

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
Applicata

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare e Condotte Autolesive; il contributo dell'Adult Attachment Projective Picture System in uno studio multimetodo

Adolescents with Eating Disorder and Self-Harming Behaviours: the
contribution of the Adult Attachment Projective Picture System in a
Multimethod Study

Relatrice

Prof.ssa Daniela Di Riso

Correlatore esterno

Dott.ssa Ilaria Parrinello

Laureanda: Saltari Sara

Matricola: 2017328

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

ABSTRACT	I
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – ATTACCAMENTO E CORRELATI RELAZIONALI	3
1.1 Teoria dell’attaccamento.....	3
1.2 Attaccamento e adolescenza	5
1.1.1. Pattern di attaccamento durante lo sviluppo	7
1.1.2 Attaccamento e disturbi del comportamento alimentare.....	9
1.1.3 Attaccamento e condotte autolesionistiche	13
CAPITOLO 2 – SISTEMA DIFENSIVO NEL CONTESTO DELL’ATTACCAMENTO	17
2.1 Introduzione al sistema difensivo teorizzato da Bowlby	17
CAPITOLO 3 – ADULT ATTACHMENT PROJECTIVE PICTURE SYSTEM	23
3.1 Lo sviluppo dell’Adult Attachment Projective Picture System.....	23
3.1.1 La validazione dello strumento	25
3.2 Struttura e somministrazione dell’AAP	26
3.3 Sistema di codifica e classificazione dell’attaccamento	28
3.3.1 La narrativa (Discourse) e il Contenuto della storia (Story Content)	28
3.3.2 Processi difensivi (Defensive processes)	29
3.3.4 Classificazione dell’attaccamento	30
3.4 Utilizzo dell’AAP in campioni clinici	32
CAPITOLO 4 – LA RICERCA	41
4.1 Obiettivi e Ipotesi.....	41
4.2 Metodologia	43
4.2.1 Partecipanti.....	43
4.2.2 Procedura.....	47
4.2.3 Strumenti	49
CAPITOLO 5 – RISULTATI	53
5.1 Prima Ipotesi	53
5.2 Seconda ipotesi	54

5.3 Terza ipotesi.....	55
5.4 Quarta ipotesi.....	60
CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE.....	65
CAPITOLO 7 – CASI CLINICI	73
7.1 Primo caso – Laura	73
7.1.1 Anamnesi.....	73
7.1.2 Valutazione clinica.....	74
7.1.3 Approfondimento testistico	75
7.2 Secondo caso – Monica	81
7.2.1 Anamnesi.....	81
7.2.2 Valutazione clinica.....	82
7.2.3 Approfondimento testistico	83
7.3 Conclusione	88
CAPITOLO 8 – CONCLUSIONI	89
BIBLIOGRAFIA	91
APPENDICE 1.....	105
APPENDICE 2.....	109

ABSTRACT

Obiettivi: questo studio ha l'obiettivo di indagare l'utilizzo e il contributo a livello clinico dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) all'interno di un gruppo di adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) e Condotte Autolesive (NSSI). In particolare, grazie all'uso dello stesso strumento, è stato indagato, inizialmente, il sistema di attaccamento del campione clinico preso in esame e, successivamente, il profilo difensivo ad esso legato, prendendo in considerazione la *Deactivation* (Ds), la *Cognitive Disconnection* (E) e i *Segregated System* (SS). Infine, essendo uno studio multimetodo, è stata valutata la possibile associazione tra l'utilizzo delle difese e gli aspetti principali che sono emersi dalla somministrazione di test self-report.

Metodo: è stato selezionato un campione di 35 adolescenti, di età compresa tra i 14 anni e i 18 anni (M= 15.43, DS=1.32), con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (68,6%) e Condotte Autolesive (31,4%) e delle rispettive madri. Ai ragazzi sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP; George et al, 1997), *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1996), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et al., 1995) e *Youth Self Report* (YSR 11-18; Achenbach, 1991). Le madri, contemporaneamente, hanno compilato la *Scala di Depressione Ansia Stress* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), il *Parenting Stress-Index-Short Form* (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990), il *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam et al., 2018) e la *Child Behavior Check List* (CBCL 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001).

Risultati: considerando l'attaccamento, negli adolescenti con DCA e NSSI, emerge una prevalenza di pattern insicuri (88,2%) e nello specifico di un pattern di attaccamento Insicuro-Disorganizzato (U) (41,2%); differenziando i due gruppi clinici non si riscontrano differenze significative nella distribuzione dello stesso costrutto. Rispetto ai profili difensivi, i due gruppi clinici non mostrano differenze cliniche rilevanti, ad eccezione di un dato significativamente diverso che emerge nell'utilizzo della sottocategoria difensiva *Ds-Deactivation*. Infine, prendendo in considerazione la presenza nell'AAP di *Segregated System* (SS) e delle rispettive sottocategorie, che sono indice della presenza di un vissuto traumatico, si rileva la presenza di correlazioni significative con i risultati emersi dalla somministrazione dei questionari self-report; in

particolare, ad esempio, possiamo notare una correlazione positiva tra adolescenti con DCA e problematiche sul versante somatico e attentivo e tra adolescenti con NSSI e aspetti internalizzanti emersi dalla CBCL, somministrata alle madri.

Conclusioni: questo studio ha permesso di ampliare la ricerca fatta rispetto alla validità dell'utilizzo dell'AAP, all'interno di un campione clinico di adolescenti, per la valutazione dell'attaccamento e dei processi difensivi, elemento innovativo introdotto dallo stesso strumento; inoltre, è stato possibile osservare il contributo clinico dell'AAP all'interno di un contesto multimetodo, che si componeva di diversi strumenti self-report. Infine, sono stati messi in luce alcuni limiti da cui studi futuri potranno partire per ampliare il campo di ricerca clinico.

***Goals:** this study aims to investigate the use and the contribution at a clinical level of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) in a group of adolescents with Eating Disorder (ED) and Non-suicidal self-injury (NSSI). Thanks to the use of the same instrument, was investigated, initially, the attachment system of the clinical sample examined, and then, the defensive profile related to it, by taking into consideration the Deactivation (Ds), the Cognitive disconnection (E) and the Segregated System (SS). Finally, being it a multimethod study, has been evaluated the possible association between the use of the defenses and the principal aspects that emerged from the administration of the self-report tests.*

***Method:** it has been selected a sample of 35 adolescents, aged between 14 and 18 ($M=15.43$, $DS=1.32$), with an Eating Disorder diagnosis (68.6%) and Non-suicidal self-injury (31.4%) and the respective mothers. To this kids were administrated the following instruments: Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George et al., , 1997), Toronto Alexithymia Scale (TAS20; Bagby et al., 1996), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton et al., 1995) and Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991). The mothers, at the same time, have compiled the Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovinbond & Lovinbond, 1995), the Parenting Stress-Index-short Form (PSI_SF; Abidin & Abidin, 1990), the Parental Brnout Assessment (PBA; Roskan et al., 2018) and the Child Behavior Check List (CBCL; 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001).*

***Results:** considering the attachment, in adolescents with ED and NSSI, a prevalence of insecure patterns emerges (88,2%) and in a specific way of an Insecure-Disorganized*

attachment pattern (U) (41,2%); differentiating the two clinic groups, no significant differences are found in the distribution of the same construct. Compared to defensive profiles, the two clinic groups do not show any relevant clinic differences, except for a different significant use of the defensive under-category Ds-Deactivation. Finally, taking in consideration the presence of a traumatic experience, there is the presence of significant correlation with the results emerged from the administration of the self-report questionnaires; for example, we can notice a positive correlation between adolescents with NSSI and interned aspects emerged from the CBCL, administrated to the mothers.

Conclusions: *this study allowed to expand the resource done about the validity of the use of the AAP, in a clinic sample of adolescents, for the evaluation of the attachment and the defensive processes, innovative element introduced thanks to the projective instrument; furthermore, it was possible to observe the clinic contribute of the AAP in a multimethod contest, that was composed of different self-report instrument. Finally, have been brought to light some limits from which future studies can start to broaden the clinical research field.*

INTRODUZIONE

L'adolescenza è definibile come un periodo fortemente caratterizzato da cambiamenti a livello di maturazione fisica, con trasformazioni che coinvolgono il corpo, e psicologica; inoltre, si assiste a cambiamenti nelle relazioni interpersonali, soprattutto nei confronti delle figure genitoriali. Durante questo periodo di crescita, l'adolescente inizia a sviluppare una propria identità sociale, un senso di sé più stabile e una propria autonomia, che si accompagna ad una sempre maggiore capacità di regolazione emotiva (Dellagiulia et al., 2011). La modalità con cui l'individuo riesce ad affrontare questo periodo evolutivo è legata al sistema di attaccamento che ha sviluppato e agli strumenti, ad esso legati, di cui dispone e che ha potuto acquisire durante l'infanzia nell'interazione con il caregiver primario (Hoffman, 2006; Baldoni, 2007); la modalità con la quale il caregiver risponde ai bisogni primari dal bambino, infatti, gioca un ruolo fondamentale: se questa risulta disfunzionare, può avere un impatto negativo sullo sviluppo dell'individuo e renderlo più vulnerabile ad una possibile espressione di problematiche psicopatologiche, come possono essere i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e le Condotte Autolesive (NSSI) (Jiang et al., 2017; Nunes et al., 2022). Quest'ultime sono, spesso, associate a pattern di attaccamento sul versante insicuro e, quindi, ad una difficoltà nello sviluppo di una buona regolazione emotiva e di un'immagine coerente del Sé e del proprio corpo, oltre che ad una difficoltà nella costruzione di una buona autostima e di un senso di fiducia rispetto alle proprie capacità relazionali (Demidenko et al. 2010; Claes et al., 2016).

Sulla base di quanto appena detto, lo scopo principale del presente lavoro è quello di indagare l'attaccamento e la prevalenza dei diversi pattern all'interno di un campione di adolescenti con DCA e NSSI, attraverso l'utilizzo dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP). L'AAP è uno strumento narrativo-proiettivo che permette di andare oltre ai possibili limiti individuabili nell'utilizzo di questionari self-report, utilizzati spesso in letteratura per la valutazione dell'attaccamento, e, inoltre, permette di valutare i possibili processi difensivi associati, in particolare la *Deactivation* (Ds), la *Cognitive Disconnection* (E) e i *Segregated System* (SS), individuati quando sono presenti eventuali esperienze traumatiche; infatti, uno dei punti di forza di questo strumento è proprio la sua sensibilità nel riconoscere la presenza di vissuti traumatici, di qualsiasi entità essi siano. La novità di questo studio sta proprio nel fatto di aver valutato non solo

l'attaccamento, ma anche i processi difensivi e gli aspetti traumatici che ci possiamo aspettare di trovare con prevalenza maggiore in adolescenti con DCA e NSSI; inoltre, è stato possibile mettere in luce come gli aspetti appena descritti possano essere legati alle aree di maggiore sofferenza che gli adolescenti stessi e le rispettive madri riportano attraverso la compilazione di questionari self-report.

Questo elaborato si divide in tre parti principali. Nella prima parte viene proposto un approfondimento teorico che parte dall'esplorazione della teoria dell'attaccamento e del periodo evolutivo adolescenziale, con i cambiamenti ad esso connessi, fino ad arrivare a delineare le condizioni cliniche di nostro interesse (Disturbi del Comportamento Alimentare e Condotte Autolesive con o senza intento suicidario). Successivamente, vengono approfonditi i processi difensivi che Bowlby (1980) teorizza essere legati all'espressione dell'attaccamento, ovvero la *Deactivation* (Ds), la *Cognitive Disconnection* (E) e i *Segregated System* (SS) e, infine, viene presentato lo strumento proiettivo-narrativo utilizzato in questo Progetto, ovvero l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), e la sua utilità a livello clinico e a livello di ricerca.

Nella seconda parte vengono proposti gli obiettivi e le ipotesi dello studio, a cui segue una descrizione del metodo e delle caratteristiche dello stesso; successivamente, vengono riportati e discussi i principali risultati ottenuti.

Infine, una terza parte si compone della descrizione di due casi clinici di due adolescenti che sono stati reclutati presso il Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti di Mirano (VE) e che hanno acconsentito a partecipare al Progetto nel quale questo lavoro è inserito; in questo modo, è possibile ottenere uno sguardo più ampio e concreto sull'utilità clinica di quest'ultimo.

CAPITOLO 1 – ATTACCAMENTO E CORRELATI RELAZIONALI

Il presente capitolo tratta una specifica dimensione della personalità, nonché uno degli elementi primari che contribuiscono all'equilibrio emotivo e alla salute mentale dell'individuo nel suo complesso, ovvero l'attaccamento (Di Riso & Lis 2016). In particolare, dopo aver presentato una cornice teorica generale di riferimento, l'obiettivo è quello di analizzare come l'attaccamento si moduli durante il periodo dell'adolescenza e, successivamente, entrando nello specifico, quale sia la rappresentazione dei pattern di attaccamento in adolescenti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e con Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI).

1.1 Teoria dell'attaccamento

Prima di poter definire l'attaccamento in adolescenza, è necessario fornire una cornice teorica più ampia e generale dell'argomento. Nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale, John Bowlby (1907-1990) comincia a focalizzare la sua attenzione sull'importanza del legame esistente tra i bambini e i loro caregiver primari durante i primi anni di vita e, successivamente, sviluppa la teoria dell'attaccamento, di cui è definito il padre (Bowlby, 1982; Hoffman, 2006). In particolare, osservazioni sistematiche di bambini separati dalle loro figure di riferimento, hanno portato Bowlby (1982) a mettere in evidenza l'importanza della vicinanza della figura di caregiving primaria durante lo sviluppo del bambino, come un aspetto che influenza anche la costruzione della sua personalità (Robertson & Bowlby, 1952).

Bowlby (1982) dimostrò che la richiesta di vicinanza materna da parte del bambino è dettata, non tanto dal bisogno fisiologico di alimentazione, quando, invece, da un desiderio biologico di prossimità, di cura e di protezione, riprendendo per questo gli studi etologici condotti da Harlow (1958) con i macachi Rhesus rispetto alla deprivazione materna e gli studi di Lorenz, dove vengono dimostrati forti legami tra i piccoli e le loro madri, anche in altre specie animali (Bowlby, 1982).

Il bambino, quindi, mette in atto tutta una serie di comportamenti di attaccamento (proteste, accuse, grida, pianti), caratterizzati da una propria dinamica intrinseca, volti proprio ad ottenere o mantenere la vicinanza del caregiver, quando questa si allontana o non è più disponibile: si attiva così il sistema di attaccamento (Bowlby, 1982; Baldoni, 2007).

Il comportamento di attaccamento non risulta essere sempre attivo nel bambino, ma si innesca in concomitanza di determinati stimoli interni o di situazioni esterne, percepite come potenzialmente pericolose per la propria vita, che elicitano sensazioni di grande paura, stress e angoscia e che richiedono conforto e protezione da parte del caregiver primario (Engel, 1971; Bowlby, 1982). Ne consegue che, ad ogni attivazione del comportamento di attaccamento, potenzialmente ne segue una cessazione; quando il sistema di attaccamento si disattiva, per un ritrovato senso di sicurezza, il bambino mette in atto comportamenti volti all'esplorazione del mondo circostante, che lo portano ad allontanarsi dal caregiver (Ainsworth, 1979). Le diverse modalità con cui il soggetto risponde agli stimoli, attivando o disattivando il sistema appena descritto, permette di individuare diversi pattern di attaccamento (Engel, 1971).

Altro elemento fondamentale da considerare è poi la modalità con cui il caregiver primario risponde alle richieste del bambino, sia fisiche che emotive (Bowlby, 1969; George & Solomon, 1996). Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), attraverso l'utilizzo della *Strange Situation*, introducono il concetto di "base sicura", poi valorizzato dallo stesso Bowlby, facendo riferimento ad una delle principali caratteristiche che dovrebbero contraddistinguere il caregiver: permettere al bambino di iniziare ad esplorare il mondo circostante in modo autonomo ma, allo stesso tempo, essere pronto ad intervenire per proteggerlo, rassicurarlo e accudirlo, qualora si rendesse necessario (Hoffman, 2006; Baldoni, 2007). Il bambino, quindi, apprende ed interiorizza strategie di regolazione, più o meno adattive, in base alla qualità delle risposte ricevute dal caregiver, che poi andranno, a loro volta, ad influenzare l'attivazione del suo sistema di attaccamento (Guterman, 2015).

Secondo Bowlby (1973) ogni individuo, grazie alle ripetute esperienze relazionali con i caregiver nei primi anni di vita, sviluppa e costruisce a livello psicologico quelli che definisce "Modelli Operativi Interni" (MOI, *Internal Working Models*), ovvero delle rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure di attaccamento, degli altri e dell'ambiente e di come questi aspetti si legano tra loro. Si tratta di modelli di relazione, che si mantengono relativamente stabili nel tempo, regolano l'attivazione del sistema di attaccamento e vengono usati per rapportarsi con l'esterno; in particolare, influenzano le aspettative, il modo in cui l'individuo interpreta gli eventi e pianifica determinate azioni

e il modo in cui risponde, a livello emotivo, a differenti situazioni (Hoffman, 2006; Baldoni, 2007).

1.2 Attaccamento e adolescenza

Bowlby (1969) afferma che l'attaccamento accompagna ogni individuo "dalla culla alla tomba" e, infatti, sebbene l'attivazione dello stesso sia maggiormente evidente durante la prima infanzia, la sua funzione continua ad essere importante durante tutto il ciclo di vita (Bowlby, 1982; Baldoni, 2007). Studi condotti in questo campo hanno rivelato, che le rappresentazioni interne relative all'attaccamento, ovvero i MOI, che si sviluppano durante i primi anni di vita, non si mantengono inalterate, anzi, si evolvono con il tempo e possono andare incontro ad una riorganizzazione sia in funzione dello sviluppo individuale, sia in occasione di esperienze significative o eventi di vita stressanti (Baldoni, 2007).

Il periodo adolescenziale, che secondo la World Health Organization è un periodo evolutivo che va fino ai 19 anni (Jewell, Blessitt, Stewart, Simic & Eisler, 2016), in particolare, è caratterizzato da grandi cambiamenti. Il percorso di sviluppo di un'identità sociale e di un senso di sé più stabile, il raggiungimento dell'autonomia dalle figure genitoriali, la capacità di instaurare relazioni intime con i coetanei del proprio e dell'altro sesso e l'acquisizione delle competenze necessarie ad una progettualità volta all'inserimento nella società sono alcuni compiti psicosociali interconnessi, che provocano una ridefinizione delle reti sociali dell'adolescente (Dellagiulia, Palmieri & Mecenate, 2011). Rispetto a questi elementi, quindi, l'adolescenza è un periodo in cui si assiste ad un cambiamento sia nelle relazioni familiari, sia nel rapporto con i coetanei: viene attribuita sempre maggiore importanza alle esperienze sociali e all'interazione con i pari e con il partner sentimentale, nelle quali, progressivamente, vengono trasferite proprio alcune delle funzioni relative alle relazioni di attaccamento (Ammaniti, Tambelli, Zavattini, Vismara & Volpi, 1999; Baldoni, 2007; Dellagiulia et al., 2011). Di conseguenza, diminuiscono i comportamenti di attaccamento espliciti, volti ad ottenere la vicinanza fisica e la protezione del caregiver, e l'adolescente è stimolato ad affrontare le sfide evolutive in modo autonomo ed indipendente; solamente in situazioni di serio pericolo o stress, viene ricercata una disponibilità psicologica della figura di attaccamento, da cui ricevere rassicurazioni (Ammaniti et al., 1999; Baldoni, 2007;

Dellagiulia et al., 2011). Prende corpo, così, una dialettica tra il sistema comportamentale dell'attaccamento e un bisogno di indipendenza, che è sorretto dalle sempre maggiori competenze cognitive, emotive e relazionali (Dellagiulia et al., 2011). Quest'ultime, insieme ad uno sviluppo maggiore dell'Io, consentono una più ampia internalizzazione di capacità auto-regolative, precedentemente fornite dalle figure di attaccamento, e allo stesso tempo comportano una capacità sempre maggiore di relazionarsi a livello simbolico ed interiorizzato con le figure di riferimento (Ammaniti et al., 1999). Diventa sempre più accurata, inoltre, anche la capacità logico-formale denominata da Fonagy (1998) "mentalizzazione", che permette all'individuo di rappresentarsi lo stato emotivo e il pensiero propri e altrui e di comprendere che il comportamento proprio e degli altri è motivato da condizioni interiori come pensieri e sentimenti (Fonagy, 1998; Baldoni, 2007). Il formarsi, quindi, di questo "stato della mente" logico-formale permette all'adolescente di sviluppare, come afferma Allen (2010), *"una capacità non solo di pensare all'attaccamento in maniera generale, [...] ma anche di iniziare a ricostruire (o per lo meno armeggiare con) i propri stati della mente riguardanti l'attaccamento"* (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Dellagiulia et al., 2011).

In conclusione, quindi, l'adolescenza è definibile come un periodo fortemente caratterizzato da cambiamenti a livello di maturazione fisica e psicologica, che può avere effetti negativi e rendere gli individui più vulnerabili, soprattutto nei confronti di possibili psicopatologie (Jiang, You, Zheng & Lin, 2017). In particolare, la relazione con i genitori, in questo periodo delicato dello sviluppo, diventa critica: da una parte, i genitori continuano a rappresentare una "base sicura" per i loro figli, sia in modo ravvicinato nei momenti di forte bisogno, sia a distanza come fonte di aiuto potenziale, mentre dall'altra cresce molto la conflittualità. I genitori sensibili nel corso dell'adolescenza dei figli sono disponibili al contatto emotivo e allo stesso tempo promuovono attivamente e forniscono un supporto agli sforzi dell'adolescente di acquisire una fiducia personale, una propria auto-organizzazione e una propria identità; al contrario, genitori che non rispettano i bisogni evolutivi dei figli adolescenti sono percepiti da questi ultimi come poco supportivi e insensibili, e per questo tenuti maggiormente a distanza (Ammaniti et al., 1999; Nunes, Mota, Ferreira, Schoon & Matos, 2022).

1.1.1. Pattern di attaccamento durante lo sviluppo

Come già anticipato in precedenza, il sistema di attaccamento si attiva nel momento in cui il bambino si trova in situazioni potenzialmente pericolose o stressanti, quando sicurezza e protezione vengono messe alla prova. La modalità con cui il bambino riesce a far fronte a tali situazioni, ovvero la tipologia di comportamenti di attaccamento che mette in atto, si sviluppa in base ai modi con cui il caregiver risponde alle sue richieste di cura e di protezione; ciò permette di individuare due tipologie di organizzazione dell'attaccamento, ovvero sicuro o insicuro, e quattro diversi pattern di attaccamento: sicuro/autonomo, evitante/distanziante, preoccupato/ambivalente e disorganizzato/irrisolto (Ainsworth, 1979; George & Solomon, 1996). Tali pattern continuano ad essere presenti e a svilupparsi anche durante il periodo evolutivo dell'adolescenza e sono alla base dello sviluppo di modalità relazionali, di aspettative a livello sociale e di alcune capacità, come la regolazione delle proprie emozioni (Brown & Wright, 2003; Gunterman, 2015; Rogers, Chen, Kwon, McElwain, Telzer, 2022).

L'attaccamento sicuro è caratterizzato dalla presenza di una grande fiducia da parte del bambino relativamente alla disponibilità fisica e psicologica del caregiver in situazioni di stress e di pericolo. Infatti, quest'ultimo viene spesso descritto come particolarmente sensibile e accogliente rispetto ai bisogni e alle richieste del bambino e, quindi, rappresenta una solida base sicura (Gunterman, 2015). Bambini con attaccamento sicuro tendono a sviluppare una buona capacità di relazionarsi con gli altri, una maggiore autostima, una buona capacità di regolazione delle emozioni e una buona capacità di integrare a livello psicologico stati emotivi positivi e negativi (George & Solomon, 1996; Rogers et al., 2022). Avvicinandosi all'adolescenza, i soggetti sicuri utilizzano le capacità sviluppate nel corso dell'infanzia come base per riuscire a creare relazioni di qualità, per gestire in modo competente i conflitti e per sviluppare una sempre miglior capacità di riuscire a far fronte, in modo adattivo, flessibile e autonomo, alle richieste e alle difficoltà che si presentano nella relazione con il mondo esterno (George & Solomon, 1996; Baldoni, 2007; Rogers et al., 2022). Oltre a questo, un attaccamento sicuro permette all'adolescente di mantenere una valida alleanza con i caregiver primari, ovvero i genitori (Baldoni, 2007; Rogers et al., 2022), e, infine, risulta un fattore protettivo rispetto all'evolversi di sintomi legati allo stress a livello fisico, psicologico e relazionale (Moreira, Pedras, Silva, Moreira & Oliveira, 2020)

L'attaccamento evitante/distanziante si riferisce ad un bambino fisicamente ed emotivamente indipendente dal suo caregiver. Da una parte, è pensiero comune che il caregiver metta in atto comportamenti rifiutanti e a volte carichi di rabbia, che non vada incontro ai bisogni del bambino e che non sia disponibile, né fisicamente, né psicologicamente. Dall'altra parte, di conseguenza, il bambino evita spesso la vicinanza con il caregiver e non dimostra distress quando quest'ultimo non è disponibile; al contrario, invece, esplora facilmente l'ambiente e il suo comportamento di esplorazione non è regolato da una base sicura (Ainsworth, 1979; George & Solomon, 1996; Ammaniti, 2010; Guterman, 2015). Rispetto a questo, in adolescenza, per paura di essere abbandonati, rifiutati o messi in pericolo dai caregiver, gli individui con attaccamento evitante preferiscono non fare emergere i propri bisogni ed escludono in modo sistematico, attraverso operazioni difensive, tutti gli affetti e le emozioni considerate negative e pericolose per il sé (George & Solomon, 1996). Il sistema di evitamento degli affetti può però andare incontro a possibili improvvise intrusioni di emozioni, che inducono il soggetto, incapace di riconoscerle e dominarle, ad agire con comportamenti anche gravi (esplosioni di rabbia, condotte sessuali non appropriate) (Baldoni, 2007). Le difficoltà nella regolazione affettiva possono comportare, nel corso dello sviluppo, una predisposizione ai cosiddetti disturbi esternalizzanti, cioè aggressività, disturbo oppositivo e disturbo della condotta, come anche una predisposizione al disturbo di personalità antisociale (Ammaniti, 2010).

L'attaccamento preoccupato/ambivalente descrive un bambino che vacilla tra una situazione di dipendenza rispetto al caregiver e una situazione di rifiuto dei tentativi del caregiver stesso di interagire con lui (Guterman, 2015). Le madri sono descritte come incostanti e imprevedibili nelle cure oppure incapaci di rispondere alle richieste di attaccamento del bambino, in particolare a quelle di autonomia (Ammaniti, 2010). Il bambino, dall'altra parte, impara a scindere i sentimenti negativi dalle situazioni che li elicitano e questo produce grande ambivalenza e incertezza, poiché per l'individuo non è mai possibile ottenere una visione integrata degli eventi (George & Solomon, 1996). In adolescenza, questi aspetti appena descritti si concretizzano nella tendenza a distorcere i propri processi psicologici, enfatizzando le emozioni ed alterando le informazioni cognitive. Nella relazione con l'altro, adulti (familiare, insegnanti, educatori) ma anche coetanei, l'adolescente mette in atto comportamenti ambivalenti: da un lato c'è un grande

desiderio di vicinanza rispetto all'altro, ma allo stesso tempo si manifesta una grande sensazione di ansia in relazione alla possibilità di dipendere da qualcuno e di essere rifiutato dallo stesso (Baldoni, 2007; Gunterman, 2015). Queste strategie, amplificanti in termini di regolazione affettiva, predispongono allo sviluppo di disturbi internalizzanti, come depressione o ansia, e sono spesso associate alla presenza del disturbo di personalità borderline (Ammaniti, 2010).

