



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia generale

Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche
cognitive e psicobiologiche

Elaborato finale

**Alessitimia, impulsività, attaccamento e parental
burnout come protagonisti delle condotte
autolesive e dei disturbi del comportamento
alimentare negli adolescenti e nelle loro madri**

**Alexithymia, impulsivity, attachment and parental burnout as
features of self-injurious behaviors and eating disorders in
adolescents and their mothers**

Relatrice:

Prof.ssa Daniela di Riso

Laureanda: Giorgia Anzanello

Matricola: 1220389

Anno accademico: 2021/2022

SOMMARIO

<i>ABSTRACT</i>	I
<i>INTRODUZIONE</i>	III
PRIMA PARTE: SISTEMI RELAZIONALI E CAPACITÀ DI REGOLAZIONE AFFETTIVA IN ADOLESCENTI CON PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE	
CAPITOLO 1: Condotte autolesive e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza	1
1.1. Autolesionismo: definizione e caratteristiche principali.....	1
1.2. Disturbi del comportamento alimentare: definizioni e caratteristiche principali...	3
CAPITOLO 2: Attaccamento, alessitimia e impulsività come mediatori nella psicopatologia	7
2.1. Ruolo dell'attaccamento nell'autolesionismo e nei disturbi del comportamento alimentare.....	7
2.1.1. Valutazione dell'attaccamento: AAP, sistemi difensivi e utilizzo nei campioni clinici.....	8
2.2. Impatto della regolazione affettiva sulle condotte lesive e sui disturbi del comportamento alimentare.....	10
2.2.1. Alessitimia: caratteristiche principali e psicopatologia.....	11
2.2.2. Impulsività: caratteristiche principali e psicopatologia.....	13
2.3. Relazione tra attaccamento e regolazione affettiva.....	14
CAPITOLO 3: Effetto dell'autolesionismo e dei disturbi del comportamento alimentare sulla vita dei genitori	17
3.1. Burnout genitoriale e psicopatologia.....	17
SECONDA PARTE: RICERCA	
CAPITOLO 4: Introduzione alla ricerca	19
4.1. Obiettivi.....	19
4.2. Ipotesi.....	19
4.3. Metodo.....	20
4.3.1. Campione.....	20
4.3.2. Procedura.....	22
4.3.3. Strumenti.....	23
CAPITOLO 5: Risultati	25
5.1. Statistiche descrittive.....	25

5.2. Confronto tra gli adolescenti psicopatologici nella disregolazione emotiva	26
5.3. Confronto tra le madri al <i>burnout</i> sulla base della diagnosi del figlio.....	27
5.4. Confronto tra gli adolescenti psicopatologici circa il pattern di attaccamento.....	27
5.3. Correlazioni tra i risultati alla TAS-20 e le difese integrate dell'AAP, <i>Deactivation</i> e <i>Cognitive Disconnection</i>	27
CAPITOLO 6: Discussione.....	29
CAPITOLO 7: Conclusioni.....	35
<i>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</i>	V

ABSTRACT

Obiettivi: Scopo principale di questo studio è indagare il ruolo della disregolazione emotiva in un confronto tra due gruppi clinici, adolescenti con condotte autolesive (NSSI) e con disturbi del comportamento alimentare (DCA). In secondo luogo, si vuole studiare il sistema dell'attaccamento in termini di rappresentazione del pattern di attaccamento, in relazione a costrutti quali l'alessitimia e l'impulsività. Infine, si vuole esplorare la presenza di associazioni tra l'alessitimia e l'utilizzo di determinate difese all'interno dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP).

Metodo: il campione del presente studio conta la partecipazione di 35 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni ($M= 15.43$, $DS=1.32$) e con diagnosi di autolesività (non suicidaria e con intento suicidario) e disturbo del comportamento alimentare. Ai ragazzi sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP; George, West and Pettem, 1997; George and West, 2001), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20, Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996). Le madri, anch'esse partecipanti allo studio, hanno compilato il *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018).

Risultati: gli adolescenti psicopatologici riportano elevati livelli di alessitimia e moderati punteggi di impulsività. Da un confronto tra i due gruppi, emerge che gli autolesionisti risultano essere più impulsivi dei ragazzi con disturbi del comportamento alimentare. Relativamente all'alessitimia, non sono rinvenute differenze significative tra gruppi clinici. Inoltre, si riscontra l'assenza di burnout nelle rispettive madri. Nell'ambito dell'attaccamento, emerge nel campione totale una prevalenza di attaccamento insicuro, mentre non si evidenziano differenze significative tra diagnosi circa i differenti stili di attaccamento. Infine, emerge che l'alessitimia correla negativamente con la *Deactivation*, dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) e correla positivamente con la *Cognitive Disconnection* dell'AAP.

Conclusioni: tramite questo studio è possibile chiarificare il ruolo di costrutti complessi, quali alessitimia e impulsività, nell'ambito di disturbi psicopatologici adolescenziali e la loro relazione con il sistema dell'attaccamento, valutato mediante uno strumento recente nel mondo della ricerca, ovvero l'AAP. I risultati suggeriscono la necessità di condurre nuovi studi data l'importante implicazione clinica che le variabili sopra citate comportano.

Objectives: *The main purpose of this study is to investigate the role of emotional dysregulation by comparing two clinical groups: adolescents with self-harming*

behaviors (NSSI) and adolescents with eating disorders (DCA). Secondly, we want to study the attachment system in terms of representation of the attachment pattern, in relation to constructs such as alexithymia and impulsivity. Finally, we want to explore the presence of associations between alexithymia and the use of certain defenses within the Adult Attachment Projective Picture System (AAP).

Methods: the sample of the present study counts the participation of 35 adolescents aged between 14 and 18 years ($\mu = 15.43$, $SD = 1.32$) and diagnosed with self-harm (noth non-suicidal and with suicidal intent) as well as eating disorder. Adolescents completed the following tools: Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George, West and Pettem, 1997; George and West, 2001), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996). The mothers, also participating to the study, completed the Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018).

Results: psychopathological adolescents report high levels of alexithymia and moderate impulsivity scores. By comparing the two groups, it emerges that subjects with self-harm are more impulsive than children with eating disorders. With regards to alexithymia, no significant differences were found between clinical groups. In addition, there is an absence of burnout in their respective mothers. In the context of attachment, a prevalence of insecure attachment emerges in the total sample, whereas there are no significant differences between diagnoses regarding the different attachment styles. Finally, it emerges that alexithymia negatively correlates with the Deactivation of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) and positively correlates with the Cognitive Disconnection of the AAP.

Conclusion: through this study it is possible to clarify the role of complex constructs, such as alexithymia and impulsivity, in the context of adolescent psychopathological disorders and their relationship with the attachment system, evaluated by using a recent tool, the AAP. The results suggest the need to conduct new research given the important clinical implications that the variables mentioned above entail.

INTRODUZIONE

Questo progetto ha lo scopo di analizzare la complessa interazione tra i sistemi relazionali e la capacità di regolazione affettiva in adolescenti con diagnosi di autolesionismo e disturbi del comportamento alimentare.

La letteratura, infatti, testimonia che uno stile relazionale bambino-genitore insicuro si associa, tra gli adolescenti, all'utilizzo di condotte autolesive e alla messa in atto di comportamenti alimentari problematici. La novità di questo lavoro sta nel fatto che il costrutto dell'attaccamento viene indagato con uno strumento narrativo-proiettivo di recente utilizzo, l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), in quanto non sono numerosi gli studi scientifici che adottano tale procedura in ambito clinico in età adolescenziale.

Inoltre, la letteratura mostra come la relazione tra lo stile di attaccamento e le psicopatologie sopra citate, sia mediata da un deficit nella regolazione affettiva. Pertanto, obiettivo del presente lavoro è quello di studiare il ruolo di alessitimia, misurata dalla *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) e impulsività, indagata con la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11), all'interno di questi quadri clinici e la loro relazione con le difese adottate all'interno dell'AAP.

Questo lavoro si organizza in due parti principali. Nella prima parte sono definiti i due disturbi, con riferimento ai criteri diagnostici del DSM-V, alla comorbidità con altri quadri clinici, alla loro prevalenza nella popolazione e ai fattori di rischio e di protezione. Successivamente vengono indagati i differenti pattern di attaccamento bambino-genitore e i processi difensivi che l'AAP misura. Segue la descrizione di due dimensioni, alessitimia e impulsività, considerando il loro impatto sulle problematiche psicopatologiche e l'esistenza di una possibile relazione tra regolazione emotiva e attaccamento. In conclusione, si vuole osservare se tali difficoltà neuropsichiatriche si associno al costrutto del *burnout* genitoriale.

La seconda parte dell'elaborato è dedicato al lavoro di ricerca. È introdotta dalla definizione degli obiettivi, dei metodi e delle caratteristiche dello studio. In seguito, sono riportati i risultati, la loro discussione e una breve conclusione sulla base del lavoro svolto.

PRIMA PARTE: SISTEMI RELAZIONALI E CAPACITÀ DI REGOLAZIONE AFFETTIVA IN ADOLESCENTI CON PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE

CAPITOLO 1: Condotte autolesive e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza

L'adolescenza è il periodo evolutivo che segna il passaggio dall'infanzia all'inizio dell'età adulta, comincia intorno ai 10-12 anni e finisce verso i 18-22 anni. In questa crescita verso la maturità, l'adolescente si trova ad affrontare richieste e compiti diversi: in primis accettare i cambiamenti fisici e sessuali, per esempio, la crescita dei genitali esterni e il cambiamento della voce nei ragazzi e lo sviluppo del seno e la comparsa dei peli pubici nelle ragazze. Scoprire la propria identità in termini di attitudini, talento e capacità è un'altra sfida importante: a tal proposito, Peter Blos (1962) descrive l'adolescenza come un importante momento di separazione dalle figure genitoriali. Il disinvestimento affettivo verso i genitori porta il giovane a impegnarsi in nuove relazioni e proprio nel gruppo dei pari egli può sperimentarsi e definire il suo Sé autonomo e stabile. Di conseguenza, la complessità di questa fase di sviluppo può ripercuotersi sulla qualità di vita dei giovani: tale periodo è infatti associato all'aumento di comportamenti pericolosi (come abuso di sostanze, azioni delinquenti, comportamenti sessuali a rischio) e ad una scarsa capacità decisionale. Infatti, nell'adolescenza il mondo emozionale gioca un ruolo fondamentale: il giovane sperimenta le emozioni in modo intenso, per effetto della maggiore attivazione dell'amigdala e del sistema limbico; questo si traduce in una diminuzione del pensiero razionale e in aumento dell'impulsività, dal momento che la corteccia prefrontale, deputata alla modulazione degli affetti, non si è ancora del tutto sviluppata (Santrock, 2017).

Pertanto, le vulnerabilità di questo periodo risultano creare il terreno fertile per lo sviluppo di psicopatologie, come l'autolesionismo e i disturbi del comportamento alimentare, molto diffusi tra gli adolescenti e spesso in comorbidità nella popolazione clinica (Zelkowitz e Cole, 2019). Si tratta di due esempi di come il corpo, che è sentito causa del disagio interno, diventa la tela su cui la sofferenza psichica viene esteriorizzata (Laufer et al., 1984).

1.1 Autolesionismo: definizione e caratteristiche principali

Il "Self-Harm" consiste nel farsi del male volontariamente, senza un'intenzione suicidaria, attraverso comportamenti di taglio, graffi, morsi, bruciature con l'obiettivo di ridurre temporaneamente un dispiacere o comunicare angoscia (Nock, 2010).

Il DSM-V (APA, 2013) distingue l'autolesionismo non suicidario (ANS) dal tentativo di suicidio (TS), definendolo secondo i seguenti criteri diagnostici principali:

- A. Il soggetto, in 5 o più episodi nell'ultimo anno, danneggia intenzionalmente la propria superficie corporea o cerca di indurre sanguinamento, lividi o dolore, con l'aspettativa che la condotta autolesiva comporti solo danni fisici di lieve o moderata entità (non vi è alcun intento suicida).
- B. La condotta autolesionistica si presenta con una o più delle seguenti aspettative:
 - 1. Ottenere sollievo da emozioni e stati cognitivi negativi;
 - 2. Risolvere difficoltà interpersonali;
 - 3. Indurre stati emotivi positivi.
- C. L'autolesionismo intenzionale è associato ad almeno una delle seguenti condizioni:
 - 1. Difficoltà interpersonali, sentimenti o pensieri negativi, come depressione, ansia, tensione, rabbia, angoscia generalizzata o auto-critica, che si verificano nel periodo immediatamente precedente l'atto autolesionistico.
 - 2. La realizzazione dell'atto autolesivo è preceduta da preoccupazioni circa la difficoltà di controllare il comportamento previsto.
 - 3. La presenza di pensieri frequenti sull'autolesionismo, anche quando non viene messo in pratica.

