ansiosa e depressiva nel gruppo NSSI rispetto al gruppo no-NSSI. (Nagy et al., 2023; Bentley et al., 2015; Glenn et al., 2013)

H2: si ipotizza un'associazione tra sintomi depressivi e dinamiche familiari disfunzionali nei pazienti con NSSI (Baetens et al., 2015; You & Leung, 2012) e un'associazione tra sintomatologia esternalizzante (in particolare comportamento aggressivo e di violazione delle regole) e interazioni familiari disfunzionali nel gruppo NSSI (Nock et al., 2006; Booth et al., 2003; Janssens et al., 2017, Meszaros et al., 2017)

La letteratura recente ha messo in evidenza un aumento dei pazienti psichiatrici con NSSI durante la pandemia da COVID-19. Si considera quindi la situazione pandemica come un fattore importante di stress sul benessere dell'adolescente e anche della sua famiglia. Sulla base di queste considerazioni e della letteratura si formula la seguente ipotesi:

H3: ci si aspetta un aumento dei casi di autolesionismo durante la fase pandemica, e si ipotizza che la situazione della pandemia da Covid-19 possa aver inciso sulle dinamiche familiari e interattive. (Du. Et al., 2021, Peltz et al., 2021, Wade et al., 2020)

3.2. Metodo

3.2.1 Partecipanti

Sono stati inclusi 82 adolescenti ricoverati presso la U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile dell’Azienda Ospedaliera di Padova, in un periodo compreso tra febbraio 2019 e settembre 2022. Il campione è composto da 68 femmine (82.9%) e 14 maschi (17.1%) di età compresa tra i 7 e i 17 anni (M=13.3; DS=2.49). Su 82 adolescenti, 70 (85.4%) hanno comorbidità psicopatologiche. Il campione è stato diviso in due gruppi: gruppo NSSI formato da 39 pazienti (47.6%) che presentano autolesionismo; gruppo no-NSSI formato da 43 pazienti (52.4%) che non lo presentano. Del gruppo con condotte autolesive, il 30.7% ha una comorbidità con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, il 56.4% con disturbo dell’umore, il 10.3% con disturbo d’ansia, e il 2.6% con disturbo del comportamento. Nel gruppo senza condotte autolesive, il 53.4% ha comorbidità con disturbi del comportamento alimentare, il 18.6% con disturbi d’ansia, il 4.7% con disturbi del comportamento e il 23.3% con disturbi dell’umore.

Tabella 2. *Frequenza in percentuali delle caratteristiche cliniche dei pazienti*

Adolescenti (N = 82)	
Autolesionismo	
NSSI	no-NSSI
47.6%	52.4%

Comorbidità (NSSI)		Comorbidità (no-NSSI)	
Sì	No	Sì	No
92.3%	7.7%	79.1%	20.9%

	Prima diagnosi (gruppo NSSI)	Prima diagnosi (gruppo no-NSSI)
Disturbo dell’umore	56.4%	23.3%
DCA	30.7%	53.5%
Disturbo d’ansia	10.3%	18.6%
Disturbo del comportamento	2.6 %	4.6%

3.2.2 Strumenti

Durante il periodo di ospedalizzazione dell'adolescente, la famiglia ha partecipato alla procedura del Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursigne & Corboz Warnery, 1999). Durante lo stesso periodo, sono stati somministrati questionari semi-standardizzati per raccogliere informazioni sui pazienti. Agli adolescenti sono stati somministrati: *Youth Self-Report* (YSR; 11-18; Achenbach et. al, 2001), *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018), *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017), mentre i genitori hanno compilato: *Child Behavior Checklist* (CBCL, 6-18; Achenbach, 2001), *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018), *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017).

Lo *Youth Self-Report* (YSR 11-18; Achenbach et al., 2001) è uno strumento di autovalutazione che indaga i problemi emotivo-comportamentali e le competenze sociali in individui di età compresa tra i 6 e i 18 anni. Il questionario è suddiviso in due parti: la prima sezione comprende domande semi-strutturate che forniscono un quadro delle competenze sociali, scolastiche e ricreative dell'individuo; la seconda è composta da 112 item che esplorano la presenza di problemi emotivi e comportamentali riscontrati nel giovane nell'arco degli ultimi 6 mesi. Le risposte agli item sono date su una scala Likert a 3 punti (da 0=*non vero* a 2=*molto vero o molto spesso*). Per quanto riguarda il processo di scoring, si distinguono due scale di competenza (attività, socializzazione) e otto scale sindromiche che raggruppano i 112 item: (i) ansia/depressione, (ii) ritiro, (iii) lamentele somatiche, (iv) problemi sociali, (v) problemi di pensiero, (vi) problemi di attenzione, (vii) comportamento deviante, (viii) comportamento aggressivo. I punteggi grezzi sono poi convertiti in punteggi *t* e categorizzati come "normali", "borderline" e "clinici". Le scale sindromiche possono essere distinte in problemi internalizzanti (Ansia; depressione; somatizzazione), problemi esternalizzanti (comportamenti aggressivi e di violazione delle regole) e altri problemi (problemi sociali, di pensiero, di attenzione). Sono presenti anche scale "*DSM-Oriented*" che permettono l'inquadramento diagnostico in linea con i criteri proposti dal DSM-IV.

L'alpha di Cronbach (α) è: α Problemi Internalizzanti = .862, α Problemi Esternalizzanti = .917, α Problemi Totali = .935.

La *Child Behavior Checklist* (CBCL, 6-18; Achenbach, 2001) è un questionario molto utilizzato per valutare il comportamento in età evolutiva. Si divide in due parti: la prima sezione comprende domande semi-strutturate che permettono di avere un quadro delle competenze dell'adolescente, sul suo rendimento nello sport, negli hobby e a scuola; la seconda è composta da 112 item che esplorano la presenza di problematiche riscontrate nel giovane nell'arco degli ultimi 6 mesi. Per quanto riguarda il processo di scoring, si distinguono tre scale di competenza (attività, scuola, socializzazione) e otto scale sindromiche che raggruppano i 112 item: (i) ansia/depressione, (ii) ritiro, (iii) lamentele somatiche, (iv) problemi sociali, (v) problemi di pensiero, (vi) problemi di attenzione, (vii) comportamento deviante, (viii) comportamento aggressivo. Le scale sindromiche, riferite a diverse forme psicopatologiche, possono essere distinte in problemi internalizzanti (Ansia; depressione; somatizzazione), problemi esternalizzanti (comportamenti aggressivi e di violazione delle regole) e altri problemi (problemi sociali, di pensiero, di attenzione). Sono presenti anche scale “*DSM-Oriented*” che permettono l'inquadramento diagnostico in linea con i criteri proposti dal DSM-IV. Il coinvolgimento del genitore nella compilazione del questionario permette di avere informazioni preziose sulle manifestazioni emotive, comportamentali e sociali dell'adolescente.

L'alpha di Cronbach (α), relativa ai questionari compilati dalle madri, è: α Problemi Internalizzanti = .887; α Problemi Esternalizzanti = .944; α Totale dei Problemi = .478. L'alpha di Cronbach (α), relativa ai questionari compilati dai padri, è: α Problemi Internalizzanti = .884; α Problemi Esternalizzanti = .933; α Totale dei Problemi = .867. Questi valori indicano una buona coerenza interna dello strumento.

Il *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018) è un questionario che fornisce una valutazione della sintomatologia depressiva nei bambini e adolescenti dai 7 ai 17 anni. Per quanto riguarda lo scoring, i punteggi grezzi vengono trasformati in punti t e classificati come “basso”, “medio-alto” e “elevato/molto elevato” (“molto elevato” si riferisce ad un punteggio t maggiore di 65 oppure maggiore del 93° percentile). Sono presenti due scale del questionario: una riguardante le “problematiche emotive” e l'altra le “problematiche funzionali”. Inoltre, vengono analizzati anche i sintomi totali. Se il questionario viene compilato dall'adolescente, si evidenziano quattro sottoscale specifiche: (i) umore negativo/sintomi fisici, (ii) autostima negativa, (iii) inefficacia e (iv) problemi interpersonali. L'alpha di Cronbach (α) relativo al questionario compilato dall'adolescente è $\alpha = .970$; Quello relativo al questionario compilato dalla madre è $\alpha = .866$ e quello riferito al questionario compilato dal padre è $\alpha = .836$.

Il *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* (MASC 2; March, 2017) è un questionario self-report per la valutazione delle principali dimensioni nell'ansia in bambini e adolescenti dagli 8 ai 19 anni. È suddiviso in sei scale: (i) ansia da separazione/fobie, (ii) indice GAD, (iii) ansia sociale che comprende umiliazione/rifiuto e ansia da prestazione, (iv) ossessioni e compulsioni, (v) sintomi fisici riguardanti panico e tensione/irrequietezza, (vi) evitamento del pericolo. Le scale permettono di ottenere informazioni sulle tipologie di sintomi più frequenti. Inoltre, il punteggio totale e quello relativo alla "probabilità d'ansia" consentono di valutare l'ansia nel suo complesso. Questo fornisce informazioni importanti per avere una visione e una comprensione globale della pervasività e gravità dei sintomi ansiosi presentati dall'individuo.

L'alpha di Cronbach (α) relativo al questionario compilato dall'adolescente è: $\alpha=.934$, quello relativo al questionario compilato dalla madre è $\alpha=.928$, quello riferito al questionario compilato dal padre è $\alpha=.464$.

Il *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery; 1999) è una procedura semi-standardizzata che permette di osservare sistematicamente la famiglia come insieme, indagando la qualità delle interazioni triangolari familiari e valutando la capacità della famiglia di "lavorare insieme" per raggiungere uno scopo comune. Il compito è suddiviso in quattro configurazioni legate da transizioni, che forniscono informazioni sulle interazioni della famiglia. L'attività è suddivisa in quattro parti: prima parte: un genitore interagisce con il figlio mentre l'altro rimane in posizione periferica come osservatore (2+1); seconda parte: i genitori si scambiano ruolo, quindi quello che era precedentemente in posizione di osservatore, assume il ruolo attivo di interazione con il figlio, mentre l'altro assume il ruolo di osservatore (2+1); terza parte: i tre partner madre, padre, figlio, interagiscono insieme (3); quarta fase: i genitori interagiscono tra loro, mentre il figlio rimane in una posizione periferica come osservatore. Il setting prevede delle sedie e un tavolo in modo da formare, idealmente, un triangolo equilatero, con i genitori alla base e il figlio al vertice. Vengono poi date le istruzioni alla famiglia che viene invitata a realizzare l'attività rispettando le 4 configurazioni, in un tempo di 15-20 minuti. A differenza di gran parte degli studi sulle interazioni familiari in adolescenza (Ackerman et al., 2011; DeLambo et al., 2004), in questo caso, il compito richiesto non implica la discussione di tematiche conflittuali e stressanti, ma è pensato per far emergere la migliore prestazione possibile della famiglia e favorire la cooperazione e uno scambio interattivo positivo. Inoltre, il compito dovrebbe essere adeguato al momento evolutivo familiare, quindi è stata proposta un'attività pensata per le famiglie con adolescenti (Parolin et al., 2018) che consiste nell'organizzazione di una gita fuori porta o della festa di compleanno dell'adolescente. L'intera procedura viene videoregistrata e poi sottoposta a codifica tramite il sistema *Family Alliance*

Assesment Scale FAAS 6.3 (Favez et al., 2011). Si effettua una valutazione a livello micro-analitico, che implica la scomposizione delle interazioni in quindici variabili osservative che fotografano i comportamenti da diverse prospettive (Simonelli, 2012). Ad ogni variabile viene attribuito un punteggio su una scala Likert a tre punti (*1=inappropriato; 2=moderato; 3=appropriato; 0= se la parte non è stata svolta*), sulla base della frequenza e durata di un dato comportamento da parte dei partecipanti. Le variabili (**Tabella 3**) sono raggruppate in macrocategorie:

- Partecipazione (segnali corporei e sguardi; inclusione dei partner)
- Organizzazione (implicazione di ciascuno nel proprio ruolo; rispetto della struttura del gioco e del tempo)
- Focalizzazione (co-costruzione; inquadramento genitoriale)
- Calore (calore familiare; validazione; autenticità)
- Errori di comunicazione (errori di comunicazione e loro risoluzione attraverso le attività; errori di comunicazione e loro risoluzione durante cambiamenti di contesto)
- Coordinazione co-genitoriale (sostegno e cooperazione; conflitti e interferenze)
- Coinvolgimento del bambino (comunicazione; autoregolazione)

Viene assegnato un punteggio globale per ciascuna variabile, a seguito della visione della videoregistrazione, e successivamente sono attribuiti punteggi alle variabili per ognuna delle 4 parti considerate singolarmente. Sommando i punteggi delle variabili per ogni parte, si ottengono i totali delle quattro parti (Totale parte); sommando i punteggi per ogni variabile si ottiene un punteggio totale di ciascuna variabile per ogni parte (anche per i punteggi globali), e infine sommando i subtotali delle 4 parti si ottiene un punteggio complessivo dell'LTP (Totale LTP).