L'attaccamento disorganizzato/non risolto fa riferimento a bambini che non presentano la tipica attivazione del sistema di attaccamento, ma al contrario mostrano comportamenti contraddittori, disorganizzati e dissociati, come esito di esperienze di paura, di aggressione e di mancato conforto che sono state vissute nelle relazioni primarie (Gunterman, 2015). Molto spesso, le ricerche in questo ambito hanno dimostrato la presenza di traumi infantili, come violenze o abusi, esperienze particolarmente negative, come lutti non risolti, e un basso livello di sicurezza percepito nella relazione con la figura primaria (Gunterman, 2015). Le madri spesso si mostrano estremamente non responsive, impaurenti, manchevoli a livello di sensibilità e a livello di capacità di riuscire a rassicurare il bambino e le figure genitoriali vengono descritte come spaventanti, caotiche, poco affettive e poco protettive nei confronti dei figli (George & Solomon, 1996). L'attaccamento disorganizzato sembra avere una specificità predittiva rispetto all'emergere di una sintomatologia dissociativa o di un disturbo borderline di personalità in età adolescenziale e adulta (Ammaniti, 2010).

1.1.2 Attaccamento e disturbi del comportamento alimentare

Nel presente paragrafo, sulla base della letteratura presente, si vuole indagare la relazione che può intercorrere tra l'attaccamento e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Questi possono essere letti come legati ad un disagio psichico più o meno profondo riguardante la dimensione infantile o comunque evolutiva del soggetto, con particolare riferimento agli aspetti relazionali: l'allattamento, infatti, è un contatto finalizzato alla sopravvivenza fisica, ma rappresenta anche un'interazione madre-figlio di carattere psicologico, dove il neonato rafforza la propria identità e una visione coerente del Sé (Sanavio, 2016). Hilda Bruch (1973) fu la prima a sostenere che se il bambino sperimenta una sofferenza emotiva per una relazione disfunzionale con la madre, ciò può

compromettere un rapporto salutare con il cibo e può condurre ad un disturbo legato a quest'area (Sanavio, 2016).

Rispetto a quanto appena affermato, l'attaccamento, basandosi proprio sulla relazione tra caregiver e soggetto, è stato individuato come un fattore che può influenzare la manifestazione di DCA, soprattutto durante il periodo adolescenziale e a livello di genere femminile (Orzolek-Kronner, 2002; O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Gander, Sevecke & Buchheim, 2015); ciò è confermato dagli studi riferiti ad adolescenti e giovani adulti, dove emerge una prevalenza di organizzazione dell'attaccamento di tipo insicuro, che può rappresentare un fattore di rischio per l'emergere di diverse forme psicopatologiche (O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Gander, Sevecke & Buchheim, 2015). O'Kearney (1995), molti anni fa, e, più recentemente, Gander e colleghi (2015) nella loro revisione della letteratura, riferiscono come ci siano evidenze empiriche per poter affermare l'esistenza di un legame tra lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare e un'organizzazione dell'attaccamento insicuro; risultato confermato anche da altri autori nel corso degli anni (Orzolek-Kronner, 2002; Ringer & Crittenden, 2007; Mayer, Muris, Meesters & Zimmermann-van Beuningen, 2009; Attili, Di Pentima, Toni & Roazzi, 2015; Batista, Antic, Zaja, Jakovina & Begovac, 2018). Orzolek-Kronner (2002), nel suo studio con adolescenti con un quadro clinico di Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), mette in luce, ricorrendo all'utilizzo di questionari self-report, una prevalenza rispetto alla presenza di un profilo di attaccamento insicuro e un bisogno, espresso dal campione clinico, di una maggiore vicinanza con la figura materna. Ringer & Crittenden (2007) somministrano l'Adult Attachment Interview (AAI) ad un gruppo di donne con DCA per valutare, oltre all'attaccamento, anche le strategie interpersonali utilizzate dal campione nella relazione con il mondo esterno; i risultati hanno dimostrato la presenza di un attaccamento insicuro nell'intero campione preso in considerazione. Per ampliare lo sguardo di ricerca, Abbate-Daga, Gramaglia, Amianto, Marzola, e Fassino (2010), successivamente, individuano una correlazione diretta tra organizzazione di attaccamento insicuro e insoddisfazione corporea, che sembrerebbe essere un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento dei DCA stessi; allo stesso modo, Demidenko, Tasca, Kennedy e Bissada (2010) dimostrano che l'organizzazione dell'attaccamento insicuro in adolescenti è collegato con un senso di sé non coerente, una bassa capacità di differenziazione a livello di identità e una problematica a livello di regolazione emotiva,

anch'esse dimensioni che comunemente sono individuate come fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA. Più recentemente, Attili e colleghi (2018), attraverso il test semi-proiettivo *Separation Anxiety Test* (SAT), hanno dimostrato che nel loro campione di adolescenti con DCA, sia quest'ultimi che i rispettivi genitori, ottengono un profilo di attaccamento prevalentemente insicuro; questo elemento, oltre a confermare risultati ottenuti in studi precedenti, potrebbe confermare la possibile presenza della trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento.

A livello di contesto familiare, Minuchin (1978), storico terapeuta familiare, ritiene che ci sia spesso un legame tra una disfunzionalità nell'area dell'alimentazione e un sistema familiare "invischiato", in cui, per esempio, non è stato favorito il processo di separazione-individuazione del bambino e i genitori risultano essere eccessivamente presenti nella vita del figlio, riducendone lo spazio di autonomia e di indipendenza (Minuchin, Rosman & Baker, 1978); in particolare, anche se la letteratura a riguardo è molto limitata, si nota un ambiente familiare caratterizzato da madri iperprotettive, intrusive e controllanti e da padri spesso emotivamente non disponibili, negligenti e critici (Bruch, 1973; O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Attili et al., 2015; Sanavio, 2016). In aggiunta, anche Orzolek-Kronner (2002) ipotizza che comportamenti tipici dei disturbi alimentari derivino, proprio, da un rapporto molto stretto e caratterizzato da una forte prossimità a livello fisico e psicologico, esistente fin dall'infanzia, tra l'individuo e la madre, anche se nello studio da lei condotto le adolescenti con DCA reclutate riportano di vedere le proprie madri come facilitatori, rispetto all'acquisizione di una propria maggiore indipendenza; questa contraddittorietà a livello di risultati può essere spiegata rifacendosi all'ipotesi, già dimostrata da Salzman (1996), secondo cui soggetti con DCA tendono a idealizzare le figure dei caregiver primari, per difendersi da quanto di negativo c'è in loro (Orzolek-Kronner, 2002).

Considerando, più nello specifico, i diversi pattern di attaccamento, non vi sono risultati univoci; l'organizzazione dell'attaccamento insicuro, che abbiamo detto essere legato allo sviluppo di DCA, più ampiamente comprende tre tipologie di pattern di attaccamento, con caratteristiche differenti: insicuro/distanziante, insicuro/preoccupato e insicuro/disorganizzato, che in base agli studi vengono indicati come più o meno prevalenti nei DCA (Attili et al., 2015; O'Shaughnessy & Dallos, 2009). Terreno e colleghi (2008) rilevano un'iperattivazione prevalente del sistema di attaccamento,

aspetto legato alla classificazione dello stesso come insicuro/preoccupato in un campione di adolescenti con DCA. Al contrario, successivamente, Attili e colleghi (2015), in uno studio comprendente un ampio campione di adolescenti, con un quadro clinico analogo, e i rispettivi genitori, viene proposta la somministrazione del SAT, che permette di mettere in luce una prevalenza di un pattern insicuro/distanziante nei ragazzi; questo risultato potrebbe confermare l'ipotesi avanzata da Mara Selvini Palazzoli (1978) secondo cui le famiglie di adolescenti con DCA risultano essere poco responsive e attente ai bisogni dei figli generando, quindi, un ambiente caratterizzato da una distanza emotiva e relazionale. Alla luce di questo, Batista e colleghi (2018), con l'obiettivo di fare maggiore chiarezza, conducono uno studio costruito per la valutazione, attraverso strumenti self-report, delle strategie psicologiche, del livello di empatia, dell'immagine corporea ideale interiorizzata e dello stile di attaccamento in un gruppo di adolescenti con Anoressia Nervosa (AN); rispetto a quest'ultimo aspetto, è emerso una presenza importante sia di un attaccamento su versante distanziante sia sul versante preoccupato, non arrivando, quindi, a delineare una prevalenza tra i due pattern.

Non solo, studi, che hanno utilizzato anche strumenti narrativi per la valutazione dell'attaccamento, riscontrano tra gli adolescenti con DCA principalmente pattern irrisolti/disorganizzati, che sembrerebbero esser presenti anche nelle loro madri, a conferma di una trasmissione intergenerazionale a livello di pattern di attaccamento Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure, 2001; Gander et al., 2015). Delvecchio, Di Riso, Salcuni, Lis e George (2014) riportano che la maggior parte delle ragazze, partecipanti al loro studio con diagnosi di Anoressia Nervosa, presentano un'organizzazione dell'attaccamento insicuro o un attaccamento irrisolto/disorganizzato e riportano esperienze traumatiche appartenenti alla storia, come traumi emotivi o il divorzio dei genitori; in particolare, dalla somministrazione dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), strumento narrativo-proiettivo, emerge una grande quantità di elementi irrisolti riferiti ad un'assenza e ad un crollo dei confini tra la vita e la morte. Va segnalato, inoltre, che percentuali elevate di abuso sessuale e maltrattamenti, spesso intrafamiliari, sono elementi presenti nella storia di un DCA, pur potendo generare anche altre psicopatologie o problematiche (Sanavio, 2016).

Provando, quindi, a focalizzare l'attenzione sui sottotipi di DCA, alcuni studi che utilizzano l'Adult Attachment Interview (AAI), strumento narrativo per la valutazione

dell'attaccamento, mettono in evidenza un legame tra Anoressia Nervosa e attaccamento insicuro/evitante da una parte e Bulimia Nervosa e attaccamento insicuro/preoccupato dall'altro; allo stesso tempo, però, altre ricerche non hanno dimostrato tali differenze ipotizzando, invece, l'esistenza di una relazione tra gravità dei sintomi e pattern di attaccamento, indipendentemente dal sottotipo di DCA (O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Salcuni, Parolin & Colli, 2017). I risultati, anche in questo campo, risultano essere contraddittori.

In conclusione, comunque, si può dire che la valutazione dell'attaccamento in adolescenti e giovani adulti con DCA ha mostrato, sia con l'utilizzo di strumenti self-report sia con l'utilizzo di strumenti narrativi, una prevalenza di organizzazione dell'attaccamento insicuro, con una presenza importante di uno stato irrisolto legato all'attaccamento. Da una parte, quindi, è possibile affermare la presenza di una base sicura "compromessa" tra gli adolescenti con DCA e una mancata conclusione del processo di separazione-individuazione, dove la manifestazione sintomatologica sembrerebbe aver una funzione riparativa, con l'obiettivo di mantenere o ricercare la continua vicinanza del caregiver, per paura che questo possa allontanarsi o per riparare la relazione (Orzolek-Kronner, 2002). Dall'altra parte, la presenza di un'organizzazione dell'attaccamento insicuro favorisce lo sviluppo di difficoltà nella costruzione di una immagine coerente del Sé e del proprio corpo, la costruzione di una buona autostima e di una buona regolazione emotiva, portando e conducendo a sensazioni di inadeguatezza nelle relazioni interpersonali, che, come già spiegato, sono tutti elementi legati allo sviluppo di un Disturbo del Comportamento Alimentare (Salcuni et al., 2017).

1.1.3 Attaccamento e condotte autolesionistiche

Sempre sulla base della letteratura, si andrà ora ad indagare la relazione che può intercorrere tra l'attaccamento e Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI). Le Condotte Autolesive non Suicidarie sono definite come comportamenti intenzionali e diretti ad un danneggiamento abbastanza grave del proprio corpo e dei tessuti, attraverso lesioni autoinflitte (tagli, bruciature, lividi, escoriazioni, strappi di pelle o capelli), e vengono messi in atto senza un intento suicidario conscio, anche se, solo il fatto di aver messo in atto un comportamento autolesionistico, rende più inclini alla possibilità di commettere

suicidio in futuro (Bureau, Martin, Freynet, Poirier, Lafontaine & Cloutier, 2009; Nagra, Lin & Upthegrove, 2016).

L'autolesionismo ha un grosso impatto a livello individuale, familiare e sociale (Glazebrook, Townsend & Sayal, 2015) ed i dati stimano un'incidenza nella popolazione di adolescenti a livello mondiale sempre più in crescita soprattutto a livello femminile (Bureau et al., 2009; Jiang et al., 2017). Essendo l'adolescenza un periodo di grandi cambiamenti, gli adolescenti descrivono di mettere in atto queste lesioni per affrontare emozioni negative ed esperienze emotive forti, derivanti sia dal rapporto con la famiglia, sia dal rapporto con i pari (Bureau et al., 2009; Tatnell, Kelada, Hasking & Martin, 2013). Studi in questo campo, utilizzando per la maggior parte questionari self-report, hanno evidenziato come proprio determinate relazioni interpersonali, in particolare quelle esistenti all'interno del contesto familiare, possono rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di condotte autolesionistiche (Bureau et al., 2009; Tatnell et al., 2013). Linehan (1993) ipotizza che vivere in un ambiente di crescita inadeguato e disfunzionale durante l'infanzia può rappresentare un fattore di rischio e ulteriori ricerche (Gratz et al., 2002; Gratz, 2006; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2008; Nock, 2009) hanno evidenziato un'associazione di NSSI sia con contesti abusanti, caratterizzati per esempio da una grande trascuratezza emotiva e fisica da parte di entrambi i genitori oppure da un'eccessiva iperprotezione, sia con esperienze di separazioni o di perdita (Bureau et al., 2009). A fronte di questo, i risultati clinici dimostrano che esiste un legame tra sviluppo di condotte autolesionistiche e un'organizzazione dell'attaccamento insicuro o un pattern di attaccamento irrisolto/disorganizzato, che rappresenta quindi un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento delle stesse condotte (Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Nagra et al., 2016; Jiang et al., 2017; Martin, Bureau, Lafontaine, Cloutier, Hsiao, Pallanca & Mainz, 2017). Martin e colleghi (2017), utilizzando l'Adult Attachment Interview (AAI), per indagare la classificazione dell'attaccamento, osservano una correlazione positiva tra NSSI e attaccamento sia insicuro/preoccupato che irrisolto/disorganizzato, ma non con il pattern insicuro/distanziante; utilizzando il medesimo strumento, Adam, Sheldon-Keller e West (1996) riscontrano tra i soggetti NSSI con attaccamento irrisolto uno stato di disorganizzazione cognitiva, che sembrerebbe mediare la relazione tra esperienze traumatiche non risolte e comportamenti autolesivi e suicidari. In questi contesti, la relazione con i genitori è caratterizzata, in

primo luogo, dall'incertezza rispetto alla disponibilità della figura di attaccamento; in secondo luogo, si caratterizza per una povera comunicazione, una poca fiducia reciproca, una mancanza di intimità e una maggior alienazione nei confronti della relazione stessa, come dimostrato anche da Yates, Tracy e Luthar (2008) nei loro studi (Claes., De Raedt, Van de Walle & Bosmans, 2016). Ciò può avere effetto sulla capacità dell'individuo di riuscire a regolare le proprie emozioni (disregolazione emotiva) e di riuscire ad affrontare situazioni di stress e ansia, portando potenzialmente all'utilizzo di strategie di coping non adattive, come possono essere le condotte autolesive, che oltretutto permettono anche di attirare le cure e l'attenzione del genitore stesso (Bureau et al., 2009; Claes et al. 2016). In uno studio recente, condotto con la partecipazione di un gruppo di adolescenti con NSSI (Pallini, Terrinoni, Iannello, Cerutti, Ferrara, Fantini & Laghi, 2020), l'obiettivo degli autori è stato quello di valutare il pattern di attaccamento del campione preso in esame e la regolazione emotiva dello stesso, ipotizzando l'utilizzo da parte di soggetti con NSSI di una funzione affettiva-regolativa che agisce in maniera disfunzionale. Dall'utilizzo dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), i dati emersi confermano una prevalenza di organizzazione di attaccamento insicuro (82%), ma soprattutto, nello specifico, di pattern di attaccamento irrisolto/disorganizzato, come già anticipato in altri studi (Gratz et al., 2002; Nagra et al., 2016; Jiang et al., 2017; Martin et al., 2017), e di pattern di attaccamento insicuro/preoccupato, in linea con lo studio di Martin e colleghi (2017). Rispetto a quest'ultimi, dagli studi non emerge una chiara differenza a livello di prevalenza tra attaccamento insicuro/ambivalente e insicuro/preoccupato in campioni di adolescenti con NSSI: è un aspetto su cui ci si potrebbe focalizzare in studi futuri per avere una visione più chiara. I risultati, infine, sono stati confrontati con quelli provenienti da un gruppo di adolescenti di controllo che, al contrario e in linea con le aspettative, hanno mostrato prevalentemente un pattern di attaccamento sicuro (Pallini et al., 2020).

Il frequente utilizzo di comportamenti autolesivi, in aggiunta a quanto detto, aiuta, nel momento, a migliorare la tolleranza al dolore psicologico esperito e questo rafforza la messa in atto degli stessi comportamenti, che diventano via via sempre più severi, fino a condurre potenzialmente a comportamenti suicidari (Jiang et al., 2017). Con riferimento ai fattori di protezione rispetto all'NSSI, studi empirici hanno dimostrato che possono essere considerati tali un attaccamento sicuro e un buon livello di compassione verso il

se; rispetto a quest'ultimo si fa riferimento alla capacità di essere comprensivi nei propri confronti, di perdonarsi, di riconoscere i propri errori e di riuscire a focalizzarsi sul presente, senza rimuginare e senza essere sopraffatti dalle emozioni negative (Nagra et al., 2016; Jiang et al., 2017).

In conclusione, vista l'importanza della qualità del contesto familiare e delle relazioni primarie nello sviluppo e nel mantenimento di Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI), Glazebrook e colleghi (2015) propongono l'utilizzo di una terapia familiare basata sull'attaccamento (ABFT), essendo questa un intervento mirato alla creazione di una base protettiva e sicura, per lo sviluppo dell'adolescente nella sua relazione con il caregiver.

CAPITOLO 2 – SISTEMA DIFENSIVO NEL CONTESTO DELL'ATTACCAMENTO

Si vuole introdurre ora una caratteristica importante della teoria dell'attaccamento, ovvero il processo difensivo. Bowlby (1980) delinea complessivamente tre tipologie di difese intrinsecamente legate ai diversi pattern di attaccamento: la *Deactivation* (deattivazione, Ds), la *Cognitive Disconnection* (disconnessione cognitiva, E) e i *Segregated System* (sistemi segregati, SS).

2.1 Introduzione al sistema difensivo teorizzato da Bowlby

La tradizione psicoanalitica definisce la difesa come un meccanismo mentale, finalizzato all'adattamento, all'autoregolazione e alla difesa dell'apparato psichico dell'individuo da impulsi potenzialmente incontrollabili, da sentimenti negativi e da pensieri inaccettabili nei confronti del sé e degli altri (Mikulincer, 2009).

Bowlby (1980), pur riconoscendo l'influenza del pensiero freudiano, utilizza un modello di elaborazione delle informazioni, per ridefinire il concetto di difesa secondo una prospettiva processuale (George & West, 2011). La difesa, secondo il teorico, è un processo automatico, inconscio e attenzionale, attraverso cui comportamenti, pensieri ed emozioni, legati ad esperienze di mancanza di cura e di protezione all'interno della relazione con la figura di attaccamento primaria, vengono filtrati e poi trasformati; in questo modo l'individuo, inconsciamente, cerca di salvare la relazione con il caregiver e di evitare di sentirsi vulnerabile e impaurito nell'affrontare una situazione, percepita come pericolosa senza la presenza di una base sicura da cui tornare per ricevere una rassicurazione (Mikulincer, 2009; George & West, 2011; George & Buchheim, 2014). Se i processi difensivi, però, vengono attivati in modo pervasivo e disadattivo, viene compromessa la relazione con il caregiver e minata la possibilità di far fronte all'angoscia che si sta attivando (Bowlby, 1980).

Bowlby (1980) individua tre processi difensivi qualitativamente distinti: la *Deactivation* (Ds), la *Cognitive Disconnection* (E), che sono forme organizzate, e i *Segregated System* (SS), che si presentano come forme di difesa disorganizzate (Mikulincer, 2009); tale distinzione, tra forma organizzata e disorganizzata è stata, poi, confermata in uno studio condotto da Delvecchio e colleghi (2013), somministrando l'AAP ad un campione di giovani adulti.

La *Deactivation* (Ds) comprende strategie che permettono di spostare l'attenzione da ricordi o sentimenti legati ad eventi di attaccamento e lavora per impedire che il soggetto diventi consapevole dell'attivazione di stati di angoscia; in tal modo, il soggetto evita di attivare il sistema di attaccamento (Bowlby, 1980). La *Deactivation* è associata ad una valutazione di sé e degli altri come non meritevoli di cura e al rifiuto o alla neutralizzazione dei bisogni di attaccamento (George & Solomon, 2008).

La *Cognitive Disconnection* (E) disconnette letteralmente i sentimenti legati all'attaccamento dalla loro origine, compromettendo la capacità di avere una visione unitaria e coerente degli eventi e delle emozioni che seguono l'attivazione dell'attaccamento (Bowlby, 1980; George & West, 2011). La *Cognitive Disconnection* si traduce in valutazioni confuse di sé e degli altri ed è associata ad una sensazione di inadeguatezza, nel momento in cui si rende necessario affrontare una situazione stressante in modo autonomo (Mikulincer, 2009). Il sistema di attaccamento è iperattivato e la sua disattivazione risulta difficile, anche in situazioni che non si presentano come potenzialmente pericolose (George & West, 2001).

Secondo Bowlby, questi due processi difensivi sono legati a diverse forme di pattern di attaccamento insicuro, proprio perché l'insicurezza a livello rappresentativo è caratterizzata da un'elaborazione difensiva, che esclude le informazioni sull'attaccamento (compresi i sentimenti) al servizio della protezione dell'individuo dall'ansia e dall'angoscia legate allo stesso (George & West, 2003). Da una parte, la *Deactivation* è legata ad un pattern di attaccamento insicuro/distanziante, che, come già affermato (Cap. 1.1.1), rappresenta una relazione di attaccamento caratterizzata da un caregiver primario distante, frustrante e poco accogliente (George & West, 2001). Dall'altra parte, la *Cognitive Disconnection* è legata ad un pattern di attaccamento insicuro/preoccupato che, sempre già affermato, rappresenta una relazione di attaccamento caratterizzata da incertezza rispetto alla disponibilità del caregiver e da un'ipersensibilità all'abbandono, che si contrappone ad una forte preoccupazione per la vicinanza dell'altro (George & West, 2001). La *Cognitive Disconnection* è un processo difensivo molto presente nella maggior parte degli individui e può essere visto come un "rumore mentale" di fondo, che rimane attivo. Tuttavia, gli individui classificati come preoccupati non riescono a mantenere tale rumore in sottofondo e, quindi, ne sono sopraffatti (George & West, 2012).

I due processi difensivi appena descritti sono stati osservati anche in studi empirici successivi; George & West (2012) hanno studiato questi due meccanismi di difesa arrivando ad affermare che sono due processi attivati per riuscire a regolare le proprie emozioni e che, in molti casi, sono tipicamente presenti con soggetti che presentano, in modo generale, un'organizzazione di attaccamento insicuro. Nel corso degli anni, inoltre, sono stati condotti diversi studi che hanno indagato il ruolo di questi dei processi difensivi appena descritti all'interno di quadri clinici differenti, utilizzando prevalentemente l'AAI come strumento di valutazione. Kobak, Sudler e Gamble (1991), in uno studio condotto con un campione di adolescenti, mettono in luce una correlazione tra l'utilizzo di strategie difensive di iperattivazione del sistema di attaccamento e la presenza di una sintomatologia riconducibile ad un quadro clinico depressivo. Questi risultati, inoltre, sembrerebbero confermare l'ipotesi secondo cui l'utilizzo di strategie di iperattivazione predisponga gli individui ad un'eccessiva consapevolezza della propria sofferenza e ad un uso di processi di coping prevalentemente ruminativi o introspettivi (Cole-Dekte & Kobak, 1996). Successivamente, Allen e colleghi (1996) hanno trovato, in un campione di giovani adulti, un incremento nell'utilizzo di sostanze, utilizzate per spostare l'attenzione da situazioni stressanti e minimizzare il bisogno di aiuto, legato all'utilizzo prevalente della deattivazione come difesa principale. Cole-Dekte e Kobak (1996), nello stesso anno, hanno indagato le strategie legate all'attaccamento in un campione di ragazze con Disturbo del Comportamento Alimentare, che presentavano prevalentemente un pattern attaccamento insicuro/distanziate; i risultati mostrano la presenza prevalente di una deattivazione del sistema di attaccamento, utilizzata a fini difensivi. Più recentemente, attraverso l'utilizzo dell'AAP, Symous e i suoi colleghi (2017) hanno condotto uno studio su un campione di madri ad alto rischio e con una storia di abusi durante l'infanzia: emerge, anche in questo caso, una prevalenza di attaccamento insicuro/disorganizzato legato prevalentemente alla presenza di esperienze traumatiche e ad un processo difensivo di iperattivazione del sistema di attaccamento.

A fronte di quanto affermato, possiamo affermare che la *Deactivation* (Ds) e la *Cognitive Disconnection* (E) sono processi difensivi organizzati (Mikulincer, Shaver, Cassidy, Berant, 2009), che agiscono da una parte disattivando mentre dall'altra iperattivando il sistema di attaccamento. Sebbene siano entrambi meccanismi attivati dall'insicurezza dovuta all'assenza di disponibilità da parte della figura di attaccamento, la loro presenza

in termini quantitativi può variare tra situazioni, relazioni e individui (Mikulincer et al., 2009).

Il terzo processo difensivo teorizzato da Bowlby (1980) è rappresentato dai *Segregated System* (SS), che sono forme di esclusione difensiva e che si attivano per segregare (concetto simile alla repressione freudiana) la memoria, l'affetto e l'esperienza, quando la figura dell'attaccamento non è disponibile o in concomitanza a perdite insopportabili (Bowlby, 1980; Delvecchio et al., 2014). Il pensiero originale di Bowlby riguardo ai *Segregated System* è incentrato sulla spiegazione secondo cui la loro manifestazione è data dalla mancanza di risoluzione, rispetto alla perdita di una figura di attaccamento durante l'infanzia, che può essere riconosciuta come base per lo sviluppo di sintomi legati al lutto non risolto e alla psicopatologia in età adolescenziale e adulta (Bowlby, 1980; George & West, 2003; George & Buchheim, 2014). Da allora, tale concetto di mancanza di risoluzione è stato ampliato per includere altri traumi, come l'abuso o l'abbandono dei genitori (Main et al., 1985; George & Solomon, 1996; George & West, 2003; George & Buchheim, 2014).