L'autolesionismo risulta uno dei maggiori problemi di salute pubblica durante l'adolescenza (Hawton et al., 2015): infatti, si stima una prevalenza tra il 15 e il 46% in questa fascia d'età (Ross et al., 2002) e l'esordio si aggirerebbe tra i 13 e i 14 anni (Withlock et al., 2006). Inoltre, tale disturbo sembra avere una maggiore incidenza femminile, con una frequenza tripla rispetto ai maschi e con modalità che prediligono il cutting (Lauw MSM. et al., 2018).

Possono essere molte le cause che spingono un adolescente a farsi del male come fattori socio-ambientali, culturali, psicologici, relazionali, educativo-affettivi (Favazza A.R. e Rosenthal R.J. 1993). La famiglia e il gruppo dei pari ricoprono in questo ambito un ruolo di primo piano: da alcuni studi, per esempio, emerge che scarse relazioni di attaccamento ai genitori aumentano la probabilità che il giovane si impegni in comportamenti autolesivi (Yongqiang et al., 2017). Viceversa, un attaccamento forte con gli amici può essere un fattore che riduce il rischio di *non suicidal self-injury* (NSSI) e promuove la sintesi dell'identità (Gandhi et. al, 2016). Tra gli adolescenti di oggi, l'utilizzo di Internet ricopre un ruolo centrale: nei social network sono nati numerosi gruppi dedicati al comportamento autolesivo, dove i ragazzi, sentendosi compresi e senza essere

identificati, si scambiano consigli e si sostengono. In una ricerca di Murray e Fox (2006) è emerso che la maggior parte (73%) degli adolescenti intervistati sente che l'appartenere al gruppo online determina una diminuzione dei loro agiti, mentre per l'11% la partecipazione comporta un aumento degli stessi.

Inoltre, la regolazione degli affetti sembra avere una funzione centrale nell'ANS, in quanto l'adolescente sente di poter porre fine a sentimenti opprimenti come tristezza e inutilità attraverso il taglio (You, et al., 2013). Diversi studi sottolineano anche l'associazione tra autolesionismo e alessitimia, dimostrando come i ragazzi non riescano a riconoscere ed esprimere correttamente le loro emozioni e presentino notevoli difficoltà nell'instaurare rapporti interpersonali. Quindi i giovani sembrano ricorrere al self-cutting come mezzo espressivo delle proprie sensazioni negative (Polk e Liss, 2007). In merito al ruolo del discontrollo degli impulsi, la letteratura riporta che l'impulsività basata sull'umore è correlata all'inizio dell'autolesionismo, mentre gli aspetti cognitivi della stessa, relativi alle difficoltà nel mantenere la concentrazione o nell'agire senza cautela, sono associati al mantenimento del disturbo (Lockwood J. et al., 2017).

Oltre a vivere maggiori difficoltà sul versante emotivo, adolescenti autolesionisti potrebbero manifestare anche una serie di problemi comportamentali: ne sono un esempio l'uso di alcol, sostanze psicoattive e attività criminali (Zubrick et al., 2017) e l'abuso nell'utilizzo di internet e dei social media (Durkee et al., 2012).

1.2 Disturbi del comportamento alimentare: definizione e caratteristiche principali

Anoressia nervosa, Bulimia nervosa e Disturbo da Binge-eating sono i principali disturbi della nutrizione e dell'alimentazione trattati dal DSM-V (APA, 2013).

L'Anoressia nervosa (AN) è caratterizzata dai seguenti criteri diagnostici fondamentali:

- A. restrizione dei comportamenti alimentari al punto che il peso corporeo è significativamente al di sotto della norma;
- B. intensa paura di ingrassare o la messa in atto di comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso;
- C. percezione distorta dell'immagine corporea o della forma del corpo.

Tale disturbo prevede, inoltre, due specificatori: nel tipo con restrizioni, durante gli ultimi 3 mesi l'individuo non presenta abbuffate o condotte di eliminazione, come vomito autoindotto, uso di lassativi o diuretici. La perdita di peso è quindi ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva. Nel tipo con abbuffate e/o condotte di eliminazione, durante gli ultimi 3 mesi l'individuo presenta ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione.

In merito alla Bulimia nervosa (BN), i criteri diagnostici principali sono i seguenti:

- A. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. L'abbuffata, infatti, consiste nell'assunzione di una quantità di cibo significativamente maggiore a quella assunta dalla maggior parte degli individui nello stesso periodo di tempo e si accompagna ad una sensazione di perdita di controllo;
- B. ricorrenti condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, con vomito autoindotto, abuso di lassativi ed eccessiva attività fisica;
- C. le abbuffate e le condotte compensatorie sono presenti almeno 1 volta a settimana per 3 mesi;
- D. la forma e il peso corporeo sono estremamente importanti per l'autostima.

Infine, il Disturbo da Binge-eating (BED) prevede questi criteri diagnostici centrali:

- 1. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata;
- 2. gli episodi di abbuffata sono associati a 3 o più dei seguenti aspetti: mangiare molto più velocemente del solito, mangiare fino a sentirsi scoppiare, mangiare molto anche se non si ha fame, mangiare da soli a causa dell'imbarazzo che si prova per la grande quantità di cibo ingerito e provare forte disagio dopo l'abbuffata;
- 3. non sono presenti condotte compensatorie;
- 4. le abbuffate sono presenti almeno 1 volta a settimana per 3 mesi.

In merito ai dati epidemiologici previsti dal DSM-V, l'Anoressia nervosa colpisce tra lo 0.3 e l'1% delle giovani di sesso femminile, mentre la prevalenza della Bulimia nervosa aumenta dall'1 all'1.5%. Inoltre, si stima che entrambi i disturbi siano maggiormente frequenti nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di 10:1. Il Disturbo da Binge-eating sembra caratterizzare i giovani adulti di età superiore ai 18 anni, nello specifico l'1.6% delle femmine e lo 0.8% dei maschi (APA, 2013).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera i disturbi alimentari un problema di salute pubblica in costante crescita e ad oggi sono pensati la seconda causa di morte tra gli adolescenti dopo gli incidenti stradali. Secondo i dati della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, queste patologie colpiscono in Italia circa 3 milioni e mezzo di persone all'anno, il 70% adolescenti. Per di più, in una survey del Ministero della Salute, si evince che la pandemia da COVID-19 ha esasperato questa problematica: infatti, da gennaio 2019 a gennaio 2021, le richieste di presa in carico per i DCA sono aumentate in media del 30% (Ministero della Salute, 2022).

Inoltre, è importante sottolineare la comorbidità dei DCA con altri disturbi, quali la depressione, i disturbi di personalità, i disturbi d'ansia e quelli da uso di sostanze (Baker et al., 2010).

Un carattere centrale in queste patologie è rappresentato dalla distorsione dell'immagine corporea: perfezionismo patologico, bassa autostima e cambiamenti di umore associati all'intolleranza alle emozioni acquiscono il quadro (Fairburn et al., 2003). Uno studio ha infatti dimostrato che il disturbo da Binge-Eating si associa a maggiori difficoltà di regolazione emotiva circa il controllo degli impulsi e la consapevolezza delle emozioni (Weinbach et al., 2018).

Inoltre, Cunha e colleghi hanno messo in evidenza che le ragazze con DCA si descrivono con minori livelli di fiducia nelle relazioni di attaccamento ai genitori, esprimendo nei loro confronti sentimenti di rabbia e risentimento. Inoltre, tali giovani sembrano ritenere che le loro famiglie siano poco capaci di definire gli eventi stressanti e di individuare le strategie per affrontarli (Cunha et al., 2009).

Anche i pari rivestono un ruolo cardine nell'influenzare l'insorgenza dei disordini alimentari: sembra che una visione negativa del proprio corpo e l'attuazione di pattern alimentari disfunzionali siano fortemente influenzati dalla convinzione che la magrezza sia fondamentale per instaurare relazioni amicali positive e diverse ricerche empiriche hanno evidenziato una relazione tra ansia sociale, insicurezza interpersonale, insoddisfazione corporea e l'insorgenza dei disordini alimentari (Schutz e Paxton, 2007). Un ultimo aspetto su cui è importante soffermarsi è dato dal fatto che i disturbi alimentari e i comportamenti di autolesività non suicidaria si presentano spesso in comorbidità nella popolazione clinica (Zelkowitz e Cole, 2019). Pertanto, secondo il Modello della Cascata Emotiva (ECM; Selby e Joiner, 2009), strategie come l'alimentazione sregolata (abbuffate, condotte eliminatorie, esercizio fisico compulsivo o restrizioni alimentari) e gli NSSI sono azioni stimolanti e coinvolgenti, capaci di far distaccare il soggetto dalle intense emozioni negative del momento.

CAPITOLO 2: Attaccamento, alessitimia e impulsività come mediatori nella psicopatologia

2.1 Ruolo dell'attaccamento nell'autolesionismo e nei disturbi del comportamento alimentare

Alla luce della teoria di Bowlby, l'attaccamento descrive un legame emotivamente significativo, di lunga durata, che il bambino intreccia fin dalla nascita con la sua figura di cura. Tale rapporto ha una duplice funzione, una biologica innata di protezione fisica e una psicologica di sentirsi al sicuro (Hill, 2017).

Il sistema di attaccamento si attiva nel momento in cui il bambino percepisce una situazione di pericolo e, mediante comportamenti di attaccamento come il pianto, richiama il genitore alla prossimità fisica per essere rassicurato. Bowlby, poi, pone l'accento sul ruolo delle emozioni e delle cognizioni: le prime servono per attivare il sistema dell'attaccamento, le seconde, meglio note come Modelli Operativi Interni, sono delle rappresentazioni semplificate della realtà, costruite a partire dalla relazione primaria, e guidano l'individuo nella comprensione di sé e del suo mondo relazionale.

Questa teoria è stata poi integrata dalle scoperte della Strange Situation Procedure, procedura ideata dalla Ainsworth con cui ella ha individuato tre pattern relazionali bambino-genitore (Tambelli, 2017).

L'attaccamento sicuro si caratterizza per la fiducia del bambino nella figura materna, sicurezza che lo facilita nell'esplorazione dell'ambiente e nello stabilire relazioni con gli altri. I genitori rispondono in modo empatico al disagio del figlio e accettano le sue emozioni così da favorire lo sviluppo della consapevolezza emotiva e della capacità di autoregolazione (Sroufe, 1996).

L'attaccamento insicuro evitante è determinato da un bambino che fugge il legame con il genitore, ricercando l'autosufficienza anche sul piano emotivo. L'adulto di riferimento è indisponibile affettivamente e pertanto non risponde ai segnali del figlio: esso si trova costretto a ridurre le richieste per aumentare la probabilità che nelle situazioni di effettivo bisogno il genitore sia presente. Di conseguenza, il distanziamento o l'inibizione dell'espressione emozionale diventano nel tempo la strategia tipica di comunicazione degli affetti (Tambelli, 2017).

L'attaccamento ansioso-ambivalente prevede un forte legame di attaccamento del figlio al genitore, l'assenza del quale è fonte di un'angoscia inconsolabile. Quindi la relazione si basa su un'elevata tensione emotiva, che il bambino mette in atto per assicurarsi la presenza di un genitore imprevedibile e incostante. L'amplificazione delle emozioni

riduce il ricorso a strategie autoconsolatorie e ostacola il raggiungimento dell'autonomia e della fiducia in sé (Thompson, 2015).

Successivamente è stato individuato un quarto pattern relazionale, quello disorganizzato: un bambino con questo stile manca di strategie coerenti, mette in atto comportamenti atipici o contraddittori e presenta un mondo rappresentazionale e affettivo frammentato, che impedisce uno sviluppo del senso di sé integrato (Tambelli, 2017). D'altro canto, i rispettivi genitori mancano di un piano di cura altrettanto organizzato.

La letteratura attuale afferma che gli adolescenti con uno stile di attaccamento insicuro corrono il rischio di sviluppare disturbi del comportamento alimentare, in quanto una rappresentazione di sé e del mondo basata sulla sfiducia può generare sentimenti di disperazione, abbandono e scarso controllo emozionale, che sono alla base di comportamenti sintomatici, come quelli alimentari (Illing et al., 2010). Risulta dubbio il tipo di attaccamento insicuro prevalente in tali disturbi: alcuni autori riportano una maggiore incidenza dello stile evitante (Latzer et al., 2002), altri riscontrano un tasso più elevato del pattern ambivalente (Tereno et al., 2008).