Il manuale di codifica FAAS, validato per la popolazione italiana, mostra una buona affidabilità inter-rater, e una buona consistenza interna (Favez et al., 2011).

L'alpha di Cronbach (α) relativa alla procedura dell'LTP è: $\alpha = .866$.

Tabella 3. *Codifica delle variabili LTP. Tratto da Parolin et al., 2018.*

VARIABILI	DESCRIZIONE DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA
Segnali corporei e sguardi	Segnali corporei: orientamento del corpo (definito da bacino e busto), espressioni facciali, attitudine generale all'interazione. Sguardi: orientati tra i partner attivi nell'interazione ed essere reciproci.
Inclusione dei partner	Tutti i partner sono inclusi nell'interazione, si tengono in considerazione l'un l'altro e non mettono in atto comportamenti né di auto-esclusione né di esclusione dell'altro.
Implicazione di ciascuno nel proprio ruolo	Ciascun partner rispetta il ruolo assegnatogli nella parte, modulando il livello di coinvolgimento e mantenendosi all'interno dell'interazione.
Rispetto della struttura del gioco e del tempo	La famiglia segue le istruzioni sulla strutturazione delle quattro parti, la durata della procedura e di ogni singola parte. Le quattro parti vengono portate a termine e restano distinte. La durata di ciascuna parte è sufficiente alla costruzione di un'attività condivisa.
Co-costruzione	I partner partecipano alla co-costruzione di un'attività comune. La valutazione avviene a livello comportamentale, nei termini di rispetto dei turni di parole e a livello di contenuto, nei termini di condizione dei contributi di ciascun partner e contributo di ciascuno a portare avanti la discussione in maniera creativa.
Scaffolding o inquadramento genitoriale	I genitori offrono, sul piano verbale e non verbale, un appropriato livello di stimolazione al figlio per quantità e qualità; mostrano di saper regolare la gestione dei limiti e di modulare il contenuto degli scambi interattivi in considerazione di età, stato affettivo e caratteristiche individuali del figlio. Ai genitori è richiesto di saper adattare le proprie modalità interattive, riconoscere e tenere in considerazione prospettive, contributi ed emozioni del figlio, fornendo un ambiente rassicurante e facilitante l'espressione di sé.
Sostegno e cooperazione	I genitori collaborano e si sostengono reciprocamente, il che si esprime in segnali verbali e non verbali di sostegno reciproco e nella negoziazione delle attività condivise.
Conflitti e interferenze	Tra i genitori non emergono interferenze significative, se non minime, accettate e integrate da entrambi i partner. I genitori non mostrano un comportamento conflittuale, più o meno esplicito, evidente tramite critiche, risentimento, commenti sarcastici, competizione, indifferenza e/o tramite interferenze perturbanti l'interazione tra l'altro genitore e il ragazzo.
Competenze comunicative	Valuta il grado in cui l'adolescente partecipa attivamente all'interazione, riesce ad esprimere la propria posizione, integrare il contributo dell'altro e gestire la negoziazione dei limiti e del conflitto.
Autoregolazione	L'adolescente mostra buone abilità di autoregolazione, regola il proprio stato affettivo durante la discussione con i genitori, rimanendo disponibile all'interazione.
Errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le attività	Un aspetto fondamentale per il fluire dell'interazione è la capacità di riparare, riadattarsi a fronte di inevitabili "errori" comunicativi. I partner realizzano efficaci risoluzioni agli errori di comunicazione e queste si svolgono in maniera fluida e rapida.

Errori di comunicazione e la loro risoluzione durante le transizioni da una parte all'altra	Le transizioni da una configurazione a un'altra richiedono abilità di riparare gli errori comunicativi durante questi delicati passaggi, garantendo fluidità all'interazione attraverso comunicazione, negoziazione e approvazione (esplicite o implicite).
Calore familiare	Questa variabile riguarda l'atmosfera affettiva della famiglia. Le interazioni sono caratterizzate da circolazione e condivisione degli affetti positivi (scambi di sorrisi, risate, gesti affettuosi) e da un atteggiamento empatico verso gli affetti negativi; questo deve avvenire tra tutti i membri del sistema in maniera circolare.
Validazione degli stati affettivi	I genitori riescono a cogliere, validare e rispondere agli stati affettivi del figlio, siano essi positivi o negativi. La variabile riguarda il grado di <i>sensitivity</i> e <i>responsivity</i> dei genitori ai segnali del figlio.
Autenticità degli affetti espressi	Questa variabile riguarda l'autenticità delle emozioni espresse, ossia in che grado gli affetti espressi (siano essi positivi o negativi) sono congruenti con la situazione, coerenti con i comportamenti e gli affetti espressi dagli altri partner, e non esagerati/forzati.

3.2.3 Procedura

Il presente lavoro, di tipo retrospettivo, è stato svolto tramite la consultazione e revisione di cartelle cliniche e archivi digitali dell'unità operativa complessa (U.O.C) di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova in un periodo compreso tra febbraio 2019 e settembre 2022. Tutti i pazienti considerati hanno svolto un assessment psicodiagnostico che ha implicato colloqui clinici sia con il paziente che con i genitori, interviste semistrutturate e la somministrazione di questionari standardizzati. Tutte queste informazioni sono state reperite dalle cartelle cliniche, lettere di dimissione e da resoconti scritti dei colloqui.

I criteri di esclusione hanno riguardato: pazienti con famiglie monoparentali; famiglie che non hanno fornito il consenso; famiglie in cui era presente una conflittualità tale da impedire il corretto svolgimento delle procedure; famiglie con figli non clinicamente stabilizzati ed un ricovero inferiore ai due giorni. Sono state 82 le famiglie reclutate che hanno rispettato questi criteri.

Durante il periodo di ricovero, sono state raccolte le informazioni relative al paziente e alla famiglia tramite la somministrazione di alcuni questionari:

- Youth Self-Report (YSR 11-18) compilato dai pazienti con almeno 11 anni (Achenbach T. M., 2001);
- Child Behavior Check List (CBCL 6-18) compilato dai genitori e che ha coinvolto tutti i pazienti (Achenbach T. M., 2001);
- MASC 2 Multidimensional Anxiety Scale for Children-Second Edition (March J. S., 2017) compilato da pazienti di almeno 8 anni di età e dai rispettivi genitori.

- *CDI 2 Children's Depression Inventory, Second Edition* (Kovacs M., 2018) compilato da tutti i pazienti e dai rispettivi genitori;

Tutti i pazienti hanno partecipato alla procedura del *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery; 1999), proposta a completamento dell'assessment psicodiagnostico. È stato possibile reperire questi dati grazie al fatto che le famiglie hanno firmato un consenso informato che ha permesso la videoregistrazione dell'intera procedura. La famiglia riceveva le consegne e veniva lasciata sola in una stanza a svolgere la procedura mentre era video registrata. Successivamente si svolgeva la codifica e i risultati poi erano riportati in equipe, per un confronto sulle informazioni emerse che venivano riassunte poi all'interno del referto clinico portato in restituzione alla famiglia.

CAPITOLO 4: Risultati

4.1 Analisi statistiche

4.1.1 Qualità delle interazioni familiari dei due gruppi di confronto

Al fine di esplorare le caratteristiche della procedura Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursigne & Corboz-Warnery, 1999) e le differenze tra le dinamiche familiari nei gruppi (NSSI e no-NSSI), sono state svolte delle analisi descrittive sul campione considerato. Vengono presentati i valori medi delle quattro parti dell'LTP, evidenziando una tendenza decrescente nei punteggi totali di ciascuna parte in entrambi i gruppi, con il punteggio più elevato nella prima parte (gruppo no-NSSI: $M = 32.2$; $DS = 5.80$; gruppo NSSI: $M = 31.9$; $DS = 6.22$) e il punteggio più basso nella quarta (gruppo no-NSSI: $M = 25.8$; $DS = 12.1$; gruppo NSSI: $M = 25.2$; $DS = 11.1$) (**Tabella 4**).

Tabella 4. Valori medi delle quattro parti dell'LTP dei due gruppi

	Autolesionismo	T_ltp_TOT_1	T_ltp_TOT_2	T_ltp_TOT_3	T_ltp_TOT_4
N	No-NSSI	43	43	43	43
	NSSI	39	39	39	39
Media	No-NSSI	32.2	31.2	30.4	25.8
	NSSI	31.9	31.0	28.7	25.2
Deviazione standard	No-NSSI	5.80	7.28	7.63	12.1
	NSSI	6.22	7.01	9.42	11.1
Minimo	No-NSSI	23	0	0	0
	NSSI	19	17	0	0
Massimo	No-NSSI	42	42	42	43
	NSSI	43	43	43	43

Successivamente, sono state condotte analisi delle medie e deviazioni standard delle sommatorie delle quindici variabili specifiche della procedura. Sono stati riscontrati punteggi medi più bassi nel gruppo NSSI rispetto al gruppo no-NSSI, tranne per quanto riguarda le variabili di struttura del gioco e del tempo, co-costruzione, conflitti e interferenze, errori interattivi durante le attività, errori interattivi durante le transizioni, calore familiare.

Infine, è stato applicato un t-test di Student per valutare eventuali differenze tra i due gruppi per quanto riguarda la qualità delle interazioni familiari. Non sono emerse differenze significative tra i gruppi dal confronto tra la somma delle quindici variabili della procedura LTP.

Considerando i punteggi globali di ogni variabile dell'LTP è emersa una differenza significativa per la variabile relativa all'autenticità degli affetti espressi ($t(80) = 2.197$; $p = 0.031$)

4.1.2 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI in riferimento a problematiche comportamentali

Il questionario *Youth Self Report* è stato compilato da 32 pazienti del gruppo NSSI e da 28 pazienti del gruppo No-NSSI. È stato fatto un confronto tra i due gruppi per le sottoscale del questionario utilizzando l'analisi descrittiva e il test-t di Student. Sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi nelle seguenti sottoscale: ansia/depressione ($t(58) = -5.43$; $p < .001$), lamentele somatiche ($t(58) = -4.64$; $p < .001$), problemi di pensiero ($t(58) = -4.48$; $p < .001$), problemi di attenzione ($t(58) = -4.52$; $p < .001$), problemi internalizzanti ($t(58) = -3.51$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($t(58) = -3.70$; $p < .001$), problemi totali ($t(58) = -5.78$; $p < .001$), problemi affettivi ($t(57) = -6.32$; $p < .001$), problemi somatici ($t(57) = -4.37$; $p < .001$), problematiche legate ad un deficit attentivo e iperattività ($t(57) = -3.78$; $p < .001$), problemi ossessivo compulsivi ($t(57) = -4.35$; $p < .001$). Sono stati inoltre osservati punteggi medi più elevati nel gruppo NSSI in quasi tutte le sottoscale, come si può osservare in **Tabella 5**.

Tabella 5. Test t e descrittive delle sottoscale del questionario YSR

	Autolesionismo	Media	DS	Test t di student	Statistiche e gdl	p
YSR_Activities	No-NSSI	39.4	10.93		$t(58) = 1.50$	0.139
	NSSI	35.3	9.79			
YSR_Social	No-NSSI	36.9	7.72		$t(57) = 1.33$	0.190
	NSSI	34.5	5.90			
YSR_TotalCompetence	No-NSSI	35.8	10.82		$t(54) = 1.80$	0.077
	NSSI	31.2	8.41			
YSR_Anxious/Depressed	No-NSSI	63.3	11.81		$t(58) = -5.43$	<.001
	NSSI	79.5	11.32			
YSR_Withdraw/Depressed	No-NSSI	68.6	15.94		$t(58) = -1.32$	0.192
	NSSI	74.5	18.13			
YSR_SomaticComplaints	No-NSSI	55.4	6.60		$t(58) = -4.64$	<.001
	NSSI	64.1	7.77			
YSR_SocialProblems	No-NSSI	60.6	9.84		$t(58) = -3.02$	0.004
	NSSI	68.0	9.03			

YSR_ThoughtsProblems	No-NSSI	58.9	11.06		t(58) = -4.48	<.001
	NSSI	72.0	11.44			
YSR_AttentionProblems	No-NSSI	57.0	7.04		t(58) = -4.52	<.001
	NSSI	70.4	14.19			
YSR_RuleBreakingBehavior	No-NSSI	52.9	4.93		t(58) = -3.44	0.001
	NSSI	58.9	8.13			
YSR_AggressiveBehavior	No-NSSI	56.3	6.75		t(58) = -2.28	0.026
	NSSI	61.0	8.73			
YSR_InternalizingProblems	No-NSSI	61.7	12.02		t(58) = -3.51	<.001
	NSSI	72.5	11.80			
YSR_ExternalizingProblems	No-NSSI	51.3	9.34		t(58) = -3.70	<.001
	NSSI	60.1	9.05			
YSR_TotalProblems	No-NSSI	57.0	10.65		t(58) = -5.78	<.001
	NSSI	71.0	8.13			
YSR_AffectiveProblems	No-NSSI	62.8	11.26		t(57) = -6.32	<.001
	NSSI	81.4	11.36			
YSR_AnxietyProblems	No-NSSI	60.9	10.02		t(57) = -3.34	0.001
	NSSI	68.6	7.08			
YSR_SomaticProblems	No-NSSI	54.4	5.57		t(57) = -4.37	<.001
	NSSI	61.9	7.45			
YSR_ADHDProblems	No-NSSI	55.1	5.21		t(57) = -3.78	<.001
	NSSI	61.8	8.01			
YSR_OppositionalDefiantProblems	No-NSSI	58.0	7.65		t(57) = -1.64	0.107
	NSSI	61.5	8.59			
YSR_ConductProblems	No-NSSI	53.2	6.37		t(57) = -2.74	0.008
	NSSI	58.7	8.64			
YSR_ObsessiveCompulsiveProblems	No-NSSI	61.8	11.60		t(57) = -4.35	<.001
	NSSI	73.8	9.47			
YSR_PTSDProblems	No-NSSI	62.8	10.73		t(57) = -3.09	0.003
	NSSI	72.9	14.10			
YSR_PositiveQualities	No-NSSI	40.8	10.01		t(56) = -1.23	0.223
	NSSI	44.5	12.49			