L'attivazione dei *Segregated System* si esprime attraverso una grande intensità emotiva, che rende i pensieri e i comportamenti disorganizzati e caotici; quando questa attivazione non funziona, possiamo ipotizzare che emerge del materiale traumatico e spaventoso precedentemente segregato (George & West, 2011). I *Segregated System* sono legati ad un pattern di attaccamento disorganizzato /irrisolto che, come già affermato (Cap. 1.1.1), rappresenta una relazione di attaccamento caratterizzata da un caregiver abusante, caotico e spaventante nella sua risposta alle richieste del bambino (George & West, 2001; George & West, 2011). Pallini e colleghi (2020) conducono uno studio in un campione di adolescenti con NSSI attraverso l'utilizzo dell'AAP, da cui emerge non solo una presenza maggiore di attaccamento insicuro ma anche un utilizzo maggiore dei *Segregated System* (SS), soprattutto in situazioni di presenza di intento suicidario.

George e Solomon (1996) sono stati gli unici ricercatori ad aver definito e validato operazionalmente l'approccio di Bowlby rispetto al sistema difensivo, per renderlo accessibile e utilizzabile a livello di assessment (George & West, 2011). Gli autori hanno dimostrato come l'identificazione delle strategie difensive primarie è un passaggio chiave per la classificazione dell'attaccamento e per l'individuazione delle corrispettive rappresentazioni delle cure materne. Inoltre, individuando il pattern specifico delle

strategie difensive, è possibile restituire importanti informazioni rispetto alle differenze tra i gruppi di classificazione dell'attaccamento (George & West, 2001; George & West, 2011). Per questo, lo schema difensivo di Bowlby è stato utilizzato come un elemento centrale per valutare i modelli rappresentativi di attaccamento usando l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), strumento narrativo-proiettivo che verrà introdotto nel capitolo successivo (vedi Cap. 3).

CAPITOLO 3 – ADULT ATTACHMENT PROJECTIVE PICTURE SYSTEM

L'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) è uno strumento narrativo-proiettivo, ideato e sviluppato per la valutazione clinica e la classificazione dell'attaccamento negli adolescenti e negli adulti (George, West & Pettem, 1997; Di Riso & Lis, 2016). L'AAP può essere definito come il primo *performance based test* e si compone di otto immagini stimolo, scelte per la loro capacità di attivare in modo crescente il sistema di attaccamento (George et al., 1997; Gunterman, 2015).

3.1 Lo sviluppo dell'Adult Attachment Projective Picture System

Nell'ambito della valutazione dell'attaccamento in età adulta, l'Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, Main, 1996) è stato il primo strumento validato e, per questo, è considerato lo strumento “gold standard” in questo campo (George et al., 1997). L'AAI è costruita secondo i canoni di un'intervista clinica semistrutturata, che valuta le rappresentazioni mentali dell'individuo rispetto alle relazioni di attaccamento (Lingiardi & McWilliams, 2017). In merito alla somministrazione, attraverso specifiche domande, si chiede al soggetto di produrre una narrazione e di riflettere sull'esperienze passate e attuali nella relazione con le figure di attaccamento, cercando di mantenere il discorso coerente e collaborativo (Lingiardi & McWilliams, 2017). Successivamente, è possibile ottenere una classificazione dell'attaccamento rispetto a quattro categorie, usate dai ricercatori che condividono un approccio evolutivo: sicuro/autonomo, evitante/distanziante, preoccupato/ambivalente e disorganizzato/irrisolto (George et al., 1997; George & West, 2011).

Nonostante l'AAI fornisca una descrizione ricca e caratterizzata da una buona validità di costrutto, rispetto alle rappresentazioni mentali dell'attaccamento in età adulta, si possono evidenziare alcune criticità (George & West, 2011): da un punto di vista pratico, l'intervista risulta lunga e, infatti, richiede da un'ora a due ore di tempo per la somministrazione, a cui segue la trascrizione *verbatim* da parte dell'intervistatore e il processo di classificazione; da un punto di vista clinico, l'AAI risulta limitato nella valutazione della presenza di un eventuale trauma a livello di attaccamento, alla luce del fatto che mette in evidenza solo vissuti di perdite reali o di abusi fisici; non restituisce, inoltre, importanti informazioni sui processi difensivi legati all'attaccamento (George & West, 2011).

Le origini dell'AAP sono state descritte per la prima volta da West e Sheldon-Keller (1994).

L'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), come spiegano George e West (1997), è nato dall'idea di offrire a clinici e ricercatori una misura dell'attaccamento adulto, che mantenesse una buona validità di costrutto e che, inoltre, potesse superare le problematiche pratiche e cliniche dell'AAI (George & West, 2011). La somministrazione dello strumento, inoltre, richiede tempistiche più brevi e i principali punti di forza sono proprio la possibilità di valutare i processi difensivi inconsci legati all'attaccamento e la possibilità di classificare l'attaccamento adulto, mantenendo una grande sensibilità rispetto alla presenza di qualsiasi tipologia di trauma (George & West, 2011).

Come già anticipato, l'AAP è uno strumento proiettivo, composto da un set standardizzato di otto immagini stimolo, che permettono una progressiva attivazione del sistema di attaccamento. La procedura di selezione delle immagini è stata attuata in modo da soddisfare tre caratteristiche principali osservabili nella teoria dell'attaccamento definita da Bowlby (1969/1982).

La prima caratteristica, e forse la più importante, è che l'attaccamento può essere valutato nel momento in cui viene attivato il sistema di attaccamento, ovvero in condizioni che minacciano o compromettono il senso di sicurezza fisico o psicologico dell'individuo (George & West, 2011). Rispetto a questo, le immagini scelte riescono ad attivare una sensazione di angoscia di attaccamento, riportando rappresentazioni di separazione, solitudine, paura o morte (George & West, 2003).

La seconda caratteristica è la possibilità di percepire la disponibilità della figura di attaccamento, che se presente contraddistingue un pattern di attaccamento sicuro (George & West, 2011). Come già messo in evidenza nel Capitolo 1 (pp. 3), durante l'infanzia è importante per il bambino avere una disponibilità fisica e un accesso immediato alla figura di attaccamento mentre, crescendo, diventa più importante una prossimità psicologica della stessa, che permette di far fronte a situazioni di stress ricorrendo alla sua internalizzazione (George & West, 2003). Rispetto a questo, alcune immagini dell'AAP ritraggono un'interazione tra due adulti o tra un adulto e un bambino, riproducendo una situazione in cui la figura di attaccamento è fisicamente accessibile (tavole "Dyadic"); altre scene, al contrario, raffigurano un adulto o un bambino da soli,

attivando così le rappresentazioni interne della figura di attaccamento (tavole “*Alone*”) (George & West, 2003).

La terza caratteristica è la visione di Bowlby (1969/1982) dell’attaccamento come un elemento della personalità presente per tutto l’arco di vita, dall’infanzia all’età adulta. Gli autori dello strumento includono questa caratteristica nelle immagini, inserendo personaggi di diverse età, a partire da bambini fino ad arrivare a figure più adulte (George & West, 2003).

3.1.1 La validazione dello strumento

Seguendo la tradizione e gli studi legati alla teoria dell’attaccamento che, si sono concentrati nell’individuare le differenze individuali in termini sicurezza, George e West (1997) sviluppano, e successivamente validano, uno schema specifico di classificazione dell’attaccamento per l’AAP, che permette di identificare i quattro principali pattern di attaccamento già introdotti dall’Adult Attachment Interview (AAI): sicuro (F), distanziante (DS), preoccupato (E) e disorganizzato/non risolto (U).

Il processo di validazione del sistema classificatorio, avviatosi con la somministrazione dello strumento ad un gruppo di studenti universitari fino ad arrivare a campioni più ampi, ha permesso di ottenere un’esaustiva analisi psicométrica dell’AAP, dimostrandole l’affidabilità e la validità nella valutazione dell’attaccamento adulto e nella classificazione dei quattro diversi pattern; è stata osservata, inoltre, una fedeltà tra giudici per la classificazione dell’organizzazione dell’attaccamento sicuro e insicuro del 93% ($\kappa=.73$. $p>.000$), una fedeltà tra giudici per la classificazione dei quattro pattern di attaccamento principali dell’85%, una convergenza dell’accordo tra AAP e AAI a livello di classificazione dei pattern del 90% e una fedeltà test-retest a distanza di tre mesi dell’84% (George & West, 2001; George & West, 2003; George & West, 2012). Infine, rispetto alla valutazione della validità discriminante, dalla somministrazione della WAIS e del Brinda Inventory of Desirable Responding, non sono emerse correlazioni significative tra classificazione dell’AAP e, rispettivamente, l’intelligenza verbale e la desiderabilità sociale (George & West, 2012).

Inoltre, è necessario anche riportare i possibili limiti dell’AAP (Gunterman, 2015). In primo luogo, per poter portare a termine il compito è necessario avere una buona visione degli stimoli presentati e avere delle qualità verbali adeguate, per riuscire ad

avanzare una narrazione. Infine, essendo prevista una audio-registrazione, è necessario ottenere il consenso informato da parte del soggetto e questo chiama in causa ulteriori considerazioni a livello etico (Gunterman, 2015).

3.2 Struttura e somministrazione dell'AAP

L'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) comprende un set di otto immagini in bianco e nero: una neutra e le altre sette raffiguranti scene in grado di attivare in maniera crescente il sistema di attaccamento (George et al., 2017; Di Riso & Lis, 2016). Alcune scene, come già accennato, riportano un bambino o un adulto da soli e sono denominate tavole "Alone"; altre raffigurano una diade bambino-adulto o adulto-adulto e quindi vengono denominate tavole "Dyadic"; in entrambe le tipologie, le espressioni facciali dei personaggi o altri dettagli, che potrebbero guidare nell'interpretazione, sono assenti (George & West, 1997; George & West, 2011; Di Riso & Lis, 2016).

L'AAP prevede una somministrazione individuale, nel linguaggio nativo del partecipante, e risulta molto importante riuscire a creare un clima positivo e di mutua collaborazione tra l'intervistatore e il partecipante, in modo che quest'ultimo si possa sentire a suo agio nel condividere parti profonde di sé (George & West, 1997; George & West, 2011; Di Riso & Lis, 2016). Rispetto a questo, è buona norma iniziare con una breve conversazione di "riscaldamento" (warm-up) utile a stabilire un rapporto, senza però attivare dinamiche riconducibili all'attaccamento stesso. Il partecipante viene fatto sedere di fronte o di fianco all'intervistatore e la somministrazione dell'AAP viene audio-registrata, per permettere la successiva trascrizione *verbatim* e la codifica della stessa (George & West, 1997; Di Riso & Lis, 2016).

L'intervistatore inizia presentando la consegna strutturata del compito:

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

A questo punto si inizia il compito vero e proprio, procedendo con la consegna della prima immagine stimolo warm-up, neutrale rispetto all'attivazione del sistema di attaccamento: la tavola *Neutral*, che raffigura due bambini mentre giocano a palla. Successivamente, vengono presentate le altre sette immagini stimolo, nell'ordine sotto presentato, che attivano il sistema di attaccamento in modo crescente (George & West, 2011).

- *Child at window (Window)*: una bambina guarda fuori dalla finestra
- *Departure*: un uomo e una donna stanno in piedi uno di fronte all'altra con alcune valigie vicino
- *Bench*: una figura giovane e seduta da sola su una panchina
- *Bed*: un bambino e una donna sono seduti uno di fronte all'altro, su un letto
- *Ambulance*: una donna e un bambino guardano due figure, che stanno caricando una barella su un'ambulanza
- *Cemetery*: un uomo si trova in piedi di fronte ad una lapide
- *Child in Corner (Corner)*: un bambino si trova in un angolo, con le braccia protese in avanti

Due esempi riferiti alle * scritte sono riportati nella sezione APPENDICE 2 (pp. 109).

Viene sottolineata l'importanza di ottenere una storia completa, poiché spesso la mancanza di informazioni rilevanti può minare la qualità dell'AAP e quindi della seguente codifica (George et al., 1997).

Gli autori (George et al., 1997) mettono in luce alcuni accorgimenti in riferimento a specifici contesti di somministrazione dell'AAP.

In primo luogo, la somministrazione può essere inserita in una batteria di strumenti ma è consigliato non sovrastimolare il sistema di attaccamento, presentando altri compiti prima dell'AAP o sottoponendo precedentemente il partecipante a valutazioni fisiologiche stressanti (Di Lis & Di Riso, 2016; George et al., 1997).

In secondo luogo, se l'AAP viene utilizzato per la valutazione dell'attaccamento in adolescenti è importante tenere presente tutti gli aspetti dello sviluppo adolescenziale, da quelli più normativi a quelli clinici. In questo senso, è necessario dedicare più tempo alla fase di "riscaldamento", senza mettere fretta nell'introdurre la prima scena del processo di assessment, e tenere a mente che potrebbero emergere potenziali resistenze al compito (Di Riso & Lis, 2016; George et al., 1997).

3.3 Sistema di codifica e classificazione dell'attaccamento

Come affermato da Crowell, Fraley e Shaver (2008), i pattern di attaccamento non possono essere valutati attraverso una dimensione ortogonale, singola o di coppia. Per questo, la codifica e lo schema di classificazione dell'attaccamento attraverso l'AAP sono determinati valutando i trascritti *verbatim* delle narrazioni fornite alle sette immagini, attraverso tre dimensioni principali: la narrativa (*Discourse*), il contenuto della storia (*Story Content*) e i processi difensivi (*Defensive Processing*) (Fig.3) (George & West, 2001).

3.3.1 La narrativa (*Discourse*) e il Contenuto della storia (*Story Content*)

In riferimento alla dimensione della Narrativa, le risposte vengono valutate rispetto alla presenza di due elementi: esperienze personali autobiografiche nel racconto (*Personal Experience*), spesso associate ad un pattern di attaccamento preoccupato o non risolto, che mettono in evidenza la presenza di un profondo distress di attaccamento e di uno stato di confusione rappresentazionale tra il sé e l'altro (George & West, 2001; George & West, 2003; George & West, 2011); la dimensione della *Coherency*, presente quando il racconto risulta essere coerente e caratterizzato da un'articolazione logica, chiara e comprensibile (George & West, 2003).

Se prendiamo in considerazione, invece, la dimensione del Contenuto della storia si individuano tre dimensioni di cui viene valutata la presenza all'interno delle storie raccontate: l'*Agency of self*, la *Connectedness* e la dimensione *Synchrony* (George & West, 2003; George & West, 2011). L'*Agency of self*, di cui fanno parte le sottodimensioni *Haverm of Safety*, *Internalized Secure Base* e *Capacity of Act*, fa riferimento alla capacità di far fronte, in modo autonomo, a situazioni che elicitano particolare stress e senso di minaccia, utilizzando le proprie rappresentazioni e risorse interne. La *Connectedness* è la dimensione che valuta la disponibilità dell'individuo alla costruzione o al rinnovamento delle relazioni interpersonali intime, come quelle di amicizia o con il gruppo dei pari (George & West, 2011). Infine, la dimensione *Synchrony* è utilizzata per valutare la qualità e il livello di reciprocità con cui vengono lette le relazioni rappresentate nelle tavole Dyadic, ovvero *Bed*, *Departure* e *Ambulance* (George & West, 2011).

3.3.2 Processi difensivi (Defensive processes)

Seguendo lo schema di valutazione dei processi difensivi, messo a punto da George e Solomon (2008), il sistema di codifica dell'AAP utilizza le tre categorie difensive classiche già descritte, in modo più ampio e generale, nel Capitolo 2 (pp. 13): *Deactivation* (Ds), *Cognitive Disconnection* (E) e *Segregated System* (SS). Inoltre, è possibile individuare, relativamente a ciascuna immagine, differenti sottocategorie difensive riconducibili ai tre processi difensivi principali (Fig. 1); queste permettono di ottenere un profilo difensivo del soggetto più preciso e individualizzato.

Nello specifico, la *Deactivation* (Ds) è il processo che permette di distogliere l'attenzione da eventi o sentimenti che attivano il sistema di attaccamento e lavora per far sì che il partecipante riesca a completare il compito richiesto dall'AAP, senza che venga sopraffatto da un eccessivo distress (George & West, 2001; George & West, 2011). Inoltre, quando un eccessivo livello di distress, che richiederebbe l'intervento di un caregiver, irrompe nelle storie, la *Deactivation* ha la funzione di eliminare e neutralizzare il desiderio di contatto fisico o emotivo con le figure di attaccamento (George & West, 2011). La *Deactivation* è codificata nelle storie, in cui temi includono ruoli sociali, aspetti materiali, autorità, temi sessuali o romantici, e in storie, in cui emergono aspetti trasgressivi, di punizione o di rifiuto.

La *Cognitive Disconnection* (E) è il processo che, di fronte a situazioni che provocano angoscia di attaccamento, permette di dividere gli affetti e lo stress da quella che è la loro fonte ma, allo stesso tempo, crea confusione e incertezza. Questi sono tutti elementi che possono minare la possibilità di creare una risposta coerente e consistente, in una situazione di stress (George & West, 2003; George & West, 2011). Nelle storie dell'AAP, la *Cognitive Disconnection* si evidenzia attraverso l'incapacità dei soggetti di prendere decisioni chiare sulla descrizione dei personaggi e degli eventi, attraverso la presenza di due o più trame per la stessa tavola, spesso caratterizzate da tematiche diametralmente opposte, oppure di elementi che fanno trasparire rabbia e frustrazione nei confronti di situazioni difficili dalle quali ci si vorrebbe ritirare (George & West, 2011).

L'attaccamento irrisolto/disorganizzato è, infine, associato alla terza tipologia difensiva studiata da Bowlby (1980), ovvero il *Segregated System* (SS), definiti come un forte processo difensivo, che permette di allontanare dalla zona della consapevolezza memorie particolarmente dolorose o affetti associati a relazioni di attaccamento

minacciose. Spesso, proprio in concomitanza con l'individuazione di questo meccanismo di difesa, emerge la presenza di un evento traumatico nella storia del soggetto come la perdita o la morte di una persona cara, un abbandono o un abuso (George & West, 2001; George & West, 2011). Nelle storie dell'AAP, in primo luogo si individua l'eventuale presenza di *Segregated System*. Inizialmente si valuta se questi sono "normativi" (SS_{norm}) o traumatici (SS_{tr}) e successivamente, si valuta se risultano riorganizzati o contenuti all'interno dei racconti: l'intera storia viene considerata non risolta, se è presente anche solo un *Segregated System* irrisolto (George et al., 1997); ciò accade quando il soggetto non riesce a gestire il compito di raccontare una storia e quando traspare una grande paura di andare incontro ad una disregolazione (George & West, 2001; Di Riso & Lis, 2016). I processi di risoluzione, al contrario, sono indice di un pattern di attaccamento organizzato e, quindi, della capacità dell'individuo di far riferimento ai propri modelli operativi interni legati all'attaccamento, per comprendere, risolvere o cercare di prevenire situazioni minacciose (George & West, 2001). Con riferimento alla ricerca di George e Solomon (2008), la presenza dei *Segregated System* nelle storie dell'AAP si evince da elementi connotati da impotenza, paura, incontrollabilità, abbandono, isolamento, impossibilità nel sentirsi protetti; l'atmosfera del racconto risulta essere profondamente inquietante e spesso emergono elementi traumatici relativi all'esperienza personale dell'intervistato (George & West, 2011); può anche succedere che l'intervistato si rifiuti di rispondere ad un'immagine, restituendola al somministratore (George & West, 2001).

3.3.4 Classificazione dell'attaccamento

La classificazione dell'attaccamento è determinata analizzando la presenza delle dimensioni di codifica prima descritte, in ognuna delle sette tavole create per attivare il sistema di attaccamento nel soggetto. Il processo di classificazione segue uno schema gerarchico, che prevede diversi punti, dove i pattern di attaccamento individuabili sono quattro: attaccamento sicuro (F), attaccamento distanziante (DS), attaccamento preoccupato (E) e attaccamento irrisolto (U) (George & West, 2011).

L'attaccamento sicuro (F) caratterizza gli individui, che manifestano attraverso l'AAP la capacità di far fronte al distress di attaccamento o di ricercare in modo attivo le figure di attaccamento per ricevere conforto e affetto, oltre che l'abilità di pensare quando sono da soli; questo è visibile nel momento in cui, nella storia, i personaggi vengono

descritti come occupati a portare a termine azioni costruttive e la narrazione appare coerente (George & West, 2003; George & West, 2011).

L'attaccamento distanziante (DS) è individuabile dalla presenza predominante, nei trascritti dell'AAP, di processi difensivi riconducibili alla *Deactivation* (Ds) e alle rispettive sottocategorie difensive che permettono di mantenere una distanza rappresentazionale tra l'individuo e l'evento che sta attivando l'attaccamento (George et al., 1997); nelle tavole diadiche, per esempio, le interazioni sono spesso "funzionali" e vengono raccontate seguendo un copione sociale o regole culturali, che rappresentano come le persone dovrebbero comportarsi in quelle determinate situazioni (George & West, 2001; George & West, 2004). Quando il distress è evidente, i soggetti con attaccamento distanziante tendono a minimizzare e neutralizzare l'attivazione del sistema di attaccamento, a descrivere i sentimenti con un'accezione negativa e a risolvere la situazione agendo su di essa, senza accompagnare l'azione con un pensiero (George & West, 2004; George & West, 2011). L'attivazione della *Deactivation* permette di mantenere un confine definito tra il sé e l'altro durante compiti di tipo proiettivo, ma è molto evidente, nelle loro narrazioni, l'emergere della mancanza di risorse interne ed esterne, che sono fondamentali per poter ristabilire un equilibrio a livello di sistema di attaccamento (George & West, 2001; George & West, 2004).

L'attaccamento preoccupato (E) viene individuato quando è predominante la presenza di processi difensivi riconducibili alla *Cognitive Disconnection* (E), che si associa ad incertezza, ambivalenza e preoccupazione mentale relativa ad esperienze, sentimenti oppure persone; l'obiettivo è spostare l'attenzione rispetto all'origine della situazione di distress (George & West, 2001; George et al., 2003; George & West, 2011). Spesso le storie dell'AAP descrivono protagonisti soli, passivi, immobili e sono caratterizzate da incoerenza, contraddittorietà, da frasi e pensieri non completi oppure dalla presenza di più trame, tutte molto diverse tra loro (George & West, 2001; George & West, 2003; George & West, 2011). Molto comune è la presenza di riferimenti a *Personal Experience*, che dimostra quanto sia difficile per gli individui preoccupati mantenere un confine sé-altro all'interno delle relazioni (George & West, 2011).

L'attaccamento non risolto (U) caratterizza gli individui che, anche momentaneamente, sono talmente in difficoltà nel gestire una grande paura legata all'attaccamento, in relazione alla presenza di esperienze traumatiche o di perdita, che

non riescono a rimanere organizzati e agganciati al reale (George & West, 2011). Questo si lega al fatto che sono invasi da sensazioni di protezione fallimentare, abbandono, vulnerabilità ed eccessivo distress mentale (George & West, 2003; George & West, 2011). Nell'esposizione della storia, che spesso risulta incoerente, è visibile come il soggetto manchi della capacità di contenere e riorganizzare racconti, che contengono *Segregated System* (SS) (George & West, 2011).

L'individuazione di uno dei quattro pattern di attaccamento appena descritti, in riferimento al trascritto della narrazione del soggetto, avviene attraverso un processo gerarchico, che si articola in più passaggi. Quest'ultimo mette in evidenza come i processi difensivi siano effettivamente aspetti integrali, se si parla di modelli interni relativi all'attaccamento, e come essi siano importanti nel processo di interpretazione delle storie dell'Adult Attachment Projective Picture System e di individuazione dell'attaccamento associato (George & West, 2003; Di Riso & Lis, 2016).

3.4 Utilizzo dell'AAP in campioni clinici

L'AAP è uno strumento finora utilizzato in un'ampia gamma di contesti sia di ricerca che clinici. In questo capitolo, l'obiettivo è illustrare la varietà di ambiti in cui l'AAP può essere applicato.

Gallichan & George (2014; 2018), nei loro due studi, indagano il potenziale dell'AAP come misura dell'attaccamento in un campione di adulti con disabilità intellettiva. In particolare, i due autori, per poter procedere con la somministrazione evitando il più possibile di intaccare la validità dei risultati a fronte delle difficoltà dei partecipanti, hanno modificato la procedura in tre momenti: sono state aggiunte alcune parole di chiarimento sia nella consegna che nei prompt; le regole di somministrazione sono state rese più flessibili, permettendo all'intervistatore di dare un feedback positivo qualora si ritenesse necessario; è stata ampliata, infine, la fase di "warm up", aggiungendo altre due immagini neutre rispetto a quella già presente (tavola "Neutral"), in modo che i partecipanti avessero più tempo per prendere confidenza e imparare il compito (Gallichan & George, 2014; Gallichan & George, 2018). I risultati di questi due studi hanno visto prevalentemente una classificazione dell'attaccamento come irrisolto/disorganizzato; rispetto a questo, l'AAP, quindi, ha permesso di far emergere elementi traumatici nei racconti ed ha dimostrato di poter essere utilizzato anche in presenza di disfunzioni

cognitive (Gallican & George, 2014; Gallichan & George, 2018). Futuri studi potrebbero prendere in considerazione la possibilità di utilizzare campioni di soggetti con disabilità intellettive più numerosi, per valutare se, anche in quel caso, applicando delle modifiche all'iter di somministrazione dell'AAP, la validità dello strumento si mantiene inalterata.

Diversi studi si sono focalizzati nel valutare il potenziale dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) come strumento capace di aiutare il clinico ad ottenere un feedback sull'andamento di un percorso terapeutico e ad avere maggiori informazioni rispetto al mondo interno del paziente, ai suoi meccanismi di difesa, alle sue modalità relazionali e alle aree principali, che potrebbero essere indagate durante il percorso di terapia, in modo che la sua pianificazione risulti il più funzionale possibile per quel determinato paziente (Finn, 2011; George & Buchheim, 2014; Bernheim, D., Gander, Keller, Becker, Lischke, Mentel, Freyberger & Buchheim, 2019). Finn (2011), in un caso-studio, ha utilizzato l'AAP per cercare di portare un suo paziente, molto resistente alla terapia, ad una maggiore consapevolezza delle sue modalità di relazione con il mondo esterno e delle difese che mette in atto, in modo da rendere il lavoro terapeutico più collaborativo. In linea con questo, George e Buchheim (2014) hanno condotto uno studio su una donna adulta vittima di abusi, la cui somministrazione dell'AAP ha rivelato una classificazione dell'attaccamento come irrisolto/disorganizzato. Gli autori (George & Buchheim, 2014) riportano le risposte del paziente ad ogni stimolo dello strumento, utilizzandole per dimostrare come l'AAP sia in grado di mettere in luce non solo le strategie difensive e le caratteristiche relazionali del soggetto, ma anche le sue risorse; queste sono importanti punti di partenza per il lavoro terapeutico successivo. Ci sono, ad esempio, elementi nelle risposte alle immagini che suggeriscono proprio un piccolo movimento della donna verso un possibile stato di riorganizzazione (George & Buchheim, 2014). Bernheim e i suoi colleghi (2019), più recentemente, in uno studio volto ad indagare come la rappresentazione dell'attaccamento può influenzare il cambiamento all'interno di un percorso terapeutico, prendono in considerazione un campione di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) che presenta per il 50% un attaccamento irrisolto/disorganizzato, con elementi traumatici non risolti; in questo contesto, quindi, le dimensioni dell'AAP vengono utilizzate per individuare alcuni elementi predittivi rispetto all'avanzare della terapia: è emerso, ad esempio, che la presenza di un alta quantità di elementi riconducibili alla dimensione *Synchrony* è

associata ad un incremento della possibilità di instaurare una relazione sempre più funzionale con il paziente e, quindi, ad una probabilità maggiore di ottenere un risultato positivo in seguito alla terapia (Bernheim et al., 2019). Rispetto a questo studio, potrebbe essere interessante proporlo anche a campioni clinici differenti per valutare eventuali somiglianze a livello di elementi predittivi rispetto ad un possibile esito della terapia.