Tra gli adolescenti autolesionisti con e senza tentativi di suicidio, l'attaccamento di tipo disorganizzato risulta prevalere: emerge, infatti, che il danno volontario al tessuto corporeo sia da intendersi come espressione di un'emotività disregolata, tali da determinare rappresentazioni frammentate, tipiche di tale pattern relazionale (Pallini et al., 2020). Gli stessi autori sostengono in più una prevalenza di stati mentali ansioso-ambivalenti in ragazzi con NSSI.

2.1.1 Valutazione dell'attaccamento: AAP, sistemi difensivi e utilizzo nei campioni clinici

L'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) è nuovo strumento per la misura del pattern di attaccamento dall'età evolutiva all'età adulta (George, West e Pettem, 1997): in particolare il meccanismo proiettivo, che tale strumento elicita, dà accesso alle rappresentazioni mentali dell'attaccamento. A partire dalla presentazione di 8 immagini tematiche, 7 delle quali attivanti un *distress* di attaccamento crescente, il soggetto si trova a narrare una storia non auto-biografica circa i comportamenti, i pensieri e i sentimenti dei personaggi nella scena. Come approfondito di seguito¹, il racconto viene valutato lungo tre variabili, relative al discorso (*Discourse Dimensions*), al contenuto (*Content Variables*) e ai meccanismi di difesa presentati (*Difensive Processing*).

¹ Vedi Cap. 4, par. 4.3.3

In questo paragrafo ci focalizziamo sulla descrizione dei processi difensivi, che possono essere colti da questo strumento.

Partiamo da due difese che permettono al soggetto di distogliere con successo l'attenzione dal dolore dell'attaccamento e pertanto prevenire il crollo psicologico: la *Deactivation* e la *Cognitive Disconnection* non conducono ad una disregolazione totale e si associano a stili di attaccamento organizzati (cioè sicuro, evitante e ansioso-ambivalente). Tali difese normative aiutano a prevenire che gli individui siano immobilizzati da livelli di paura o minaccia che disorganizzano l'attaccamento (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Main e Hesse, 1990; Main e Solomon, 1990; Solomon e George, 2011; Salomone et al., 1995). Di conseguenza, la *Deactivation* (Ds) permette di distogliere l'attenzione da pensieri ed emozioni legati all'attaccamento e quindi sopprimere il disagio emotivo (Mikulincer e Shaver, 2016). Tale processo difensivo sembra prevalere nello stile evitante (o *distanziante* secondo la classificazione dell'AAP), le cui narrazioni si concentrano spesso sul successo e sull'esplorazione (Gander, 2015). In più, questi stati mentali di rifiuto risultano essere associati ad un minor numero di espressioni di affetto (Fortuna et al., 2011) e a cambiamenti del Sistema Nervoso Autonomo (ANS) che suggeriscono l'inibizione comportamentale durante compiti rilevanti per l'attaccamento (Dozier e Kobak, 1992). Interessante è il dato secondo cui le giovani donne, inclini a strategie di disattivazione, riportano livelli elevati di problemi alimentari: si trovano, infatti, a spostare la loro attenzione dall'attaccamento verso obiettivi più raggiungibili come il proprio aspetto fisico per ottenere l'approvazione dei loro padri emotivamente non disponibili e altamente critici (Cole, 1996).

La *Cognitive disconnection* (E) porta a frammentare le informazioni relative all'attaccamento in modo che gli affetti e lo stress risultino disconnessi dalla loro fonte. Il risultato consiste in una risposta incoerente. Tale difesa è tipica dello stato di attaccamento ansioso-ambivalente (anche detto, *preoccupato* nell'AAP) (Pallini, 2020), a partire da storie il cui materiale confonde e oscura le relazioni familiari: la ricerca suggerisce che giovani autolesionisti con tale pattern relazionale presentino un'eccessiva emotività negativa auto-riferita, un'elaborazione emotiva disregolata (Glenn et al., 2011) e una predisposizione a rimuginare su precedenti esperienze angoscianti (Cole-Detke e Kobak, 1996). Il ricorso a stati mentali preoccupati può anche comportare una minore capacità di accedere a mezzi appropriati con cui affrontare il disagio, con il rischio, poi, di impegnarsi in NSSI quando ci si sente sopraffatti dall'intensità delle proprie emozioni (Martin, 2017).

I *Segregated System* (SS) rappresentano la forma più estrema di esclusione difensiva: causano l'esclusione dalla coscienza di memorie e sentimenti traumatici legati all'attaccamento. Sono la difesa alla base della disorganizzazione nei bambini (Solomon et al., 1995) e degli adulti irrisolti (West e George, in stampa). A fronte di un genitore che fallisce nella sua funzione di regolare le emozioni angosciate del figlio, le difese iniziano a cedere e gli affetti e i pensieri legati a esperienze dolorose, non suscettibili di elaborazione e integrazione, sono segregati dalla coscienza (Bowlby, 1980). Per esempio, uno studio condotto con l'AAP ha rilevato che ragazzi autolesionisti usano più frequentemente parole relative al suicidio rispetto ai controlli e che nel caso del tentato suicidio ci sono più alti indizi di SS disregolati (Pallini, 2020).

2.2 Impatto della regolazione affettiva sulle condotte lesive e sui disturbi del comportamento alimentare

La regolazione affettiva è centrale per il funzionamento adattivo dell'organismo. Essa conta due proprietà. La prima, la tolleranza affettiva, ha a che vedere con la capacità dell'individuo di modulare l'intensità dell'affetto, all'interno di un range di normalità, in cui esperire picchi di iper-attivazione o avvallamenti di ipo-attivazione. Il risultato è l'equilibrio dell'organismo e l'adozione di strategie flessibili in risposta all'ambiente. La seconda dimensione, la resilienza affettiva, comporta l'abilità di recuperare la regolazione a fronte di una situazione disregolata indotta da stress (Hill, 2017).

La disregolazione emotiva, pertanto, determina la compromissione della propria comprensione e accettazione delle emozioni e l'incapacità di comportarsi in modo adattivo mentre si sperimentano emozioni negative (Gratz e Roemer, 2004). Questi stessi autori propongono sei dimensioni correlate alla disregolazione emotiva: la mancata consapevolezza di risposte emotive, l'assenza di chiarezza e la non accettazione delle stesse, un accesso limitato alle strategie regolative delle emozioni, la difficoltà a controllare gli impulsi e ad impegnarsi in comportamenti diretti all'obiettivo quando si sperimentano affetti negativi (Gratz e Roemer, 2004).

A livello neurobiologico, la risposta emotiva coinvolge l'attivazione di tre sistemi. Il Sistema Nervoso Autonomo determina il ritmo metabolico: la sua componente simpatica funziona come acceleratore dell'organismo, determinando gli stati di iperarousal e le conseguenti risposte di attacco e fuga, invece, la componente parasimpatica agisce come un freno, in quanto genera un'ipo-attivazione e le successive risposte di freezing. L'ANS si associa, poi, all'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, sistema neuroendocrino che determina cambiamenti fisiologici mediante il rilascio di ormoni. Infine, il sistema limbico svolge

una funzione esecutiva, di integrazione dell'attività degli altri due sistemi, combinando l'informazione fisio-emozionale proveniente dal corpo con quella socio-emozionale ricavate dai sensi (Hill, 2017).

Lo sviluppo degli affetti e delle capacità cognitive per regolarli si esplica nella relazione del bambino con le figure di cura. La ricerca ha dimostrato che i comportamenti genitoriali emotivi disadattivi e l'attaccamento insicuro sono associati alla disregolazione delle emozioni del bambino (Boldt et al., 2020).

Alla luce di questo, l'incapacità di gestire gli affetti è un importante correlato dei disturbi alimentari: per esempio, si può osservare che gli adolescenti in trattamento per un problema alimentare sperimentano livelli significativamente più elevati di disregolazione emotiva rispetto ai campioni normativi (Anderson et al., 2018). Weinbach (2018) ha poi scoperto che i ragazzi con un disturbo alimentare caratterizzato da abbuffate/eliminazioni (ad esempio, BN) riportano una maggiore disregolazione emotiva rispetto a quelli senza tali caratteristiche (come il sottotipo restrittivo AN), perché non hanno accesso a strategie efficaci per regolare le proprie emozioni nei momenti di stress emotivo, come la rivalutazione cognitiva.

Inoltre, diversi autori suggeriscono che anche l'aumento dell'autolesionismo durante l'adolescenza possa essere correlato alla capacità di un giovane di regolare le proprie emozioni: si registra un affetto negativo acuto prima del comportamento autolesivo e un affetto negativo diminuito e un sollievo dopo (Klonsky, 2007). Infatti, un recente studio condotto con adolescenti ricoverati in ospedale psichiatrico ha rilevato un rischio maggiore di comportamento suicida cronico tra coloro che riferiscono la non accettazione delle risposte emotive e l'accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni (Wolff et al., 2018).

2.2.1 Alessitimia: caratteristiche principali e psicopatologia

L'alessitimia può essere definita come la mancanza di parole per le emozioni (Nemiah e Sifneos, 1970). Taylor, Bagby e Parker (1997), a tal proposito, considerano questo costrutto un deficit nell'elaborazione degli affetti che interferisce con i processi di autoregolazione e riorganizzazione delle emozioni. Essa, infatti, comporta una difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti propri e altrui, si associa ad uno stile cognitivo orientato all'esterno, con mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno. Il soggetto alessitimico appare carente nella dimensione cognitiva ed esperienziale dell'emozione: i livelli fisiologico e motorio-comportamentale sono privi di

riconoscimento e di regolazione da parte di una componente più cosciente, simbolica e verbale (Taylor, 1994).

Studi neurofisiologici hanno ipotizzato che un cattivo funzionamento dell'emisfero cerebrale destro, coinvolto nell'elaborazione del comportamento emotivo e l'interruzione della sua comunicazione con l'emisfero sinistro, implicato nell'articolazione del linguaggio, possano essere due possibili cause dello sviluppo dell'alessitimia (Nemiah, 1976).

Inoltre, si riscontra la distinzione tra Alessitimia di tipo I, caratterizzata dall'assenza di esperienza emotiva, e Alessitimia di tipo II che, invece, conserva l'integrità dell'esperienza emotiva, ma evidenzia un deficit specifico rispetto alla valutazione cognitiva delle emozioni (Parker et al., 1993).

Negli ultimi anni la ricerca nell'ambito del modello della regolazione affettiva e dell'alessitimia ha evidenziato la presenza di quest'ultima dimensione anche tra gli adolescenti: all'interno di campioni clinici, confrontati con gruppi di controllo sani, alti livelli alessitimici sono stati riscontrati in bambini e adolescenti con diversi disturbi del comportamento, come quello alimentare (Zonnevijlle-Bender et al., 2002). Quando vengono esaminate le caratteristiche individuali dell'alessitimia, gli individui con problematiche alimentari presentano specifici deficit nell'identificare e comunicare i propri sentimenti. A livello teorico, è stato suggerito che i pazienti utilizzano comportamenti alimentari disadattivi (come, abbuffate, purga e restrizioni dietetiche) e l'esercizio fisico eccessivo come un modo per evitare o far fronte alle proprie emozioni (Cooper, 2005). Per esempio, alcuni studi hanno suggerito che gli episodi di binge-eating potrebbero essere una strategia maladattiva di fuga dalla consapevolezza di sé, agita quando il soggetto si trova in una condizione di disagio emotivo o per ottundere il senso di ripugnanza che le abbuffate determinano (Heatherton, 1991).

Per quanto concerne i comportamenti NSSI, si ritiene che essi consentano la fuga dal disagio psicologico, dalle emozioni opprimenti e dall'affetto negativo (Chapman et al., 2006). Non sorprende che gli adolescenti autolesionisti riportino più vittimizzazione e sintomatologia alessitimica rispetto ai partecipanti che non si sono mai impegnati in tali comportamenti (Garisch, 2010), dal momento che anche l'alessitimia è pensata come una forma di evitamento, precludendo all'individuo la capacità di valutare e lottare contro gli eventi interni (Blackledge e Hayes, 2001).

2.2.2 Impulsività: caratteristiche principali e psicopatologia

L'impulsività è un costrutto complesso nell'ambito di una difficile regolazione delle emozioni ed è spesso citato tra i criteri diagnostici del DSM-V. Secondo la proposta di Whiteside e Lynam (2001), si possono individuare cinque dimensioni fondamentali, tra cui due componenti cognitive, ovvero la difficoltà a pianificare le conseguenze del proprio comportamento e la mancanza di perseveranza nel raggiungimento dell'obiettivo, e tre componenti emotive. Queste ultime, la *negative* e *positive urgency* e la *sensation seeking*, rendono difficile l'inibizione di comportamenti impulsivi sotto l'influenza di intensi stati emotivi negativi o positivi e determinano la tendenza a ricercare emozioni forti.