4.1.3 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI in riferimento a problematiche comportamentali riportate dai genitori

Sono state svolte analisi anche sul questionario *Child Behavior Checklist* compilato da padri e madri dei pazienti. Il questionario è stato compilato da 29 madri e 23 padri del gruppo NSSI, e da 38 madri e 27 padri del gruppo no-NSSI. Tramite le analisi svolte sui questionari delle madri sono emerse

differenze significative tra il gruppo no-NSSI e il gruppo NSSI nelle sottoscale Problemi affettivi ($t(65) = -2.39$; $p = 0.020$) e lentezza cognitiva ($t(65) = -2.053$; $p = 0.044$). Per quanto riguarda i questionari dei padri, sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi nelle sottoscale Ansioso/depresso ($t(48) = -2.79$; $p = 0.007$), problemi somatici ($t(48) = -2.17$; $p = 0.034$), problemi affettivi ($t(48) = -2.48$; $p = 0.017$), problemi ossessivo compulsivi ($t(48) = -2.16$; $p = 0.036$). I punteggi medi dei questionari di entrambi i genitori appartenenti al gruppo NSSI sono più elevati rispetto a quelli dei genitori del gruppo no-NSSI, come si può osservare in **Tabella 6**.

Tabella 6. Medie e deviazioni standard del questionario CBCL compilato dai genitori

	genitore	No-NSSI	NSSI
CBCL_Activities	Madre	M (DS) = 39.7 (10.54)	M (DS) = 35.5 (9.74)
	Padre	M (DS) = 35.0 (8.01)	M (DS) = 34.2 (8.25)
CBCL_Social	Madre	M (DS) = 38.1 (7.82)	M (DS) = 37.7 (8.25)
	Padre	M (DS) = 39.3 (7.58)	M (DS) = 38.0 (8.13)
CBCL_TotalCompetence	Madre	M (DS) = 35.5 (9.64)	M (DS) = 33.8 (9.70)
	Padre	M (DS) = 34.2 (8.04)	M (DS) = 33.1 (8.14)
CBCL_Anxious/Depressed	Madre	M (DS) = 67.4 (12.25)	M (DS) = 72.7 (10.36)
	Padre	M (DS) = 64.0 (11.82)	M (DS) = 72.9 (10.54)
CBCL_Withdraw/Depressed	Madre	M (DS) = 69.3 (12.65)	M (DS) = 71.3 (11.11)
	Padre	M (DS) = 68.3 (11.24)	M (DS) = 68.0 (9.82)
CBCL_SomaticComplaints	Madre	M (DS) = 61.7 (9.96)	M (DS) = 65.4 (10.74)
	Padre	M (DS) = 59.7 (9.32)	M (DS) = 65.5 (9.52)
CBCL_SocialProblems	Madre	M (DS) = 61.3 (8.64)	M (DS) = 61.8 (9.32)
	Padre	M (DS) = 60.2 (8.89)	M (DS) = 59.3 (8.58)
CBCL_ThoughtsProblems	Madre	M (DS) = 64.3 (9.35)	M (DS) = 69.3 (9.21)
	Padre	M (DS) = 61.1 (15.79)	M (DS) = 68.4 (7.75)
CBCL_AttentionProblems	Madre	M (DS) = 59.9 (10.05)	M (DS) = 63.0 (10.56)
	Padre	M (DS) = 58.4 (6.36)	M (DS) = 61.3 (7.62)
CBCL_RuleBreakingBehavior	Madre	M (DS) = 56.5 (7.11)	M (DS) = 59.3 (7.30)
	Padre	M (DS) = 56.5 (6.54)	M (DS) = 58.4 (7.27)
CBCL_AggressiveBehavior	Madre	M (DS) = 60.6 (9.18)	M (DS) = 59.7 (7.66)
	Padre	M (DS) = 59.4 (9.27)	M (DS) = 58.5 (6.62)
CBCL_InternalizingProblems	Madre	M (DS) = 67.9 (10.59)	M (DS) = 71.1 (8.52)
	Padre	M (DS) = 65.5 (9.78)	M (DS) = 69.2 (9.56)
CBCL_ExternalizingProblems	Madre	M (DS) = 57.8 (10.32)	M (DS) = 59.4 (8.45)
	Padre	M (DS) = 57.0 (10.54)	M (DS) = 58.0 (7.78)
CBCL_TotalProblems	Madre	M (DS) = 63.6 (10.26)	M (DS) = 66.4 (8.03)
	Padre	M (DS) = 62.0 (9.62)	M (DS) = 65.3 (6.88)

CBCL_AffectiveProblems	Madre	M(DS) = 69.6 (8.40)	M(DS) = 74.9 (9.66)
	Padre	M(DS) = 67.0 (8.99)	M(DS) = 73.2 (8.50)
CBCL_AnxietyProblems	Madre	M(DS) = 66.5 (8.29)	M(DS) = 67.7 (6.61)
	Padre	M(DS) = 65.4 (7.92)	M(DS) = 66.4 (8.00)
CBCL_SomaticProblems	Madre	M(DS) = 58.9 (10.83)	M(DS) = 61.6 (11.04)
	Padre	M(DS) = 58.5 (9.32)	M(DS) = 62.3 (9.99)
CBCL_ADHDProblems	Madre	M(DS) = 57.7 (8.74)	M(DS) = 59.0 (7.26)
	Padre	M(DS) = 56.8 (6.17)	M(DS) = 58.1 (6.93)
CBCL_OppositionalDefiantProblems	Madre	M(DS) = 58.2 (7.70)	M(DS) = 57.7 (7.77)
	Padre	M(DS) = 57.7 (7.35)	M(DS) = 57.1 (6.11)
CBCL_ConductProblems	Madre	M(DS) = 57.2 (8.24)	M(DS) = 58.2 (7.06)
	Padre	M(DS) = 56.9 (8.36)	M(DS) = 56.3 (6.53)
CBCL_ObsessiveCompulsiveProblems	Madre	M(DS) = 66.2 (12.4)	M(DS) = 71.0 (12.46)
	Padre	M(DS) = 63.9 (10.48)	M(DS) = 70.2 (10.00)
CBCL_PTSDProblems	Madre	M(DS) = 70.1 (11.46)	M(DS) = 73.7 (10.43)
	Padre	M(DS) = 68.7 (10.63)	M(DS) = 71.5 (8.31)
CBCL_sluggish	Madre	M(DS) = 61.6 (9.58)	M(DS) = 66.2 (8.22)
	Padre	M(DS) = 59.7 (10.01)	M(DS) = 62.3 (8.83)

4.1.4 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI riferito a presenza di sintomatologia depressiva e ansiosa

Per valutare la presenza di differenze tra sintomi depressivi nei i due gruppi, sono state calcolate le statistiche descrittive e il t-test riferiti alle sottoscale del *Children's Depression Inventory*, compilato dai 24 adolescenti del gruppo no-NSSI e da 30 adolescenti del gruppo NSSI. In media, i punteggi totali del gruppo NSSI sono maggiori del gruppo no-NSSI e rientrano nell'intervallo "molto elevato" (punteggio $t > 65$). Tramite il t-test sono state evidenziate differenze significative nel punteggio totale ($t(52) = -4.64$; $p < .001$), nella sottoscala problemi emotivi ($t(52) = -4.05$; $p < .001$), nella sottoscala umore negativo ($t(51) = -3.08$; $p = 0.003$), nella sottoscala autostima negativa ($t(52) = -2.60$; $p = 0.012$), nella sottoscala problemi funzionali ($t(51) = -2.83$; $p = 0.007$).

Al fine di valutare le differenze tra sintomi ansiosi nei due gruppi, è stato utilizzato un t-test confrontando le sottoscale del *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition*, compilato da 25 adolescenti del gruppo no-NSSI e da 29 adolescenti del gruppo NSSI. Tramite le statistiche descrittive è stato possibile comparare le medie sulla scala MASC-2 nei due gruppi. Il t-test ha permesso di rilevare differenze significative nelle seguenti sottoscale: sintomi fisici ($t(52) =$

-3.534; $p < .001$), panico ($t(52) = -3.020$; $p = 0.004$), tensione/irrequietezza ($t(52) = -2.408$; $p = 0.020$), punteggio totale ($t(52) = -3.395$; $p = 0.001$). In media, i punteggi del gruppo NSSI sono più alti rispetto a quelli del gruppo no-NSSI, come si può osservare in **Tabella 7**.

Tabella 7. Medie, deviazioni standard e Test *t* dei due campioni per il questionario CDI-2 e MASC-2

CDI-2	autolesionismo	Media	DS	Test <i>t</i> di student	Statistiche e gdl	p
CDI_TOT	No-NSSI	58.4	11.1		$t(52) = -4.64$	<.001
	NSSI	73.7	12.7			
Prob. Emotivi	No-NSSI	56.5	10.2		$t(52) = -4.05$	<.001
	NSSI	72.2	16.7			
Umore negativo	No-NSSI	54.5	10.1		$t(51) = -3.08$	0.003
	NSSI	67.6	18.6			
Autostima negativa	No-NSSI	57.5	10.5		$t(52) = -2.60$	0.012
	NSSI	69.1	19.9			
Prob. funzionali	No-NSSI	63.1	13.3		$t(51) = -2.83$	0.007
	NSSI	75.4	17.6			
Inefficacia	No-NSSI	58.2	11.2		$t(52) = -2.43$	0.019
	NSSI	68.3	17.9			
Prob. interpersonali	No-NSSI	58.6	15.0		$t(52) = -1.58$	0.120
	NSSI	66.4	20.2			

MASC-2	autolesionismo	Media	DS	Test <i>t</i> di student	Statistiche e gdl	p
MASC_TOT	No-NSSI	57.0	14.18		$t(52) = -3.395$	0.001
	NSSI	69.6	13.0			
SP	No-NSSI	56.6	13.11		$t(52) = 1.243$	0.220
	NSSI	51.4	16.7			
GAD	No-NSSI	57.0	13.41		$t(52) = -1.989$	0.052
	NSSI	64.9	15.6			
SA:T	No-NSSI	57.7	10.78		$t(51) = -1.621$	0.111
	NSSI	64.0	16.7			
HR	No-NSSI	56.0	10.1		$t(51) = -1.499$	0.140
	NSSI	62.1	17.9			
PF	No-NSSI	58.6	11.54		$t(52) = -0.977$	0.333
	NSSI	62.6	17.8			
OC	No-NSSI	53.2	11.86		$t(51) = -1.174$	0.246
	NSSI	57.9	16.6			

PS:T	No-NSSI	55.0	13.06		t(52) = -3.534	<.001
	NSSI	68.3	14.3			
P	No-NSSI	52.9	13.19		t(52) = -3.020	0.004
	NSSI	65.7	17.4			
TR	No-NSSI	56.8	13.04		t(52) = -2.408	0.020
	NSSI	66.7	16.7			
HA	No-NSSI	49.8	8.61		t(51) = 0.307	0.760
	NSSI	48.8	14.3			

Tabella 7. Medie, deviazioni standard e Test t dei due campioni per il questionario CDI-2 e MASC-2

4.1.5 Confronto tra gruppo NSSI e gruppo no-NSSI riferito a presenza di sintomatologia depressiva e ansiosa riportata dai genitori

Sono state svolte analisi statistiche sulla scala *Children's Depression Inventory* compilata sia da 27 madri e 19 padri del gruppo No-NSSI e da 17 madri e 12 padri del gruppo NSSI, ma non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi. Osservando le statistiche descrittive dei questionari di entrambi i genitori, emergono punteggi medi più alti in tutte le sottoscale per il gruppo NSSI.

Sono state poi svolte le analisi statistiche sulla scala *Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition* compilata da 23 madri e 18 padri del gruppo No-NSSI e da 16 madri e 9 padri del gruppo NSSI. Dal *t-test* sono emerse differenze significative tra le sottoscale nei due gruppi solo nel questionario compilato dalle madri nelle seguenti sottoscale: sintomi fisici ($t(37) = -1.906$; $p = 0.064$), punteggio totale ($t(37) = -2.016$; $p = 0.051$). I punteggi medi analizzati sono risultati essere più elevati per il gruppo NSSI, sia per i questionari dei padri che delle madri, come si può osservare in **Tabella 8**.