In aggiunta, l'AAP è stato utilizzato anche in studi il cui obiettivo è quello di valutare l'attivazione del sistema di attaccamento in relazione alle capacità cognitive (QI), all'attività neuronale, rilevata attraverso la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), e all'attività dei processi biochimici, come il cambiamento del livello di ossitocina e cortisolo nel corpo (Delvecchio, Pazzagli, Di Riso, Chessa & Mazzeschi, 2013; Buchheim, Labek, Walter & Viviani, 2013; Labek, Viviani, Gizewski, Verius & Buchheim, 2016; Buchheim, Erk, George, Kachele, Martius, Pokorny, Spitzer & Walter, 2016; Jobst, Padberg, Mauer, Daltrozzo, Bauriedl-Schmidt, Sabass, Sarubin, Falkai, Renneberg, Zill, Gander & Buchheim, 2016; Krause, Pokorny, Schury, Doyen-Waldecker, Hulbert, Karabatsiakos, Kolassa, Gundel, Waller & Buchheim, 2016). Buchheim e i suoi colleghi (2013) hanno condotto uno studio su un caso singolo, una donna adulta con diagnosi di distimia con tratti narcisistici che ha vissuto due lutti importanti, a cui hanno somministrato l'AAP durante l'utilizzo della fMRI per osservare quali aree del cervello si attivano maggiormente durante il compito; ad esempio, è stata riscontrata una difficoltà maggiore del soggetto nel rispondere alla tavola *Cemetery*, in quanto richiama tematiche di morte, accompagnata ad un'attivazione cerebrale maggiore in determinate aree (Buchheim et al., 2013). In uno studio successivo (Buchheim et al., 2016), la situazione viene ripetuta ma con un campione più ampio (n=11) di donne con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (BPD) messo a confronto con un campione di controllo (n= 17), sempre composto da donne; l'obiettivo dello studio è indagare se tra i due gruppi ci siano delle differenze a livello di attivazione neurale e di regolazione delle emozioni durante l'attivazione dell'attaccamento, classificato come irrisolto/disorganizzato. È stata dimostrata, per esempio, un'attivazione maggiore dell'amigdala e un incremento di sensibilità a livello emotivo, elemento che si ipotizza essere legato a stati di disregolazione emotiva legati a situazioni non risolte (Buchheim et al., 2016). In linea con questi risultati, è stato dimostrato che pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) ottengono, prevalentemente, una classificazione

dell'attaccamento come irrisolto/disorganizzato dalla somministrazione dell'AAP e, inoltre, mostrano un livello inferiore di ossitocina nel corpo, ipotizzando che un'alterazione del livello di quest'ultima possa rappresentare un'altra possibile causa fisiologica rispetto alla manifestazione di uno stato di disregolazione emotiva (Jobst et al., 2016). Questi studi dimostrano che l'AAP è uno strumento che attiva effettivamente il sistema di attaccamento e le funzioni ad esso associate; inoltre, mostra una buona validità nel discriminare i diversi pattern, dandone però una lettura personale e mettendo in evidenza le sfumature specifiche di ogni individuo.

Come già affermato, l'AAP è uno strumento particolarmente sensibile alla presenza di esperienze traumatiche, di varia tipologia; per questo viene spesso utilizzato per esaminare possibili relazioni tra storie di abuso o di maltrattamenti durante l'infanzia, quadri clinici psicopatologici e categorie dell'attaccamento in adolescenza e in età adulta (Aikins, Howes, & Hamilton, 2009; Webster & Joubert, 2011; Symons, Clark, Tarabulsky, Hawkins & Carrey, 2017). Symons e i suoi colleghi (2017) hanno condotto uno studio su un campione di madri ad alto rischio e con una storia di abusi durante l'infanzia. L'AAP è stato utilizzato insieme ad altri strumenti, scelti per valutare la presenza di eventuali psicopatologie o disturbi della personalità, non solo per mettere in luce il pattern di attaccamento prevalente nel campione, emerso essere irrisolto/disorganizzato a fronte delle diverse storie di abuso, ma anche per esaminare le strategie difensive, che risultano anch'esse essere prevalentemente disorganizzate. Questi dati, oltre ad ampliare il campo di ricerca, confermano i risultati emersi da due studi precedenti. Joubert, Webster e Kist Hackett (2012) utilizzano l'AAP per indagare l'associazione tra attaccamento, prevalentemente irrisolto/disorganizzato, funzioni cognitive e la presenza di sintomi dissociativi in un campione di adolescenti con una storia di maltrattamento. Juen, Arnold, Meissner, Nolte e Buchheim (2013), un anno dopo, decidono di focalizzarsi maggiormente sui processi difensivi legati all'attaccamento irrisolto/disorganizzato all'interno di un campione di adulti che presentano diverse condizioni cliniche (abuso di sostanze, PTSD, depressione, BDP, schizofrenia), indagando quali possono essere le possibili differenze a livello di difese utilizzate tra le diverse condizioni cliniche prese in esame. Da questo studio, ad esempio, è emerso che pazienti con diagnosi di depressione e schizofrenia utilizzano i processi difensivi con un'alta intensità per cercare di evitare di cadere in uno stato di disorganizzazione; in particolare, i primi utilizzano sia la

Deactivation (Ds) che la *Cognitive Disconnection* (E) in misura uguale, mentre i secondi prevalentemente la *Cognitive Disconnection* (Ds) (Juen et al., 2013).

Una grande parte delle ricerche, in ambito di attaccamento, hanno focalizzato la loro attenzione sulla possibile influenza che l'attaccamento dei genitori può avere nello sviluppo del figlio, in vari aspetti evolutivi come, per esempio, rispetto alla capacità di regolazione delle emozioni (Mazzeschi, Pazzagli, Laghezza, Radi, Battistini & De Feo, 2014). In questo studio si procede alla somministrazione dell'AAP sia alle madri che ai padri di un campione di ragazzi che soffrono di obesità (Mazzeschi et al., 2014). I risultati mettono in luce il ruolo di entrambi i genitori nello sviluppo della condizione clinica dei figli e mostrano una prevalenza maggiore dell'organizzazione di attaccamento insicuro; rispetto a questo, nello specifico, le madri ottengono maggiormente una classificazione dell'attaccamento insicuro/preoccupato, mentre i padri una classificazione prevalentemente insicuro/distanziante (Mazzeschi et al., 2014). Studi futuri potrebbero partire da questi risultati per indagare il ruolo di entrambi i genitori e i loro rispettivi pattern di attaccamento nello sviluppo della capacità di regolazione emotiva in adolescenti con Disturbi del Comportamento Alimentare, come Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa, per ampliare la ricerca. Proprio in riferimento a questo, l'AAP è utilizzato anche nella valutazione di campioni clinici con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) e con Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI). Gander e colleghi (2018), indagando il disturbo specifico di attaccamento legato ad esperienze traumatiche infantili in adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) e con diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore (MDE), mettono in evidenza una prevalenza di pattern di attaccamento irrisolto/disorganizzato in entrambi i gruppi clinici presi in esame e, inoltre, all'interno dei trascritti dell'AAP di adolescenti con anoressia, emergono numerosi contenuti irrisolti riferiti ad un'assenza e ad un crollo dei confini tra la vita e la morte. Questo potrebbe essere indicativo del fatto che, questi ragazzi, mostrano un rifiuto nei confronti della loro vita perché sentono di non riuscire ad averne il controllo, soprattutto in situazioni di estrema solitudine ed isolamento; la sintomatologia da loro espressa, quindi, potrebbe rappresentare un atto suicida latente attraverso cui acquisire una falsa sensazione di controllo sulla loro situazione (Latzer & Hochdorf, 2005). Oltre a questo, grazie all'uso dell'AAP, si ottengono informazioni dettagliate sugli elementi traumatici legati ad AN e MDE in adolescenza, sull'impatto delle esperienze traumatiche sui singoli

soggetti e sul legame tra attaccamento e setting familiare, che permette al clinico di anticipare la potenziale alleanza terapeutica che si potrà creare (Gander, Sevecke, & Buchheim, 2018). Ulteriori studi, sempre con campioni di adolescenti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), nella maggior parte dei casi con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN), vengono condotti per valutare la classificazione dei pattern di attaccamento e la qualità dei processi difensivi presenti, oltre che per ottenere molte informazioni su come individualmente ogni soggetto risponde alle richieste del compito e sulle caratteristiche della sua personalità (Lis, Mazzeschi, Di Riso, & Salcuni, 2011; Delvecchio et al., 2014; Lonigro, Pallini, Zanna, Marech, Rosa, Criscuolo, Chianello & Laghi, 2020). Nello studio condotto da Delvecchio e colleghi (2014) la maggior parte dei pazienti con AN (51%) è stato classificato come irrisolto/disorganizzato ed è stato dimostrato, inoltre, un basso utilizzo della *Deactivation* (Ds) e della *Cognitive Disconnection* (E) da parte degli stessi, rispetto ad una grande presenza di *Segregated System* (SS) normativi e traumatici. Questi sono emersi, non solo nell'AAP di soggetti classificati irrisolti/disorganizzati, ma anche in quelli dei partecipanti che mostravano un pattern insicuro/distanziante. In altre parole, i pazienti distanziati con AN hanno utilizzato, come processi difensivi, prevalentemente i *Segregated System* (SS), che, come accennato in precedenza, sono associati alla presenza di stati non risolti (Delvecchio et al., 2014). La presenza, infatti, di lutti non risolti nelle storie di pazienti distanziati, come nei pazienti irrisolti, conferma la possibile presenza di stati di disorganizzazione e di disregolazione emotiva. Un'analisi qualitativa dei quattro pazienti classificati come preoccupati ha confermato, invece, l'assenza di lutti non risolti e un utilizzo minimi dei *Segregated System* (SS). Questo studio sottolinea come esperienze traumatiche durante l'infanzia, possono essere un fattore di rischio per l'emergere di uno stato di disregolazione affettiva che porta l'individuo a mettere in atto strategie alternative per autoregolarsi e gestire livelli ansiosi intollerabili (Delvecchio et al., 2014). Studi futuri potrebbero utilizzare un approccio longitudinale per valutare come le strategie legate all'attaccamento possono modificarsi nel tempo, partendo con la valutazione prima dell'emergere di qualsiasi sintomatologia. Uno studio condotto recentemente (Lenhart, Gander, Steiger, Dabkowska-Mika, Mangesius, Haid-Stecher, Fuchs, Buchheim, Sevecke & Gizewski, 2022), ha indagato la possibile riduzione di materia grigia a livello cerebrale in un campione di adolescenti con una grave diagnosi di Anoressia Nervosa,

confrontato con un gruppo di controllo, e, inoltre, si è focalizzato sulla possibilità che questa riduzione possa essere legata alla presenza di esperienze traumatiche legate all'attaccamento. Proprio rispetto a quest'ultimo elemento, l'AAP è servito agli autori per distinguere tra attaccamento risolto e irrisolto, che, come già affermato nei precedenti capitoli, è legato anche alla presenza di traumi relazionali (Lenhart et al., 2022).

Rispetto alle Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI), un unico studio utilizza l'AAP come strumento di valutazione dell'attaccamento (Pallini et al., 2020). In particolare, rispetto agli obiettivi dello studio, si indaga il legame tra intento suicidario e disregolazione emotiva in adolescenti con NSSI, all'interno del contesto delle rappresentazioni dell'attaccamento; inoltre, si esplorano le caratteristiche dell'organizzazione dell'attaccamento insicuro e si osserva come la presenza di *Segregated System (SS)*, riguardanti l'ideazione di morte, può caratterizzare in modo differente gli adolescenti che riportano di aver messo in atto tentativi di suicidio. Dai dati raccolti, emerge una prevalenza di attaccamento irrisolto/disorganizzato accompagnato dalla presenza massiccia di *Segregated System (SS)*, indipendentemente dalla presenza o meno di tentativi suicidari. Inoltre, rispetto al campione totale, 15 adolescenti con NSSI raccontano storie contenenti tematiche legate al suicidio (Pallini et al., 2020).

Concludendo, l'AAP si dimostra essere uno strumento valido e utilizzabile in diversi contesti. Esso permette una comprensione idiografica del processo interno di attaccamento e una classificazione di quest'ultimo, con l'obiettivo di fornire al clinico un punto di vista diverso e più ampio sul paziente, che tenga conto delle differenze individuali e delle caratteristiche peculiari dello stesso. Fornisce, infatti, una maggiore comprensione delle capacità relazionali e dei processi difensivi dei soggetti.

Infine, è uno strumento spesso utilizzato all'interno di batterie testistiche, insieme, ad esempio, a test per la valutazione della personalità, come l'MMPI, o ad altri *performance-based test*, come il Rorschach, proprio per la sua capacità di rendere il quadro clinico del paziente più completo e specifico. Infatti, la maggior parte degli studi precedentemente citato inserisce l'AAP in una batteria di strumenti diversi, scelti in base al campione scelto e agli obiettivi della ricerca. Ad esempio, Bernheim e i suoi colleghi (2019), essendo l'obiettivo quello di indagare come la rappresentazione dell'attaccamento può influenzare il percorso terapeutico in pazienti con Disturbo Bordeline di Personalità, in aggiunta all'AAP son stati utilizzati anche il *Borderline Personality Inventory (BPI-53)*, per avere

uno sguardo più specifico sul quadro clinico, e il *Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS)*, per indagare l'eventuale presenza di questo disturbo in comorbidità. Uno dei limiti che si possono evidenziare nell'utilizzo dell'AAP è che spesso limita la numerosità degli studi, in quanto richiede determinate tempistiche e specifiche modalità per la sua somministrazione.

CAPITOLO 4 – LA RICERCA

4.1 Obiettivi e Ipotesi

Alla luce della letteratura presentata, il presente studio si pone gli obiettivi esplorativi descritti di seguito.

Il primo obiettivo è esaminare, all'interno dei due gruppi clinici di nostro interesse (adolescenti con DCA e adolescenti con NSSI), la distribuzione dei quattro pattern di attaccamento e, a livello più generale, dell'organizzazione di attaccamento sicuro e insicuro attraverso la somministrazione dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP). Il confronto con i risultati ottenuti nei diversi studi della letteratura di riferimento, pur utilizzando tipologie di strumenti diversi, mostra una prevalenza di attaccamento insicuro tra gli adolescenti con DCA e NSSI (Battista et al., 2018; Delvecchio et al., 2014; Martin et al., 2017).

Il secondo obiettivo esplorativo è quello di osservare quale sia il pattern difensivo caratteristico dei pazienti dei due gruppi clinici, indagando la distribuzione della *Deactivation* (Ds), della *Cognitive Disconnection* (E) e dei *Segregated System* (SS). Inoltre, si vuole indagare la presenza di eventuali differenze nelle suddette distribuzioni tra i sottogruppi diagnostici.

Il terzo obiettivo è quello di indagare l'associazione tra le variabili che mettono in luce il sistema difensivo colto dall'AAP e i self-report somministrati nella stessa batteria. Ci si può aspettare di trovare un alto livello di stress genitoriale, valutato attraverso il Parental Burnout Assessment (PBA), soprattutto in situazioni familiari iperprotettive e invischianti che, molto studi mettono in luce essere un elemento che contraddistingue lo sviluppo di un attaccamento insicuro/preoccupato e un uso prevalente della *Cognitive Disconnection* (E), come processo difensivo, da parte del soggetto (Gunterman, 2015). Inoltre, si potrebbe ipotizzare la presenza di problematiche emotive e di una percezione negativa di se stessi e delle proprie competenze sociali attraverso lo Youth Self Report (YSR 6-18) in soggetti che nella trascrizione verbatim dell'AAP, mostrano di utilizzare la *Deactivation* (Ds) come processo difensivo primario, essendo questo legato ad aspetti di svalutazione di sé e degli altri (George & Solomon, 2008). Rispetto a questo, in particolare, potrebbe emergere la presenza della sottocategoria *Ds-Negative Evaluation*. Infine, sempre rispetto alla YSF, potremmo aspettarci alti punteggi nelle scale utilizzate per la valutazione di problematiche del pensiero e di problematiche comportamentale,

oltre che per problematiche a livello di regolazione emotiva, in soggetti che nell'AAP mostra un grande uso dei *Segregated System* (SS), che sappiamo essere legati a situazioni di disorganizzazione (George & West, 2011).

In accordo con gli obiettivi sopra indicati, sono state formulate le seguenti ipotesi:

1. Si ipotizza la prevalenza di un'organizzazione di attaccamento insicuro in entrambi i gruppi clinici di interesse dello studio, ovvero in adolescenti con DCA e NSSI. Rispetto al gruppo clinico con DCA, in letteratura, dallo studio di Dias e colleghi (2011) emerge che il 70% dei soggetti del campione clinico con DCA preso in esame, donne adulte e adolescenti, presenta un profilo di attaccamento insicuro in seguito alla somministrazione dell'AAP; questo risultato è stato rafforzato da studi successivi, come quello di Attili e colleghi (2015) in cui il 91% del campione di adolescenti con DCA, a cui viene somministrato *il Separation Anxiety Test* (SAT), mostra la stessa tipologia di profilo di attaccamento. Rispetto al gruppo clinico con NSSI, Glazebrook e colleghi (2015), attraverso la *Child Attachment Interview*, mettono in luce come il 71% del campione di adolescenti preso in esame presenta un attaccamento insicuro; questi risultati sono confermati dallo studio di Martin e colleghi (2017) che, utilizzando l'AAI, mostra una prevalenza di attaccamento insicuro in un gruppo di adolescenti con vissuti traumatici in infanzia.
2. Seguendo la classificazione dell'attaccamento di età adulta (George et al., 1997), all'interno di un profilo insicuro possiamo valutare l'attaccamento come Insicuro-Distanziante (DS), Insicuro-Preoccupato (E) e Insicuro-Disorganizzato (U). Facendo riferimento alla letteratura presente, si può ipotizzare una prevalenza di pattern Insicuro-Disorganizzato (U) in adolescenti con NSSI. Infatti, negli studi di Martin e colleghi (2017) e Pallini e colleghi (2020), che hanno preso in esame in campioni di adolescenti con NSSI, somministrando rispettivamente l'AAI e l'AAP, è emersa la prevalenza di un profilo di attaccamento insicuro sul versante disorganizzato. La letteratura, al contrario, non evidenzia la prevalenza di uno specifico pattern di attaccamento rispetto ad un altro nella popolazione di adolescenti con DCA; alcuni studi, infatti, riportano una prevalenza sul versante preoccupato (Terreno et al., 2008), altri sul versante distanziante (Attili et al., 2015) e infine ulteriori studi mettono in luce una prevalenza dell'attaccamento

disorganizzato, a fronte di un lutto non risolto (Delvecchio et al, 2014). Si ipotizza, quindi, di non trovare un pattern prevalente all'interno del gruppo di DCA, ma piuttosto di trovare una distribuzione uniforme degli stessi.

3. Prendendo in considerazione i tre processi difensivi teorizzati da Bowlby (1980), che la somministrazione dell'AAP permette di valutare, si ipotizza un utilizzo maggiore della *Deactivation* (Ds) e della *Cognitive Disconnection* (E) in adolescenti con DCA, quindi di un'ipoattivazione o un'iperattivazione del sistema di attaccamento (Cole-Dekte & Kobak, 1996), e un uso maggiore dei *Segregated System* (SS) in adolescenti con NSSI; infatti, in questo caso la letteratura mette in evidenza la presenza di uno stato di disregolazione emotiva e di incapacità di far fronte in modo organizzato a situazioni di stress (Bureau et al., 2009; Claes et al. 2016; Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020).
4. In seguito alla somministrazione dell'AAP e di una batteria di test self-report al campione di adolescenti e alle loro madri, ci aspettiamo di trovare una associazione tra la presenza di *Segregated System* (SS) nei trascritti, indicatori della presenza di aspetti traumatici nelle storie dei soggetti, e profili sintomatologici clinicamente significativi negli adolescenti e nelle madri. Infatti, in letteratura, emerge un'associazione tra la manifestazione dei *Segregated System* e lo possibile sviluppo di un quadro psicopatologico in età adolescenziale e adulta (George & West, 2003; George & Buchheim, 2014).

4.2 Metodologia

4.2.1 Partecipanti

Al presente studio hanno partecipato 35 soggetti (N=35) dell'età compresa tra i 14 e i 18 anni (M= 15.43, DS= 1.32), di cui il 97,1% sono femmine e il 2,9% sono maschi, reclutati presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano (Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti dell'ULSS 3 Serenissima) e presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova nel periodo tra marzo 2021 ed aprile 2022.

Per quanto riguarda il processo di reclutamento, sono stati previsti i seguenti criteri di inclusione: range di età dei partecipanti tra i 14 e i 18 anni, il consenso e la disponibilità di entrambi i genitori, in particolare della madre, e la presenza di diagnosi

ICD10(11) o DSM5 che permette di definire i due gruppi clinici dello studio. Nello specifico, considerando l'Autolesionismo sono stati inclusi pazienti con Autolesività non suicidaria (ANS) / Non Suicidal Self Injury (NSSI) o, al contrario, con intento suicidario; rispetto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono stati inclusi pazienti con Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder. Sono stati fissati anche i criteri di esclusione: Disabilità Intellettiva, Deficit sensoriale, ASD, famiglie monoparentali, consenso di un solo genitore e pazienti in terapia da più di un anno.

I partecipanti sono tutti di origine italiana, ad eccezione di uno che è di origine albanese, e risultano essere tutti studenti. In particolare, rispetto a quest'ultima informazione, il 22.9% 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 superiore e il 5.7% dei partecipanti frequenta la quinta superiore. Inoltre, l'11.4% del campione risulta figlio unico, mentre la restante percentuale (88.6%) riporta di avere almeno un fratello o una sorella.

Prendendo in considerazione la condizione clinica dei partecipanti, il 51.4% si rivolge al Servizio per visita ambulatoriale o colloquio psicologico, mentre il 48.6% si trova in regime di ricovero ospedaliero. In relazione alla diagnosi, il campione risulta così suddiviso: il 31.4% del campione riporta Condotte Autolesive (NSSI), mentre il restante 68.6% dei soggetti riporta DCA. Rispetto a quest'ultimo gruppo, il 40% riporta Anoressia Nervosa (AN), l'11.4% Bulimia Nervosa (BN), mentre solo 2 soggetti riportano, rispettivamente, Disturbo da Binge Eating (BE) (2.9%) e DCA-non altrimenti specificato (DCA-NAS) (2.9%). Infine, il 68.6% degli adolescenti riporta un altro disturbo in comorbilità e di questi il 45.7% presenta un disturbo dell'umore, il 2.9%, ovvero un unico soggetto, un disturbo del comportamento, mentre il restante 17.1% riporta altre condizioni cliniche. A livello sintomatologico, nel 65.7% dei casi i sintomi sono emersi da meno di un anno, nel 17.1% da due o più anni, mentre rispetto a 6 soggetti (17.1%) non si hanno informazioni certe. Infine, il 57.1% dei soggetti dichiara di seguire una terapia farmacologica, al contrario del 31.4% la cui terapia non prevede l'assunzione di farmaci; rispetto a questo aspetto, non si hanno notizie rispetto a 4 soggetti (11.4%)

Di seguito, nella *Tabella 1*, vengono riportate in modo sintetico le informazioni appena citate rispetto al campione dello studio.

CAMPIONE DI ADOLESCENTI (N= 35)					
ETA'					
<i>Media (μ) = 15.43</i>			<i>Deviazione Standard (DS) = 1.32</i>		
GENERE					
<i>Femmina (97.1%)</i>			<i>Maschio (2.9%)</i>		
NAZIONALITA'					
<i>Italiana (97.1%)</i>			<i>Albanese (2.9%)</i>		
SCOLARITA'					
<i>Terza media (22.9%)</i>	<i>1 Superiore (25.7%)</i>	<i>2 Superiore (14.3%)</i>	<i>3 Superiore (20%)</i>	<i>4 Superiore (11.4%)</i>	<i>5 Superiore (5.7%)</i>
FRATRIA					
<i>Figlio unico 11.4%</i>	<i>1 fratello/sorella 71.4%</i>	<i>2 fratelli/sorelle 11.4%</i>	<i>3 o più fratelli/sorelle 2.9%</i>		
REGIME					
<i>Ambulatoriale 51.4%</i>			<i>Ricovero 48.6%</i>		
DIAGNOSI					
<i>DCA 68.6%</i>			<i>NSSI 31.4%</i>		
<i>di cui</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>AN (40%)</i> • <i>BN (11.4%)</i> • <i>BE (2.9%)</i> • <i>DCA-NAS (2.9%)</i> 					
COMORBILITA'					
<i>Disturbo dell'umore 45.7%</i>	<i>Disturbo del comportamento 2.9%</i>		<i>Altre condizioni cliniche 17.1%</i>		

ESORDIO SINTOMI		
<i>Meno di un anno</i> 65.7%	<i>Più di anno</i> 17.1%	<i>Informazione assente</i> 17.1%
TERAPIA FARMACOLOGICA		
<i>Si</i> 51.7%	<i>No</i> 31.4%	<i>Informazione assente</i> 11.4%

Tabella 1. Sintesi delle informazioni demografiche del campione clinico costituito dagli adolescenti. I dati sono riportati sotto forma di frequenze percentuali (%)

In questo studio, sono state coinvolte anche le madri dei soggetti sopra descritti (N= 35), di età compresa tra i 37 e i 58 anni (M= 48.63, DS= 5.40) e reclutate presso i medesimi Servizi sopra elencati. Rispetto a questo gruppo di partecipanti, l'82.9% delle madri sono di origine italiana. Sul piano scolastico il 77.2% riportano di avere un livello di istruzione superiore alla licenza media, di cui il 40% di avere conseguito una laurea, e il 94.1% riporta di avere un'occupazione a livello lavorativo. Inoltre, considerando lo stato civile, il 74.3% affermano di essere sposate, il 20% di essere separate e il 5.7% di essere divorziate. Per concludere è necessario specificare che due madri, tra quelle che hanno preso parte a questo progetto, non hanno completato tutti i questionari richiesti e per questo motivo non sono state considerate al momento dell'analisi dei risultati, riportati nel capitolo seguente.

Nella *Tabella 2* sono riportate, in modo schematico, tutte le informazioni sopra descritte rispetto al campione delle madri dei partecipanti allo studio.