Studi longitudinali dimostrano un incremento dell'impulsività durante l'adolescenza e la prima età adulta (Galvan et al., 2007). Il controllo degli impulsi, la regolazione emozionale e il processo decisionale fanno capo ad un sistema di controllo cognitivo rappresentato dalla corteccia prefrontale, che raggiunge una graduale maturazione nella prima età adulta (Casey et al., 2005). Un secondo sistema sottocorticale socio-emozionale, comprendente lo striato e l'amigdala, sensibili alle emozioni, alle novità e alla ricompensa, si struttura durante la prima adolescenza (Galvan et al., 2006). Quindi, se l'impulsività deriva da errori nell'esercitare il controllo cognitivo, i ragazzi dimostrano un declino della stessa nel momento in cui l'inibizione alla risposta e l'autoregolazione migliorano, in quanto funzioni neurologiche in evoluzione.

Il discontrollo degli impulsi è stato ampiamente studiato in relazione all'aggressività autodiretta. Numerosi studi trovano una tendenza nei pazienti autolesionisti verso una modalità comportamentale più impulsiva. Confrontando i risultati alla Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) dei ragazzi con self-cutting non suicidario con i controlli, risulta evidente come i primi riportino punteggi più elevati nella scala totale, sostenendo l'ipotesi che l'impulsività sia uno dei tratti caratteristici del funzionamento psichico dell'adolescente che si taglia (Gatta et al., 2019). Si pensa, infatti, che gli individui impulsivi, trovando nel comportamento autolesionista un effetto di sollievo, vi ricorrono in maniera preferenziale perché tale atto fornisce una ricompensa immediata. Viceversa, la messa in atto di strategie più funzionali sarebbe anche maggiormente dispendiosa in termini di tempo (Chapman et al., 2006).

Lo stesso meccanismo risulta essere a capo della patologia alimentare. Nel Binge Eating Disorder, si mette in atto un impulso, che possa garantire una fallace sensazione di benessere, per poter evitare l'emozione dell'ansia. Cedere all'impulso e quindi abbuffarsi

genera piacere e gratificazione. Tuttavia, questo meccanismo innesca un circolo vizioso per cui successivamente vengono alla luce vissuti negativi, come sensi di colpa e vergogna (Leombruni e Fassino, 2009). Inoltre, i confronti tra Bulimia nervosa e Anoressia nervosa suggeriscono tipicamente un'impulsività significativamente più alta tra gli individui con BN (Cassin e von Ranson, 2005).

In generale, i disturbi dell'alimentazione e l'impulsività sembrano condividere le stesse basi biologiche: entrambi presentano meccanismi disfunzionali a carico del sistema serotoninergico, coinvolto nella modulazione del tono dell'umore e del comportamento emotivo e in altre funzioni vitali (Vikkunen, 1987).

2.3 Relazione tra attaccamento e regolazione affettiva

La prima forma di attaccamento prevista dalla Strange Situation, ovvero quella sicura, rappresenta un fattore di protezione per l'insorgenza sia dei disturbi alimentari sia per gli NSSI, in quanto essa conta una regolazione affettiva resiliente. Quando rassicurato, il bambino è in grado di ritrovare rapidamente l'equilibrio: le sue strategie di regolazione emotiva si basano sulla capacità di poter esprimere, e in seguito regolare, un'ampia gamma di affetti, tra cui anche emozioni come la rabbia e la paura, e sulla fiducia di ottenere una risposta rassicurante e sintonica del genitore (Tambelli, 2017).

Al contrario, la disregolazione emotiva si sviluppa come strumento per far fronte ad un ambiente precoce non ottimale che invalida le emozioni del bambino. Ciò può derivare da un caregiver percepito come rifiutante o non disponibile, eccessivamente controllante o non rispondente in modo coerente ai bisogni del bambino (Tasca et al., 2009).

Nel caso di un pattern evitante, le strategie autoconsolatorie permettono al bambino di far fronte allo stress: l'espressione di rabbia e angoscia viene interrotta o distorta attraverso strategie di evitamento (Cassidy, 1988) e possono portare all'esclusione dalla consapevolezza conscia di emozioni come il dolore e la tristezza (Bowlby, 1980) e alla negazione di bisogni e affetti negativi. Tali risultati sono confermati in uno studio del 2020, da cui emerge che il comportamento autolesionistico non suicida di 57 adolescenti si associa ad un attaccamento evitante e ad elevati punteggi nel costrutto dell'alessitimia, registrati dalla Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Xiaojie, 2020). Allo stesso modo, nell'unico studio che indaga il ruolo dell'alessitimia come mediatore tra attaccamento insicuro e stima del corpo, emerge che in un ampio campione di pazienti con problemi alimentari e di età media di 26 anni, la *manca di parole per le emozioni* media completamente la relazione tra evitamento dell'attaccamento e stima del corpo (Keating, 2013).

Inoltre, un bambino con stile ansioso-ambivalente trascorre prolungati momenti di iperarousal, dati dall'amplificazione delle espressioni emozionali, nel tentativo di ottenere più facilmente una risposta dall'esterno (Hill, 2017). Di conseguenza, gli stati mentali preoccupati, alla base di questa disregolazione emotiva, sono frequenti tra gli adolescenti NSSI, i quali utilizzano strategie di regolazione delle emozioni dannose che coinvolgono bisogni e reazioni emotive elevati e presentano deficit a carico dell'*Agency of self*, funzione riflessiva dell'AAP di auto-esplorazione ponderata di fronte alle difficoltà (Martin, 2017). Va, inoltre, sottolineato il nesso documentato nella letteratura scientifica, tra *self-harm* e attaccamento ansioso (Tatnell et al., 2014). Tale dato suggerisce che la paura dell'abbandono o del rifiuto dell'altro portino questi soggetti all'espressione della rabbia su di sé, evitando così il rischio di aggredire un altro significativo.

In aggiunta, è importante evidenziare che l'attaccamento ansioso sembra correlare con i sintomi della bulimia nervosa più di quello evitante: tale relazione risulta essere mediata da deficit nella regolazione emotiva (Jacovina, 2018).

Infine, nel pattern disorganizzato, emozioni intense, come la paura e la rabbia, travolgono la capacità del bambino di organizzare una strategia coerente di risposta. Sul piano somatico, le alterazioni al sistema serotonergico danneggiano il funzionamento del sistema inibitorio comportamentale e possono essere responsabili del mancato controllo degli impulsi e delle esplosioni di aggressività incontrollata (Jacobvitz, 1999). Infatti, gli adolescenti NSSI, non essendo in grado di controllare le proprie emozioni, presentano indizi di disregolazione come il *Segregated System*. I risultati di uno studio pilota svolto con l'AAP mostrano che la maggior parte del gruppo NSSI con e senza tentativi di suicidio presenta rappresentazioni di attaccamento irrisolte (Pallini, 2020). Parimenti, pazienti con AN e con uno stato di attaccamento irrisolto spesso dimostrano capacità sottosviluppate di regolare le loro emozioni negative nelle relazioni e mostrano livelli più elevati di stress emotivo, impulsività e compromissione sociale (Lenhart, 2022).

CAPITOLO 3: Effetto dell'autolesionismo e dei disturbi del comportamento alimentare sulla vita dei genitori

I genitori hanno un ruolo chiave per il benessere fisico e psicologico del loro bambino. Allo stesso tempo, il loro funzionamento risente particolarmente dallo stato di salute mentale del figlio (Silverman et al., 2009).

3.1 Burnout genitoriale e psicopatologia

Il *burnout* rappresenta una forma grave di stress cronico, identificato inizialmente nell'ambito delle occupazioni sociosanitarie e educative, poi soprattutto nelle professioni con un'ampia quota di rapporti lavorativi con le persone. Si tratta di un atteggiamento negativo dell'individuo verso il proprio lavoro, l'esaurimento emotivo dovuto a un eccessivo coinvolgimento emozionale e un senso di ridotta efficacia professionale (Sarchielli, 2019).

I primi studi sul *burnout* genitoriale risalgono agli anni Ottanta del secolo scorso: nel libro *Parent burnout*, un professore universitario specializzato in leadership educativa sostiene che la genitorialità possa portare ad un esaurimento a tal punto da poter essere chiamato burnout (Procaccini e Kieffer, 1983).

Il *Parental Burnout* (PB) non è una normale forma di stress (Brianda et al., 2020). Quest'ultimo comporta un'attivazione dell'organismo comune e talvolta necessaria per far fronte a stimoli dannosi o ritenuti pericolosi o per perseguire un obiettivo. Il *burnout* genitoriale è un disturbo risultante dall'esposizione a lungo termine a fattori di stress in assenza di risorse sufficienti compensative. Pertanto, i genitori si sentono esausti e sfiniti dal loro ruolo di care-giving; di conseguenza, per risparmiare energie si distaccano emotivamente dai figli e perdono il piacere di essere genitori al punto da non riuscire a sopportare più la loro funzione (Mikolajczak e Roskam, 2018). Tale costrutto ha ricevuto un'attenzione crescente negli ultimi anni, ancor di più dopo la pandemia di COVID-19 e il confinamento dei genitori con i propri figli. Secondo uno studio del 2017, questo disturbo colpisce tra l'8 e il 36% di madri e padri (Roskam et al., 2017).

Studi recenti hanno poi messo in luce l'impatto di tale condizione sul benessere dei genitori stessi e dei loro figli: gravi idee suicide e di fuga risultano essere più frequenti nel *burnout* genitoriale rispetto a quello lavorativo (Mikolajczak et al., 2019). A livello biologico, il PB provoca una forte disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Brianda et al., 2020), possibile causa di disturbi somatici e del sonno comunemente riportati da genitori esauriti (Sarrionandia, 2019). Un'ulteriore conseguenza è la messa in atto di comportamenti negligenti e violenti nei confronti dei

propri figli: infatti sembra che il cortisolo, ormone prodotto dall'asse HPA, alimenti emozioni negative come la rabbia (Martorell e Bugental, 2006).

Circa il meccanismo eziologico, la letteratura evidenzia che i genitori corrono un rischio maggiore di sviluppare *burnout* quando mirano a essere genitori perfetti (Kawamoto et al., 2018), se sono nevrotici o carenti nella capacità di gestione delle emozioni e dello stress (Le Vigouroux et al., 2017), qualora manchino di supporto emotivo da parte del co-genitore (Lindström et al., 2011), nel caso di figli con bisogni speciali che interferiscono con la vita familiare (Gérain e Zech, 2018) o quando lavorano part-time o sono genitori casalinghi (Lebert et al., 2018).

È importante sottolineare che il *parental burnout* si verifica solo quando l'equilibrio tra rischi e risorse tende cronicamente dalla parte sbagliata (Mikolajczak e Roskam, 2018): per esempio, non tutti i genitori perfezionisti o non tutti quelli mancanti di supporto co-genitoriale o sociale sviluppano questo disturbo.

Dal momento che il *burnout* genitoriale è un costrutto di recente formazione, non sono numerosi gli articoli di letteratura che indagano il suo rapporto con i disturbi in età evolutiva. Ciononostante, diversi studi hanno messo in luce che l'autolesionismo del figlio possa essere una potente fonte di stress nella vita dei genitori: si associa a sentimenti di vergogna, colpa e/o responsabilità (McDonald et al., 2007), ad una maggiore incertezza su come essere genitori in modo efficace, soprattutto nella gestione dei conflitti e dei problemi di comunicazione (Byrne et al., 2008) e alla mancanza di supporto sociale e/o risorse per gestire lo stress associato all'avere un figlio con comportamenti autolesivi (Oldershaw et al., 2008). Inoltre, Baetens e colleghi (2015) hanno mostrato che i genitori tendono a reagire alla scoperta dell'NSSI diminuendo il supporto emotivo e aumentando i livelli di controllo, che sono risposte coerenti con uno stile genitoriale autoritario.

Poi, l'effetto devastante che un disturbo alimentare infantile ha sulla famiglia e sugli amici è documentato da Ball e Ball (1995), i quali suggeriscono che le famiglie sperimentano "preoccupazione, disperazione, frustrazione, rabbia, confusione e senso di colpa". In particolare, tale psicopatologia risulta essere una possibile causa della disintegrazione del nucleo familiare, in seguito all'esaurimento dei meccanismi di coping. Inoltre, le pressioni emotive provate dai genitori spesso portano al punto in cui sentono di non potercela più fare. Anche i commenti di familiari o amici sono probabile causa di maggiore stress: da un lato possono intensificare la visione distorta dell'immagine corporea nel malato e dall'altro aumentare l'ansia dei genitori ed eventualmente portarli ad esperire l'isolamento sociale (Hillege, 2006).