MASC-2	genitore	No-NSSI	NSSI
MASC_TOT	Madre	M (DS) = 60.6 (14.2)	M (DS) = 69.0 (10.40)
	Padre	M(DS) = 62.6 (13.50)	M(DS) = 68.0 (14.69)
SP	Madre	M(DS) = 51.6 (12.0)	M(DS) = 53.4 (9.76)
	Padre	M(DS) = 53.0 (10.40)	M(DS) = 53.8 (6.44)
GAD	Madre	M(DS) = 64.7 (14.7)	M(DS) = 71.8 (11.46)
	Padre	M(DS) = 63.4 (12.20)	M(DS) = 68.7 (12.11)

SA:T	Madre	M(DS) = 66.5 (14.9)	M(DS) = 70.6 (12.62)
	Padre	M(DS) = 64.9 (12.88)	M(DS) = 72.3 (17.44)
HR	Madre	M(DS) = 65.9 (15.4)	M(DS) = 68.4 (10.15)
	Padre	M(DS) = 64.4 (14.08)	M(DS) = 70.2 (14.55)
AnsiaSociale: PF	Madre	M(DS) = 61.4 (12.1)	M(DS) = 66.3 (12.40)
	Padre	M(DS) = 61.3 (13.83)	M(DS) = 68.1 (16.49)
OC	Madre	M(DS) = 53.6 (14.4)	M(DS) = 60.1 (16.30)
	Padre	M(DS) = 56.3 (13.08)	M(DS) = 56.3 (15.14)
PS:T	Madre	M(DS) = 61.7 (12.4)	M(DS) = 69.2 (11.55)
	Padre	M(DS) = 59.3 (14.42)	M(DS) = 63.9 (10.83)
P	Madre	M(DS) = 58.7 (13.8)	M(DS) = 63.8 (15.88)
	Padre	M(DS) = 55.6 (13.13)	M(DS) = 60.4 (10.28)
SintomiFisici:PF	Madre	M(DS) = 63.8 (13.0)	M(DS) = 70.6 (9.74)
	Padre	M(DS) = 61.2 (13.13)	M(DS) = 65.1 (13.41)
HA	Madre	M(DS) = 54.3 (10.4)	M(DS) = 59.0 (9.27)
	Padre	M(DS) = 57.5 (6.96)	M(DS) = 60.8 (6.92)

Tabella 8. Medie e DS del questionario MASC-2 e CDI-2 compilato da madri e padri

CDI-2	genitore	No-NSSI	NSSI
CDI_TOT	Madre	M (DS) = 67.2 (11.74)	M (DS) = 69.9 (10.4)
	Padre	M(DS) = 61.7 (10.21)	M(DS) = 66.1 (9.38)
Prob. Emotivi	Madre	M(DS) = 68.3 (14.74)	M(DS) = 73.0 (10.5)
	Padre	M(DS) = 65.2 (14.45)	M(DS) = 71.5 (11.79)
Prob.Funzionali	Madre	M(DS) = 62.0 (8.41)	M(DS) = 61.6 (10.9)
	Padre	M(DS) = 56.6 (7.03)	M(DS) = 58.7 (8.38)

Tabella 8. Medie e DS del questionario MASC-2 e CDI-2 compilato da madri e padri

4.1.6 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente nel gruppo NSSI

Tramite le analisi dei dati sono state individuate diverse correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili dell'LTP e le sottoscale appartenenti al questionario *Youth Self-Report*.

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile segnali corporei e sguardi ("Somma Posture") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.;$ $p < .05$), problemi legati a

deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.420$; $p < .05$). Inoltre, la variabile relativa all'inclusione di ogni partner ("Somma inclusione") correla inversamente con la sottoscala qualità positive ($r = -0.457$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla co-costruzione di un'attività comune ("Somma co-costruzione") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.359$; $p < .05$), problemi di aggressività ($r = -0.385$; $p < .05$), problemi somatici ($r = -0.415$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.421$; $p < .05$). La variabile relativa al sostegno e alla cooperazione tra i genitori ("Somma sostegno e cooperazione") correla inversamente con la sottoscala problemi di aggressività ($r = -0.435$; $p < .05$). La variabile relativa ai conflitti e alle interferenze tra i partner ("Somma conflitti") correla inversamente con la sottoscala problemi di aggressività ($r = -0.398$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alle competenze comunicative dell'adolescente ("Somma competenze") e le seguenti sottoscale: problemi di aggressività ($r = -0.380$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.396$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.415$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.367$; $p < .05$), qualità positive ($r = -0.400$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'autoregolazione dell'adolescente ("Somma autoregolazione") e le seguenti sottoscale: problemi di aggressività ($r = -0.409$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.372$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.450$; $p < .05$), problemi oppositivi-provocatori ($r = -0.427$; $p < .05$).

La variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione nella transizione da una parte all'altra ("Somma errori contesto") correla inversamente con la sottoscala problemi di aggressività ($r = -0.427$; $p < .05$) e la sottoscala problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.397$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa al calore familiare e alla circolazione degli affetti tra tutti i partner ("Somma calore") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.469$; $p < .01$), problemi di aggressività ($r = -0.515$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.447$; $p < .05$), problemi somatici ($r = -0.355$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.606$; $p < .001$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.458$; $p < .01$). La variabile relativa alla validazione degli stati affettivi dell'adolescente da parte dei genitori ("Somma validazione") correla inversamente con la sottoscala problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.391$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della seconda parte dell'LTP e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.383$; $p < .05$), problemi di aggressività ($r = -0.423$; $p < .05$), problemi somatici ($r = -0.395$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.522$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.426$; $p < .05$). Il totale della quarta parte dell'LTP correla inversamente con le sottoscale attività ($r = -0.471$; $p < .01$) e competenze totali ($r = -0.403$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la somma totale delle variabili dell'LTP e le sottoscale problemi di aggressività ($r = -0.397$; $p < .05$) e problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.476$; $p < .01$).

4.1.7 Correlazioni tra le interazioni familiari e le problematiche comportamentali dell'adolescente riportate dai genitori nel gruppo NSSI

Tramite le analisi dei dati sono state individuate diverse correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili dell'LTP e le sottoscale appartenenti al questionario *Child Behavior Checklist* compilato dalle madri.

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'inclusione di ogni partner ("Somma inclusione") e le sottoscale problemi sociali ($r = -0.378$; $p < .05$) e comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.424$; $p < .05$). La variabile relativa al rispetto del proprio ruolo ("Somma ruoli") correla inversamente con la sottoscala comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.396$; $p < .05$) e con la sottoscala problemi di condotta ($r = -0.424$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla co-costruzione di un'attività comune ("Somma co-costruzione") e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.481$; $p < .01$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.579$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.581$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -0.576$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.514$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.577$; $p < .01$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'inquadramento genitoriale del figlio ("Somma scaffolding") e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.372$; $p < .05$); comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.550$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.486$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.486$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.424$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.522$; $p < .01$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla collaborazione e al sostegno reciproco tra i genitori (“Somma sostegno e cooperazione”) e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.373$; $p < .05$); comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.502$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.502$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.488$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.481$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.470$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa ai conflitti e alle interferenze tra i partner (“Somma conflitti”) e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.460$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.431$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.428$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.384$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.451$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alle competenze comunicative dell’adolescente (“Somma competenze”) e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.518$; $p < .01$), problemi attentivi ($r = -0.462$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.644$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.594$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -0.615$; $p < .001$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.472$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.615$; $p < .001$), problemi di condotta ($r = -0.588$; $p < .001$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all’autoregolazione dell’adolescente (“Somma autoregolazione”) e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.528$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.504$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.501$; $p < .01$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.422$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.507$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.521$; $p < .01$). La variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione nella transizione da una parte all’altra (“Somma errori contesto”) correla inversamente con le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.401$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.484$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.416$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.456$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.406$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa al calore familiare e alla circolazione degli affetti tra tutti i partner (“Somma calore”) e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.446$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.609$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.626$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -0.631$; $p < .001$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.427$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.638$; $p < .001$), problemi di condotta ($r = -0.534$; $p < .01$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla validazione degli stati affettivi da parte dei genitori (“Somma validazione”) e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -$

0.491; $p < .01$), problemi attentivi ($r = -0.417$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.680$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.554$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.592$; $p < .001$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.441$; $p < .05$) problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.522$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.637$; $p < .001$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della prima parte dell'LTP e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.443$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.408$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.391$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.409$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.394$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della seconda parte dell'LTP e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.419$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.463$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.519$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.476$; $p < .01$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.370$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.468$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.427$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della terza parte dell'LTP e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.512$; $p < .01$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.389$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.452$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.427$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.410$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.474$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.384$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della quarta parte dell'LTP e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.624$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.490$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.527$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.461$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.578$; $p < .01$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la somma totale delle variabili dell'LTP e le sottoscale problemi sociali ($r = -0.445$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.592$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.565$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.557$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.548$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.549$; $p < .01$).

Tramite le analisi dei dati sono state individuate diverse correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili dell'LTP e le sottoscale appartenenti al questionario *Child Behavior Checklist* compilato dai padri.

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'inclusione di ogni partner ("Somma inclusione") e le sottoscale comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.416$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.448$; $p < .05$). Sono state rilevate

correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla co-costruzione di un'attività comune ("Somma co-costruzione") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.437$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.571$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.414$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.525$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.557$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.438$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.519$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'inquadramento genitoriale del figlio ("Somma scaffolding") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.484$; $p < .05$); comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.551$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.479$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.633$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.461$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.537$; $p < .01$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla collaborazione e al sostegno reciproco tra i genitori ("Somma sostegno e cooperazione") e le seguenti sottoscale: comportamento aggressivo ($r = -0.457$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.435$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa ai conflitti e alle interferenze tra i partner ("Somma conflitti") e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.517$; $p < .05$), comportamento aggressivo ($r = -0.582$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.504$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.446$; $p < .05$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.485$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.528$; $p < .01$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alle competenze comunicative dell'adolescente ("Somma competenze") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.675$; $p < .001$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.717$; $p < .001$), problemi esternalizzanti ($r = -0.695$; $p < .001$), problemi totali ($r = -0.450$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.676$; $p < .001$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.479$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.567$; $p < .01$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa all'autoregolazione dell'adolescente ("Somma autoregolazione") e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.526$; $p < .01$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.597$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.465$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.554$; $p < .01$), problemi totali ($r = -0.477$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.755$; $p < .001$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.541$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.535$; $p < .01$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa al calore familiare e alla circolazione degli affetti tra tutti i partner ("Somma calore") e le seguenti sottoscale: comportamenti di trasgressione

delle regole ($r = -0.573$; $p < .01$), comportamento aggressivo ($r = -0.568$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.630$; $p < .01$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.587$; $p < .01$) problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.603$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.466$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la variabile relativa alla validazione degli stati affettivi da parte dei genitori (“Somma validazione”) e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.509$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.489$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.639$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.446$; $p < .05$).

Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della prima parte dell’LTP e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.456$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.563$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.438$; $p < .05$), problemi di condotta ($r = -0.429$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della seconda parte dell’LTP e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.425$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.458$; $p < .05$), comportamenti aggressivi ($r = -0.550$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.502$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.591$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.534$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.481$; $p < .05$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra il totale della terza parte dell’LTP e le seguenti sottoscale: problemi attentivi ($r = -0.420$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.440$; $p < .05$), comportamenti aggressivi ($r = -0.458$; $p < .05$), problemi esternalizzanti ($r = -0.464$; $p < .05$), problemi legati a deficit di attenzione e iperattività ($r = -0.555$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.513$; $p < .05$). Il totale della quarta parte dell’LTP correla inversamente con le sottoscale problemi di pensiero ($r = -0.467$; $p < .05$) e comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.548$; $p < .01$). Sono state rilevate correlazioni inverse significative tra la somma totale delle variabili dell’LTP e le seguenti sottoscale: problemi sociali ($r = -0.445$; $p < .05$), comportamenti di trasgressione delle regole ($r = -0.592$; $p < .001$), comportamento aggressivo ($r = -0.565$; $p < .01$), problemi esternalizzanti ($r = -0.557$; $p < .01$), problemi oppositivo-provocatori ($r = -0.548$; $p < .01$), problemi di condotta ($r = -0.549$; $p < .01$).

4.1.8 Correlazioni tra le interazioni familiari e sintomatologia depressiva e ansiosa rilevata nell'adolescente nel gruppo NSSI

Tramite le analisi dei dati sono state individuate alcune correlazioni inverse significative tra la somma delle variabili dell'LTP e le sottoscale appartenenti al questionario *Children's Depression Inventory*, compilato dall'adolescente e dalla madre.

Sono state rilevate correlazioni significative tra la variabile relativa ai conflitti e alle interferenze tra i partner ("Somma conflitti") e le seguenti sottoscale: punteggio totale del CDI ($r = 0.392$; $p < .05$), problemi emotivi ($r = 0.380$; $p < .05$). La variabile relativa alle competenze comunicative dell'adolescente ("Somma competenze") correla inversamente con la sottoscala problemi funzionali ($r = -0.515$; $p < .05$). Dall'analisi del questionario compilato dalla madre, la variabile relativa alle competenze comunicative dell'adolescente ("Somma competenze") correla inversamente con la sottoscala problemi funzionali ($r = -0.515$; $p < .05$).