CAMPIONE DI MADRI (N= 35)				
ETA'				
<i>Media (μ) = 48.63</i>			<i>Deviazione standard (DS) = 5.40</i>	
NAZIONALITA'				
<i>Italiana (82.9%)</i>			<i>Altro (17.1%)</i>	
SCOLARITA'				
<i>Licenza media</i> <i>11.4%</i>	<i>Qualifica</i> <i>professionale</i> <i>2.9%</i>	<i>Diploma</i> <i>34.3%</i>	<i>Laurea</i> <i>40%</i>	<i>Informazione assente</i> <i>11.4%</i>
OCCUPAZIONE				
<i>Presente</i> <i>94.1%</i>			<i>Assente</i> <i>5.7%</i>	
STATO CIVILE				
<i>Sposate</i> <i>74.3%</i>	<i>Separate</i> <i>20%</i>		<i>Divorziate</i> <i>5.7%</i>	

Tabella 2. Sintesi delle informazioni demografiche del campione clinico costituito dalle madri degli adolescenti. I dati sono riportati sotto forma di frequenze percentuali (%)

4.2.2 Procedura

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

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

Rispetto alla procedura, lo studio e suoi diversi obiettivi sono stati presentati ai genitori e ai ragazzi al termine dei colloqui, considerando il Polo Adolescente, o durante il ricovero relativamente al reparto di Neuropsichiatria. A questo punto, è stato

consegnato un documento contenente tutte le informazioni sulla ricerca e, anche, il riferimento alla necessità di firmare il consenso informato per la partecipazione volontaria al progetto, oltre che per l'autorizzazione alla registrazione dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) necessaria per la successiva trascrizione *verbatim*. Il consenso è stato riconsegnato dai partecipanti all'incontro successivo, precedentemente concordato; la raccolta dati è stata distribuita in due incontri di circa 45-50 minuti (dovendo, i ragazzi, compilare l'AAP in un incontro diverso da quello dedicato agli altri questionari). Ai partecipanti è stata garantita la massima riservatezza rispetto al trattamento e all'analisi dei dati, utilizzati in forma esclusivamente confidenziale e a scopo di ricerca; infatti, ad ogni paziente e al rispettivo genitore è stato attribuito un codice identificativo e il tutto è avvenuto in conformità alle Norme di Buona Pratica Clinica dell'Unione Europea, alla Dichiarazione di Helsinki, in accordo con il Digs 196/2003 (e successive modifiche e/o integrazioni) e in modo da favorire il rispetto della protezione dei dati personali e della privacy. Oltre a questo, ai partecipanti è stata resa nota la possibilità di poter ritirare il consenso in qualsiasi momento e senza dover necessariamente fornire una motivazione; inoltre, è stata evidenziata anche l'opportunità di poter ricevere aggiornamenti sui risultati ottenuti.

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

Durante il primo incontro, dopo aver raccolto il consenso informato e ripresi i punti salienti della ricerca, il genitore è stato fatto accomodare in sala d'attesa per procedere con la compilazione dei questionari a lui dedicati, mentre il ragazzo è stato fatto accomodare in una stanza messa a disposizione dalla struttura per la somministrazione dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP), diretta da un operatore diverso da colui che lo segue nei colloquio psicologici-terapeutici o neuropsichiatrici; nel successivo incontro, invece, è stato proposto al ragazzo la parte restante del protocollo che prevedeva la somministrazione dei seguenti strumenti: Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e Youth Self Report (YSR 11-18). Anche la somministrazione ai genitori è stata diretta, come indicato sopra, da operatori diversi da coloro che li avevano seguiti nei colloqui ed ha previsto una serie

di strumenti specifici per ottenere informazioni relative al loro benessere psicologico, al livello di stress genitoriale e alla sintomatologia del figlio: la Scala di Depressione Ansia Stress (DASS), il Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF), il Parental Burnout Assessment (PBA) e la Child Behavior Check List (CBCL 16-18).

Esclusivamente presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano sono state proposte, sia ai ragazzi che ai genitori, alcune domande per indagare il benessere psicologico in riferimento all'emergenza sanitaria da Covid-19.

4.2.3 Strumenti

Ai ragazzi è stato somministrato, in primo luogo, l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), strumento narrativo-proiettivo volto a valutare e classificare l'attaccamento in adolescenti e adulti e descritto in modo approfondito nel CAPITOLO 3 (pp. 23). Quindi, solo presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano, sono state presentate, sempre ai ragazzi, due domande volte ad indagare il benessere psicologico e la paura di essere contagiati in riferimento all'emergenza sanitaria da COVID-19 che il nostro paese sta attualmente affrontando. Successivamente sono stati somministrati i seguenti strumenti, nell'ordine riportato e descritti in modo più approfondito successivamente¹:

- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994): è un questionario self-report volto ad indagare il costrutto dell'alessitimia.
- Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson & Patton, 2009): è un questionario self-report per la valutazione del costrutto di impulsività personalità/comportamento.
- Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991): è un questionario autosomministrato da parte di adolescenti compresi tra gli 11 e i 18 anni che permette di indagare come percepiscono lo loro stesse competenze sociali, scolastiche e ricreative e l'eventuale presenza di problematiche a livello emotivo-comportamentale.

Come già affermato in precedenza, al seguente studio hanno partecipato anche i genitori degli adolescenti ed è stata prevista la somministrazione di determinati strumenti,

¹ Vedi APPENDICE 1

preceduti da una serie di domande aventi l'obiettivo di raccogliere informazioni descrittive e demografiche personali (età, sesso, data di nascita, occupazione...). Inoltre, solo ai genitori dei pazienti in carico presso il Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano, sono state proposte alcune domande in relazione all'emergenza sanitaria da COVID-19 per indagare il benessere personale percepito in questo periodo, eventuali variazioni delle funzioni biologiche e delle attività ed eventuali sintomi fisici, comportamentali, emozionali e cognitivi. Di seguito vengono riportati gli strumenti somministrati ai genitori, nell'ordine riportato e descritti in modo più approfondito successivamente²:

- Scala di Depressione Ansia Stress (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995): è un test psicometrico self-report per valutare il livello di tre stati emotivi eventualmente vissuti dai soggetti.
- Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990; validazione italiana a cura di Guarino, Di Blasio, D'Alessio, Camicasca & Serantoni, 2008): è un questionario self-report utilizzato per valutare il livello di stress che si può riscontrare nell'essere genitori, le sue diverse tipologie e le sue possibili cause.
- Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam, Brianda & Mikolajczak, 2018; traduzione italiana a cura di Miscioscia, Brianda & Simonella, 2018): è un questionario self-report per la valutazione della presenza di burnout genitoriale.
- Child Behavior Check List (CBCL 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001; validazione italiana a cura di Frigerio, Cattaneo, Cataldo, Schiatti, Molteni & Battaglia, 2004): è un questionario parent-report che permette di ottenere informazioni, sulla base della prospettiva del genitore, rispetto ai problemi emotivo-comportamentali e alle competenze sociali del figlio.

Nel presente lavoro, ci focalizzeremo sui risultati ottenuti dalla somministrazione dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), in riferimento alla classificazione dei quattro pattern di attaccamento e all'utilizzo dei tre processi difensivi sia a livello di campione totale sia nello specifico all'interno dei due gruppi clinici presi in analisi (DCA e NSSI). Le codifiche sono state svolte da un giudice certificato a livello internazionale, con livelli di fedeltà di codifica superiori al 90% sia in lingua inglese che

² Vedi APPENDICE 1

italiana. Inoltre, utilizzeremo i risultati ottenuti nella somministrazione dello Youth Self Report (YSR,11-18) agli adolescenti; mentre, rispetto alle madri, prenderemo in considerazione i risultati dei seguenti strumenti: la Scala di Depressione Ansia Stress (DASS), il Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), il Parental Burnout Assessment (PBA) e la Child Behavior Check List (CBCL, 6-18).

CAPITOLO 5 – RISULTATI

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

Viene utilizzato un approccio clinico e qualitativo alla lettura dei dati ottenuti e le analisi utilizzate sono per lo più di carattere descrittivo. Inoltre, dal momento che la maggior parte delle variabili segue una distribuzione non normale, sono stati scelti test non parametrici, ovvero il Test del CHI-quadrato (χ^2) e il Test di Mann-Whitney per il confronto tra due campioni. Si è ricorsi, infine, alle correlazioni di Spearman riportando esclusivamente le correlazioni significative ($p < .05$ e $p < 0.01$).

Per eseguire tutte le analisi di seguito riportate è stato utilizzato il pacchetto software SPSS v.28.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

5.1 Prima Ipotesi

Con l'obiettivo di verificare la distribuzione dei pattern e delle organizzazioni di attaccamento, inizialmente, è stato preso in considerazione il campione clinico totale di adolescenti ($n=34$) a cui è stato somministrato l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) (George et al., 1997; George & West, 2001). I risultati (Fig. 1) mettono in evidenza come, rispetto ai quattro pattern di attaccamento, la maggior parte degli adolescenti presi in esame, indipendentemente dalla collocazione diagnostica, rientra in un pattern di attaccamento disorganizzato/non risolto (U) (41,2%); il restante 58,8% riporta un attaccamento organizzato di cui il 32,4% distanziante (DS), il 14,7% preoccupato (E) e l'11,8% sicuro (F). Rispetto a quest'ultimo dato, di conseguenza, si evince che l'88,2% dei soggetti, ovvero quasi la totalità del campione preso in esame, riporta un'organizzazione di attaccamento insicuro (NS).

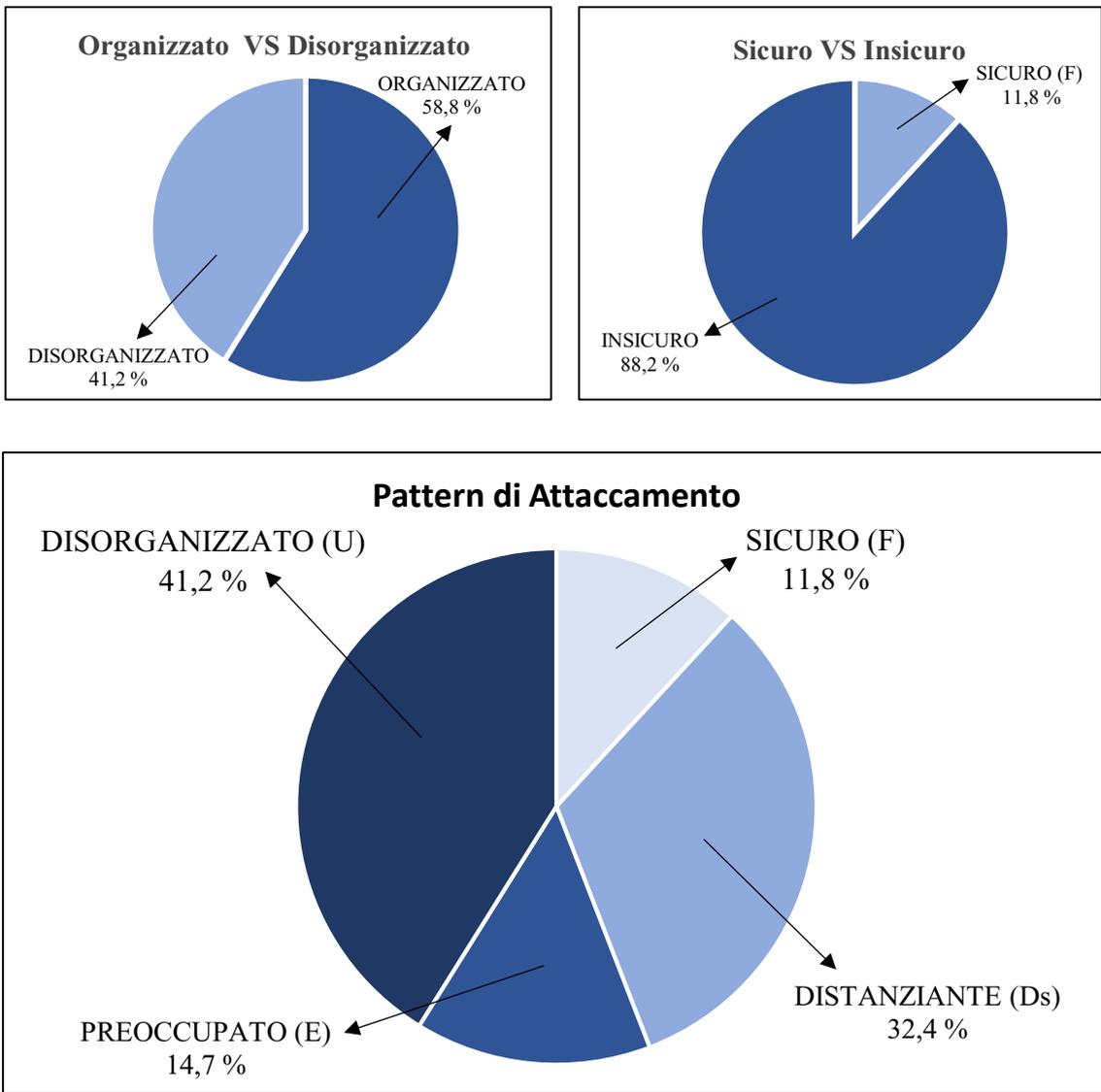


Fig. 1. Rappresentazione grafica delle classificazioni dei pattern e di attaccamento nel campione clinico totale degli adolescenti. I dati riportano le percentuali (%).

5.2 Seconda ipotesi

Con l'obiettivo di verificare la distribuzione dei pattern e delle organizzazioni di attaccamento, è stato effettuato un confronto tra i due gruppi clinici dello studio, ovvero, adolescenti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) (N=23) e adolescenti con Condotte Autolesive non Suicidarie (NSSI) (N=11). Non sono emerse differenze significative né nella distribuzione a quattro profili ($\chi^2= 3.048$; $p= 0.384$), né nella distinzione tra profili organizzati (Org) e disorganizzati (U) ($\chi^2= 1.200$; $p=0.273$), né nella distinzione tra profili sicuro (S) e insicuri (NS) ($\chi^2= 2.168$; $p= 0.141$).

5.3 Terza ipotesi

Per verificare la terza ipotesi, sono stati presi in considerazione i due gruppi clinici dello studio, ovvero adolescenti con diagnosi di DCA (N=24) e adolescenti con NSSI (N=11).

Visto che, indipendentemente dal sottoprofilo diagnostico, i pazienti presi in considerazione mostrano un profilo disorganizzato, è interessante a livello clinico osservare se il profilo difensivo tra i profili organizzati e non organizzati varia. I risultati non mostrano differenze significative nell'utilizzo delle sottocategorie difensive tra i due gruppi presi in esame, ad eccezione della sottocategoria *Ds-Deactivation*, rispetto alla quale, al contrario, è riscontrabile una differenza significativa ($p < 0.05$) nel suo utilizzo tra i soggetti classificati come organizzati e quelli classificati come disorganizzati ($U = 5.781$; $p = 0.041$). L'utilizzo della sottocategoria *Deactivation*, del processo difensivo *Deactivation (Ds)*, è visibile durante l'AAP nel momento in cui il soggetto dà ai personaggi qualcosa da fare, un'attività come dormire o fare utilizzo di alcool, allo scopo di distogliere l'attenzione dalla situazione problematica o dai sentimenti ad essa associati. In questo modo si crea una "distanza" rappresentazionale tra l'individuo e l'immagine che sta attivando il suo sistema di attaccamento.

Utilizzando analisi statistiche di carattere descrittivo, successivamente, l'obiettivo è quello di ottenere i profili difensivi specifici di ognuno dei due gruppi clinici considerati e mettere in luce la presenza di eventuali differenze negli stessi.

Inizialmente, è stata valutata la distribuzione all'interno dei due gruppi delle diverse sottocategorie riferite ai tre processi difensivi, ovvero la *Deactivation (Ds)*, la *Cognitive Disconnection (E)* e i *Segregated system (SS)*, codificate in seguito alla somministrazione dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) (George et al., 1997; George & West, 2001). Rispetto ad ogni sottocategoria difensiva è stata calcolata la media (M), che rappresenta la frequenza di utilizzo nel corso dell'AAP.

Per quanto riguarda la *Deactivation (Ds)* (Tabella 3), a livello qualitativo, entrambi i gruppi clinici utilizzano maggiormente la sottocategoria *Ds-Social Roles*; inoltre, è possibile evidenziare una frequenza tendenzialmente maggiore delle sottocategorie riferite a questo processo difensivo nel gruppo con DCA, fatta eccezione per la sottocategoria *Negative Evaluation* che risulta più presente nel gruppo con NSSI. Pur riportando questi elementi, eseguendo il test Mann Whitney, solamente la sottocategoria

Ds-Deactivation ha mostrato un utilizzo significativamente diverso da parte dei due gruppi clinici presi in esame ($p= 0.018$; $p<0,05$).

ADOLESCENTI CON DCA (N=24)		
<i>Sottodimensioni della Deactivation (Ds)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>Ds – Social Roles</i>	3,25	5,620
<i>Ds – Rejection</i>	2,17	2,334
<i>Ds – Neutralizing</i>	1,04	1,197
<i>Ds – Deactivation</i> * ³	0,58	0,929
<i>Ds – Negative Evaluation</i>	0,42	1,139
<i>Ds – Authoritarian Orientation</i>	0,42	0,830
<i>Ds – Achievement/Intellect</i>	0,21	0,588
ADOLESCENTI CON NSSI (N=11)		
<i>Sottodimensioni della Deactivation (Ds)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>Ds – Social Roles</i>	2,27	2,453
<i>Ds – Neutralizing</i>	1,00	1,265
<i>Ds – Negative Evaluation</i>	0,91	1,758
<i>Ds – Rejection</i>	0,64	1,206
<i>Ds – Authoritarian Orientation</i>	0,36	0,809
<i>Ds – Deactivation</i> *	0,36	0,674
<i>Ds – Achievement/Intellect</i>	0,00	0,000

Tabella 3. Statistiche descrittive delle sottodimensioni della *Deactivation* (Ds) nel gruppo clinico di adolescenti con DCA e con NSSI, riportate in ordine decrescente. I dati riportano Media (M) e Deviazione Standard (DS).

Per quando riguarda la *Cognitive Disconnection* (E) (Tabella 4), a livello qualitativo, entrambi i gruppi clinici utilizzano maggiormente la sottocategoria *E-Uncertain*; inoltre, emerge una frequenza tendenzialmente maggiore nell'utilizzo di queste sottocategorie difensive, nel complesso, nel gruppo con DCA, visibile, ad esempio, prendendo in considerazione *E-Uncertain* ed *E-Entangling*. Pur riportando questi elementi, eseguendo

³*Utilizzo significativamente diverso tra i due gruppi clinici ($p<0,05$)

il test Mann Whitney, non sono emerse differenze statisticamente significative nell'utilizzo delle sottocategorie della *Cognitive Disconnection* (E) nei due gruppi clinici presi in esame.

ADOLESCENTI CON DCA (N=24)		
<i>Sottodimensioni della Cognitive Disconnection (E)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>E – Uncertain</i>	20,58	9,771
<i>E – Entangling</i>	3,21	2,536
<i>E – Anger</i>	2,92	2,918
<i>E – Opposite/Disconnection</i>	1,50	1,818
<i>E – Unfinish</i>	1,21	1,285
<i>E – Withdraw/Withhold</i>	0,79	0,932
<i>E - Feisty</i>	0,38	0,970
<i>E – Busy/Distract</i>	0,33	0,565
<i>E – Glossing</i>	0,04	0,204
ADOLESCENTI CON NSSI (N=11)		
<i>Sottodimensioni della Cognitive Disconnection (E)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>E – Uncertain</i>	13,18	8,280
<i>E – Anger</i>	2,45	3,012
<i>E – Entangling</i>	2,09	2,427
<i>E – Unfinish</i>	1,09	1,044
<i>E – Opposite/Disconnection</i>	1,00	1,095
<i>E – Withdraw/Withhold</i>	0,64	0,924
<i>E – Busy/Distract</i>	0,27	0,467
<i>E - Feisty</i>	0,09	0,302
<i>E – Glossing</i>	0,00	0,000

Tabella 4. Statistiche descrittive delle sottodimensioni della *Cognitive Disconnection* (E) nel gruppo clinico di adolescenti con DCA e con NSSI, riportate in ordine decrescente. I dati riportano Media (M) e Deviazione Standard (DS).

Prendendo in considerazione, infine, i *Segregated System*, normativi e traumatici (SSnorm+SStr), a livello qualitativo, entrambi i gruppi clinici utilizzano maggiormente la sottocategoria *SS-Danger/Failed Protection* (Tabella 5); si può mettere in evidenza,

inoltre, un equilibrio maggiore, nel corso dell'AAP, rispetto all'uso delle sottocategorie difensive nei due gruppi clinici in esame (DCA e NSSI). A fronte di questo, eseguendo il test Mann Whitney, non sono emerse differenze statisticamente significative nell'utilizzo delle sottocategorie dei *Segregated System* (SS) nei due gruppi clinici presi in esame.

ADOLESCENTI CON DCA (N=24)		
<i>Sottodimensioni dei Segregated System normativi e traumatici (SS)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>SS – Danger/Failed Protection</i>	5,75	4,356
<i>SS – Spectral</i>	1,46	1,587
<i>SS – Emptiness/Isolation</i>	1,42	1,976
<i>SS – Helplessness/Out of Control</i>	1,13	1,424
<i>SS – Obtrusions</i>	0,04	0,204
<i>SS – Constriction</i>	0,00	0,000
<i>SS – Disturbing Content</i>	0,00	0,000
ADOLESCENTI CON NSSI (N=11)		
<i>Sottodimensioni dei Segregated System normativi e traumatici (SS)</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>SS - Danger/Failed Protection</i>	6,18	4,143
<i>SS – Helplessness/Out of Control</i>	1,82	2,676
<i>SS – Spectral</i>	0,73	1,104
<i>SS – Emptiness/Isolation</i>	0,27	0,467
<i>SS – Disturbing Content</i>	0,18	0,603
<i>SS – Constriction</i>	0,09	0,302
<i>SS - Obtrusions</i>	0,00	0,000

Tabella 5. Statistiche descrittive delle sottodimensioni dei *Segregated System* (SS) nel gruppo clinico di adolescenti con DCA e con NSSI, riportate in ordine decrescente. I dati riportano Media (M) e Deviazione Standard (DS).

Successivamente, vengono prese in esame le sette tavole dell'AAP, escludendo la tavola *Neutral*.

In primo luogo, attraverso il test di Mann Whitney, viene valutata la differenza tra i due gruppi clinici presi in esame (DCA e NSSI) in termini di utilizzo della *Deactivation* (Ds) e della *Cognitive Disconnection* (E) all'interno delle diverse tavole: dai risultati emerge

una differenza significativa nell'utilizzo della *Cognitive Disconnection* (E) solo all'interno della tavola *Bench* ($p=0,031$; $p<0,05$).

In secondo luogo, viene analizzata la presenza dei *Segregated System* traumatici (SStr) in ognuna delle sette tavole dell'AAP, per indagare quali di quest'ultime possono elicitare più elementi potenzialmente traumatici nei due gruppi clinici dello studio (DCA e NSSI) (*Tabella 6*). I risultati, a livello qualitativo, mostrano che le tavole che presentano una frequenza maggiore di SStr, sono *Bench*, *Ambulance* e *Cemetery* considerando il gruppo con DCA e *Corner*, che presenta la media più alta a livello generale, *Cemetery* e *Bench* prendendo in esame il gruppo con NSSI. Eseguendo, in seguito, il test Mann Whitney, emerge solamente nella tavola *Window* una differenza significativa tra i due gruppi clinici nell'utilizzo di *Segregated System* traumatici ($p= 0.036$; $p<0,05$).

ADOLESCENTI CON DCA (N=24)		
<i>Tavole dell'AAP</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>SStr in Bench</i>	1,58	3,161
<i>SStr in Ambulance</i>	1,58	2,518
<i>SStr in Cemetery</i>	1,58	2,062
<i>SStr in Corner</i>	1,33	2,259
<i>SStr in Bed</i>	0,37	1,173
<i>SStr in Window*⁴</i>	0,13	0,448
<i>SStr in Departure</i>	0,00	0,000
ADOLESCENTI CON NSSI (N=11)		
<i>Tavole dell'AAP</i>	<i>Media (M)</i>	<i>Deviazione standard (DS)</i>
<i>SStr in Corner</i>	3,45	3,959
<i>SStr in Cemetery</i>	1,45	1,916
<i>SStr in Bench</i>	0,91	2,119
<i>SStr in Ambulance</i>	0,82	1,601
<i>SStr in Window*</i>	0,82	1,168
<i>SStr in Bed</i>	0,18	0,603
<i>SStr in Departure</i>	0,18	0,405

Tabella 6. Statistiche descrittive dei *Segregated System* (SS) presenti nelle diverse tavole dell'AAP in riferimento al gruppo clinico di adolescenti con DCA e con NSSI, riportate in ordine decrescente. I dati riportano Media (M) e Deviazione Standard (DS).

5.4 Quarta ipotesi

Per verificare la quarta ipotesi, vengono analizzati i risultati ottenuti dalla somministrazione di uno dei questionari per il campione di adolescenti (N=35), ovvero lo *Youth Self Report* (YSR 11-18; Anchenbach, 1991), e i questionari somministrati alle rispettive madri (N=35), ovvero la *Scala di Depressione Ansia Stress* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), il *Parental Stress Index-Short Form* (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990), il *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam et al., 2018) e il *Child Behavior*

^{4*} Utilizzo significativamente diverso tra i due gruppi clinici (p<0,05)

Check List (CBCL 6-18; Anchenbach, 1991). L'obiettivo è indagare la possibile correlazione tra i risultati a questi test e la presenza delle sottocategorie dei *Segregated System* non traumatici (SSnorm) e traumatici (SStr) all'interno due gruppi clinici dello studio (DCA e NSSI). Si riportano solo i risultati statisticamente significativi, sia per i DCA (*Tabella 7*) che per gli NSSI (*Tabella 8*).

Considerando il questionario somministrato al campione di adolescenti con DCA, emerge una correlazione positiva tra la sottocategoria difensiva *SS-Danger/Failed protection* e la sottoscala *Conduct Problems* della YSR.

Nei questionari somministrati alle madri troviamo una correlazione positiva tra la sottocategoria difensiva *SS-Danger/Failed protection* e la sottoscala *Risposta Difensiva* del PSI/SF; al contrario, emerge una correlazione negativa tra la sottocategoria difensiva *SS-Emptiness/Isolation* e la sottoscala *Anxiety* della DASS. Considerando la CBCL, emerge una correlazione positiva tra la sottocategoria *SS-Danger/Failed protection* e le sottoscale *Attention Problems* e *Attention Deficit*, tra la sottocategoria *SS-Spectral* e le sottoscale *Somatic Complaints* e *Somatic Problems* e tra tutte le sottocategorie dei *Segregated System* considerate insieme e la sottoscala *Attention Problems*. Al contrario, emerge una correlazione negativa tra la sottocategoria *SS-Emptiness/Isolation* e la sottoscala *Thought Problems*.

ADOLESCENTI CON DCA (N=24)				
<i>Sottoscale strumenti self-report adolescenti e genitori</i>	<i>Sottodimensioni dei Segregated System normativi (SSnorm) e traumatici (tr)</i>			
	<i>SSnorm+tr Danger/ Failed protection</i>		<i>SSnorm+tr Emptiness/ Isolation</i>	
<i>YSR-Conduct Problems</i>	r= 0,560** ⁵			
<i>DASS-Anxiety</i>			r= -0,434*	
<i>PSI/SF-Risposta Difensiva</i>	r= 0,535* ⁶			
<i>Sottoscale della Child Behavioral CheckList 6-18 (CBCL)</i>	<i>SSnorm+tr Danger/ Failed protection</i>	<i>SSnorm+tr Emptiness/ Isolation</i>	<i>SSnorm+tr Spectral</i>	<i>SS protocollo</i>
<i>CBCL-Somatic Complaints</i>			r= 0,437*	
<i>CBCL-Thought Problems</i>		r= -0,463*		
<i>CBCL-Attention Problems</i>	r= 0,568**			r= 0,503*
<i>CBCL-Somatic Problems</i>			r= 0,599**	
<i>CBCL-Attention Deficit</i>	r= 0,447*			

Tabella 7. Statistiche descrittive rispetto alla correlazione tra le sottodimensioni dei Segregated System (SS) e le sottoscale degli strumenti self-report somministrati al gruppo clinico di adolescenti con DCA (r= coefficiente di correlazione di Spearman)

Considerando il questionario somministrato al campione di adolescenti con NSSI, emerge una correlazione positiva tra la sottocategoria difensiva *SS-Constriction* e la sottoscala *Somatic Problems* dello YSR.