SECONDA PARTE: RICERCA

CAPITOLO 4: Introduzione alla ricerca

4.1 Obiettivi

Questo lavoro ha come primo obiettivo quello di indagare i costrutti di alessitimia e impulsività in un confronto tra adolescenti con condotte autolesive (NSSI) e disturbi del comportamento alimentare (DCA), poiché da studi precedenti con campioni di controllo, emerge che l'incapacità di regolare le emozioni caratterizza sia gli NSSI (Klonsky, 2007) sia i DCA (Anderson et al., 2018).

Secondo scopo del progetto è di osservare, nei due campioni clinici di interesse, similitudini e differenze tra gli stili di attaccamento indagati dalla letteratura con dei self-report e quelli risultanti dall'utilizzo dello strumento narrativo-proiettivo dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) e pertanto effettuare un confronto tra NSSI e DCA negli stili di attaccamento.

Infine, si ha l'obiettivo di studiare la relazione tra la disregolazione emotiva, in termini di alessitimia e impulsività, e le difese integrate, *Deactivation* e *Cognitive Disconnection*, dell'AAP, in adolescenti psicopatologici.

4.2 Ipotesi

1. Nell'ambito della regolazione emotiva, si ipotizza che gli adolescenti autolesionisti (NSSI) e con disturbi del comportamento alimentare (DCA) ottengano dei punteggi clinici nei questionari che indagano impulsività e alessitimia. Nello specifico, da un confronto tra gruppi, ci si aspetta che i ragazzi con NSSI, rispetto a quelli con DCA, riportino maggiori livelli di impulsività, dal momento che il comportamento autolesionista, messo in atto in modo impulsivo, tende a fornire un sollievo immediato (Chapman et al., 2006). Relativamente all'alessitimia, si ipotizza che ci siano delle differenze significative tra gruppi, con punteggi più elevati nei DCA, poiché tale disturbo si caratterizza per una coartazione a livello affettivo (Montebarocci, 2006).
2. In merito alla dimensione del *burnout* materno, ci si attende, in base a quanto emerso dalla letteratura, che le madri di adolescenti con problematiche psicopatologiche presentino punteggi elevati di *parental burnout* al *Parental Burnout Assessment* (PBA), indicativi cioè della presenza della sindrome (Oldershaw et al., 2008; Hillege, 2006). Inoltre, essendo NSSI e DCA due esempi di come il corpo, che è sentito causa del disagio interno, diventa la tela su cui la sofferenza psichica viene esteriorizzata (Laufer et al., 1984), si suppone che non vi siano differenze significative tra gruppi,

presupponendo che questi disturbi possano destare le medesime preoccupazioni tra i genitori.

3. Alla luce dei dati emergenti dalla letteratura che riscontrano una prevalenza di attaccamento insicuro negli NSSI (Pallini et. al, 2020) e nei DCA (Illing et al., 2010), ci aspettiamo di confermare tale risultato utilizzando l'AAP e quindi di non rilevare differenze significative tra i due gruppi nella distribuzione dei diversi stili di attaccamento.
4. Distinguendo i due campioni clinici, ci si aspetta di trovare in entrambi associazioni significative tra il costrutto dell'alessitimia, valutata dalla Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e le difese integrate, *Deactivation* e *Cognitive Disconnection*, dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), dal momento che la letteratura spiega l'alessitimia come una forma di evitamento dalle emozioni intense (Blackledge e Hayes, 2001) e definisce tali processi difensivi come volti a prevenire un distress spiacevole o una potenziale disregolazione (George e West, 1997).

4.3 Metodo

4.3.1 Campione

Il campione del presente studio include la partecipazione di 35 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni ($M=15.43$, $DS=1.32$), in particolare 97.1% femmine e 2.9% maschi. I soggetti sono stati reclutati presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano (Servizio Età Evolutiva dell'ULSS3 Serenissima) e la Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova nel periodo compreso tra marzo 2021 ed aprile 2022.

I partecipanti sono tutti di origine italiana (97.1%), con l'eccezione di uno di origine albanese (2.9%). Inoltre, il campione presenta una scolarità così suddivisa: al momento della raccolta dati, il 22.9% dei ragazzi frequenta la terza media, il 25.7% la prima superiore, il 14.3% la seconda superiore, il 20% la terza superiore, l'11.4% la quarta e, infine, il 5.7% la quinta superiore. Per quanto riguarda la diagnosi, il 68.6% dei soggetti riporta DCA e nello specifico il 40% presenta Anoressia Nervosa, l'11.4% Bulimia Nervosa, mentre la prevalenza si riduce al 2.9% per il Disturbo da Binge Eating e il DCA-non altrimenti specificato. Invece, il 31.4% del campione riporta Condotte Autolesive. Infine, il 65.7% degli adolescenti segnala un altro disturbo in comorbidità: infatti, il 45.7% presenta un disturbo dell'umore, solo un soggetto un disturbo del comportamento (2.9%) e il restante 17.1% riporta altre condizioni cliniche. In più, il 57.1% è soggetto ad

una terapia farmacologica, a differenza del 31.4% e non ci sono informazioni rispetto a 4 soggetti (11.4%) (vedi *Tabella 1*).

Genere					
Femmina			Maschio		
97.1%			2.9%		
Nazionalità					
Italiana			Albanese		
97.1%			2.9%		
Scolarità					
Terza media	Prima superiore	Seconda superiore	Terza superiore	Quarta superiore	Quinta superiore
22.9%	25.7%	14.3%	20%	11.4%	5.7%
Fratrìa					
Figlio unico		1 fratello/sorella	2 fratelli/sorelle		3 o più fratelli/sorelle
11.4%		71.4%	11.4%		2.9%
Regime					
Ambulatoriale			Ricovero		
51.4%			48.6%		
Diagnosi					
DCA			Condotte autolesive		
68.6%			31.4%		
Comorbidità					
Nessuna		Disturbo dell'umore	Disturbi del comportamento		Altro
31.4%		45.7%	2.9%		17.1%
Esordio					
Meno di un anno			Due o più		
65.7%			17.1%		
Terapia farmacologica					
Sì			No		
57.1%			31.4%		

Tabella 1. Sintesi delle caratteristiche del campione di ragazzi, di cui sono riportate le frequenze percentuali (%)

Questo studio ha visto il coinvolgimento anche delle rispettive madri (N=35), di età compresa tra i 37 e i 58 anni (M= 48.63, DS= 5.40), per l'82.9% di nazionalità italiana. Il loro reclutamento è avvenuto presso i medesimi Servizi. Sul piano scolastico, il 40% delle madri risultano laureate, il 34.3% diplomate, il 2.9% possiede una qualifica professionale e l'11.4% ha ottenuto la licenza media; tuttavia, mancano i dati di scolarità di 4 di loro. A livello occupazionale, il 94.1% è lavoratrice, dunque solo 2 madri (5.7%)

riportano di essere disoccupate. Per quanto riguarda lo stato civile, il 74.3% delle madri sono sposate, il 20% sono separate e, infine, il 5.7% divorziate (vedi *Tabella 2*).

Tuttavia, le analisi sono condotte su 33 madri, poiché due di loro non hanno completato i questionari.

Nazionalità			
Italiana		Altro	
82.9%		17.1%	
Scolarità			
Licenza media	Qualifica professionale	Diploma	Laurea
11.4%	2.9%	34.3%	40.0%
Occupazione			
Libero professionista	Lavoratore dipendente		Disoccupato
14.3%	77.1%		5.7%
Stato civile			
Coniugati	Separati		Divorziati
74.3%	20%		5.7%

Tabella 2. Sintesi delle caratteristiche delle madri, di cui sono riportate le frequenze percentuali (%)

4.3.2 Procedura

Il presente lavoro partecipa ad un Progetto Multicentrico “Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche” grazie alla collaborazione dell’UOC di Neuropsichiatria Infantile dell’Azienda-Ospedale Università di Padova e dell’UOC IAFC della ULSS3.

Il reclutamento del gruppo clinico conta i seguenti criteri di inclusione: range di età dei partecipanti tra 14 e 18 anni, diagnosi ICD-10 (11) o DSM-5 (nello specifico, in merito all’Autolesionismo sono inclusi pazienti con Autolesività non suicidaria -ANS o Non Suicidal Self Injury NSSI- o con intento suicidario; nel Gruppo Disturbi del Comportamento Alimentare sono stati inclusi pazienti con Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder) e consenso e disponibilità di entrambi i genitori. I criteri di esclusione sono i seguenti: Disabilità Intellettiva, Deficit sensoriali, ASD, famiglie monoparentali, consenso di un solo genitore e pazienti in terapia da più di un anno.

La ricerca è stata condotta distinguendo il campione raccolto in due gruppi clinici: adolescenti autolesionisti e ragazzi con disturbi del comportamento alimentare.

La procedura prevede la compilazione da parte del paziente di una serie di questionari e di un test proiettivo in 2 incontri separati di circa 45-50 minuti, in una stanza per i

colloqui, e con un operatore diverso rispetto a colui che lo segue nei colloqui psicologici-psicoterapeutici o neuropsichiatrici. Parallelamente in sala d'attesa il genitore compila i questionari a lui dedicati alla presenza di un operatore diverso da chi segue la coppia genitoriale nei colloqui psicologici/neuropsichiatrici. Inoltre, sia il ragazzo sia i genitori devono preliminarmente firmare il consenso informato, con autorizzazione anche alla registrazione audio. Questo studio è realizzato nel rispetto dei principi e delle normative del Codice Etico AIP (Associazione Italiana di Psicologia).

4.3.3 Strumenti

Di seguito, sono riportati alcuni degli strumenti somministrati ai ragazzi.

1. *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP; George, West e Pettem, 1997; George e West, 2001): si tratta di uno strumento narrativo-proiettivo volto a valutare l'attaccamento in adolescenti e adulti. Esso si basa sulla presentazione di 8 immagini tematiche, 7 delle quali attivanti il sistema di attaccamento, sulle quali il ragazzo deve raccontare una storia non-autobiografica, la quale viene analizzata lungo 3 dimensioni: Narrativa, Contenuto della storia e Processi difensivi (come indicato da Di Riso e Lis, 2016). La prima dimensione è definita dalla *Personal Experience*, ovvero dall'inclusione nel racconto di esperienze personali dell'individuo: essa è indicativa di una violazione dei confini tra sé e l'altro ed è associata ad un profondo distress di attaccamento, spesso riscontrato in un pattern ansioso/ambivalente o disorganizzato (George e Solomon, 1996). Poi, le variabili sul contenuto della storia permettono di comprendere come i significati circa le relazioni tra i personaggi delle tavole vengano trasmessi dalle rappresentazioni presenti nel racconto. Infine, i processi difensivi selezionano, escludono e trasformano comportamenti, pensieri ed emozioni, con l'obiettivo di prevenire un distress spiacevole, attivato dal sistema di attaccamento, o una potenziale disregolazione. Come descritto in precedenza², Bowlby (1980) ha delineato tre forme di esclusione difensiva: *Deactivation* (Ds), *Cognitive Disconnection* (E) e *Segregated System* (SS).

Quindi, l'AAP individua uno dei seguenti 4 profili di attaccamento: Sicuro (F), Distanziante (Ds), Preoccupato (E) e Irrisolto (U).

2. *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995): si tratta di un questionario progettato per valutare il costrutto personalità/comportamento dell'impulsività. È composto da 30 item valutati su una scala Likert a 4 punti (da "mai/raramente" a "quasi sempre/sempre") e dai quali si possono ottenere informazioni riguardo 6

² Vedi Cap. 2, par. 2.1.1

fattori di primo ordine: *Attenzione, Instabilità cognitiva, Impulsività motoria, Perseveranza, Complessità cognitiva e Autocontrollo*. Inoltre, il BIS-11 misura tre dimensioni (fattori di secondo ordine) dell'impulsività (*motoria, impulsività cognitiva/attentiva e da non pianificazione*) rispetto alle quali si calcola un punteggio totale: qualora sia maggiore di 75 potrebbe indicare un disturbo del controllo degli impulsi. Ad oggi il BIS è la misura di autovalutazione più utilizzata delle dimensioni dell'impulsività.

3. *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994; validazione italiana a cura di Bressi et al., 1996): si tratta di un questionario self-report costituito da 20 item, rispetto ai quali il soggetto deve indicare il proprio grado di accordo utilizzando una scala Likert a 5 punti (da “per niente d'accordo” a “molto d'accordo”). Prevede 3 sottoscale: Difficoltà ad identificare i sentimenti (“*Difficulty Identifying Feelings*”, DIF), Difficoltà a comunicare i sentimenti (“*Difficulty Describing Feelings*”, DDF) e Pensiero orientato all'esterno (“*Externally-Oriented Thinking*”, EOT). Di conseguenza, i soggetti possono essere classificati in “non alessitimici” con punteggio uguale o minore di 50, in “borderline” con punteggio compreso tra 51 e 60 e in “alessitimici” con punteggio uguale o maggiore di 61.