4.1.9 Confronto tra fasi della pandemia da COVID-19 in riferimento alle interazioni familiari e a diagnosi di autolesionismo

I pazienti considerati sono stati suddivisi in 3 gruppi corrispondenti alle fasi della pandemia da COVID-19 al fine di verificare il terzo obiettivo di questo lavoro. La prima è la "fase pre-pandemia" (da Marzo 2019 a Gennaio 2020, $F_1 = 29$), la seconda è la "fase lockdown" (da Febbraio 2020 a Marzo 2021, $F_2 = 27$) e la terza è la "fase post-lockdown" (da Aprile 2021 a Settembre 2022, $F_3 = 26$). Tramite le frequenze è stato possibile osservare un aumento dei pazienti con autolesionismo durante la fase lockdown (F_2), come si osserva nella **Tabella 9**. A questo proposito è stata fatta un'analisi delle frequenze tramite il test del χ^2 che non ha evidenziato significatività ($\chi^2 = 5.89$; $p = 0.053$).

Tabella 9. Frequenze dei pazienti con e senza NSSI durante le 3 fasi COVID

Frequenze				
Autolesionismo	Fase	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
No-NSSI	F ₁	18	22.0 %	22.0 %
	F ₂	9	11.0 %	32.9 %
	F ₃	16	19.5 %	52.4 %
NSSI	F ₁	11	13.4 %	65.9 %
	F ₂	18	22.0 %	87.8 %
	F ₃	10	12.2 %	100.0 %

Analizzando le variabili della procedura LTP nelle 3 fasi, emergono punteggi medi più bassi nella Fase lockdown (F₂) per quanto riguarda il totale della seconda e della quarta parte dell’LTP, la variabile relativa all’inclusione di tutti i partner nell’interazione, all’assunzione e rispetto dei propri ruoli in tutte le parti della procedura, alla capacità di riparare gli errori comunicativi durante l’attività, la capacità di riconoscere e validare le emozioni del figlio, all’autenticità e alla congruenza degli affetti espressi durante l’interazione, come si osserva in **Tabella 10**.

Tabella 10. *Medie e deviazioni standard delle variabili dell’LTP*

	Fase	Media	SD
T_ltp_TOT_2	F ₁	30.45	5.85
	F ₂	31.37	6.87
	F ₃	31.58	8.70
T_ltp_TOT_4	F ₁	24.83	10.04
	F ₂	19.78	14.13
	F ₃	32.23	5.60
T_som_inclusione	F ₁	8.69	1.97
	F ₂	8.41	2.47
	F ₃	8.50	2.39
T_som_ruoli	F ₁	8.28	2.05
	F ₂	8.26	2.25
	F ₃	8.50	1.92
T_som_err_attività	F ₁	8.07	2.46
	F ₂	7.63	1.98
	F ₃	8.27	2.18
T_som_validaz	F ₁	6.66	2.50
	F ₂	6.44	2.53
	F ₃	7.54	2.70
T_som_autenticità	F ₁	7.72	2.17
	F ₂	7.41	2.47
	F ₃	9.54	2.25

È stata poi svolta un’analisi multivariata per confrontare i gruppi, considerando le fasi e i punteggi delle variabili dell’LTP. Si evidenzia un punteggio significativo nel totale della quarta parte della procedura LTP (“T_ltp_TOT_4) (**tabella 11**), in particolare si evidenzia una differenza tra gruppi relativa a F₁ e F₃ e tra F₂ ed F₃ (**tabella 12**). Si evidenzia un punteggio significativo nella variabile

relativa all'autoregolazione dell'adolescente ("T_som_autoreg") (**tabella 11**), in particolare emerge una differenza tra gruppi relativa a F₁ e F₃ (**tabella 12**). Si evidenzia un punteggio significativo nella variabile relativa agli errori di comunicazione e la loro risoluzione nella transizione da una parte all'altra ("T_som_err_contesto") (**tabella 11**), in particolare emerge una differenza tra gruppi relativa a F₁ e F₃ e tra F₂ ed F₃ (**tabella 12**). Si evidenzia un punteggio significativo nella variabile relativa all'autenticità degli affetti espressi ("T_som_autenticità") (**tabella 11**), in particolare emerge una differenza tra gruppi relativa a F₁ e F₃ e tra F₂ ed F₃ (**tabella 12**).

Tabella 11. Gruppi suddivisi per fasi COVID e variabili LTP

ANOVA a una via (Welch)				
	F	gdl1	gdl2	p
T_ltp_TOT_1	0.776	2	51.7	0.466
T_ltp_TOT_2	0.222	2	50.2	0.802
T_ltp_TOT_3	1.629	2	50.8	0.206
T_ltp_TOT_4	12.384	2	47.3	<.001
T_som_posture	1.712	2	51.5	0.191
T_som_inclusione	0.121	2	51.2	0.886
T_som_ruoli	0.118	2	52.3	0.889
T_som_struttura	1.950	2	51.2	0.153
T_som_cocostr	2.366	2	52.0	0.104
T_som_scaff	3.133	2	51.8	0.052
T_som_sost&coop	0.974	2	52.3	0.384
T_som_conflitti	1.031	2	52.6	0.364
T_som_compet	2.916	2	52.2	0.063
T_som_autoreg	3.904	2	52.6	0.026
T_som_err_attività	0.655	2	52.4	0.523
T_som_err_contesto	7.239	2	52.4	0.002
T_som_calore	3.430	2	51.9	0.040
T_som_validaz	1.262	2	52.1	0.292
T_som_autenticità	6.602	2	52.1	0.003
T_somTOT_varLTP	2.629	2	52.0	0.082

Tabella 12. Confronto tra fasi covid

Test Post-Hoc di Tukey – T_ltp_TOT_4

		1	2	3
1	Differenza media	—	5.05	-7.40 *
	valore p	—	0.180	0.030
2	Differenza media	—	—	-12.45 ***
	valore p	—	—	< .001
3	Differenza media	—	—	—
	valore p	—	—	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Test Post-Hoc di Tukey – T_som_autoreg

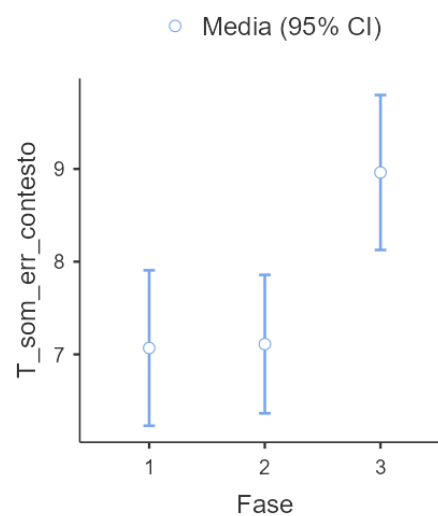
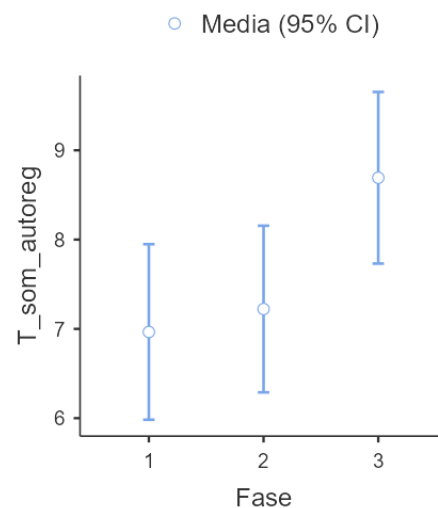
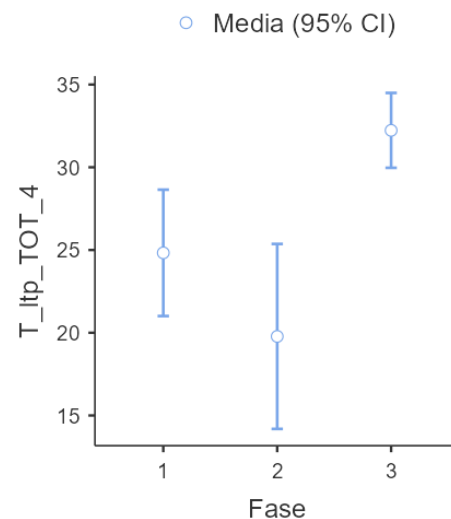
		1	2	3
1	Differenza media	—	-0.257	-1.73 *
	valore p	—	0.919	0.029
2	Differenza media	—	—	-1.47
	valore p	—	—	0.080
3	Differenza media	—	—	—
	valore p	—	—	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Test Post-Hoc di Tukey – T_som_err_contesto

		1	2	3
1	Differenza media	—	-0.0421	-1.89 **
	valore p	—	0.997	0.003
2	Differenza media	—	—	-1.85 **
	valore p	—	—	0.005
3	Differenza media	—	—	—
	valore p	—	—	—

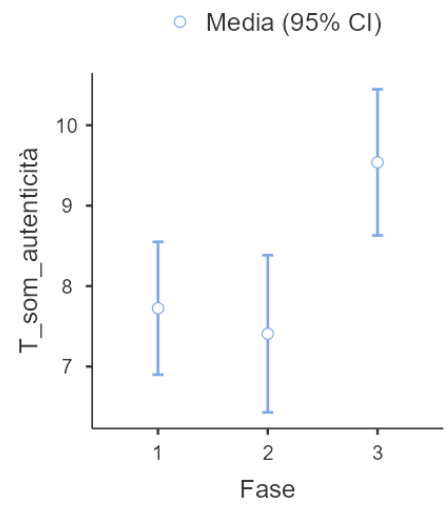
Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001



Test Post-Hoc di Tukey – T_som_autenticità

		1	2	3
1	Differenza media	—	0.317	-1.81 *
	valore p	—	0.864	0.012
2	Differenza media		—	-2.13 **
	valore p		—	0.003
3	Differenza media			—
	valore p			—

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



CAPITOLO 5: Discussione

5.1 Discussione risultati

La qualità delle relazioni familiari risulta essere una forte determinante della salute e del benessere del bambino. Ciò è vero anche durante l'adolescenza, nonostante sia una fase caratterizzata dal tentativo di distacco dai genitori al fine di costruire una propria identità, un'autonomia e un orientamento sempre maggiore verso i coetanei (Dhal et al., 2018). Durante questo particolare periodo evolutivo, fare esperienza di interazioni familiari positive svolge un ruolo protettivo per lo sviluppo socio-emotivo dell'adolescente (Sher-Censor et al., 2011, Costa et al., 2019). D'altra parte, interazioni familiari disfunzionali possono portare ad esiti meno adattivi negli adolescenti, aumentando il rischio di sviluppare sintomatologia psicopatologica. Si dimostra importante osservare e comprendere il grado e la misura dell'influenza delle relazioni familiari sui processi evolutivi dell'adolescenza e su eventuali sofferenze psicologiche emergenti (Parolin et al., 2018). Con il presente lavoro si è provato a individuare gli elementi disfunzionali all'interno della triade familiare in cui è presente una particolare condizione psicopatologica per delinearne meglio i tratti e per supportare la necessità di una diagnosi relazionale (Gatta et al., 2017b), integrando le caratteristiche individuali con quelle familiari e co-genitoriali al fine di promuovere interventi che coinvolgano tutta la famiglia.

Attraverso uno studio caso-controllo è stato fatto un confronto tra la qualità delle interazioni familiari tra due gruppi: un gruppo con autolesionismo non suicidario (NSSI) e un gruppo senza autolesionismo non suicidario (no-NSSI). Le analisi dei dati evidenziano un andamento decrescente dalla prima alla quarta parte della procedura LTP per entrambi i gruppi. Questi dati sono concordi con evidenze precedenti secondo cui, nelle famiglie cliniche la quarta parte dell'LTP risulta quella più problematica, ipotizzando una maggiore difficoltà a creare un confine chiaro tra sottosistema genitoriale e quello dei figli (Fivaz-Depeursinge & Philipp, 2015).