Nei questionari somministrati alle rispettive madri troviamo una correlazione negativa tra la sottocategoria difensiva *SS-Helplessness/Out of Control* e i Segregated System considerati totalmente e, rispettivamente, la sottoscala *Interazione Genitore-Bambino Disfunzionale* e la sottoscala *Risposta difensiva* dello strumento PSI/SF. Considerando la CBCL emerge una correlazione positiva tra la sottocategoria difensiva *SS-Helplessness/Out of Control* e la sottoscala *Affective Problems*, tra la sottocategoria difensiva *SS-Spectral* e le sottoscale *Anxious/Depressed*, *Internalizing Problems* e *Post-*

⁵ **p<0.01

⁶ *p<0.05

traumatic Stress Problems. Si evidenzia, invece, una correlazione negativa tra la sottocategoria difensiva *SS-Danger/Failed protection* e la sottoscala *Social Problems* e tra la sottocategoria difensiva *SS-Emptiness/Isolation* e le sottoscale *Thought Problems*, *Total Problems* e *Affective Problems*.

ADOLESCENTI CON NSSI (N=11)				
Sottoscale strumenti self-report	Sottodimensioni dei Segregated System normativi (SSnorm) e traumatici (tr)			
	SSnorm+tr Helplessness/ Out of Control	SSnorm+tr Constriction	SSnorm+tr protocollo	
<i>YSR-Somatic Problems</i>		r= 0,699*		
<i>PSI/SF-Risposta Difensiva</i>			r= -0,677*	
<i>PSI/SF-Interazione Genitore-Bambino Disfunzionale</i>	r= -0,824** ⁷			
Sottoscale della Child Behavioral Checklist 6-18 (CBCL)	SSnorm+tr Danger/ Failed protection	SSnorm+tr Helplessness /Out of Control	SSnorm+tr Emptiness /Isolation	SS norm+tr Spectral
<i>CBCL-Anxious / Depressed</i>				r= 0,676*
<i>CBCL-Social Problems</i>	r= -0,622* ⁸			
<i>CBCL-Thought Problems</i>			r= -0,682*	
<i>CBCL-Internalizing Problems</i>				r= 0,607*
<i>CBCL-Total Problems</i>			r= -0,648*	
<i>CBCL-Affective Problems</i>		r= 0,747*	r = -0,798**	
<i>CBCL-Post-traumatic Stress Problems</i>				r= 0,717*

Tabella 8. Statistiche descrittive rispetto alla correlazione tra le sottodimensioni dei Segregated System (SS) e le sottoscale degli strumenti self-report somministrati al gruppo clinico di adolescenti con NSSI (r= coefficiente di correlazione di Spearman)

⁷ **p<0.01

⁸ *p<0.05

CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE

La ricerca presenta tre obiettivi esplorativi principali, descritti precedentemente nello specifico, per indagare la distribuzione dei pattern di attaccamento e dei profili difensivi e per esplorare la possibile associazione di quest'ultimi con i risultati emersi dai questionari self-report. Rispetto a questo sono state avanzate quattro ipotesi di ricerca che, in questo capitolo, verranno inserite all'interno della letteratura di riferimento e discusse sulla base dei risultati empirici ottenuti.

Considerando la prima ipotesi, i risultati mettono in evidenza come, parlando di attaccamento, la maggior parte degli adolescenti, appartenenti ad entrambi i gruppi clinici presi in esame (Disturbo del Comportamento Alimentare e Condotte Autolesive), rientri all'interno di un'organizzazione di attaccamento insicuro (88,2%), di cui la maggior parte nel pattern di attaccamento insicuro/disorganizzato (U) (41,2%). In questo caso non sono stati utilizzati self-report, come nella maggior parte degli studi precedentemente condotti, ma l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), strumento narrativo-proiettivo; i risultati ottenuti sembrerebbero essere in linea con quanto riportato in letteratura. Diversi autori, infatti, mettono in luce un'associazione abbastanza forte riscontrata con un attaccamento insicuro sia nel gruppo di adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare (Dias e al., 2011; Attili et al., 2015) che in quello con Condotte Autolesive (Glazebrook et al., 2015; Martin et al., 2017). Dagli studi emerge, inoltre, che la presenza di tale organizzazione può favorire lo sviluppo di specifiche difficoltà nella possibilità di costruire un'immagine coerente del proprio Sé e del proprio corpo (Abbate et al., 2010) e nello sviluppo di una buona autostima e una buona regolazione emotiva; questi elementi potrebbero generare sensazioni di inadeguatezza esperite nella relazione con l'altro, oltre che essere elementi presenti nel quadro clinico dei due gruppi presi in esame. Ad esempio, da una parte, nei DCA ritroviamo un'insoddisfazione corporea e una difficoltà nell'affrontare la separazione dalle figure di riferimento che mina una crescita autonoma, indipendente e la capacità di affrontare stati emotivi forti in modo autonomo (Orzolek-Kronner, 2002; Abbate-Daga et al., 2010); dall'altra parte, nei NSSI troviamo una poca fiducia posta nelle relazioni interpersonali, che le rende complicate, e riscontriamo continui tentativi di ferire il proprio corpo per affrontare esperienze emotive forti, vista la difficoltà nel riuscire a regolare le proprie emozioni attraverso un'altra modalità (Bureau et al., 2009; Claes et al., 2016).

Confrontando, successivamente, in due gruppi clinici dello studio, non sono emerse differenze significative né nella distinzione tra profili organizzati (Org) e disorganizzati (U), né nella distinzione tra profili sicuri (S) ed insicuri (NS) ma neanche nella distribuzione dei quattro pattern di attaccamento, in particolare dei tre che rientrano in un'organizzazione insicura, ovvero l'insicuro/distanziante (DS), l'insicuro/preoccupato (E) e l'insicuro/disorganizzato (U). Tali risultati vanno, in realtà, a disconfermare in parte la seconda ipotesi costruita, invece, sulla possibilità di trovare prevalenze differenti rispetto ai pattern tra gli adolescenti dei due sotto campioni clinici. Riprendendo la letteratura, diversi studi presentano, in gruppi con NSSI, un'organizzazione di attaccamento insicuro. Nello specifico, sebbene alcuni studi riportino anche la presenza di un pattern insicuro/preoccupato (Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020), emerge la prevalenza di un pattern insicuro/disorganizzato (Gratz et al., 2002; Nagra et al., 2016; Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020). Quest'ultimo si associa ad esperienze traumatiche e non risolte e ad una successiva difficoltà nel regolare i propri stati interni (disregolazione emotiva), soprattutto in situazioni di grande stress, che porta il soggetto in questione a mettere in atto strategie di coping, che però si dimostrano essere non adattive, come, ad esempio, comportamenti autolesivi o, addirittura, suicidari (Bureau et al., 2009; Claes et al., 2016). L'ambiente di crescita viene spesso descritto come abusante, caratterizzato dalla presenza di trascuratezza emotiva e fisica da parte di entrambi i genitori oppure da un'eccessiva protezione che si accompagna a successive perdite o separazioni importanti e dolorose (Bureau et al., 2009). Infatti, sono proprio l'incertezza rispetto alla disponibilità della figura di attaccamento e la poca fiducia reciproca presente ad essere due elementi che giocano un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento di condotte autolesive (Tract e Luthar, 2008). Al contrario, gli studi condotti con adolescenti con DCA mostrano compattezza nel definire la presenza di un'organizzazione insicura (O'Shaughnessy & Dallos, 2009; Gander et al., 2015), ma non nell'individuare un pattern di attaccamento prevalente. Minuchin (1978) ritiene che lo sviluppo di questi adolescenti possa essere caratterizzato da un sistema familiare "invischiato" in cui i genitori risultano troppo presenti nella loro vita, tanto da ridurre lo spazio di autonomia e ostacolare il processo di separazione-individuazione; in particolare, Orzolek-Kronner (2002) ipotizza che la sintomatologia espressa in questa situazione clinica possa derivare proprio dall'esistenza, fin dall'infanzia, di un rapporto di forte

prossimità fisica e psicologica tra l'individuo e la madre, spesso iperprotettiva e controllante, e di padri spesso emotivamente non disponibili, negligenti e critici (Attili et al., 2015; Sanavio, 2016). Alla luce di questo, i diversi studi che si sono occupati di valutare l'attaccamento in gruppi con DCA non hanno riscontrato risultati univoci. Tereno e colleghi (2008) rilevano un'iperattivazione prevalente del sistema di attaccamento, aspetto legato alla classificazione dello stesso come insicuro/preoccupato; Attili e colleghi (2015) mettono in luce la prevalenza di un pattern insicuro-distanziante nei ragazzi, confermando l'ipotesi avanzata da Mara Selvini Palazzoli (1978) secondo cui le famiglie di adolescenti con DCA risultano essere poco responsive e attente ai bisogni dei figli generando, quindi, un ambiente caratterizzato da una distanza emotiva e relazionale. Batista e colleghi (2018), successivamente, con l'obiettivo di fare maggiore chiarezza, in realtà, rilevano una presenza importante sia di un attaccamento su versante distanziante sia sul versante preoccupato, non arrivando, quindi, a delineare un dato chiaro. In aggiunta, ulteriori studi hanno evidenziato la presenza di un pattern insicuro/disorganizzato e di soggetti che riportano esperienze traumatiche come traumi emotivi e relazionali oppure maltrattamenti e abusi sessuali (Delvecchio et al., 2014; Gander et al., 2015).

La contraddittorietà degli studi con i DCA, quindi, non permette di delineare un pattern prevalente. Si potrebbe ipotizzare che la presenza di un determinato attaccamento possa essere legato alla tipologia di Disturbo del Comportamento Alimentare ma è un campo di ricerca che andrebbe ampliato; al contrario, un pattern prevalente è maggiormente riscontrabile all'interno di un gruppo di NSSI. Questa situazione potrebbe essere legata alle esperienze familiari e relazionali diverse vissute durante l'infanzia e durante lo sviluppo, aspetti che in questo studio non sono emersi. Infatti, i risultati mostrano pattern di attaccamento ugualmente riscontrabili nei due gruppi.

Considerando i processi difensivi, la somministrazione dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP) permette di ottenere, in modo nuovo ed innovativo, dei profili difensivi specifici e di aprirsi alla possibilità di ottenere una valutazione più ampia ed informativa rispetto all'attaccamento in adolescenti con DCA e NSSI. Per questo, pur essendo comunque uno strumento impegnativo, in particolare per l'intervistato in quanto attiva una parte profonda del proprio essere, e time consuming, in quanto sia la somministrazione che la successiva codifica richiedono del tempo, può essere

cl clinicamente vantaggioso utilizzarlo. Considerando, quindi, la terza ipotesi, sono stati presi in considerazione i due gruppi clinici separatamente, per poter osservare anche la presenza di eventuali differenze tra gli stessi. Attraverso analisi di tipo descrittivo, in primo luogo, è stato valutato l'utilizzo, negli AAP, dei tre processi difensivi, *Deactivation* (Ds), *Cognitive Disconnection* (E) e *Segregated System* (SS), e delle rispettive sottocategorie. In entrambi i gruppi è stato riscontrato un utilizzo maggiore, a livello qualitativo, delle sottocategorie *DS-Social Roles*, le storie seguono un copione universalmente approvato, *E-Uncertain*, le storie sono confuse e spesso composte da più filoni narrativi, e *SS-Danger/Failed Protection*, nella storia vengono utilizzate immagini e parole molto forti. Sempre utilizzando uno sguardo qualitativo a questi risultati, in generale, è possibile constatare un uso maggiore, da parte degli adolescenti con DCA, delle sottocategorie della *Deactivation* (Ds) e della *Cognitive Disconnection* (E), che potrebbe essere in linea con i pattern di attaccamento prevalentemente presenti in questa condizione clinica, ovvero rispettivamente il distanziante e il preoccupato; a livello dei *Segregated System* (SS) è possibile, invece, osservare un utilizzo più equilibrato delle diverse sottocategorie. Questa lettura qualitativa della distribuzione delle difese viene, successivamente, verificata attraverso il test di Mann Whitney, metodo statistico di indagine. Dai risultati è emersa una differenza significativa tra i due gruppi solamente nell'utilizzo della sottocategoria *Ds-Deactivation*, che nella storia si codifica nel momento in cui si raccontano delle attività diverse con l'obiettivo di distogliere l'attenzione dai contenuti che stanno attivando il sistema di attaccamento. In riferimento a questo, non si hanno informazioni rispetto a quali dei due gruppi possa presentarne un uso maggiore; ricordando, però, che il pattern di attaccamento insicuro/distanziante, legato alla *Deactivation* come processo difensivo, secondo la letteratura è poco usato da gruppi con NSSI (Martin et al., 2017; Pallini et al., 2020), potremmo ipotizzare un suo uso maggiore da parte dei DCA, gruppo dove si trova un riscontro anche i termini di attaccamento (Attili et al., 2015; Batista et al., 2018).

Di conseguenza, l'ipotesi avanzata secondo cui DCA e NSSI utilizzano processi difensivi differenti non viene completamente confermata perché, tranne che per la sottocategoria *Ds-Deactivation*, non si riscontrano ulteriori divergenze. Questo potrebbe spiegare, in realtà, che entrambi i gruppi utilizzano in modo continuo e interscambiabile le difese in

base alla tavola e alla situazione stressante ed emotivamente forte che, di conseguenza, devono affrontare.

Successivamente, viene indagato l'utilizzo delle tre difese all'interno delle tavole dell'AAP, costruire per attivare il sistema di attaccamento in modo crescente. È stata riscontrata una differenza significativa nell'utilizzo della *Cognitive Disconnection* (E) all'interno della tavola *Alone Bench* e dei *Segregated System* (SS) traumatici nella tavola *Window*. Essendo entrambe le immagini *Alone*, potremmo ipotizzare che i due gruppi utilizzino strategie difensive differenti per far fronte a situazioni stressanti che richiedono di essere affrontate in modo autonomo. Nello specifico, prendendo in considerazione lo studio di Cole-Dekte e Kobak (1996), su adolescenti con DCA, e lo studio di Pallini e colleghi (2020), su adolescenti con NSSI, potremmo ipotizzare che i primi utilizzino maggiormente l'iperattivazione del sistema di attaccamento per affrontare situazioni di stress, che li porta, quindi ad eliminare l'aspetto emotivo legato alle stesse, mentre che i secondi cerchino, attraverso i sistemi segregati, di bloccare interamente dalla consapevolezza ricordi dolorosi che l'immagine sta evocando andando incontro però ad uno stato di disregolazione emotiva.

Infine, l'utilizzo dei *Segregated System* (SS), indagato all'interno delle tavole dell'AAP dei due gruppi clinici, è diverso; ad esempio, gli adolescenti con DCA mostrano elementi riconducibili ad esperienze traumatiche con frequenza maggiore nella tavola *Bench*, legata molto ad un'idea di profonda solitudine, di ritiro e di difficoltà nel riuscire ad affrontare emozioni negative così forti, e subito dopo in *Ambulance*; mentre il gruppo NSSI li utilizza maggiormente nella tavola *Corner*, l'ultima tavola che propone una situazione riconducibile a stati di paura nei confronti di qualcos'altro esterno, e successivamente nella tavola *Cemetery*, legata fortemente ad una tematica di morte. Confrontando i due gruppi, emerge una differenza significativa nell'uso dei *Segregated System* (SS) solo nella tavola *Window*, che comunque in entrambi i casi non si trova tra le prime posizioni rispetto alla frequenza del loro utilizzo.

Alla luce di quanto riportato, quindi, possiamo affermare che emergono qualche elemento di differenza a livello di profili difensivi nei due gruppi clinici, ma non un dato univoco e clinicamente significativo. Questo potrebbe indirizzare futuri studi con l'obiettivo di indagare i processi difensivi in modo più approfondito e, magari, utilizzare un campione più ampio.

Considerando la quarta ipotesi, i risultati mostrano correlazioni significative, individuate grazie all'utilizzo della correlazione di Spearman (r), tra alcune sottocategorie dei *Segregated System* (SS), sia quelli codificati come traumatici che quelli normali, e i punteggi ottenuti dagli adolescenti dei due gruppi clinici e dalle rispettive madri ai diversi questionari self-report somministrati, in particolare alle diverse sottoscale degli stessi. In linea con quanto ipotizzato, infatti, in letteratura, emerge un'associazione tra la manifestazione dei *Segregated System*, che viene letta come la presenza di materiale traumatico nell'esperienza dei soggetti, e il possibile sviluppo di un quadro psicopatologico in età adolescenziale e adulta (George & West, 2003; George & Buchheim, 2014). Confrontando i due gruppi, emergono profili sintomatologici differenti, indice della presenza di una sofferenza diversa nei DCA e nei NSSI.

Negli adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) è stata trovata una correlazione positiva tra la sottocategoria difensiva *SS-Danger/Failed protection*, la più utilizzata dal campione nell'intero protocollo e codificata quando i personaggi sono raccontati come vulnerabili o incapaci di trovare protezione, e diverse sottoscale: Problemi di Condotta della Youth Self Report (YSR), indice di una possibile risposta esternalizzante ma, allo stesso tempo, poco funzionale, dell'individuo nel momento in cui si sente privo di sicurezze; la Risposta Difensiva, ovvero la scala dalla desiderabilità sociale, del Parental Stress Index (PSI/SF), che potrebbe rappresentare il tentativo della madre di dare un'immagine del figlio diversa e più socialmente desiderabile, in un momento in cui quest'ultimo si sente molto vulnerabile; infine, le scale Problemi Attentivi e Deficit nell'Attenzione nella Child Behavior Check List (CBCL). In aggiunta, la sottocategoria *SS-Emptiness/Isolation*, codificata nel momento in cui il personaggio della storia viene descritto attraverso immagini di isolamento e di vuoto, correla negativamente sia con la sottoscala Problemi di Pensiero della CBCL sia con la sottoscala Ansia della Scala Depressione Ansia Stress (DASS), che si potrebbe ipotizzare essere legato al rapporto molto forte che la letteratura individua tra la madre, spesso iperprotettiva, e la figlia con DCA, la cui indipendenza verso il mondo esterno viene ostacolata (Orzolek-Kronner, 2002; Attili et al., 2015). Infine, la sottocategoria *SS-Spectral*, individuata quando il materiale raccontato risulta spaventoso e appartenente al regno dei morti, correla positivamente con le sottoscale Lamentele Somatiche e Problemi

Somatici della CBCL. La presenza di problematiche legate all'area somatica ci aspettiamo che emerga in un quadro di DCA, essendo una forma di sofferenza che trova la sua manifestazione proprio attraverso il corpo. Rispetto al quadro complessivo che da questi risultati si può ricavare, le aree traumatiche che possiamo individuare nei trascritti dei DCA sono più riconducibili a sentimenti di solitudine, di abbandono e di assenza e alla percezione di non avere le capacità per affrontare determinate situazioni e di trovarsi in una situazione in cui i confini tra la vita e la morte sono sottili. Tutti questi elementi sono stati individuati come caratteristici dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (Orzolek-Kronner, 2002; Demidenko et al, 2010; Delvecchio et al., 2014).

Negli adolescenti con Condotte Autolesive (NSSI) è stata trovata una correlazione negativa tra la sottocategoria difensiva *SS-Helplessness/Out of Control*, codificata quando il personaggio è descritto come spaventato e fuori controllo, e la sottoscala Interazione Genitore-Bambino Disfunzionale del PSI/SF e una correlazione positiva con la sottoscala Problemi Affettivi della CBCL; questo potrebbe rappresentare il fatto che la madre, spesso descritta come trascurante e distanziante (Gratz et al., 2002; Gratz, 2006; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2008; Nock, 2009), comincia a percepire le problematiche del figlio solo nel momento in cui quest'ultimo manifesta un'espressione emotiva sempre più intesa e fuori controllo. In aggiunta, la sottocategoria *SS-Constriction*, che viene codificata nel momento in cui l'adolescente si blocca e non riesce più a completare la consegna dell'AAP, correla positivamente con la sottoscala Problemi Somatici della YSR: questo potrebbe spiegare il fatto che quando il soggetto è sopraffatto dalla emozioni si blocca, come succede nel racconto, e cerca di trovare una modalità di regolare questi forti sentimenti attraverso azioni lesive nei confronti del proprio corpo (Bureau et al., 2009; Claes et al. 2016). Inoltre, la sottocategoria *SS-Danger/Failed protection*, che dai risultati sopra spiegati risulta essere la più utilizzata dal campione nell'intero protocollo, correla negativamente con la sottoscala Problemi Sociali della CBCL e la sottocategoria *SS-Emptiness/Isolation* correla negativamente con la sottoscala Problemi di Pensiero, Problemi Totali (in cui vengono inclusi i Problemi Internalizzanti e i Problemi Esternalizzanti) e Problemi Affettivi sempre della CBCL. Questi due dati appena riportati sembrerebbero esprimere il fatto che più aumenta la sensazione di insicurezza e di vulnerabilità del soggetto, più diminuisce la percezione della presenza di problematicità, sotto vari punti di vista, da parte della madre, come se questa non riuscisse

a leggere nel profondo i bisogni e la sofferenza del figlio. Questo è in linea con quanto affermato in letteratura, in cui diversi studi (Gratz et al., 2002; Gratz, 2006; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2008; Nock, 2009) hanno evidenziato un'associazione di NSSI con contesti abusanti, caratterizzati per esempio da una grande trascuratezza emotiva e fisica da parte di entrambi i genitori. Infine, la sottocategoria *SS-Spectral*, che può rappresentare la linea sottile tra la vita e la morte presente nel momento in cui si mettono in atto condotte autolesive, correla positivamente con le sottoscale Asia/Depressione, Problemi Internalizzanti e Problemi da Stress Post-traumatico della CBCL. Rispetto al quadro complessivo che da questi risultati si può ricavare, le aree traumatiche che possiamo trovare nei trascritti degli adolescenti con NSSI sono più riconducibili a sentimenti di vulnerabilità, di mancanza di sicurezza, di solitudine, di abbandono e di paura che possono rendere labili i confini tra la vita e la morte; infatti, diversi studi riportano come anche il solo fatto di aver messo in atto un comportamento autolesivo, rende più inclini alla possibilità di commettere suicidio in futuro (Bureau, Martin, Freynet, Poirier, Lafontaine & Cloutier, 2009; Nagra, Lin & Upthegrove, 2016). Questi sono tutti elementi che già precedentemente sono stati individuati come caratteristici delle Condotte Autolesionistiche (Bureau et al., 2009; Claes et al. 2016). In conclusione, si osserva una correlazione positiva tra la sottocategoria Segregated System (SS), presa a livello generale, e la sottoscala Problemi Attentivi della CBCL nei protocolli dei DCA. Mentre, emerge una correlazione negativa della stessa sottocategoria con la sottoscala Risposta Difensiva del PSI/SF nei protocolli dei NSSI.

CAPITOLO 7 – CASI CLINICI

Lo studio finora presentato si inserisce all'interno di un progetto più ampio che ha visto la collaborazione dell'Università di Padova e il Servizio Polo Adolescenti di Mestre, Venezia, Camponogara e Mirano (Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti dell'ULSS 3 Serenissima), oltre che il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Di seguito, quindi, verranno presentati due casi clinici di due adolescenti, reclutati durante l'esperienza di Tirocinio Formativo svolto presso il Servizio Età Evolutiva – Polo Adolescenti di Mirano (VE). Per ognuno dei due casi, in particolare, verrà presentato una descrizione più ampia del quadro psicopatologico presentato dalle pazienti, in cui si riportano elementi emersi durante i colloqui condotti presso il Servizio; successivamente, vengono riportati i risultati emersi in seguito alla somministrazione dell'intero protocollo costruito per questo progetto.

7.1 Primo caso – Laura

Laura (*nome di fantasia*) è una ragazza di poco più di 15 anni, frequenta il secondo anno del Liceo Scientifico ed è giunta al Servizio Età Evolutiva - Polo Adolescenti di Mirano (VE) con un quesito diagnostico di un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA), consigliata dalla dietista che da qualche mese la sta seguendo. Pertanto, è stata svolta una valutazione clinica che ha confermato la diagnosi, con successiva presa in carico psicologica.

7.1.1 Anamnesi

Al primo colloquio psicologico si presentano entrambi i genitori, che si mostrano preoccupati per il dimagrimento significativo dalla figlia nei mesi precedenti e per gli stati di forte ansia provati dalla paura di aumentare di peso in maniera repentina. La ragazza, infatti, aveva perso negli ultimi mesi quasi 10 Kg.

Dalla raccolta anamnestica, emerge che Laura nasce da una gravidanza con decorso fisiologico regolare e parto naturale; la madre riferisce di non aver allattato la figlia. In generale, le tappe evolutive sono state raggiunte tutte in maniera adeguata. Il ritmo sonno-veglia risulta regolare.

L'esperienza scolastica è descritta positivamente, a partire dal nido e poi dalla scuola materna dove Laura non presenta difficoltà nella separazione dai genitori; durante gli anni

delle scuole elementari e delle scuole medie non presenta difficoltà a livello di apprendimenti e nella socializzazione con i pari, mostrando buone autonomie personali e sociali. Durante il tempo libero non pratica sport, anche se, quando era piccola, per un periodo ha frequentato un corso di nuoto, e le piace guardare serie TV e film.

I genitori descrivono Laura come una ragazza allegra, spigliata e autonoma, fino a qualche tempo fa quando, in parte a causa del lockdown dovuto al Covid-19, la ragazza ha iniziato a sentirsi triste, poco sicura di sé ed ha cominciato a controllare il cibo che mangiava e ad essere molto attenta al peso.

7.1.2 Valutazione clinica

All'inizio Laura si presenta ai colloqui di valutazione poco motivata ad iniziare un percorso psicologico, consapevole del fatto che attraverso questo l'obiettivo è che lei riacquisti peso e stia meglio. Per questo si mostra molto diffidente e poco collaborativa nei confronti del clinico. Laura riporta una forte insoddisfazione corporea: riferisce, infatti, di continuare a vedersi "brutta", di non voler prendere peso e, anzi, di voler continuare a dimagrire; all'inizio della valutazione ha un IBM pari a 15.9.

Durante i primi colloqui si racconta come una ragazza con una bassa autostima e spesso molto triste, tanto che ha paura di sembrare poco interessante agli occhi degli altri. Riferisce, infatti, che, pur essendo ben integrata nel liceo che frequenta, soprattutto nell'ultimo anno, ha cominciato a chiudersi sempre più in sé stessa, a limitare i rapporti con gli amici e con i coetanei. Riporta di essersi concentrata molto sullo studio, di passare molto del suo tempo sui libri visto che ci tiene molto ad avere un ottimo rendimento scolastico.

Dal punto di vista familiare, Laura vive con i suoi genitori, sposati e molto impegnati con il loro lavoro: il padre lavora come responsabile di qualità in un'azienda, infatti, è spesso fuori casa, mentre la madre lavora come impiegata amministrativa; inoltre, riferisce di avere un fratello maggiore che non vive più con loro. Riporta di avere un buon rapporto con entrambi i genitori ma che percepisce una crisi coniugale tra i due che le dà sofferenza, in quanto spesso la madre si appoggia a lei per gli aspetti emotivi. Rispetto a questo, indagando il rapporto con la madre, Laura racconta di avere un legame molto stretto con lei, che riferisce essere una donna capace ma molto sola. Al contrario, parlando

del padre emerge il racconto di un uomo legato ai propri figli ma che, a causa del lavoro, è molto poco presente in casa.