Ai genitori è stato somministrato il seguente strumento:

1. *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam, Brianda e Mikolajczak, 2018; traduzione italiana a cura di Miscioscia, Brianda e Simonelli, 2018): si tratta di un questionario self-report costituito da 23 item, valutati su una scala Likert a 7 punti (da “mai” ad “ogni giorno”), e suddivisi in 4 sottoscale: Esaurimento Emotivo (EX, *exhaustion*), Contrasto con il precedente sé parentale (CO, *Contrast*), Sensazione di essere saturo (FU, *saturation*) e Distanza emotiva (ED, *emotional distancing*). I punteggi di ogni sottoscala sono sommati per ottenere un punteggio globale di presenza di burnout genitoriale che più è alto, più è indicativo della presenza della sindrome.

CAPITOLO 5: RISULTATI

5.1 Statistiche descrittive

La *Tabella 3* mostra i cut-off degli strumenti somministrati agli adolescenti e alle loro madri. Dai risultati della *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), emerge che il 91.4% del campione presenta alessitimia, dal momento che il cut-off clinico si posiziona ad un valore pari a 61. In merito all'impulsività, misurata dalla *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11), gli adolescenti coinvolti nello studio presentano per il 62.9% punteggi medi di impulsività, per il 31.4% valori lievi di impulsività e il 5.7% presenta un'impulsività grave.

	Campione clinico – ragazzi (N=35)
	TAS-20 (%)
No alessitimia	8.6
Alessitimia (>61)	91.4
	BIS-11 (%)
Lieve impulsività (40-59)	31.4
Media impulsività (60-70)	62.9
Grave impulsività (>80)	5.7

Tabella 3. Cut-off questionari adolescenti. Vengono riportate le percentuali (%)

Dalla somministrazione dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), emerge che la maggior parte degli adolescenti del campione clinico presenta uno stile di attaccamento disorganizzato/non risolto (40%), il 31.4% presenta un pattern di attaccamento distanziante, il 14.3% preoccupato e, infine, solo 4 soggetti rientrano in un pattern sicuro (11.4%) (vedi *Tabella 4*).

	Adolescenti (N=35)	
AAP	N	%
F-sicuro	4	11.4
E-preoccupato	5	14.3
DS- distanziante	11	31.4
U- disorganizzato	14	40
S- sicuro	4	11.4
NS- non sicuro	30	85.7

Tabella 4. Statistiche descrittive delle classificazioni dei pattern di attaccamento (N=35). I dati riportano numero di soggetti (N) e percentuali (%).

Rispetto alle madri dei ragazzi coinvolti nel progetto, nella *Tabella 5*, sono riportati le percentuali di punteggio al *Parental Burnout Assessment* (PBA), sulla base dei cut-off. L'88.6% delle madri non presenta burnout. Nella restante porzione del campione, il 2.9% manifesta tale sindrome; il rischio di sviluppare burnout moderato è pari al 2.9% e di svilupparlo in modo elevato si mantiene al 2.9%.

	Campione clinico – madri (N=33)
	PBA (%)
Burnout assente	88.6
Rischio burnout moderato	2.9
Rischio burnout elevato	2.9
Burnout presente	2.9

Tabella 5. Cut-off questionario madri. Vengono riportate le percentuali (%)

5.2 Confronto tra gli adolescenti psicopatologici nella disregolazione emotiva

Dopo aver distinto il campione clinico dello studio (N=35) in due gruppi sulla base della diagnosi, DCA (N=24) e Condotte Autolesive (NSSI) (N=11), si analizzano le differenze presenti tra gli adolescenti e le loro rispettive madri, dal punto di vista delle variabili indagate, quindi alessitimia, impulsività e burnout genitoriale. Queste analisi prevedono la valutazione della normalità degli strumenti mediante il ricorso al Test di Shapiro-Wilk. Successivamente viene utilizzato un test non parametrico, il Test U di Mann-Whitney, dal momento che le variabili sono di tipo non parametrico. Il valore di significatività è fissato a $p < .05$ e l'analisi statistica è eseguita utilizzando il pacchetto software SPSS v22.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

Per quanto concerne l'alessitimia negli adolescenti, dai risultati alla TAS-20, non risultano differenze statisticamente significative tra i due gruppi clinici ($U=115.500$; $p=.563$).

Per contro, rispetto all'impulsività, i risultati alla BIS-11 mostrano una differenza significativa tra i soggetti con DCA e con Condotte Autolesive nei domini dell'attenzione e della perseveranza, nella sottoscala dell'impulsività cognitiva/attentiva e nell'impulsività totale. In particolare, i punteggi sono maggiori tra gli adolescenti che mettono in atto condotte autolesive, come emerge dal confronto tra i ranghi della media: questi, rispetto ai coetanei con DCA, riportano livelli maggiori di disattenzione, di impulsività cognitiva/attentiva, di impulsività totale e mancano di perseveranza (vedi Tabella 6).

	Adolescenti DCA (N=24)	Adolescenti NSSI (N= 11)	U di Mann- Whitney	p-value
BIS-11	Rango della media	Rango della media		
<i>Attenzione</i>	15.31	23.86	196.500	.020
<i>Mancanza di perseveranza</i>	15.65	23.14	188.500	.043
<i>Impulsività cognitiva/attentiva</i>	15.17	24.18	200.00	.015

<i>Impulsività totale</i>	15.56	23.32	190.500	.036
---------------------------	-------	-------	---------	------

Tabella 6. Differenze rispetto all'impulsività tra i 2 campioni clinici

5.3 Confronto tra le madri al burnout sulla base della diagnosi del figlio

A seguito dell'utilizzo del Test U di Mann-Whitney, relativamente alle madri dei ragazzi coinvolti nello studio, le analisi confermano l'assenza di differenze significative nei livelli di *parental burnout* indagati dal PBA ($U= 104.500$; $p=.534$).

5.4 Confronto tra gli adolescenti psicopatologici circa il pattern di attaccamento

Inoltre, è utilizzato il test del Chi-quadrato per evidenziare se i due gruppi clinici differiscono l'uno dall'altro tra attaccamento sicuro e insicuro. Pertanto, non emergono differenze significative ($\chi^2= 2.168$; $p= .141$). Nello specifico, i due gruppi clinici risultano non differenziarsi neppure nelle 4 tipologie di attaccamento (sicuro, preoccupato, distanziante, disorganizzato) ($\chi^2= 3.048$; $p= .384$).

5.3 Correlazioni tra i risultati alla TAS-20 e le difese integrate dell'AAP, Deactivation e Cognitive Disconnection, nei due campioni clinici

Nella Tabella 7, sono riportate le correlazioni significative ($p<.05$), ottenute calcolando l'indice di correlazione di Spearman (ρ_s), tra la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) e l'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) nei due campioni clinici.

Campione clinico_DCA		
	Ds_totale	
TAS-20	ρ_s	p-value
<i>TAS_Difficoltà ad identificare i sentimenti</i>	-.460	.024
	Ds-Rejection	
	ρ_s	p-value
<i>TAS_totale</i>	-.532	.007
<i>TAS_Pensiero orientato all'esterno</i>	-.448	.028
Campione clinico_NSSI		
	E-Entangling	
TAS-20	ρ_s	p-value
<i>TAS_Difficoltà ad identificare i sentimenti</i>	.669	.024

Tabella 7. Correlazioni TAS-20 e difese dell'AAP; ρ_s = coefficiente di correlazione di Spearman

In particolare, si evincono, all'interno del campione con DCA, delle correlazioni significative negative tra la sotto-scala della TAS-20, "Difficoltà a comunicare i sentimenti" ("*Difficulty Describing Feelings*", DDF) e la *Deactivation* (Ds) (AAP). Inoltre, il punteggio totale dell'alestitimia correla negativamente con uno dei sette indicatori della *Deactivation* (Ds), ovvero la *Ds-Rejection* e la sotto-scala della TAS-20,

“Pensiero orientato all'esterno” (“*Externally-Oriented Thinking*”, EOT) si associa negativamente con il medesimo indicatore della Ds.

Nel campione con NSSI, emerge una correlazione positiva tra la sotto-scala “Difficoltà a comunicare i sentimenti” (“*Difficulty Describing Feelings*”, DDF) della TAS-20 e l'indicatore, E-*Entangling*, della *Cognitive Disconnection* (E).

CAPITOLO 6: DISCUSSIONE

Primo obiettivo dello studio è indagare come giovani pazienti con condotte autolesive e disturbi del comportamento alimentare si differenzino tra loro in termini di Alessitimia e impulsività, dal momento che la letteratura (Klonsky, 2007; Anderson et al., 2018) riconosce negli adolescenti psicopatologici un'incapacità nell'individuare e regolare le emozioni, confrontandoli con campioni di controllo.

Nello specifico, secondo quanto previsto dalla prima ipotesi, ci si aspetta di trovare punteggi clinici di Alessitimia e impulsività sia negli adolescenti autolesionisti (NSSI), sia in quelli con disturbi del comportamento alimentare (DCA). Dal confronto con i cut-off degli strumenti, i risultati confermano le nostre attese: il campione clinico di 35 soggetti riporta elevati tassi Alessitimici e livelli medi di impulsività. Coerentemente con la letteratura (You, et al., 2013), il comportamento autolesivo è definito come un mezzo espressivo di emozioni negative, cui il giovane ricorre nel momento in cui ha una bassa consapevolezza circa i suoi sentimenti o non è in grado di comunicare diversamente il suo disagio. Inoltre, partendo dal presupposto che i ragazzi si autolesionano il più delle volte per diminuire gli stati emotivi negativi, può succedere che alcuni corrano il rischio di agire in modo avventato per il sollievo immediato che il comportamento lesivo comporta (Chapman et al., 2006). Similmente, nei disturbi del comportamento alimentare, pratiche alimentari disadattive, come le abbuffate e le restrizioni dietetiche possono essere definite come modalità alternative per evitare o far fronte alle proprie emozioni, in linea con quanto emerge nello studio di Cooper (2005). Le stesse modalità comportamentali, inoltre, si possono configurare come degli impulsi, soddisfacendo i quali il soggetto può provare gratificazione e piacere momentanei, ma che a lungo andare diventano i meccanismi di mantenimento dei DCA stessi. Inoltre, è importante evidenziare che il controllo cognitivo e motorio non raggiungono la piena maturità fino agli inizi dell'età adulta (Santrock, 2017). Di conseguenza, c'è da aspettarsi che l'impulsività adolescenziale sia il risultato di una maggiore dipendenza alla ricompensa, di una maggiore ricerca di sensazioni forti e di una ridotta tolleranza all'incertezza.

Sviluppata la prima ipotesi e giunti ad un confronto tra i due campioni clinici, ci si attende, in primis, che i ragazzi con NSSI riportino maggiori livelli di impulsività rispetto ai giovani con DCA. Tale ipotesi trova conferma nei risultati: gli adolescenti che mettono in atto condotte autolesive, differentemente dai coetanei con DCA, riportano livelli maggiori di disattenzione, di impulsività cognitiva/attentiva, di impulsività totale e mancano di perseveranza. Questi esiti sono concordi a quanto risulta dallo studio di

Huang (2007), in cui il fattore dell'impulsività cognitiva della versione cinese della BIS-11 si associa a giovani con NSSI e il fattore della mancanza di perseveranza caratterizza i ragazzi con tentativi di suicidio, dato nuovo rispetto al nostro studio.