La prima ipotesi (**H1**) è stata confermata in quanto le famiglie del gruppo NSSI si caratterizzano per una minor autenticità degli affetti espressi rispetto al gruppo no-NSSI. Questi risultati confermano la presenza di bassa sintonizzazione emotiva nelle famiglie con un figlio che pratica NSSI (Gatta et al., 2017a). Da un punto di vista qualitativo, il confronto tra le medie ha mostrato una qualità delle interazioni familiari più disfunzionale nel gruppo NSSI rispetto al gruppo no-NSSI. Ciò è in linea con i dati della letteratura precedente che evidenzia corrispondenza tra alterazioni nel funzionamento familiare e il rischio di sviluppare comportamenti autolesionisti (Halstead et al., 2014; Parolin et al., 2018; Wolff, 2019). Contrariamente a quanto ipotizzato, tuttavia, non sono state rilevate differenze

significative tra i due gruppi per le variabili relative all'autoregolazione e il conflitto. Questi dati potrebbero essere spiegati considerando le diagnosi primarie e le comorbidità dei pazienti. Gli adolescenti presentavano un quadro diagnostico complesso, spesso simile tranne per la presenza o assenza di NSSI. Si può quindi ipotizzare che i ragazzi appartenenti ai gruppi NSSI e no-NSSI presentassero livelli simili di disregolazione legati alla psicopatologia presente piuttosto che alla esclusiva presenza o assenza di NSSI. Elevata disregolazione emotiva è stata evidenziata sia in psicopatologie internalizzanti (disturbi d'ansia, depressione), esternalizzanti (ADHD) e nei disturbi alimentari (McLaughlin et al., 2011; Keenan, 2006). Allo stesso modo, varie forme di psicopatologia si associano ad elevati livelli di conflitto intrafamiliare e per tale motivo potrebbero non emergere differenze quantitative tra i due gruppi. Ad un livello qualitativo, tramite confronto delle medie, è stato osservato minor conflitto familiare nel gruppo NSSI rispetto al gruppo no-NSSI. Questi dati potrebbero essere spiegati dalla tendenza dei genitori ad evitare il conflitto per paura che possa scatenare un altro episodio di NSSI (Baetens et al., 2015).

Per quanto riguarda le caratteristiche psicopatologiche, si rileva che i pazienti del gruppo NSSI mostrano tassi più elevati di problematiche emotivo-comportamentali, in particolare per problemi di ansia/depressione, problemi somatici, internalizzanti, di pensiero, problemi totali. Si evidenzia una prevalenza di sintomatologia esternalizzante, con punteggi più elevati nei problemi di attenzione, problemi esternalizzanti, problemi legati a deficit di attenzione e iperattività, problemi ossessivo-compulsivi. In accordo con questi dati, i genitori dei pazienti che si autolesionano, riportano una maggiore manifestazione di sintomi emotivo-comportamentali da parte dei figli. I genitori dei pazienti con NSSI riportano più problematiche relazionali e affettive rispetto ai genitori di pazienti che non praticano NSSI. In particolare, le madri riportano punteggi più elevati per problemi affettivi e lentezza cognitiva. I padri riportano punteggi più elevati per problematiche ansioso/depressive, problemi somatici, problemi affettivi e problemi ossessivo-compulsivi. La differenza tra i due gruppi potrebbe essere spiegata considerando che la comorbidità dell'autolesionismo può aggravare ulteriormente il quadro psichiatrico dell'adolescente. Nel tentativo di prevenire o evitare ulteriori atti autolesionistici, i genitori di questi adolescenti potrebbero essere più sensibili nel riportare una sintomatologia internalizzante rispetto ai genitori di figli che non commettono NSSI (Waals et al., 2018).

I risultati emersi da questi confronti, indicano la presenza di disfunzionalità interattive e una maggior gravità di sintomi nelle famiglie con figli che hanno una diagnosi psichiatrica e che praticano autolesionismo non suicidario rispetto a famiglie con figli caratterizzati da psicopatologia ma che non praticano NSSI. La presenza di una sola differenza significativa tra i gruppi per quanto riguarda le

interazioni familiari, concorda con i risultati di Parolin e colleghi (2018) che sottolineano la minor capacità della procedura LTP ad individuare caratteristiche specifiche tra gruppi di popolazioni cliniche diverse. Risulta particolarmente interessante la prevalenza di sintomatologia esternalizzante riportata dagli adolescenti. L'associazione tra problemi internalizzanti e autolesionismo è stata molto studiata (Sauer-Zavala & Barlow, 2014).

I risultati di questo lavoro, tuttavia, confermano anche il legame tra NSSI e problemi/disturbi esternalizzanti, che inizia ad emergere in letteratura (Meszaros et al., 2017). Sulla base di queste evidenze risulta importante continuare ad indagare la presenza di sintomatologia sia internalizzante che esternalizzante nei pazienti con NSSI, in modo da identificare con maggior precisione le caratteristiche dei pazienti e degli individui a rischio. Infine, la differenza di problematiche riportate da genitori e figli, può essere spiegata dalla tendenza dei genitori a segnalare meno problemi rispetto alle autovalutazioni del figlio, oppure della diversa percezione che genitori e adolescente possono avere di una determinata problematica (Rescorla et al., 2012).

È stata riscontrata sintomatologia depressiva e ansiosa più grave nei pazienti con autolesionismo non suicidario. Tali aspetti sono confermati sia dai genitori che dai figli. Queste evidenze sono in linea con la letteratura che indica l'esistenza di una relazione tra sintomi depressivi, ansiosi ed NSSI negli adolescenti. La presenza di sintomi ansiosi e depressivi può favorire la messa in atto di comportamenti autolesivi al fine di ridurre la tensione e il dolore emotivo dato da questa sintomatologia (Andover et al., 2005; Marshall et al., 2013), configurando l'NSSI come strategia di coping disfunzionale.

Tramite l'osservazione delle correlazioni tra i questionari somministrati al paziente e ai suoi genitori e la procedura *Lausanne Trilogue Play* (LTP; Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999) si può confermare la validità della seconda ipotesi (**H2**). Si osservano corrispondenze tra problematiche esternalizzanti e scarse capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, difficoltà nell'abilità di autoregolazione del ragazzo, clima di scarsa circolazione di affetti positivi.

Emerge una corrispondenza tra maggiori problemi attentivi riportati dall'adolescente e una difficoltà da parte della triade a mantenere una postura e una circolarità degli sguardi appropriata durante l'interazione, nella capacità di co-costruire insieme l'attività, nella creazione di un clima di circolazione di affetti positivi tra i partner e nella seconda parte dell'LTP dove uno dei due genitori è impegnato nell'interazione con il figlio mentre l'altro genitore rimane semplicemente presente. Inoltre, si evidenzia come problematiche di aggressività, problemi legati a deficit di attenzione e iperattività e comportamenti oppositivi-provocatori corrispondano a interazioni familiari

caratterizzate da disfunzionalità nella capacità di co-costruire insieme l'attività, nelle capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, nell'abilità di autoregolazione del ragazzo, nel grado di collaborazione e sostegno reciproco tra i genitori, nei conflitti presenti nella coppia genitoriale, nelle competenze comunicative dell'adolescente, nell'abilità di autoregolazione del ragazzo, nella capacità di riparare gli errori durante le transizioni tra le quattro parti della procedura, nell'atmosfera affettiva della famiglia, nella capacità da parte dei genitori di cogliere e rispondere coerentemente agli stati affettivi del figlio. In particolare, i problemi di aggressività e quelli legati a deficit di attenzione e iperattività correlano inversamente con la somma totale delle variabili dell'intera procedura, dimostrando interazioni disfunzionali in tutte le parti dell'LTP.

Nel complesso si osserva quindi, come all'aumento di diverse problematiche esternalizzanti che si manifestano nell'area di sintomi legati al comportamento, all'attenzione e all'aggressività, corrisponda un deterioramento delle capacità interattive della triade familiare.

L'ipotesi viene ulteriormente confermata dalla rilevazione di difficoltà emotivo-comportamentali da parte dei genitori. Per quanto riguarda le madri, problemi esternalizzanti dell'adolescente percepiti come più elevati sono correlati ad un andamento disfunzionale delle interazioni familiari in tutta la procedura. Nel dettaglio, elevate problematiche esternalizzanti, comportamenti di trasgressione delle regole, comportamenti aggressivi, problemi oppositivo-provocatori e problemi di condotta, corrispondono a interazioni familiari caratterizzate da difficoltà nell'inclusione di tutti i partner nell'interazione, scarso rispetto del proprio ruolo durante le interazioni, scarsa cooperazione familiare, scarsa capacità di garantire un livello di stimolazione appropriato allo stadio evolutivo del figlio, scarsa capacità da parte della diade genitoriale di sostenersi e collaborare, maggior presenza di conflittualità tra i partner, scarse capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, scarse abilità di autoregolazione dei propri stati affettivi da parte del ragazzo, scarse capacità di riparare gli errori durante le transizioni tra le quattro parti della procedura, scarsa circolazione degli affetti positivi tra i membri della triade, scarse capacità da parte dei genitori di cogliere e rispondere coerentemente agli stati affettivi del figlio.

Per quanto riguarda i padri, maggiori problemi esternalizzanti percepiti corrispondono a qualità inferiore delle interazioni familiari nella seconda, terza parte dell'LTP e nella la somma totale delle variabili dell'intera procedura. Nello specifico, ad una maggior gravità delle problematiche esternalizzanti, dei comportamenti di trasgressione delle regole, dei problemi legati a deficit di attenzione e iperattività, dei problemi oppositivo-provocatori e di problemi di condotta, corrispondono interazioni familiari caratterizzate da difficoltà nell'inclusione di tutti i partner

nell'interazione, scarsa capacità di co-costruire insieme l'attività, scarsa capacità di garantire un livello di stimolazione appropriato allo stadio evolutivo del figlio, scarsa capacità da parte della diade genitoriale di sostenersi e cooperare, maggior presenza di conflittualità tra i partner, scarse capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, scarse abilità di autoregolazione dei propri stati affettivi da parte del ragazzo, scarsa circolazione degli affetti positivi tra i membri della triade, scarse capacità da parte dei genitori di cogliere e rispondere coerentemente agli stati affettivi del figlio. Infine, all'aumento della gravità dei problemi totali riportati, corrisponde una diminuzione della capacità di autoregolazione dell'adolescente, sottolineando che la presenza di scarsa regolazione emotiva si associa alla presenza di maggiori problematiche.

In accordo con la letteratura (Gatta et al., 2017b), si può osservare una maggior disfunzionalità relazionale nelle dinamiche familiari all'aumentare di problematiche sul versante esternalizzante (aggressività, condotta, problemi oppositivo-provocatori, problemi attentivi) riportate sia da genitori che da adolescenti. In particolar modo questo tipo di problemi si associano difficoltà di sintonizzazione e condivisione affettiva, minore coesione e cooperazione familiare e difficoltà di autoregolazione. La bassa sensibilità emotiva da parte dei genitori e le scarse abilità di regolazione del figlio, potrebbero spiegare la preponderanza di problematiche esternalizzanti come un tentativo dell'adolescente di comunicare la propria sofferenza.

La seconda parte dell'ipotesi relativa alla presenza di sintomi depressivi nell'adolescente in relazione a disfunzionalità interattive, è stata confermata tramite l'analisi del questionario *Children's Depression Inventory Second Edition* (CDI 2; Kovacs, 2018), compilato dall'adolescente e dai genitori. Si evidenzia che ad un aumento generale della sintomatologia depressiva autoriferita corrisponde una maggiore conflittualità tra i partner nelle interazioni.

Considerando la sintomatologia riportata dalla madre, emergono scarse capacità comunicative dell'adolescente associate ad un aumento di problemi funzionali da parte del ragazzo. I risultati confermano la letteratura secondo la quale pazienti con NSSI presentano spesso sintomatologia depressiva (Marshall et al., 2013). In questo caso c'è un accordo tra i sintomi riportati degli adolescenti e dalle madri.

Prendendo in esame il periodo di tempo nel quale sono stati ricoverati i pazienti e l'impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto sulla salute mentale generale della popolazione, i pazienti dell'intero campione (n=82) sono stati suddivisi in 3 gruppi, corrispondenti a 3 fasi temporali della pandemia. Confrontando le frequenze è stato possibile osservare una tendenza alla significatività ma

la terza ipotesi (**H3**) non è stata confermata. Tuttavia, nella fase del lockdown (F₂) si evidenzia un aumento dei casi di autolesionismo. Questo dato può essere spiegato considerando la letteratura (Zetterqvist et al., 2021; Du et al., 2021) che porta in evidenza un aumento dei casi di NSSI proprio durante la fase acuta di emergenza sanitaria. Da un punto di vista qualitativo si rileva una maggior disfunzionalità nella qualità delle interazioni familiari durante la fase di lockdown, in particolare nel totale della seconda e della quarta parte dell'LTP, minor capacità di includere tutti i partner nell'interazione, minor capacità di rispettare i propri ruoli in tutte le parti della procedura, alla capacità di riparare gli errori comunicativi durante l'attività, minor capacità di riconoscere e validare le emozioni del figlio, minor sintonizzazione e congruenza affettiva.