Nei colloqui clinici, emerge una forte insoddisfazione corporea che porta Laura a mettere in atto comportamenti restrittivi nei confronti del cibo. L'assessment testistico conferma la presenza di un quadro di Anoressia Nervosa (ICD10 F:50.0). Sulla base di questi elementi, è stato proposto a Laura di avviare un percorso di una presa in carico multidisciplinare (neuropsichiatra e psicologo) e di continuare la frequenza di incontri con la dietista, per il monitoraggio del peso e del piano alimentare.

Dopo qualche mese dall'inizio del trattamento psicologico, la ragazza prende consapevolezza di avere un disturbo, aumenta la compliance con il terapeuta e accetta di lavorare su di Sé e sulle motivazioni che l'hanno portata al dimagrimento; in particolare, Laura comprende la sua paura di crescere e di svincolarsi/separarsi dalla madre, donna che ritiene molto fragile. Uno degli obiettivi del percorso terapeutico, inoltre, è stato quello di poter far vivere a Laura esperienze positive al di fuori del contesto familiare e un investimento maggiore su di Sé, per costruire una propria immagine che possa piacerle e le permetta, pian piano, di costruirsi come futura donna.

7.1.3 Approfondimento testistico

In una primissima fase, per avere un primo inquadramento diagnostico, è stato somministrato a Laura il Questionario per la Valutazione della Psicopatologia in adolescenza (Test Q-Pad; Sica, Chiri, Favilli & Marchetti, 2011), finalizzato alla valutazione ad ampio spettro della psicopatologia, della misurazione del livello di adattamento e del più generale stato di benessere in questa fase evolutiva. Lo strumento si compone di otto sottoscale (Ansia, Depressione, Insoddisfazione corporea, Abuso di Sostanze, Conflitti interpersonali, Problemi Familiari, Incertezza per il futuro, Rischio psicosociale) e due scale più generali che offrono una misura sintetica della capacità di adattamento dell'individuo, ovvero la scala Autostima e quella Benessere. Dalla somministrazione di Laura emergono punteggi clinicamente significativi per la sottoscala Insoddisfazione Corporea (F= 94) e per la scala totale del Benessere, da cui si evince la presenza di un forte malessere (F= 10); emerge, invece, un punteggio borderline nella scala dei Conflitti Interpersonali (F= 87). Si evidenzia, così, uno stato di sofferenza

principalmente legato alla propria percezione corporea, a cui si accompagnano delle difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Integrando i diversi elementi emersi dai colloqui e dal test somministrato, si potrebbe ipotizzare che sono due le aree tematiche su cui l'attenzione clinica si può focalizzare. Da una parte è presente un aspetto di insoddisfazione corporea, elemento che anche la letteratura di riferimento ci dice essere legato ad un quadro diagnostico come quello riportato da Laura (Abbate-Daga et al., 2010); dall'altra parte, è possibile evidenziare una difficoltà nella relazione con gli altri al di fuori del contesto familiare e un legame forte con la madre, per cui si sente di essere un punto di riferimento.

Sulla base di quanto emerso, Laura è stata scelta per essere inserita nel Progetto di ricerca "Impulsività, Alessitimia e sistemi relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche" all'interno del quale si colloca il presente lavoro. L'obiettivo è quello di indagare e ottenere maggiori informazioni circa il quadro clinico psicodiagnostico di Laura e circa l'immagine che riporta di Sè stessa; inoltre, grazie alla parte del progetto dedicata ai genitori, è possibile far luce anche sulla percezione della madre rispetto alla condizione della figlia.

Inizialmente, è stato somministrato a Laura l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George et al., 1997; George & West, 2001), test proiettivo-narrativo, da cui emerge un profilo di attaccamento **Disorganizzato-Non Risolto (U)**. Questo è particolarmente visibile nelle tavole che elicitano elementi legati ad una sensazione di profonda solitudine (tavole Alone); sembra, infatti, che questi aspetti richiamino un'esperienza di vuoto che non riesce ad essere contenuta o comunque gestita da parte di Laura quando, trovandosi da sola, dovrebbe far riferimento ed utilizzare le proprie risorse interne psicologiche. Queste risorse, che dovrebbero aiutarla nella risposta alle tavole Alone, infatti, sembrano essere poco strutturate, indicando una scarsa capacità nel far riferimento all'interiorizzazione delle figure di attaccamento, al fine di ottenere gli strumenti necessari per far fronte ai momenti di difficoltà, e la possibilità che emerga uno stato di disorganizzazione. Al contrario, Laura sembra presentare elementi più organizzati nelle tavole Dyadic; ad esempio, nella tavola *Ambulance*, mostra come è proprio la presenza fisica e affettiva di una figura di attaccamento che le permette di far fronte alla situazione stressante, in questo caso legata a tematiche di morte, e di risolvere la potenziale disorganizzazione, contenendo, all'interno della relazione, elementi dannosi.

Di seguito vengono riportate due trascrizioni *verbatim*, una riferita alla tavola Alone “*Bench*” e l’altra alla tavola Dyadic “*Ambulance*”.

Tavola 4 (Bench): (silenzio) va beh una ragazza come le altre che è stata esclusa da tutto o...sì...io vedo come questo la parte il resto del mondo, questa parte il suo di mondo e c’è un muro che li divide, la ragazza vedendo che comunque non ha speranze per oltrepassare quel muro lei si siede in questa panchina e si chiude in sé stessa e...abituandosi a questa solitudine e dire “va beh ci sono già cioè non posso cambiare le cose quindi, quindi rimango così” e non fa niente quindi per andare dall’altra parte del muro e stare con gli altri...secondo me mostrando questa sua chiusura rimarrà così cioè starà sempre da questa parte nella solitudine. **Qualcos’altro?** No.

Nella tavola appena descritta, come anche nelle altre tavole Alone (ad eccezione della tavola *Corner*), è possibile individuare proprio l’utilizzo da parte di Laura di difese meno integrate, come i *Segregated System* (SS), che confermerebbero il possibile stato di non regolazione/disorganizzazione a fronte dell’attivazione del sistema di attaccamento. In particolare, dal processo di sottocodifica delle dimensioni difensive, è emerso un utilizzo massiccio di una sottocategoria difensiva traumatica, l’*SStr-Emptiness/Isolation*, per cui il personaggio della storia viene descritto attraverso immagini riconducibili a situazioni di isolamento e a sensazioni di profondo vuoto interiore. Questo aspetto, quindi, potrebbe riflettere il fatto che l’assenza dell’altro significativo a livello di disponibilità fisica e psicologica generi nella ragazza un forte senso di abbandono, di vuoto e di paura che si lega, di conseguenza, ad uno stato di vulnerabilità e di difficoltà nel far fronte a situazioni di stress in modo autonomo senza cadere in uno stato di disorganizzazione. È, infine, importante riportare che emerge da questa tavola anche l’utilizzo del processo difensivo *Cognitive Disconnection* (E).

Tavola 6 (Ambulance): (silenzio) il bambino che ha perso qualcuno di caro o un suo genitore o si io vedo un cioè io me lo immagino cioè un parente o un genitore e viene consolata dalla nonna quindi se da una parte vedo comunque la morte o la sofferenza dall’altra, da questa parte più vicina vedo il bambino sì che sofferente cioè sta soffrendo in questo caso sì che viene consolato comunque da dalla donna cioè da sua nonna, da una persona che comunque con i suoi anni di esperienza può aiutare il bambino ad andare avanti...quello che accadrà secondo me dipende tutto dal carattere del bambino se è forte

e coraggioso allora andrà cioè riuscirà ad andare avanti con la sua vita se no rimane sempre incastrato nel suo passato e non riuscirà più ad uscirne insomma. **Qualcos'altro?**
No no.

In questa tavola Dyadic, al contrario delle altre due presenti nel protocollo, è emerso comunque l'utilizzo da parte della ragazza di *Segregated System* (SS), in questo caso non traumatici, e in particolare della sottocategoria *SSnorm-Danger/Failed protection*, codificata in quanto presenti diversi riferimenti a tematiche legate alla morte, attivate dalla composizione della tavola stessa. Al contrario della tavola Alone, però, sono presenti elementi di risoluzione dei *Segregated System*, in quanto, nel racconto prodotto, il protagonista si fa consolare dalla figura di riferimento, la nonna in questo caso. Potremmo affermare, quindi, che Laura riesce a trovare uno stato di riorganizzazione, in situazioni di grande stress o difficoltà, nel momento in cui la figura significativa è disponibile dal punto di vista fisico e psicologico; questo, infatti, le permette di ritornare ad una sensazione di protezione e di calma.

L'ipotesi che si potrebbe avanzare, rispetto a quanto affermato, è che Laura presenta delle difficoltà nel momento in cui si trova ad affrontare situazioni da sola, soprattutto quando sono emotivamente forti, ma che riesce a ritrovare una sensazione di sicurezza quando sa di poter contare sulla disponibilità della sua figura di riferimento, come la madre. Infatti, una delle difficoltà che ritroviamo nel quadro clinico di Laura è proprio quella di riuscire ad affrontare il processo di separazione-individuazione.

Successivamente, sono stati somministrati a Laura tutti gli strumenti che fanno parte della batteria di test self-report di questa ricerca, precedentemente descritti; di seguito ne vengono riportati i risultati.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994). Il punteggio di 51 di Laura è indice di un'assenza di tratti Alessitimici.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995). Il punteggio ottenuto da Laura è di 58, indicando la presenza di un livello di impulsività lieve.

Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991). Questo strumento permette di indagare l'auto percezione rispetto alle proprie competenze sociali, scolastiche e ricreative e rispetto all'eventuale presenza di problematiche a livello emotivo-

comportamentale. Considerando la Scala delle Competenze Laura non riporta punteggi clinicamente significativi; nelle Scale Sindromiche, al contrario, emergono punteggi significativi rispetto ad Ansia/Depressione (T= 73) e punteggi borderline rispetto ai Problemi di pensiero (T= 65). Significativi sono anche i punteggi ottenuti rispetto alla macro-categoria Problemi internalizzanti (T= 65) e rispetto a Problemi d'ansia (T= 72), Problemi ossessivi-compulsivi (T= 72) e Problemi legati allo stress (T= 70), considerando le Scale DSM-Oriented; sempre in riferimento a quest'ultime, inoltre, si riscontra un punteggio borderline rispetto ai Problemi depressivi (T= 66).

Considerando soprattutto i risultati emersi dalla Youth Self Report, possiamo evidenziare che Laura riporta, a livello autoperceptivo, una sensazione di profonda sofferenza interiore, che si lega a quanto emerso dai colloqui. Infatti, come già affermato, la ragazza riferisce di far esperienza di stati di paura, di ansia e di stress legati alla difficoltà nello svincolarsi dalla relazione con la madre, nell'affrontare situazioni nuove e nell'avere un controllo rispetto alla propria vita. Inoltre, rispetto ai risultati, possiamo evidenziare la presenza significativa di sintomi riconducibili ad un quadro ossessivo-compulsivo, che si caratterizza per la presenza di pensieri ricorrenti e intrusivi e di comportamenti ripetitivi volti a ridurre l'ansia o lo stress, stati emotivi che Laura riferisce di provare spesso. Tutti gli aspetti riportati sono riconducibili ad un quadro clinico di Anoressia Nervosa (AN).

Contemporaneamente, alla mamma di Laura sono stati somministrati i seguenti strumenti self-report; i risultati sono riportati di seguito.

Scala di Depressione Ansia Stress (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Con l'obiettivo di indagare gli stati negativi dei genitori, la mamma di Laura riporta livelli lievi di Depressione (DEP).

Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990). Si riscontra un punteggio clinicamente significativo rispetto alla sotto-scala *Bambino difficile* (DC; T= 54) e alla scala generare Stress Totale (T= 94).

Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam et al., 2018). Il livello di burnout genitoriale non risulta essere significativamente presente (T= 12).

I risultati ottenuti della somministrazione di questi tre test possono confermare lo stato di sofferenza e solitudine esperita dalla madre che si accompagna alla presenza di forte stress, che deriva più che altro dalla preoccupazione nei confronti della situazione clinica della figlia e della sua gestione.

Child Behavior Check List (CBCL 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001). Questo strumento permette di ottenere un quadro delle competenze e delle problematiche emotivo-comportamentali di Laura, considerando il punto di vista della madre. Rispetto alla Scala di Competenze, emergono punteggi significativi alla Scala delle Competenze Totali (T= 31) e punteggi borderline alla Scala delle Competenze Sociali (T= 35). Nelle Scale Sindromiche emergono punteggi clinicamente significativi rispetto ad Ansia /Depressione (T= 76) e a Ritiro/Depressione (T= 81), mentre emergono punteggi borderline relativamente a Lamentele somatiche (T= 65), Problemi di pensiero (T= 69) e Comportamento aggressivo (T= 65). Si riscontra, inoltre, un punteggio clinico rispetto ai Problemi internalizzanti (T= 74) e ai Problemi totali (T= 67); risulta borderline il punteggio rispetto ai Problemi esternalizzanti (T= 62). Concludendo, nelle scale DSM-Oriented si osservano punteggi clinici rispetto a Problemi d'ansia (T= 76), Problemi ossessivi-compulsivi (T= 70) e i Problemi legati allo stress (T= 80), mentre si osserva un punteggio borderline rispetto a Problemi depressivi (T= 69).

La percezione della situazione da parte della madre risulta più complessa rispetto a quanto riportato da Laura nella corrispettiva YSR. Sicuramente viene confermato un quadro di profonda sofferenza caratterizzata da forti stati di ansia e di stress, da aspetti relativi al controllo e da un graduale ritiro dell'investimento nei confronti del mondo esterno; al contrario, però, secondo la madre, è presente anche un'espressione verso il mondo esterno della sofferenza di Laura, che si traduce in comportamenti spesso risultano aggressivi.

In conclusione, quindi, nell'ottica dell'inserimento di questo caso all'interno della ricerca effettuata, possiamo affermare che Laura riporta un quadro clinico di Anoressia Nervosa (AN) e un pattern di attaccamento Disorganizzato-Non Risolto (U) in linea con i risultati ottenuti dallo studio a livello di campione. Inoltre, legato alla classificazione dell'attaccamento, è stato individuato, nell'intera trascrizione, l'utilizzo dei *Segregated System* (SS) a livello difensivo, in particolare delle sottocategorie *SS-Emptiness/Isolation*, *SS-Danger/Failed protection* e *SS-Spectral*, che dai risultati dello studio risultano essere

le più utilizzate dal campione di adolescenti con DCA. All'interno dell'AAP possiamo, però, trovare anche un utilizzo importate anche della *Cognitive Disconnection* (E), di solito associata a pattern di attaccamento organizzati, come l'insicuro-preoccupato. Questo potrebbe essere rappresentativo proprio dei risultati emersi dallo studio, in cui, infatti, non sono state trovate differenze significative nell'utilizzo dei processi difensivi tra profili di attaccamento organizzati e profili di attaccamento disorganizzato.

7.2 Secondo caso – Monica

Monica (*nome di fantasia*) è una ragazza di poco meno di 16 anni, frequenta il terzo anno del Liceo Scienze Umane ed è giunta al Servizio Età Evolutiva - Polo Adolescenti di Mirano (VE) con un quesito diagnostico di un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA). Pertanto, è stata svolta una valutazione clinica che ha confermato la diagnosi, con successiva presa in carico multidisciplinare (psicologo e neuropsichiatra).

7.2.1 Anamnesi

Al primo colloquio si presenta insieme alla madre. Dalla raccolta anamnestica, emerge che Monica nasce da una gravidanza con decorso fisiologico regolare e parto naturale. Le tappe evolutive sono state raggiunte in linea con l'età attesa, ad eccezione dell'area del linguaggio rispetto a cui, la madre riferisce, un leggero ritardo nella produzione delle prime parole. Il ritmo sonno-veglia risulta regolare; nell'ultimo periodo, però, fa fatica ad addormentarsi la sera.

L'esperienza scolastica è descritta positivamente, a partire dal nido e poi dalla scuola materna dove non vengono riportate difficoltà a livello di separazione dai genitori. Durante gli ultimi anni delle scuole medie, i genitori si separano in maniera conflittuale e, come conseguenza, la madre, insieme alla figlia, si trasferisce in un'altra abitazione. La ragazza riporta questa esperienza come molto dolorosa, in quanto il padre dopo poco si rifà una vita.

A livello di apprendimenti non mostra difficoltà, mentre a volte fatica a relazionarsi con i suoi compagni di classe. Non emergono difficoltà scolastiche neanche durante le scuole medie; Monica, infatti, dimostra di avere un buon rendimento scolastico e delle buone autonomie personali. Durante il tempo libero frequenta un corso di teatro.

La madre descrive Monica come una ragazza piena di risorse, buona e molto attenta ad avere ottimi risultati scolastici.

7.2.2 Valutazione clinica

Monica si presenta, fin da subito, ai colloqui molto motivata ad intraprendere un percorso psicologico che la possa aiutare a stare meglio; riferisce, infatti, di trovarsi da mesi in una situazione di forte sofferenza. Si descrive come una ragazza riservata, con una bassa autostima e poca sicurezza nelle proprie capacità: questo, a volte, le rende difficile entrare in relazione con gli altri. Per lei è molto importante l'aspetto scolastico e il raggiungimento di ottimi risultati in questo campo; investe, infatti, molto del suo tempo nello studio. Riporta frequenti episodi di abbuffate accompagnati da successive condotte compensatorie, come il ricorso al vomito autoindotto, messe in atto in seguito all'emergere di un forte senso di colpa legato all'aver perso il controllo e, quindi, all'aver mangiato caoticamente molto cibo in poco tempo. Inoltre, riferisce di provare, a volte, confusione a livello emotivo e di non riuscire a distinguere bene che cosa stia provando in quel momento.

Dal punto di vista familiare, Monica vive con la madre, che lavora come segretaria in uno studio di avvocati e con cui ha un buon rapporto. Il padre, dipendente bancario, in seguito alla separazione, è rimasto nella casa di famiglia rifacendosi una vita con un'altra donna dopo pochi mesi. Monica non ha più potuto vedere il padre in maniera esclusiva ed ha sofferto molto perché si è sentita abbandonata; prima di questo evento, Monica riporta di aver avuto da sempre un buonissimo rapporto con lui. Rispetto a questo, la paura dell'abbandono, in particolare da parte di figure maschili, la portano spesso ad intraprendere relazioni di forte dipendenza nei confronti dell'altro.

Dai colloqui si evidenzia la presenza di una forte insoddisfazione corporea che si accompagna ad una grande importanza attribuita al proprio corpo, che molto spesso diventa il focus di pensieri ricorrenti ed intrusivi.

Emerge, dunque, dai colloqui e dagli approfondimenti diagnostici, descritti di seguito, la presenza di un quadro di Bulimia Nervosa (ICD10 F:50.2). Sulla base di questi elementi, è stato proposto a Monica l'avvio di un percorso di supporto psicologico a cadenza quindicinale e la prosecuzione dei controlli neuropsichiatrici per monitorare la terapia farmacologica, prescritta per intervenire sul tono dell'umore.

7.2.3 Approfondimento testistico

In una prima fase, per ottenere una conferma delle aree di maggiore sofferenza di Monica, è stato somministrato il Questionario per la Valutazione della Psicopatologia in adolescenza (Test Q-Pad; Sica et al., 2011), utilizzato per una valutazione ad ampio spettro della psicopatologia e del più generale stato di benessere in adolescenza, oltre che per una misurazione del livello di adattamento dell'individuo. Come già affermato precedentemente, lo strumento si compone di otto sottoscale (Ansia, Depressione, Insoddisfazione corporea, Abuso di Sostanze, Conflitti interpersonali, Problemi Familiari, Incertezza per il futuro, Rischio psicosociale) e due scale più generale che offrono una misura sintetica dello stato generale della capacità di adattamento dell'individuo, ovvero la scala Autostima e quella Benessere. Dalla somministrazione di Laura emergono punteggi clinicamente significativi per la sottoscala dei Conflitti Interpersonali ($F= 92$) e per la scala totale del Benessere, da cui emerge la presenza di un forte e profondo malessere ($F= 5$); emerge, invece, un punteggio borderline nella scala dell'Insoddisfazione Corporea ($F= 85$). Si evidenzia, così, uno stato di sofferenza principalmente legato alle difficoltà nelle relazioni interpersonali con gli altri, seguita da un'insoddisfazione rispetto al proprio corpo: sono entrambi elementi che ritroviamo nel racconto che Monica ha fatto di Sè stessa.

Integrando i diversi elementi emersi dai colloqui e dal test somministrato, si potrebbe ipotizzare che alla base della sofferenza attuale di Monica vi sia una sensazione di vuoto interiore, legato ad una paura dell'abbandono, e che questo poi sia alla base della manifestazione sintomatologica e delle difficoltà relazionali che lei riporta. Sulla base di questo, Monica è stata scelta per essere inserita all'interno del Progetto di ricerca "Impulsività, alessitimia e sistemi relazionali in adolescenti con problematiche psicopatologiche" nel quale si colloca il presente lavoro. L'obiettivo è quello di indagare e ottenere maggiori informazioni circa il suo quadro clinico, la percezione che ha di Sè stessa e circa le conseguenti condotte da lei messe in atto; inoltre, viene indagata anche la percezione della madre e la loro relazione più nello specifico.

Inizialmente, è stato somministrato a Laura l'Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George et al., 1997; George & West, 2001), test proiettivo-narrativo, da cui emerge un profilo di attaccamento **Insicuro-Distanziante (DS)**. In generale questo

indica che il soggetto tende ad isolare il materiale che potrebbe attivarlo a livello emotivo. Le difese tipicamente distanzianti, come la *Deactivation* (Ds), sono maggiormente presenti nelle tavole Diadiche dove viene sollecitato più l'aspetto relazionale, vista la presenza di un altro interlocutore; in questo caso, il legame viene neutralizzato, portato su piani più formali e cognitivi e, quindi, distanziato dai suoi aspetti emotivi e profondi. Questo aspetto possiamo ipotizzare sia legato alla difficoltà che Monica riporta nell'entrare in relazione con l'altro. Nelle tavole Alone, al contrario, si possono individuare alcune risorse personali interne rispetto alla capacità di pensiero, che, però, probabilmente sono state indebolite da questo massiccio uso di un pattern distanziante. Di seguito vengono riportate due trascrizioni *verbatim*, una riferita alla tavola Dyadic "Ambulance" e l'altra alla tavola Alone "Corner".

Tavola 6 (Ambulance): allora...allora magari questa è una famiglia, la madre, il figlio o magari la nonna con il nipote e il nonno o il padre del ragazzo si è sentito male lo stanno portando via in ambulanza e...magari non so di sicuro tutti e due sono molto tristi e dispiaciuti per ciò che è successo e il bambino, il ragazzo insomma particolarmente perché comunque non è una scena bella da vedere che portino via qualcuno con l'ambulanza oppure se non un loro parente può essere anche un loro vicino che fatalità si trovano la scena proprio fuori della finestra della loro abitazione (silenzio) e (silenzio). **Secondo lei che cosa potrebbe succedere dopo?** Eh appunto se magari lui fa parte della loro famiglia magari lo vanno a trovare in ospedale se no se magari è un vicino...magari vanno a chiedere a qualcun altro che cosa è successo per curiosità per informarsi oppure semplicemente perché gli dispiace perché magari era un loro caro amico che si è sentito male. **Qualcos'altro?** No.

Nelle tavole Dyadic, di cui *Ambulance* ne è un esempio, riscontrando un pattern distanziante, è visibile l'utilizzo prevalente della *Deactivation* (Ds), in particolare delle sottocategorie *Ds-Social Roles*, in quanto spesso viene prodotta una storia che segue un copione allo scopo di negare aspetti più personali, e *Ds-Deactivation*, utilizzata con l'obiettivo di raccontare un'attività rimuovendo la parte emotiva ad essa legata. Inoltre, è emerso un uso importante anche della *Cognitive Disconnection* (E), in particolare della sottocategoria *E-Uncertain*, codificata in quanto Monica racconta spesso storie non del tutto delineate e a tratti confuse.

Tavola 8 (Corner): allora questo è un bambino che magari nei non so magari non vuole mangiare, magari i genitori le hanno preparato qualcosa che ha lui non piace e fa così con le mani proprio per cercare che magari la madre gli porti da mangiare vicino alla bocca e allora cerca un po' di allontanarla e...però comunque alla fine lui decide lo stesso di andare a mangiare questa cosa...oppure potrebbe essere che magari il bambino ehm non so la madre lo sta sgridando e lui è un po' spaventato da lei...la madre o comunque il padre, i genitori e...sì sembra che non voglia fare qualcosa...e questo dipende da dipende molto dalla persona che ha di fronte e magari cerca in qualche modo di allontanare o di allontanare la situazione magari isolarsi o allontanare appunto per esempio se è la madre che le deve dare da mangiare allontanarla. **Qualcos'altro?** No.

Nella tavola appena descritta è possibile individuare la presenza di due Segregated System (SS), in particolare le sottocategorie *SS-Danger/Failed protection* e *SS-Emptiness/Isolation*, che però trovano un'immediata risoluzione all'interno del racconto. Nelle tavole Alone, più in generale, emerge l'utilizzo della *Deactivation* (Ds), in particolare della sottocategoria *Ds-Rejection*, che viene codificata nel momento in cui vengono respinte e rifiutate le forti emozioni che possono emergere, in questo caso, nell'affrontare una situazione di stress in modo autonomo. Inoltre, anche nelle tavole Alone, viene riportato l'utilizzo della Cognitive Disconnection (E), in particolare della sottocategoria *E-Uncertain*.

Successivamente, sono stati somministrati a Laura tutti gli strumenti, precedentemente descritti, che fanno parte della batteria di test self-report di questa ricerca e di seguito vengono riportati i risultati.

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994). Il punteggio di 65 di Veronica è indice di una presenza clinicamente significativa di alessitimia.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995). Il punteggio ottenuto da Veronica è di 66, indicando la presenza di un livello di impulsività medio.

Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991). Questo strumento permette di indagare l'auto percezione rispetto alle proprie competenze sociali, scolastiche e

ricreative e rispetto all'eventuale presenza di problematiche a livello emotivo-comportamentale. Considerando la Scala delle Competenze Veronica riporta punteggi clinicamente significativi a livello di Scala delle Attività (T= 29) e di Scala delle Competenze Totale (T= 27); emerge un punteggio borderline nella Scala delle Competenze Sociali (T= 35). Nelle Scale Sindromiche emerge un punteggio borderline alle Lamentele Somatico T= 69). Significativi sono anche i punteggi ottenuti rispetto alla macro-categoria Problemi internalizzanti (T= 68). Prendendo, infine, in considerazione la Scala DSM-Oriented, emerge un punteggio clinico nella scala Problemi Somatici (T= 73) e un punteggio borderline nella scala Problemi Depressivi (T= 66) e nella scala dei Problemi Ossessivi-Compulsivi (T= 65). Nella parte più qualitativa dello strumento, Monica riporta di provare, a volte, più emozioni nello stesso momento e di far fatica a distinguerle; questo potrebbe essere in linea con quanto emerso dalla TAS-20, rispetto alla presenza di alessitimia.