Pertanto, i maggiori livelli di impulsività negli adolescenti con NSSI possono derivare dal fatto che questi sono in numero limitato (31.4%) nel nostro campione. La diagnosi più frequente è, infatti, quella di DCA (68.6%), con una prevalenza dell'Anoressia nervosa (AN) (40%) sulla Bulimia Nervosa (BN) (11.4%) e sul Disturbo da Binge Eating (BED) (2.9%). Di conseguenza, coerentemente con la ricerca precedente (Chapman et al., 2006; Cassin e von Ranson, 2005), le condotte autolesive nell'ambito degli NSSI e l'abbuffata o la purga, tipici della BN e del BED, possono essere definiti come comportamenti fortemente impulsivi, per effetto di una disfunzione del sistema serotoninergico. Ridotti livelli di serotonina nel cervello spesso si associano ad umore depresso e a comportamenti NSSI, dal momento che tale neurotrasmettitore è coinvolto nella modulazione del tono dell'umore e nella regolazione dell'assunzione di cibo. Relativamente ai DCA, la connessione con la serotonina è più chiara nel caso della Bulimia nervosa (Bear, 2017), in cui il sistema neurotrasmettitoriale risulta ipoattivo. Questa disregolazione si associa ad una spinta a mangiare: l'abbuffata, che rappresenta una modalità per assumere serotonina, permette un momentaneo riequilibrio dell'attività serotoninergica, seguito, però, dal ritorno all'ipoattivazione del sistema anche per la messa in atto di condotte di eliminazione. Al contrario, le ragazze con AN mettono in atto condotte restrittive, caratterizzate da maggiore autocontrollo e minori livelli di impulsività, poiché aderiscono più a caratteristiche perfezionistiche e non impulsive, similmente a quanto affermato da Davies e colleghi in uno studio con adulti clinici (2009). Per quanto concerne l'assenza di perseveranza emersa dai risultati, si deve considerare che tale incapacità nel perseguimento di un obiettivo caratterizza gli adolescenti con NSSI (Nock, 2008): di conseguenza, tale adolescente psicopatologico, per evitare le situazioni stressanti, agisce senza pensare e ottiene un sollievo generalmente più immediato e saliente rispetto alle conseguenze che l'NSSI comporta. In accordo con la ricerca precedente (Bresin et al, 2013; Glenn e Klonsky, 2010), una bassa perseveranza può contribuire al mantenimento del comportamento autolesionista dal momento che questi soggetti possono faticare a resistere agli impulsi dell'NSSI che derivano da alti livelli di angoscia e affetti negativi e possono essere meno in grado di seguire le strategie di coping progettate per sostituire o fermare il comportamento.

È interessante sottolineare che alti livelli di impulsività cognitiva sembrano favorire il passaggio dal comportamento autolesivo al tentativo di suicidio (Migliarese, 2012). Viceversa, l'importante autocontrollo che caratterizza l'Anoressia nervosa (APA, 2013) potrebbe giustificare la tendenza a perseverare nel raggiungimento di un obiettivo.

Si è inoltre ipotizzato, circa l'alessitimia, che i ragazzi con DCA, rispetto al gruppo con NSSI, presentino punteggi più elevati, dal momento che, in accordo con la letteratura (Montebarocci, 2006), i disturbi della sfera alimentare si caratterizzano per una conclamata difficoltà ad entrare in contatto con il proprio mondo emotivo, portando il soggetto a sentirsi distaccato. La nostra ipotesi viene smentita dalle analisi in quanto non compaiono differenze significative tra i due gruppi dal momento che entrambi questi disturbi possono essere intesi come delle forme volte a controllare emozioni, difficili da identificare e comunicare. Pertanto, coerentemente con lo studio di Gatta e colleghi (2019), il sollievo provato a seguito dell'atto autolesivo potrebbe fungere da rinforzo negativo sia per la condotta stessa sia per le difficoltà di relazione e socializzazione. Inoltre, tratti alessitimici possono confondere il ragazzo circa la distinzione tra i bisogni fisiologici di fame e sazietà e le esperienze emotive ed interpersonali e quindi sollecitarlo a mettere in atto dei comportamenti alimentari disfunzionali. Tali risultati sono concordi alla letteratura (Cooper, 2005).

Secondo obiettivo dello studio è comprendere se le psicopatologie adolescenziali possano associarsi all'emersione della sindrome di *burnout* genitoriale.

In accordo con la seconda ipotesi, ci si aspetta che le madri del campione clinico ottengano per la maggior parte punteggi elevati al *Parental Burnout Assessment* (PBA). Contrariamente a quanto ipotizzato, i punteggi risultano non essere indicativi della presenza di *burnout*. Dal momento che in letteratura alcuni studi riportano che i genitori di giovani autolesionisti (Whitlock, 2018) e di adolescenti con disturbi del comportamento alimentare (Hillege, 2006) devono affrontare uno stress maggiore, in termini di sentimenti di auto-colpa e disperazione, di investimento di tempo e risorse fiscali rispetto ai genitori di ragazzi sani, il dato ottenuto potrebbe derivare dal fatto che il confine tra benessere e patologia è determinato dall'equilibrio tra fattori di rischio e fattori protettivi. Di conseguenza, è possibile che la psicopatologia del figlio rappresenti un evento stressante, al punto da minare il benessere psicofisico della madre e il suo senso di competenza genitoriale. Infatti, è riconosciuto che tale sindrome si verifica solo quando l'equilibrio tra rischi e risorse tende cronicamente dalla parte sbagliata (Mikolajczak e Roskam, 2018).

In secondo luogo, il *parental burnout* è definito come un disturbo risultante dall'esposizione a lungo termine a fattori di stress in assenza di sufficienti misure compensative (Mikolajczak e Roskam, 2018). Poiché nella maggior parte dei giovani del nostro campione (65.7% dei casi) i sintomi sono emersi da meno di un anno, si può pensare che non sia trascorso un tempo sufficientemente lungo, tale da giustificare l'emersione di questa forma cronica di stress.

Un'interessante evidenza dei risultati riguarda l'assenza di differenze significative nei livelli di burnout tra madri di figli con NSSI e madri di ragazzi con DCA. Infatti, dal momento che i ragazzi con tali psicopatologie tendono a mostrare un'incapacità di comunicare a parole le proprie emozioni, è possibile pensare che il corpo sia avvertito come un mezzo espressivo del conflitto interiore, coerentemente con quanto affermato da Laufer e collaboratori (1984). Alla luce di questa somiglianza, è possibile pensare che i due disturbi destino preoccupazioni simili nei genitori, con il rischio di causare un esaurimento a lungo termine.

Successivamente, lo studio si propone l'obiettivo di osservare se i pattern di attaccamento dei due campioni clinici della ricerca, valutati con lo strumento narrativo-proiettivo dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), differiscano da quelli risultanti dalla letteratura, basata sull'adozione di questionari self-report. Di conseguenza, la terza ipotesi, secondo cui ci si aspetta di rilevare una prevalenza di attaccamento insicuro in entrambi i gruppi clinici, è confermata dai risultati, dal momento che il 40% del campione totale presenta un pattern disorganizzato, il 31.4% si caratterizza per un pattern distanziante e il 14.3% sviluppa un pattern preoccupato. Come confermato dalla letteratura (Hill, 2017), è possibile aspettarsi che lo stile di attaccamento insicuro, caratterizzato da una scarsa consapevolezza dei propri affetti, da difficoltà relazionali e dalla messa in atto di strategie disadattive per far fronte alle emozioni negative, rappresenti un fattore di rischio per l'emersione di entrambi questi disturbi. Coerentemente con le disparità emerse dalla letteratura, si conferma di non rinvenire differenze significative tra i due gruppi circa i quattro stili di attaccamento. Infatti, prendendo in prestito le parole di Adam (1996), che definisce l'autolesionismo come un "comportamento di attaccamento estremo" prodotto per segnalare l'angoscia e la necessità di ricevere delle cure, risulta difficile pensare che giovani con NSSI mostrino rappresentazioni di attaccamento sicure caratterizzate da strategie di regolazione delle emozioni. Diversamente, potrebbero presentare rappresentazioni di attaccamento irrisolte dal momento che tale disorganizzazione cognitiva sembra mediare la relazione tra

esperienze traumatiche non risolte e comportamenti autolesivi (Adam et al., 1996). Similmente a quanto emerge in letteratura nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, la restrizione dietetica, tipica dell'anoressia nervosa, potrebbe essere intesa come una forma di distanziamento dal sé, caratteristica centrale dei pattern di attaccamento evitante; viceversa, il comportamento tipico della bulimia nervosa potrebbe caratterizzarsi come espressione della scarsa regolazione emotiva tipica dell'attaccamento ansioso. In più, è da riportare come a seguito di uno stile relazionale insicuro i deficit di mentalizzazione possono pregiudicare la regolazione affettiva: abbuffate o forti restrizioni alimentari possono essere rispettivamente collegati ad uno scarso o eccessivo controllo legato alla regolazione emotiva, come emerge in uno studio di Bateman e Fonagy (2012).

Ultimo obiettivo dello studio è indagare il legame che intercorre tra la disregolazione emotiva e le difese integrate, *Deactivation* e *Cognitive Disconnection*, dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), negli adolescenti con DCA e con NSSI. Pertanto, la quarta ipotesi dello studio prevede di osservare, nei due campioni clinici, delle associazioni significative tra l'alessitimia, valutata dalla Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e le difese integrate, *Deactivation* (Ds) e *Cognitive Disconnection*, dell'AAP. Le analisi confermano, tra gli adolescenti con disturbi del comportamento alimentare, l'esistenza di correlazioni significative negative tra la *Deactivation* (Ds) e il punteggio totale dell'alessitimia. Tale risultato può essere spiegato alla luce del fatto che l'alessitimia comporta un mancato riconoscimento dei propri stati affettivi. Di conseguenza, è possibile che il soggetto, inconsapevole circa il proprio mondo emotivo, sia meno capace di mettere in atto una difesa come la *Deactivation* che consente di deattivare, diminuire o respingere le emozioni intense (George e West, 1997). Alla luce di ciò, è interessante evidenziare che l'associazione emersa dalle analisi riguarda l'indicatore *Ds-Rejection*, in virtù del quale i protagonisti della storia rifiutano un altro personaggio o le loro emozioni e la sotto-scala della TAS-20, "Difficoltà a comunicare i sentimenti" ("*Difficulty Describing Feelings*", DDF). Tale evidenza è concorde alla letteratura dal momento che in uno studio che coinvolge una popolazione adulta con DCA, tali pazienti sembrano utilizzare la deattivazione per evitare la vicinanza altrui (Dias et al., 2011).

Nel campione con NSSI, viene individuata l'esistenza di una correlazione positiva tra la sotto-scala della TAS-20, "Difficoltà a comunicare i sentimenti" ("*Difficulty Describing Feelings*", DDF) e l'indicatore, *E-Entangling*, della *Cognitive Disconnection* (E). Questa

difesa permette di disconnettere gli elementi di attaccamento dalla loro fonte, minando così la coerenza e la capacità di mantenere nella propria mente una visione unitaria degli eventi e delle emozioni (George e West, 1997). L'associazione positiva, emergente dai risultati, potrebbe essere legata al fatto che in pazienti con difficoltà nella descrizione e quindi comprensione delle proprie emozioni, si associno punteggi più elevati di *Cognitive Disconnection*, che è indice di confusione e incertezza emotiva. Quindi nel campione di autolesionisti è possibile il ricorso a tale difesa, a fronte dei tratti Alessitimici che lo caratterizzano.

CAPITOLO 7: CONCLUSIONI

Il presente studio permette di far luce circa la complessa interazione tra sistemi relazionali e disregolazione affettiva in adolescenti con problematiche psicopatologiche. Risulta chiaro il ruolo che il discontrollo degli impulsi e il mancato riconoscimento delle emozioni hanno nelle condotte autolesive e nei disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, la grande novità dello studio è data dall'utilizzo di uno strumento narrativo proiettivo, come l'*Adult Attachment Projective Picture System*, per indagare le tipologie di processi difensivi che un giovane mette in atto a fronte di una situazione di forte stress emotivo. Infine, tale lavoro contribuisce ad accrescere lo studio di un costrutto recente in letteratura, quello del *parental burnout*, nell'ambito del benessere psicofisico genitoriale. I risultati del presente studio tengono conto di alcune limitazioni. Lo studio partecipa ad un Progetto Multicentrico "Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche" in via di espansione. Pertanto, le analisi sono state condotte su un campione relativamente piccolo di soggetti (N=35). In secondo luogo, la disregolazione emotiva valutata nei ragazzi ha previsto l'utilizzo di questionari self-report, la cui compilazione risente della percezione del soggetto rispondente e presuppone una capacità dello stesso di conoscere e comprendere correttamente i termini adottati. Inoltre, relativamente al benessere psicofisico genitoriale, non si è in grado di stabilire se e quali potenziali risorse possono aiutare le madri a gestire fonti di stress, come una psicopatologia del figlio, dal momento che lo sviluppo del *parental burnout* è il risultato di un mancato equilibrio tra rischi e risorse. Infine, è da sottolineare che la dimensione del *burnout* genitoriale è stata indagata esclusivamente nelle madri.

Questi limiti potrebbero essere superati in futuro grazie agli sviluppi della ricerca. Infatti, sarebbe utile ampliare il campione in modo tale da ottenere risultati più vasti e generalizzabili, adottare strumenti che possano confermare quanto emerso dai questionari self-report ed eventualmente indagare nei genitori le strategie che mettono in atto per far fronte alle situazioni stressanti. Risulta altresì importante coinvolgere nello studio i padri, per avere una prospettiva più integrata e complessa circa il funzionamento del figlio.