Successivamente è stata applicata un'analisi multivariata per confrontare i tre gruppi e sono emerse delle differenze significative nella qualità delle dinamiche interattive familiari. Il totale della quarta parte dell'LTP, ossia quella dove i genitori interagiscono tra loro con il figlio semplicemente presente, risulta più elevato nella fase post-lockdown rispetto alla fase pre-pandemia. Inoltre, le famiglie appartenenti alla fase pre-pandemia hanno una prestazione più funzionale rispetto alle famiglie della fase lockdown (**Tabelle 11, 12**). La quarta parte dell'LTP fornisce una finestra di osservazione per le interazioni co-genitoriali tra i due genitori. I dati emersi confermano che la pandemia ha avuto un impatto sulla coppia che si è trovata ad affrontare diverse sfide che la hanno messa a dura prova e che potrebbero aver fatto emergere difficoltà co-genitoriali pre-esistenti (Prime et al., 2020). L'incremento della qualità delle interazioni familiari a seguito della fase acuta di emergenza, può essere spiegato considerando il progressivo allentamento delle misure restrittive e la diminuzione dei fattori di stress sulla famiglia e sulla coppia che può quindi risultare più collaborativa e in sintonia. Si evidenzia una minor capacità di autoregolazione dell'adolescente nella fase pre-pandemia rispetto alla fase post-pandemia (**Tabelle 11, 12**). Questo dato può essere spiegato considerando che durante la fase del post-pandemia, la maggior parte dei pazienti ricoverati presentava un disturbo del comportamento alimentare, mentre nella fase pre-pandemia la maggior parte dei pazienti presentava un disturbo dell'umore. La letteratura sottolinea che i pazienti con DCA mostrano livelli inferiori di disregolazione emotiva rispetto a pazienti con disturbi dell'umore. (Brockmeyer et al., 2012). Quindi si può ipotizzare che la maggior prevalenza di pazienti con disturbi dell'umore nella fase pre-pandemia abbia contribuito ad aumentare la probabilità di riscontrare elevata disregolazione emotiva durante quella fase.

La capacità di riparare gli errori comunicativi durante le transizioni tra le quattro parti risulta più alterata nella fase pre-pandemia rispetto alla fase post-lockdown; le famiglie appartenenti alla fase lockdown mostrano una prestazione più disfunzionale rispetto alle famiglie della fase post-lockdown

(**Tabella 11, 12**). Questi risultati possono indicare una mancanza di sintonia tra i partner della famiglia e quindi una minore coesione che si evidenzia in particolar modo durante la fase acuta di pandemia rispetto alla fase post-lockdown.

La variabile relativa all'autenticità degli affetti espressi ha un andamento più alterato nella fase pre-pandemia rispetto alla fase post-pandemia; nella fase lockdown si ha una minor sintonizzazione rispetto alla fase post-lockdown (**Tabella 11, 12**). La qualità più bassa nella fase di lockdown rispetto a quella successiva può essere spiegata considerando che durante la pandemia da coronavirus le famiglie hanno affrontato diversi fattori stressanti. Marchetti e colleghi (2020) riportano alti livelli di disagio psicologico ed esaurimento da parte dei genitori, legati all'isolamento sociale, allo stress economico e all'aumento delle richieste di cura da parte dei propri figli. La situazione pandemica potrebbe aver avuto un impatto sulla sintonizzazione emotiva reciproca dei partner della famiglia e una possibile mancanza di disponibilità emotiva. Infatti, genitori psicologicamente stressati potrebbero essere meno accessibili e reattivi ai bisogni dei loro figli. Questo quadro può essere ulteriormente esacerbato dalla presenza di figli con bisogni speciali o con psicopatologia. Come ipotizzato (**H3**), sembra che la pandemia abbia influenzato la qualità delle interazioni familiari.

5.2 Limiti dello studio

Il presente lavoro mostra alcune limitazioni, da tenere in considerazione nell'interpretazione dei risultati. Lo studio ha considerato solamente la presenza o assenza di NSSI. Non sono state valutate la frequenza, la gravità e il metodo di autolesionismo. Inoltre, non è stato possibile considerare solo l'autolesionismo non suicidario ma la valutazione ha riguardato l'autolesionismo in generale. Questi aspetti, uniti alla piccola dimensione dei gruppi di confronto (NSSI= 39 e No-NSSI= 43) non permette di generalizzare i dati all'intera popolazione di adolescenti con NSSI. Inoltre, non è stato considerato un campione di controllo non clinico. In futuro potrebbe essere importante valutare le differenze tra gruppi clinici e un gruppo sano per spiegare aspetti ancora non del tutto chiari.

Un ulteriore limite riguarda la differenza di genere riscontrata nel campione, con una presenza decisamente maggiore del sesso femminile (82.9%). Questo dato, tuttavia, è in linea con la letteratura che riporta maggiori differenze di genere quando si considerano campioni clinici (Bersin et al., 2015). Come conseguenza della pandemia da COVID-19 e delle limitazioni e restrizioni che ha portato, si è verificata una probabile diminuzione delle famiglie da poter coinvolgere nella procedura LTP. Inoltre, l'obbligo di indossare la mascherina protettiva durante lo svolgimento dell'attività ha ridotto la possibilità di osservare le espressioni facciali e le componenti non verbali. Ciò potrebbe aver influito sulla prestazione dei partecipanti e sulla valutazione da parte dell'esaminatore.

Infine, in corso d'opera sono state modificate le regole legate all'accesso ai dati tramite archivi dell'ospedale, quindi non è stato possibile recuperare tutti i dati retrospettivi dei pazienti, in particolar modo quelli relativi ai questionari svolti durante il ricovero. Si può ipotizzare che se fosse stato possibile l'accesso completo ai dati, sarebbe stato possibile utilizzare anche ulteriori questionari self-report al fine di indagare ulteriormente le caratteristiche dei pazienti con NSSI e delle loro famiglie. In particolare, il gruppo NSSI considerato ha mostrato elevata sintomatologia esternalizzante; Sarebbe, quindi, interessante indagare aspetti legati all'impulsività e all'alessitimia per comprendere un'eventuale associazione tra queste caratteristiche, i problemi esternalizzanti e la presenza di autolesionismo non suicidario.

5.3 Conclusioni

L'obiettivo principale di questo lavoro, ossia l'osservazione delle interazioni familiari e di aspetti caratteristici di pazienti con una diagnosi psichiatrica e comportamenti autolesionistici, è stato raggiunto. Il campione considerato ha permesso di riscontrare aspetti che caratterizzano le famiglie con figli che praticano NSSI. In particolare è stata osservata una minor sintonizzazione e autenticità affettiva nelle famiglie del gruppo NSSI rispetto a quelle del gruppo no-NSSI, mentre altri aspetti non hanno rispecchiato la letteratura come la bassa presenza di conflitto e di disregolazione (Arbuthnott & Lewis, 2015).

La scarsa presenza di differenze significative tra i due gruppi può essere spiegata considerando la bassa numerosità del campione e la complessità dei quadri clinici dei pazienti che ha portato a una divisione poco specifica tra i due gruppi se non per la presenza o assenza di NSSI. Ciò potrebbe aver comportato una parziale sovrapposizione di tratti psicopatologici e poca differenziazione tra le famiglie considerate. Dal punto di vista psicopatologico, nei pazienti con NSSI emergono livelli più gravi di problemi emotivo-comportamentali rispetto ai pazienti senza NSSI, in particolare sintomatologia esternalizzante, depressiva e ansiosa. Questi dati sono preziosi per proseguire l'indagine sulla co-presenza di sintomi e patologie internalizzanti ed esternalizzanti nei pazienti con NSSI, al fine di migliorare la comprensione delle categorie di individui maggiormente vulnerabili e a rischio (Meszaros et al., 2017).

Si riscontra una maggior disfunzionalità nella qualità delle interazioni familiari all'aumentare della gravità della sintomatologia psicopatologica dell'adolescente nel gruppo NSSI. Nello specifico, si osserva una correlazione inversa significativa tra la qualità delle capacità interattive della triade e gravità della sintomatologia depressiva nell'adolescente. In corrispondenza di maggiori problematiche esternalizzanti si rilevano, inoltre, minori capacità di comunicazione da parte dell'adolescente, difficoltà nell'abilità di autoregolazione del ragazzo e un clima di scarsa circolazione di affetti positivi. La corrispondenza tra problemi esternalizzanti e qualità delle interazioni familiari è confermata anche dai genitori, facendo ipotizzare una maggior difficoltà nella gestione di tutti gli aspetti interattivi e una mancanza più preponderante di coesione familiare quando sono presenti difficoltà legate all'attenzione, alla condotta, all'aggressività, al comportamento. Non è stato possibile definire la direzione della relazione di causa-effetto tra disfunzionalità delle interazioni familiari e gravità delle problematiche psicopatologiche (Arbuthnott & Lewis, 2015). Saranno necessari ulteriori studi per comprendere la natura dell'influenza tra questi due fattori.

Infine, non è emerso un aumento significativo dei casi di autolesionismo durante la pandemia da COVID-19, tuttavia si osserva un raddoppio dei casi di NSSI nella fase lockdown della pandemia (2020-2021) rispetto alla fase pre-pandemica. Tramite il confronto tra gruppi corrispondenti a tre periodi temporali della pandemia, è stata osservata una maggior disfunzionalità nelle interazioni tra i genitori, bassa coesione familiare e minor coinvolgimento emotivo nella fase acuta di emergenza sanitaria. Confrontando le medie relative alle variabili dell'LTP durante le tre fasi è stato possibile osservare una minor qualità delle interazioni familiari durante la fase di lockdown. I risultati evidenziati da questo lavoro sono utili al fine di confermare l'impatto della pandemia da coronavirus sulla salute mentale degli adolescenti e delle loro famiglie. Questi dati possono inoltre contribuire ad aumentare la comprensione delle conseguenze a lungo termine dell'emergenza sanitaria. Studi longitudinali futuri saranno necessari a comprendere come evolverà la salute mentale degli adolescenti negli anni successivi la fine della pandemia (Gustafsson et al., 2023).

In generale, il presente lavoro contribuisce ad affermare l'uso di una strategia multi-metodo per l'indagine dei costrutti al fine di valutare più precisamente il quadro clinico che caratterizza gli adolescenti che praticano NSSI e le loro famiglie. Una maggiore specificità nella valutazione può portare importanti implicazioni nel trattamento del ragazzo e al coinvolgimento di tutta la famiglia in interventi integrati.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. (2001). Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington (VT): Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>
- Adrian, M., Berk, M. S., Korslund, K., Whitlock, K., McCauley, E., & Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(4), 274–281. <https://doi.org/10.1037/pro0000200>
- American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Research*, 219(2), 305–310. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.001>
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581–591. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>
- Andover M., Primack J., Gibb B., Pepper C. (2010). An Examination of Non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of suicide research*, (Vo. 14, pp. 79-88). <https://doi.org/10.1080/13811110903479086>
- Arbuthnott, A. E., & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: A review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0066-3>
- Auerbach, R. P., Pagliaccio, D., Allison, G. O., Alqueza, K. L., & Alonso, M. F. (2021). Neural Correlates Associated With Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Youth. In *Biological Psychiatry* (Vol. 89, Issue 2, pp. 119–133). <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.002>
- Baetens, I., Andrews, T., Claes, L., & Martin, G. (2015). The association between family functioning and NSSI in adolescence: The mediating role of depressive symptoms. *Family Science*, 6(1), 330–337. <https://doi.org/10.1080/19424620.2015.1056917>
- Booth A., Johnson D., Granger D., Crouter A., McHale (2003). Testosterone and child and adolescent adjustment: the moderating role of parent-child relationships. *Developmental Psychology*, 39(1), 85-98. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.1.85>
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 37, pp. 72–88). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>

- Brazelton, T.B., Koslowski, B., Main, M. (1974), "The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction". In LEWIS, M., ROSEMBLUM, L.A. (a cura di), *The Effect of the Infant on its Caregivers*. Wiley, New York, pp. 137-154.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 38, pp. 55–64). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 550–553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.009>
- Carosella, K. A., Mirza, S., Başgöze, Z., Cullen, K. R., & Klimes-Dougan, B. (2023). Adolescent non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic: A prospective longitudinal study of biological predictors of maladaptive emotion regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 151. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106056>
- Cassels, M., van Harmelen, A. L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59(8), 881–887. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>
- Cavanagh, S. E. (2008). Family structure history and adolescent adjustment. *Journal of Family Issues*, 29(7), 944–980. <https://doi.org/10.1177/0192513X07311232>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 8, Issue NOV). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Conger, R. D., Neppl, T., Kim, K. J., & Scaramella, L. (2003). Angry and Aggressive Behavior Across Three Generations: A Prospective, Longitudinal Study of Parents and Children. In *Journal of Abnormal Child Psychology*
- Costa, S., Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., & Larcan, R. (2016). Associations Between Parental Psychological Control and Autonomy Support, and Psychological Outcomes in Adolescents: The Mediating Role of Need Satisfaction and Need Frustration. *Child Indicators Research*, 9(4), 1059–1076. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9353-z>
- Costa, S., Sireno, S., Larcan, R., & Cuzzocrea, F. (2019). The six dimensions of parenting and adolescent psychological adjustment: The mediating role of psychological needs. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(2), 128–137. <https://doi.org/10.1111/sjop.12507>
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. In *Nature* (Vol. 554, Issue 7693, pp. 441–450). <https://doi.org/10.1038/nature25770>
- Daukantaitė, D., Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., Claréus, B., Bjärehed, J., Zhou, Y., & Liljedahl, S. I. (2021). What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 475–492. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01533-4>