Uno studio di questo tipo può mettere in luce importanti aspetti che vanno presi in considerazione nella pratica clinica. Ad esempio, dai risultati ottenuti osserviamo che condotte autolesive e disturbi del comportamento alimentare si caratterizzano per evidenti difficoltà nella regolazione emotiva che, in quanto tali, vanno affrontate dal momento che possono avere ripercussioni importanti in molteplici aspetti della vita. Infatti, aiutare il ragazzo a identificare e, di conseguenza, gestire le proprie emozioni, può rappresentare

un fattore di protezione allo sviluppo di un disturbo psicopatologico. In secondo luogo, nonostante dallo studio non risulti che la psicopatologia adolescenziale si ripercuote negativamente sul benessere psicofisico del genitore, alla luce della letteratura esistente, può essere utile impostare un intervento di sostegno alla genitorialità, dal momento che le caratteristiche del nucleo familiare impattano sul benessere e le capacità relazionali del giovane. In più, un colloquio di psico-educazione potrebbe avvicinare il genitore ad una maggiore consapevolezza dei rischi in cui possono incorrere i figli con tali disturbi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 264–272
- American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014
- Anderson, L.K., Claudat, K., Cusack, A., Brown, T. A., Trim, J., Rockwell, R., Nakamura, T., Gomez, L., Kaye, W. H. (2018). Differences in emotion regulation difficulties among adults and adolescents across eating disorder diagnoses. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1867–1873
- Baker, J. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders*
- Bateman, A. W., Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A. (2017). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Edra; 4° edizione
- Blackledge, J.T., Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243–255
- Blos, P. (1962). On adolescence. New York: Free Press, trad. it: L'adolescenza. *Una interpretazione psicoanalitica*, 1993, Milano, Franco Angeli
- Blos, P. (1979). The adolescent passage. New York, *International Universities Press*, trad.it, *L'adolescenza come fase di transizione*, Roma, Armando
- Boldt, L.J., Goffin, K. C., Kochanska, G. (2020). The significance of early parent-child attachment for emerging regulation: A longitudinal investigation of processes and mechanisms from toddler age to preadolescence. *Developmental Psychology*, 56(3), 431–443
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita: perdita, tristezza e depressione*. New York, NY
- Bresin, K., Carter, D.L., Gordon, K.H. (2013). The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Psychiatry Research*, 205 (2013), pp. 227-231
- Brianda, M.E., Roskam, I., Mikolajczak, M. (2020). Hair cortisol concentration as biomarker for parental burnout. *Psychoneuroendocrinology*
- Casey, B.J., Galvan, A., Hare, T.A. (2005). Changes in cerebral functional organization during cognitive development. *Current Opinion in Neurobiology*, 15, 239–244
- Cassidy, J., Kobak, R.R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. *Clinical implications of attachment*, 300-323
- Cassin, S.E., Von Ranson K.M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*; 25:895–916

- Chapman, A.L., Gratz, K. L., Brown, M.Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential Avoidance Model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371–394
- Cole-Detke H., Kobak R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64, 282–290
- Cooper, MJ. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clin Psychol Rev.*, 25: 511-531
- Cunha, A., Relvas, A.P., Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*
- Davies H., Campbell I. C., Tchanturia K. (2009). Multidimensional self reports as a measures of characteristics in people with eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 14, pp. 84-91
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J. P., & Roisman, G. I. (2011). Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attachment & Human Development*, 13(2), 155-167
- Dozier, M., Kobak, R.R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1473–1480
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222
- Fairburn. C., Cooper. Z., Shafran. R., (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*
- Favazza, A.R., Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issue in self-mutilation. Hospital and Community. *Psychiatry*, 44, 134-139
- Fortuna, K., Roisman, G. I., Haydon, K. C., Groh, A. M., Holland, A. S. (2011). Attachment states of mind and the quality of young adults' sibling relationships. *Developmental Psychology*, 47, 1366
- Galvan, A., Hare, T.A., Parra, C.E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., Casey, B.J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience*, 26 (25), 6885– 6892
- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., Casey, B. J. (2007). Risk taking and the adolescent brain: Who is at risk? *Developmental Science*, 10, F8–F14
- Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T.F., Maitra, S., Kiekens, G., Luyckx, K. (2016). Non-Suicidal Self-Injury and Adolescents Attachment with Peers and Mother: The Mediating Role of Identity Synthesis and Confusion. *J Child Fam Stud*
- Gander, M., Sevecke, K., Buchheim, A., (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*
- Garisch, J.A., Wilson, M.S., (2010). Vulnerabilities to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 151–16

- Gatta, M., Spoto, A., Miscioscia, M., Valentini, P., Donadel, M.E., Del Col, L., Zanato, S., Traverso, A., Ferruzza, E. (2019). Emotions, behaviors and relationships: a case-control study on adolescents' self-cutting. *Riv Psichiatr*;54(4):175-182
- Gatta, M. La professoressa Gatta: «In epoca pre Covid casi di autolesionismo tra adolescenti in aumento. Ora numeri raddoppiati». Padova oggi, <https://www.padovaoggi.it/attualita/la-professoressa-gatta-in-epoca-pre-covid-casi-di-autolesionismo-tra-adolescenti-in-aumento-ora-numeri-raddoppiati.html>
- George, C., Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216
- George, C., West, M., Pettem, O. (1997). Adult Attachment Projective Picture System. Protocollo, Sistema di Scoring e Classificazione. *Una Misura Rappresentazionale dell'Attaccamento a Risposta*
- Gérain, P., Zech, E. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*, 9, 884
- Glenn, C. R., Blumenthal, T. D., Klonsky, E. D., Hajcak, G. (2011). Emotional reactivity in nonsuicidal self-injury: Divergence between self-report and startle measures. *International Journal of Psychophysiology*, 80, 166–170
- Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1 (2010), p. 67
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*
- Haskett, M.E., Ahern, L.S., Ward, C.S., Allaire, J.C. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*
- Heatherton, T.F., Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol. Bull.* 110, 86–108
- Hill, D. (2017). Teoria della regolazione affettiva. Raffaello Cortina Editore
- Hillege, S., Beale, B., McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1016–1022
- Huang, Y.H., Liu, H.C., Tsai, F.J. (2017). Correlation of impulsivity with self-harm and suicidal attempt: a community study of adolescents in Taiwan. *BMJ Open*
- Illing, V., Tasca, G., Balfour, L., Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (9), 653-659
- Jacobvitz, D., Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. *Attachment disorganization*, 127-159

- Jacovina, T., Batista, M.C., Pavičić, A.R., Jakovina, I.Z., Begovac, I. (2018). Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatria Danubina*; Vol. 30, No. 1, pp 72-78
- Kawamoto, T. K., Furutani, K., Alimardani, M. (2018). Preliminary validation of Japanese version of the Parental Burnout Inventory and its relationship with perfectionism. *Frontiers in Psychology*, 9, 970
- Keating, L., Tasca, G. A., Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366–373
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581–599
- Lauw, M. S. M., Abraham, A. M., Loh, C. B. L. (2018). Deliberate self-harm among adolescent psychiatric outpatients in Singapore: prevalence, nature and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), p. 35
- Lebert, A., Dorard, G., Boujut, E., Wendland, J. (2018). Maternal burnout syndrome: Contextual and psychological associated factors. *Frontiers in Psychology*, 9, 885
- Lenhart, L., Gander, M., Steiger, R., Dabkowska-Mika, A., Mangesius, A. (2022). Attachment status is associated with grey matter recovery in adolescent anorexia nervosa: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Neuroscience*
- Leombruni, P., Fassino, S. (2009). Personalità e binge eating disorder. *Nòs53, Aggiornamenti in psichiatria* 15(2), 162-171.
- Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M. E., Mikolajczak, M., Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Personality and Individual Differences*, 119, 216–219
- Lindström, C., Åman, J., Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100(7), 1011–1017
- Lockwood, J. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), pp. 387-402
- Lyons-Ruth, K. and Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed, Edited by: Cassidy, J. and Shaver, P. R. 666–697. New York, NY: Guilford
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *Attachment in the preschool years*, Edited by: Greenberg, M.

- T., Cicchetti, D. and Cummings, E. M. 161–182. Chicago, IL: University of Chicago Press
- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the preschool years*, Edited by: Greenberg, M. T., Cicchetti, D. and Cummings, E. M. 121–160. Chicago, IL: University of Chicago Press
- Martin, J., Bureau, J-F., Lafontaine, M-F., Cloutier, P., Hsiao, C., Pallanca, D., Mainz, P. (2017). Preoccupied but not dismissing attachment states of mind are associated with nonsuicidal self-injury. *Development and Psychopathology* 29 (2017), 379–388
- Martorell, G. A., Bugental, D. B. (2006). Maternal variations in stress reactivity: Implications for harsh parenting practices with very young children. *Journal of Family Psychology*, 20, 641
- Migliarese, G., Longo, M. G., Mencacci, C. (2012). Suicide and impulsiveness in adolescence: a systematic literature review. *Journal of Psychopathology*, 18, 344-351
- Mikolajczak, M., Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: the balance between risks and resources (BR2). *Front. Psychol.*, 9
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., Roskam, I. (2019). Parental burnout: What is it and why does it matter?. *Clinical Psychological Science*, 7, 1319–132
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2016). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 507–533). New York, NY: Guilford Press
- Murray CD, Fox J. (2006). Do internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harmer behaviors? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*; 5: 1-9
- Nemiah, J.C., Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In *OW Hill, Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London: Butterworths
- Nemiah, J.C., Freyberger, H., Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In Hill O.W., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Vol. 3, Butterworths, London, pp. 430-439
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), pp. 339–363
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 193 (2), 140–144
- Pallini S., Terrinoni A., Iannello S., Cerutti R., Ferrara M., Fantini F., Laghi F. (2020). Attachment-Related Representations and Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother Psychosom*, 59:197-202

- Parkitny L. (2010). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of Physiotherapy*
- Polk E, Liss M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Pers Individ Dif*
- Procaccini, J., Kiefafer, M.W. (1983). *Burnout dei genitori*. New York, NY
- Roskam, I., Raes, M.E., Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Front. Psychol.*, 8
- Ross, S., Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers
- Santrock, J. (2017). *Psicologia dello sviluppo*. Mc Graw Hill
- Sarchielli, G., Fraccaroli, F. (2019). *Introduzione alla psicologia del lavoro*. Bologna: Il Mulino
- Sarrionandia-Pena, A. (2019). Effect size of parental burnout on somatic symptoms and sleep disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(Suppl. 1), 111–112
- Selby, E. A., Joiner, T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219–229
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Jaccard, J., Pina, A.A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 474–485
- Solomon J., George C., De Jong A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-464
- Sousa, G. S. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(9), pp. 3099–3110
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY: *Cambridge University Press*
- Stern, D. (1984). Affect attunement. In J. Call, E. Galenson, & R. Tyson (Eds.), *Frontiers in infant psychiatry*, 2, (pp. 3-14). New York: Basic Books
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino
- Tasca, G., Szadkowski, L., Illing, V., Trinner, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, Vol 47, Issue 6, 662-667
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., Graham, M. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *J Abnorm Child Psychol*; 42(6):885-96

- Taylor, GJ (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Tr.it. Roma: Fioriti Editore., 2000
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49–58
- Thompson, R.A. (2015). Relationships, regulation, and early development. *Handbook of self-regulatory processes in development*, 5-26
- Weinbach N., Sher H., Bohon C. (2017). Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*
- West M., George C. (in stampa). Abuse and violence in intimate adult relationships: New perspectives from attachment theory. *Attachment and Human Development*
- Whiteside S.P., Lynam D.R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669-689
- Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), pp. 1939-48
- Whitlock, J., Lloyd-Richardson, E., Fisseha, F., Bates, T. (2018). Parental secondary stress: The often hidden consequences of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of clinical psychology*, 74(1), 178-196
- Wolff, JC, Davis, S, Liu, RT, Cha, CB, Cheek, SM, Nestor, BA. (2018). Trajectories of suicidal ideation among adolescents following psychiatric hospitalization. *J Abnorm Child Psychol*; 46: 355–363
- Xiaojie, C., Yang, D., Yifu, J. (2020). Effetti dei modelli di attaccamento materno e dell'alexithymia sul rischio di autolesionismo non suicidario negli adolescenti. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, 29 (08)
- Yongqiang Jiang, Jianing You and Xiaoling Zheng (2017). The Qualities of Attachment With Significant Others and Self-Compassion Protect Adolescents from Non Suicidal Self-Injury. *School Psychology Quarterly*, Vol. 32, No. 2, 143–155
- You, J., Ling, M.P., Leung, F. (2013). Functions of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Adolescence*
- Zonnevrijlle-Bender, M.J., Van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., Van Elburg, A., Van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, pp. 38-42
- Zubrick, S. R. (2017). The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12-17. *Journal of affective disorders*