- De Los Reyes A., Kazdin A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- Demers L., Schreiner M., Hunt R., Mueller B., Klimes-Dougan B., Thomas K., Cullen K. (2019). Alexithymia is associated with neural reactivity to masked emotional faces in adolescents who self-harm. *Journal of affective disorders*. (Vol. 249, pp. 253-261). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.038>
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 21(9), 511–520. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0289-2>
- Du, N., Ouyang, Y., Xiao, Y., & Li, Y. (2021). Psychosocial Factors Associated With Increased Adolescent Non-suicidal Self-Injury During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.743526>
- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. In *Nature Reviews Neuroscience* (Vol. 13, Issue 6, pp. 421–434). <https://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Favez, N., Frascarolo, F., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). Family alliance stability and change from pregnancy to toddlerhood and marital correlates. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, 65(4), 213–220. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.65.4.213>
- Favez, N., Lopes, F., Bernard, M., Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2012). The Development of Family Alliance From Pregnancy to Toddlerhood and Child Outcomes at 5 Years. *Family Process*, 51(4), 542–556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01419.x>
- Favez, N., Scaiola, C. L., Tissot, H., Darwiche, J., & Frascarolo, F. (2011). The Family Alliance Assessment Scales: Steps Toward Validity and Reliability of an Observational Assessment Tool for Early Family Interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 23–37. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9374-7>
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A. (1999), Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre e bambino. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2000
- Fivaz-Depeursinge, E., Favez, N., Lavanchy, C., De Noni, S., & Frascarolo, F. (2005). Four-month-olds make triangular bids to father and mother during Trilogue Play with Still-face. *Social Development*, 14(2), 361–378. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00306.x>
- Fivaz-Depeursinge, E., Philipp, D.A. (2015), Il bambino e la coppia, comprendere e trattare le famiglie di bambini in età prescolare. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano.
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., Lee, G. E., Hanna, E. K., Spring, V. L., & Prinstein, M. J. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 110–119. <https://doi.org/10.1177/2167702612474440>

- Frascarolo, F., Fivaz-Depeursinge, E., & Philipp, D. (2018). The Child and the Couple: From Zero to Fifteen. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3073–3084. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1090-8>
- Gatta, M., Miscioscia, M., Sisti, M., Comis, I., & Battistella, P. A. (2017a). Interactive family dynamics and non-suicidal self-injury in psychiatric adolescent patients: A single case study. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00046>
- Gatta, M., Rago, A., Dal Santo, F., Spoto, A., & Battistella, P. (2016a). Non-suicidal self-injury among Northern Italian High School students: emotional, interpersonal and psychopathological correlates. In *Original article Journal of Psychopathology* (Vol. 22).
- Gatta, M., Simonelli, A., Sudati, L., Sisti, M., Svanellini, L., Stucchi, M., Spoto, A., & Battistella, P. (2015). Emotional Difficulties in Adolescence: Psychopathology and Family Interactions. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 4(1), 47–54. <https://doi.org/10.9734/indj/2015/17789>
- Gatta, M., Sisti, M., Sudati, L., Miscioscia, M., & Simonelli, A. (2016b). The Lausanne Trilogue Play within the outcome evaluation in infant mental health: A preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1), 19–30. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.198>
- Gatta, M., Sudati, L., Sisti, M., Miscioscia, M., Calloni, V., & Simonelli, A. (2017b). Il ruolo delle interazioni familiari nell'espressione del disagio psichico in adolescenza: Uno studio preliminare. In *Psicologia Clinica dello Sviluppo* (Vol. 21, Issue 3, pp. 397–417). <https://doi.org/10.1449/88500>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
- Groschwitz, R. C., & Plener, P. L. (2012). *The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review*.
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Groen, G., Bonenberger, M., & Abler, B. (2016). Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: An fMRI study. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 255, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2016.08.001>
- Gustafsson, J., Lyyra, N., Jasinskaja-Lahti, I., Simonsen, N., Lahti, H., Kulmala, M., Ojala, K., & Paakkari, L. (2023). Mental health profiles of Finnish adolescents before and after the peak of the COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00591-1>
- Halstead, R. O., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2014). Family Dynamics and Self-Injury Behaviors: A Correlation Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(2), 246–259. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00336.x>
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 38, pp. 13–24). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.010>

- Heinicke, C. M., & Guthrie, D. (1996). Prebirth Marital Interactions and Postbirth Marital Development. In *Infant Mental Health Journal* (Vol. 17, Issue 2).
- Hepp, J., Carpenter, R. W., Störkel, L. M., Schmitz, S. E., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2020). A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 82). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101888>
- Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why Do People Hurt Themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-Injury. In *Clinical Psychological Science* (Vol. 6, Issue 3, pp. 428–451). <https://doi.org/10.1177/2167702617745641>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Janssens, A., Van Den Noortgate, W., Goossens, L., Verschueren, K., Colpin, H., Claes, S., Van Heel, M., & Van Leeuwen, K. (2017). Adolescent externalizing behaviour, psychological control, and peer rejection: Transactional links and dopaminergic moderation. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(3), 420–438. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12184>
- Keenan K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, (Vol. 7, pp. 418-434). <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.418>
- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., Benjet, C., Boyes, M., Chiu, W. T., Claes, L., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Mak, A., Mortier, P., O'Neill, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2023). Non-suicidal self-injury among first-year college students and its association with mental disorders: Results from the World Mental Health International College Student (WMH-ICS) initiative. *Psychological Medicine*, 53(3), 875–886. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002245>
- Kiekens, G., Hasking, P., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Boyes, M., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: Prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors. *Depression and Anxiety*, 35(7), 629–637. <https://doi.org/10.1002/da.22754>
- Klennert M., Campos J., Sorce J., Emde R., Svejda M. (1983). Emotions as behavior regulators: social referencing in infancy. *Emotions in early development*, 57-86.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 27, Issue 2, pp. 226–239). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Kovacs, M. (2018). Children's Depression Inventory (2nd ed.) Multi-Health System. North Tonawanda NY.
- Lavelli, M. (2007), Intersoggettività. Origini e primi sviluppi. Raffaello Cortina, Milano
- Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: A meta-analytic review. In *Behavioral and Brain Sciences* (Vol. 35, Issue 3, pp. 121–143). <https://doi.org/10.1017/S0140525X11000446>
- Linehan, M. M. (1993). *Article in Archives of General Psychiatry*. <https://www.researchgate.net/publication/14947975>

- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 26, Issue 4, pp. 387–402). Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG.
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0915-5>
- Luthar S., Crossman E., Small P., (2015) Resilience and Adversity. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science* (pp.247-286). <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy307>
- Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y., Chen, S., Kirwan, R., Zhou, H., Yan, N., Rahman, A., Wang, W., & Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 293, pp. 78–89). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.021>
- March, J. (2017). *Multidimensional anxiety scale for children* (2nd ed.) Multi-Health Systems, Toronto, Ontario
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(10), 1114–1123. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa093>
- Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L. C., & Stattin, H. (2013). Non-Suicidal Self-Injury and Depressive Symptoms During Middle Adolescence: A Longitudinal Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1234–1242. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9919-3>
- Martin, J., Bureau, J. F., Cloutier, P., & Lafontaine, M. F. (2011). A Comparison of Invalidating Family Environment Characteristics Between University Students Engaging in Self-Injurious Thoughts & Actions and Non-Self-Injuring University Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477–1488. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9643-9>
- McHale, J., Fivaz-Depeursinge, E., Dickstein, S., Robertson, J., & Daley, M. (2008). *New Evidence for the Social Embeddedness of Infants' Early Triangular Capacities*.
- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 370–392. <https://doi.org/10.1002/imhj.20142>
- McHale, J. P., Favez, N., & Fivaz-Depeursinge, E. (2018). The Lausanne Trilogue Play paradigm: Breaking Discoveries in Family Process and Therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3063–3072. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1209-y>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McLeod B., Wood J., Avny S. (2011). Parenting and child anxiety disorders. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*, 15, 213-228.
- Melchior, M., & van der Waerden, J. (2016). Parental influences on children's mental health: the bad and the good sides of it. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 25, Issue 8, pp. 805–807). Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG.
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0891-9>
- Mental health of adolescents. (2017). www.who.int. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- 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). <https://doi.org/10.3390/jcm11051218>
- Moeller G., Barrat E., Dougherty D., Schmitz J., Swann A. (2001). Psychiatri aspetcts of impulsivity. *The american journal of psychiatry*. 158(11), 1783-93. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*(1), 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. In *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Seaford, S. P. (2023). Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 79, Issue 1, pp. 7–27). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/jclp.23394>
- Negrini, L. S. (2020). Coparenting supports in mitigating the effects of family conflict on infant and young child development. *Social Work (United States)*, *65*(3), 278–287. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa027>.
- Nock M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, (Vol. 6, pp 339-363). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Norman, H., & Borrill, J. (2015). The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*(4), 405–419. <https://doi.org/10.1111/sjop.12217>
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2023). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 32, Issue 7, pp. 1151–1177). <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
- Parolin, M., Sudati, L., Gatta, M., & Simonelli, A. (2018). Application of the Lausanne Trilogue Play procedure to families with adolescent sons: A preliminary study. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, *22*(2), 269–298. <https://doi.org/10.1449/90831>

- Patton J., Stanford M. Barratt E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsivness scale. *Journal of clinical psychology*. 51(6), 768-774.
- Peltz J., Crasta D., Daks J., Rogge R. (2021) Shock to the system: influence of COVID-19 related stressors on coparental and family functioning. *Developmental psychology* 57(10), 1693-1707. [10.1037/dev0001206](https://doi.org/10.1037/dev0001206)
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00262>
- Rescorla, L. A., Ginzburg, S., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P. W. L., Minaei, A., Novik, T. S., Oh, K. J., ... Verhulst, F. C. (2012). Cross-Informant Agreement Between Parent-Reported and Adolescent Self-Reported Problems in 25 Societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 262–273. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717870>
- Rieffe C., Oosterveld P., Terwogt M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: factorial and concurrent validation results. *Personality and individual differences*. (Vol. 40, pp. 123-133). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.013>
- Robinson, K., Garisch, J. A., Kingi, T., Brocklesby, M., O’Connell, A., Langlands, R. L., Russell, L., & Wilson, M. S. (2019). Reciprocal Risk: the Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Non-suicidal Self-Injury in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 325–332. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0450-6>
- Sabatier, C., Dayana, R., Cervantes, B. S., Torres, M. M., De Los Rios, O. H., & Sañudo, J. P. (2017). *Emotion Regulation in Children and Adolescents: concepts, processes and influences* (Vol. 34).
- Sauer-Zavala S., Barlow D.H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118–138. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12063>
- Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1213–1227. <https://doi.org/10.1002/jclp.21966>
- Selby, E. A., Kranzler, A., Fehling, K. B., & Panza, E. (2015). Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 38, pp. 79–91). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.003>
- Shah, N., & Stewart-Brown, S. (2018). *Parenting and health: a call for action*.
- Sher-Censor, E., Parke, R. D., & Coltrane, S. (2011). Parents’ Promotion of Psychological Autonomy, Psychological Control, and Mexican-American Adolescents’ Adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(5), 620–632. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9552-3>
- Simonelli, A., Bighin, M., & De palo, F. (2012). *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.

- Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2019). *Parenting adolescents*.
<https://www.researchgate.net/publication/350135141>
- Stern, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. In *Suicide and Life-Threatening Behavior* (Vol. 44, Issue 3, pp. 273–303).
<https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/sltb.12046>
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dello Sviluppo*. Bologna: Il Mulino
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Thorisdottir, I. E., Agustsson, G., Oskarsdottir, S. Y., Kristjansson, A. L., Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Valdimarsdottir, H. B., Allegrante, J. P., & Halldorsdottir, T. (2023). Effect of the COVID-19 pandemic on adolescent mental health and substance use up to March, 2022, in Iceland: a repeated, cross-sectional, population-based study. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 7(5), 347–357. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00022-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00022-6)
- Trevarthen (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. 321-347
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
<https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Van Woorhees B., Paunesku D., Kuwabara A., Basu A., Gollan J., Hankin B., Melkonian S., Reinecke M. (2008) Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. *Journal of adolescent health*, 42(6), 605-616.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135>
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53–60.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>
- Waals, L., Baetens, I., Rober, P., Lewis, S., Van Parys, H., Goethals, E. R., & Whitlock, J. (2018). The NSSI Family Distress Cascade Theory 17 *Psychology and Cognitive Sciences* 1701 *Psychology*. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/s13034-018-0259-7>
- Wade M., Prime H., Johnson D., May S., Jenkins J., Browne D. (2021). The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. *Social Science & Medicine*, (Vol. 275). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113801>

- Wang, Q., Pomerantz, E. M., & Chen, H. (2007). The role of parents' control in early adolescents' psychological functioning: A longitudinal investigation in the United States and China. *Child Development*, 78(5), 1592–1610. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01085.x>
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. In *European Psychiatry* (Vol. 59, pp. 25–36). <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 156, pp. 8–23). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
- Yap, M. B. H., Schwartz, O. S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence*, 20(4), 1014–1043. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00665.x>
- You J. And Leung F. The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence*. 35(2), 389-395. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.020>
- Zetterqvist M., Jonsson L., Landberg A., Svedin C. (2021). A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: a comparison of data from three different time points during 2011-2021. *Psychiatry Research*, (Vol. 305). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>