Considerando soprattutto i risultati emersi dalla Youth Self Report, possiamo evidenziare che Monica riporta, a livello autoperceptivo, una sensazione di profonda sofferenza interiore, espressa attraverso il corpo, e di difficoltà nelle relazioni interpersonali, che si lega a quanto emerso dai colloqui. Inoltre, emergono punteggi significativi rispetto alla presenza di problematiche internalizzanti, legate ad una difficoltà emotiva e ad aspetti di ipercontrollo, che sono elementi spesso associati al quadro clinico di Bulimia Nervosa, di cui Monica manifesta i principali sintomi. Infatti, la ragazza riporta di provare un forte senso di colpa e una forte sofferenza nel momento in cui si rende conto di aver perso il controllo durante le abbuffate; per questo, successivamente, mette in atto condotte compensatorie.

Contemporaneamente, alla mamma di Veronica sono stati somministrati i seguenti strumenti self-report; i risultati sono riportati di seguito.

Scala di Depressione Ansia Stress (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995). Con l'obiettivo di indagare gli stati negativi dei genitori, la mamma di Veronica riporta livelli lievi di Ansia (ANX) e livelli moderati di Stress (T= 22).

Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990). Si riscontra un punteggio clinicamente significativo rispetto alla sotto-scala *Distress Genitoriale* (PD; T= 34), alla sotto-scala *Interazione Genitore-Bambino Disfunzionale*

(P-CDI; T= 33) e alla scala della *Risposta Difensiva* (DIF; T= 28). Inoltre, emerge un punteggio molto alto e clinico rispetto alla scala Stress Totale (T= 96).

Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam et al., 2018). Il livello di burnout genitoriale non risulta essere significativamente presente (T= 47).

Child Behavior Check List (CBCL 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001). Questo strumento permette di ottenere un quadro delle competenze e delle problematiche emotivo-comportamentali di Laura, considerando il punto di vista della madre. Rispetto alla Scala di Competenze e alle Scale Sindromiche non emergono punteggi clinicamente. Non vengono evidenziati punteggi clinici neanche nelle scale generali, che fanno riferimento a problematiche internalizzanti ed esternalizzanti, così come non se ne riscontrano nelle scale DSM-Oriented. Sostanzialmente, nella percezione della madre la figlia sta bene e non mostra aree problematiche su cui indagare maggiormente per poi agire.

I risultati ottenuti della somministrazione di questi strumenti mettono in luce uno stato di stress generale, legato ad aspetti di ansia, esperito dalla madre; emerge, inoltre, una difficoltà nel relazionarsi con la figlia. Al contrario di Monica, però, la madre sembrerebbe non percepire la presenza di problematiche o di uno stato di sofferenza nella vita della figlia, elemento evidenziato dal fatto che non emergono risultati clinicamente significativi alla somministrazione della CBCL.

In conclusione, quindi, nell'ottica dell'inserimento di questo caso all'interno della ricerca effettuata, possiamo affermare che Laura riporta un quadro clinico di Bulimia Nervosa (BN) e un pattern di attaccamento Insicuro-Distanziante (DS) in linea con i risultati ottenuti dallo studio a livello di campione, in cui è presente una prevalenza di profili sul versante insicuro. Inoltre, legato alla classificazione dell'attaccamento, è stato individuato, nell'intera trascrizione, l'utilizzo della *Deactivation* (Ds) a livello difensivo, in particolare delle sottocategorie *SDs-Social Roles* e *Ds-Rejection* che dai risultati dello studio risultano essere le più utilizzate dal campione di adolescenti con DCA. All'interno dell'AAP possiamo, però, trovare anche un utilizzo importate della *Cognitive-Disconnection* (E), di solito ugualmente associata a profili di tipo insicuro.

7.3 Conclusione

All'interno di questa ricerca, i due casi clinici riportati ci permettono di dare una lettura clinica ai dati ottenuti ai test utilizzati.

I soggetti presentati si differenziano a livello di storia personale e familiare, oltre che a livello di diagnosi cliniche. Rispetto a quest'ultimo aspetto, entrambi i casi presentano una sintomatologia legata all'area dei DCA, pur essendo espressione di stati di sofferenza differenti. Infatti, i pattern di attaccamento emersi sono distinti: il primo soggetto presenta un pattern Disorganizzato (U), con la presenza di elementi non risolti, mentre il secondo rientra all'interno di un pattern Insicuro-Distanziato (DS). In aggiunta, sebbene ciascun soggetto presenti un profilo difensivo prevalente, in relazione all'attaccamento presentato (George & West, 2011), in entrambi i casi viene messo in luce l'utilizzo di tutti e tre i processi difensivi individuati da Bowlby (1980) e rilevati mediante la somministrazione dell'AAP, evidenziando così un uso più continuo e meno differenziato delle difese.

CAPITOLO 8 – CONCLUSIONI

Il presente lavoro, coinvolgendo adolescenti con problematiche psicopatologiche, permette di ampliare la ricerca sulla validità e l'utilità clinica, soprattutto con campioni di giovani adulti, dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP), strumento narrativo-proiettivo che introduce diverse novità e fornisce uno sguardo più ampio, ma allo stesso tempo dettagliato, dell'attaccamento. Infatti, grazie all'utilizzo di questo strumento è stato possibile confermare la presenza di un'organizzazione di attaccamento insicuro in quadri clinici riconducibili sia a Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sia a Condotte Autolesive (NSSI). L'aspetto innovativo, però, sta nel dare la possibilità di valutare i tre processi difensivi legati ai pattern di attaccamento in un'ottica nuova: è stato possibile, infatti, indagare a quale dei tre sembrerebbe ricorrere maggiormente il gruppo di adolescenti con DCA e quello con NSSI, come riposta al distress esperito in seguito all'attivazione del sistema di attaccamento, e valutare quale possa essere il loro contributo al fine di ottenere una lettura più dettagliata delle aree che possono risultare problematiche nei due quadri clinici in esame.

Tuttavia, nel presente studio possono essere evidenziati alcuni limiti. In primo luogo, il campione risulta essere relativamente di piccole dimensioni, con una numerosità pari a 35 adolescenti, con le rispettive madri; per questo, passi successivi potranno essere fatti con lo scopo di ampliare la numerosità campionaria, in modo da aumentare la validità dei risultati. Inoltre, se analizziamo il campione, possiamo trovare una disparità a livello di genere, in quanto la maggior parte sono femmine, e a livello di numerosità dei gruppi clinici coinvolti; infatti, il campione di DCA riporta una numerosità molto maggiore rispetto a quella del gruppo con NSSI e questo potrebbe aver inciso sui risultati ottenuti. In aggiunta, essendo uno studio che vuole indagare non solo l'attaccamento e i profili difensivi degli adolescenti, ma anche come i genitori si sentono, percepiscono e vivono la situazione, sarebbe interessante, in studi futuri, cercare di introdurre anche la somministrazione dei questionari self-report ai padri, seppur azione difficile da fare, in modo da avere un'immagine più ampia di come ogni elemento della famiglia vive la problematica dell'adolescente e, allo stesso tempo, ottenere una visione più chiara delle dinamiche familiari che si verificano nelle specifiche famiglie.

Concludendo, come dimostrato nel capitolo precedente, uno studio come quello appena presentato può essere molto utile nella pratica clinica sotto diversi punti di vista,

soprattutto grazie all'uso dell'AAP. In primo luogo, fornisce al clinico maggiori informazioni, non solo sulle aree di maggiore sofferenza del soggetto ma anche su come queste si manifestano. In particolare, la possibilità di ottenere una valutazione dell'attaccamento e delle difese permette una comprensione più profonda della storia del soggetto, delle dinamiche relazionali presenti all'interno della famiglia d'origine, in particolare quelle con le figure di riferimento, e di quelle che il soggetto mette in atto nell'interazione con il mondo esterno. A fronte di questo, il clinico può, quindi, prevedere quali potrebbero essere le modalità con cui l'individuo si relazionerà a lui e quali difese potrebbero emergere all'interno della relazione terapeutica a protezione dello stesso soggetto. In secondo luogo, essendo prevista una restituzione all'adolescente e ai genitori, i risultati possono aiutare il ragazzo ad acquisire una maggiore consapevolezza rispetto ad alcune proprie fragilità o modalità ricorrenti di relazione, oltre che a sentirsi maggiormente compreso o, comunque, a sentire che c'è il tentativo da parte del clinico di comprendere non solo la sua sofferenza ma anche la sua profondità e i suoi punti di forza. Dall'altra parte, gli stessi risultati aprono la possibilità al genitore, in questo caso la madre, di ragionare sul proprio ruolo genitoriale, sulle proprie difficoltà nel ricoprirlo e sulle dinamiche che emergono nella relazione con l'adolescente; in questo modo, da parte del genitore sarà possibile sviluppare uno sguardo diverso nei confronti della condizione clinica del figlio, evitando di sottostimarla o minimizzarla come spesso succede. Questo lavoro, quindi, oltre ad essere un elemento che amplia l'ambito di ricerca nel quale si inserisce e che permette di dare uno spunto per studi successivi, si è dimostrato essere anche molto importante del punto di vista clinico nel suo utilizzo in Servizi territoriali.

BIBLIOGRAFIA

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., Marzola, E., & Fassino, S. (2010). Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 520–524.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index-short form*. Charlottesville, VA: Pediatric psychology press.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for ASEBA school-age forms and profile*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adam, K. S., 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.
- Ainsworth, M.D., Blehar M.C., Waters E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. (1979). Infant-mother attachment. *The American psychologist*, 34(10), 932–937.
DOI: [10.1037//0003-066x.34.10.932](https://doi.org/10.1037//0003-066x.34.10.932).
- Aikins, J. W., Howes, C., & Hamilton, C. (2009). Attachment stability and the emergence of unresolved representations during adolescence. *Attachment & Human Development*, 11 (5), 491-512.
DOI: 10.1080/14616730903017019.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory ad a framework for understanding outcomes of severe adolescent psychopathology: An eleven-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Allen, J. (2010), Il sistema di attaccamento in adolescenza. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (a cura di Giovanni Fioriti), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche* (pp. 483-501).

- Ammaniti, M. (2010). *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M., Tambelli, R., Zavattini, G. C., Vismara, L., & Volpi, B. (1999). *Attaccamento e Funzione Riflessiva in adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
DOI: [10.1449/551](https://doi.org/10.1449/551).
- Attili, G., Di Pentima, L., Toni, A., & Roazzi, A. (2015). Attachment style and eating disorders: The combined effect of mothers' and fathers' mental states. *Attaccamento e Sistemi Complessi (Attachment and Complex Systems)*, 2(2), 53-66.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
- Baldoni, F. (2007). Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. *Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica* (pp. 54-77). Bologna: Pendragon.
- Batista, M., Antic, L. Z., Zaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. (2018). Predictors of Eating Disorder Risk in Anorexia Nervosa Adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57(3).
DOI: 10.20471/acc.2018.57.03.01.
- Bernheim, D., Gander, M., Keller, F., Becker, M., Lischke, A., Mentel, R., Freyberger, H. J., & Buchheim, A. (2019). The role of attachment characteristics in dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*, 26, 339-349.
DOI: 10.1002/cpp.2355.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181.
DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.005.

- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Vol. II: Separation: Anxiety and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551–559.
DOI: 10.1016/S0022-3999(96)00228-0.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003), The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351–367.
- *Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Buchheim, A., Labek, K., Walter, S., & Viviani, R. (2013). A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.
DOI: 10.3389/fnhum.2013.00677.
- Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kachele, H., Martius, P., Pokorny, D., Spitzer, M., & Walter, H. (2016). Neural Response during the Activation of the Attachment System in Patients with Borderline Personality Disorder: An fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
DOI: 10.3389/fnhum.2016.00389.

- Bureau, J-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M-F., & Cloutier, P. (2009). Perceived Dimensions of Parenting and Non-suicidal Self-Injury in Young Adults. *Journal Youth Adolescence*, 39, 484-494.
DOI 10.1007/s10964-009-9470-4.
- Cianchetti, C., & Sannio Fascello, G. (2001). *Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti (SAFA)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Claes, L., De Raedt, R., Van de Walle, M., & Bosmans, G. (2016). Attentional Bias Moderates the Link Between Attachment-Related Expectations and Non-suicidal Self-Injury. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 540–548.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 82-90.
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application* (2nd ed., pp. 599–634). New York, NY: Guilford.
- Dellagiulia, A., Palummieri, A., & Mecenate, C. (2011). Le relazioni interpersonali in adolescenza alla luce della teoria dell'attaccamento. Un primo utilizzo in Italia del questionario Network of Relationships Inventory. *Orientamenti Pedagogici*, 58(3), 619-640.
- Delvecchio, E., Pazzagli, C., Di Riso, D., Chessa, D., & Mazzeschi, C. (2013). Attachment pattern and cognitive skills: an exploratory study in an Italian non-clinical sample. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*, 116 (3), 830-846.
DOI 10.2466/03.10.PMS.116.3.830-846.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: Dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in Psychology*, 5.
DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01218.

- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N., and Bissada, H. (2010). The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social Clinical Psychology, 29*, 1131–1152.
DOI: 10.1521/jscp.2010.29.10.1131.
- 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*, 155–167.
DOI: 10.1080/14616734.2011.554005
- Di Riso, D. & Lis, A. (2016). *Psicodinamica dei pattern di attaccamento in età adulta e adolescenza. L'Adult Attachment Projective Picture System*. Milano: Franco Angeli.
- Engel, G. (1971). Attachment Behaviour, Object Relations and the Dynamic-Economic Points of View-Critical Review of Bowlby's Attachment and Loss. *The International Journal Psychoanalysis, 52*, 183-196.
- Finn, S. E. (2011). Use of the Adult Attachment Projective Picture System (AAP) in the Middle of a Long-Term Psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 93* (5), 427-433.
DOI: 10.1080/00223891.2011.595744.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic, 62*, 147-169.
- Fossati, A., Barratt, E. S., Acquarini, E., & Di Ceglie, A. (2002). Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. *Perceptual and motor skills, 95*(2), 621- 635.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychological Assessment, 20*(2), 124–133.

- Gallichan, D. J., & George, C. (2014). Assessing attachment status in adults with intellectual disabilities: the potential of the Adult Attachment Projective Picture System. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8 (2), 103-119.
- Gallichan, D., & George, C. (2018). The Adult Attachment Projective Picture System: A pilot study of inter-rater reliability and face validity with adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 12, 57-66. DOI:10.1108/AMHID-11-2017-0036.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Journal Frontiers in Psychology*, 6. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01136.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 894-906. DOI: 10.1002/cpp.2324.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational Models of Relationship: Links Between Caregiving and Attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript.
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1997). *The Adult Attachment Projective*. Unpublished attachment measure and coding manual. Oakland, CA: Mills College.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, 3(1), 30-61. DOI: 10.1080/14616730010024771.

- George, C., & West, M. (2003). The Adult Attachment Projective: Measuring Individual Differences in Attachment Security using Projective Methodology. In Hilsenroth, M. J. & Segal, D. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment: Personality Assessment*, (Vol.2). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- George, C., & West, M. (2011). The Adult Attachment Projective Picture System: Integrating Attachment into Clinical Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(5), 407-416.
DOI: 10.1080/00223891.2011.594133.
- *George & West (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System*. New York, NY: Guilford Publications.
- George, C., & Buchheim, A. (2014). Use of the Adult Attachment Projective Picture System in psychodynamic psychotherapy with a severely traumatized patient. *Frontiers in Psychology*, 5.
DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00865.
- Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2015). The Role of Attachment Style in Predicting Repetition of Adolescent Self-Harm: A Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(6), 664-678.
DOI: 10.1111/sltb.12159.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128–140.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/ reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 238–250.
- Guarino, A., Di Blasio, P., D'Alessio, M., Camicasca, E., & Serantoni, G. (2008). *Parenting Stress Index: Manuale* (5 th ed.). Firenze: Giunti.
- Gunterman, A. (2015). The Clinical Utility of the Adult Attachment Projective Picture System: A Clinician's Perspective. *Graduate School of Professional Psychology: Doctoral Papers and Masters Projects*, 67.
- *Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13 (12), 673-685.

DOI: [10.1037/h0047884](https://doi.org/10.1037/h0047884).

Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(2), 302–312.

DOI: [10.1207/s15374424jccp3502_14](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3502_14).

Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence, 28*, 455–469.

Hoffman, P.M. (2006). *Attachment Styles and Use of Defense Mechanisms: A Study of the Adult Attachment Projective and Cramer's Defense Mechanism Scale*. Tennessee: University of Tennessee.

Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process, 55* (3), 577-594.

DOI: [10.1111/famp.12242](https://doi.org/10.1111/famp.12242).

Jiang, Y., You, J., Zheng, X. & Lin, M-P. (2017). The Qualities of Attachment with Significant Others and Self-Compassion Protect Adolescents from non Suicidal Self-Injury. *School Psychology Quarterly, 32*(2), 143-155.

Jobst, A., Padberg, F., Mauer, M., Daltrozzo, T., Bauriedl-Schmidt, C., Sabass, L., Sarubin, N., Falkai, P., Renneberg, B., Zill, P., Gander, M., & Buchheim, A. (2016). Lower Oxytocin Plasma Levels in Borderline Patients with Unresolved Attachment Representations. *Frontiers in Human Neuroscience, 10*.

DOI: [10.3389/fnhum.2016.00125](https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00125).

Joubert, D., Webster, L., Kist Hackett, R. (2012). Unresolved Attachment Status and Trauma-Related Symptomatology in Maltreated Adolescents: An Examination of Cognitive Mediators. *Child Psychiatry and Human Development, 43*, 471-483.

DOI [10.1007/s10578-011-0276-8](https://doi.org/10.1007/s10578-011-0276-8).

- Juen, F., Arnold, L., Meissner, D., Nolte, T., & Buchheim, A. (2013). Attachment disorganization in different clinical groups: what underpins unresolved attachment?. *PSIHOLOGIJA*, 46 (2), 127-141.
DOI: 10.2298/PSI1302127J.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461-474.
- Krause, S., Pokorny, D., Schury, K., Doyen-Waldecker, C., Hulbert, A., Karabatsiakis, A., Kolassa, I., Gundel, H., Waller, C., & Buchheim, A. (2016). Effects of the Adult Attachment Projective Picture System on Oxytocin and Cortisol Blood Levels in Mothers. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
DOI: 10.3389/fnhum.2016.00627.
- Labek, K., Viviani, R., Gizewski, E. R., Verius, M., & Buchheim, A. (2016). Neural Correlates of the Appraisal of Attachment Scenes in Healthy Controls and Social Cognition - An fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10.
DOI: 10.3389/fnhum.2016.00345.
- Latzer, Y., & Hochdorf, Z. (2005). Dying to be thin: attachment to death in anorexia nervosa. *The Scientific World Journal*, 5, 820–827.
DOI: [10.1100/tsw.2005.95](https://doi.org/10.1100/tsw.2005.95).
- Lenhart, L., Gander, M., Steiger, R., Dabkowska-Mika, A., Mangesius, S., Haid-Stecher, N., Fuchs, M., Buchheim, A., Sevecke, K., & Gizewski, E. R. (2022). Attachment status is associated with grey matter recovery in adolescent anorexia nervosa: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Neuroscience*, 55, 1373-1387.
DOI: 10.1111/ejn.15614.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lingiardi, V. & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (Second edition)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Lis, A., Mazzeschi, C., Di Riso, D., & Salcuni, S. (2011). Attachment, Assessment, and Psychological Intervention: A Case Study of Anorexia. *Journal of Personality Assessment*, 93 (5), 434–444.
DOI: 10.1080/00223891.2011.594125.
- Lonigro, A., Pallini, S., Zanna, V., Marech, L., Rosa, M., Criscuolo, M., Chianello, I., & Laghi, F. (2020). Autonomic response to the Adult Attachment Projective in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1799-1804.
DOI: 10.1007/s40519-019-00792-8.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
[DOI: 10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In Bretherthon, I., & Waters, E. (a cura di), *Growing points in attachment theory and research, "Monographs of the Society for Research in Child Development"* (pp. 66-104).
- Martin, J., Bureau, J-F., Lafontaine, M-F., Cloutier, P., Hsiao, C., Pallanca, D., & Meinz, P. (2017). Preoccupied but not dismissing attachment states of mind are 118 associated with non suicidal self-injury. *Development and Psychopathology*, 29(2), 379–388.
- Mayer, B., Muris, P., Meesters, C., & Zimmermann-van Beuningen, R. (2009). Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 32, 741–745.
- Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Laghezza, L., Radi, G., Battistini, D., & De Feo, P. (2014). The role of both parents' attachment pattern in understanding childhood obesity. *Frontiers in Psychology*, 791 (5).
DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00791.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J., & Berant, E. (2009). *Attachment-related defensive processes. Clinical Applications of Adult Attachment Research*. New York: Guilford Press.
- *Minuchin, S., Rosman, D.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moreira, P., Pedras, S., Silva, M., Moreira, M., & Oliveira, J. (2020). Personality, Attachment, and Well-Being in Adolescents: The Independent Effect of Attachment After Controlling for Personality. *Journal of Happiness Studies*, 22, 1855-1888.
DOI: [10.1007/s10902-020-00299-5](https://doi.org/10.1007/s10902-020-00299-5).
- Nagra, G. S., Lin, A., & Upthegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 241, 78-82.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.
DOI:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x.
- Nunes, F., Mota, C. P., Ferreira, T., Schoon, I., & Matos, P. M. (2022). Parental Meta-Emotion, Attachment to Parents, and Personal Agency in Adolescents. *Journal of Family Psychology*.
DOI: [10.1037/fam0000947](https://doi.org/10.1037/fam0000947)
- O’Kearney, R. (1995). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115–127.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptom be Proximity-Seeking?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 421-435.
- O’Shaughnessy, R., & Dallos, R. (2009). Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(4), 559-574.

- Pallini, S., Terrinoni, A., Iannello, S., Cerutti, R., Ferrara, M., Fantini, F., & Laghi, F. (2020). Attachment-Related Representations and Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50 (4), 909-920.
DOI: 10.1111/sltb.12633.
- Parkitny, L., & McAuley, J. (2010). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of Physiotherapy*, 56(3), 204. DOI: 10.1016/S1836- 9553(10)70030-8.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768–774.
- Ringer, F., & Crittenden, P.M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15 (2), 119–130.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du centre international de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Rogers, C. R., Chen, X., Kwon, S., McElwain, N. L., & Telzer, E. H. (2022). The role of early attachment and parental presence in adolescent behavioral and neurobiological regulation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 53.
DOI: 10.1016/j.dcn.2021.101046.
- Roskam, I., Brianda, M-E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*, 9, 758.
DOI: [10.3389/fpsyg.2018.00758](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758).
- Salcuni, S., Parolin, L., & Colli, A. (2017). Attachment research and eating disorder: a measurement perspective-Literature review. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(3), 478-504.
DOI: 10.14656/PFP20170308.
- Salzman, J. (1996). Primary attachments in female adolescents: Association with depression, self-esteem and maternal identification. *Psychiatry*, 59, 20–33.
- Sanavio, E. (2016). *Manuale di psicopatologia e psicodiagnostica*. Bologna: Il Mulino.

- *Selvini Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation*. New York: Jason Aronson.
- Sica, C., Chiri, L.R., Favilli, R., & Marchetti, I. (2011). *Q-PAD. Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza*. Trento: Erickson.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385–395.
DOI: [10.1016/j.paid.2009.04.008](https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008).
- Symons, D. K., Clark, S. E., Tarabulsy, G. M., Hawkins, E., & Carrey, N. (2017). Adult Attachment Representations Using the Adult Attachment Picture Projective, Childhood Abuse History, and Psychopathology in a Small High-Risk Sample of Women. *Acta Psychopathological Journal*, 3 (5).
DOI: 10.4172/2469-6676.100144.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2013). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
DOI 10.1007/s10802-013-9837-6.
- Terenò, 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.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., and Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *British Journal Medical Psychology*, 74, 497–505.
DOI: 10.1348/000711201161145.
- Webster, L., & Joubert, D. (2011). Use of the Adult Attachment Projective Picture System in an Assessment of an Adolescent in Foster Care. *Journal of Personality Assessment*, 93 (5), 417-426.
DOI: 10.1080/00223891.2011.594127.

*West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York, NY: Guilford.

Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to development process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 52–62.

*Fonti non direttamente consultate

APPENDICE 1

In questa sezione viene riportata una descrizione più approfondita degli strumenti utilizzati nella batteria testistica insieme all'AAP. Gli strumenti somministrati agli adolescenti sono i seguenti:

- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994): è un questionario self-report volto ad indagare il costrutto dell'alessitimia. Si compone di 20 item a cui i soggetti rispondono attraverso una scala Likert a 5 punti, da “*non sono per niente d'accordo*” a “*sono completamente d'accordo*”, e che si possono raggruppare in 3 fattori: Difficoltà ad indentificare i sentimenti (“*Difficulty Identifying Feelings*”, DIF), Difficoltà a comunicare i sentimenti (“*Difficulty Describing Feelings*”, DDF) e Pensiero orientato all'esterno (“*Externally-Oriented Thinking*”, EOT). I soggetti che ottengono un punteggio minore a 51 sono considerati non alessitimici (< 51), quelli con punteggio maggiore o uguale di 61 chiaramente alessitimici (≥ 61); un punteggio compreso 51 e 60, invece, rivela la presenza di alessitimia ad un livello borderline (51-60). Bressi e colleghi (1996) hanno condotto uno studio multicentrico per valutare la validità della struttura fattoriale dello strumento in un campione italiano: la TAS-20 ha dimostrato un'adeguata consistenza interna, con un Alpha di Cronbach di 0.82 ($\alpha = 0.82$) per il campione clinico e di 0.75 per il campione normativo di riferimento ($\alpha = 0.75$) (validazione italiana a cura di Bressi et al., 1996)
- Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Stanford et al., 2009): è un questionario self-report considerato il gold standard per la valutazione del costrutto di impulsività personalità/comportamento, sia in ambito di ricerca che in ambito clinico. Lo strumento si compone di 30 item valutati attraverso una scala Likert a 4 punti, ovvero *Mai/Raramente, Talvolta, Spesso e Quasi sempre/Sempre* che permettono di indagare 6 sottodomini relativi all'impulsività (fattori di primo ordine): Attenzione, Impulsività motoria, Autocontrollo, Complessità cognitiva, Perseveranza e Instabilità cognitiva. Inoltre, raggruppando i punteggi ottenuti si possono individuare tre ulteriori domini (fattori di secondo ordine), ovvero Impulsività attentiva, Impulsività motoria e Impulsività da non pianificazione, e un punteggio totale: più questo risulta elevato più è indicativo della presenza di impulsività. Riguardo alla

versione italiana viene individuato un Alpha di Cronbach pari a 0.79 ($\alpha = 0.79$), dimostrando una buona consistenza interna (Fossati, Barratt, Acquarini & Di Ceglie, 2002).

- Youth Self Report (YSR 11-18; Achenbach, 1991): è un questionario autosomministrato da parte di adolescenti compresi tra gli 11 e i 18 anni che permette di indagare come percepiscono lo loro stesse competenze sociali, scolastiche e ricreative e l'eventuale presenza di problematiche a livello emotivo-comportamentale. Lo strumento si compone di una prima parte contenente delle domande semi-strutturate e di una seconda parte comprendente 112 item valutati attraverso una scala Likert a 3 punti, da "non è vero" a "molto spesso o spesso vero", che descrivono il possibile stato attuale o degli ultimi sei mesi dell'adolescente. Rispetto alla prima parte dello strumento, dei punteggi ottenuti è possibile individuare tre scale (*Scala delle Attività, Scala delle Competenze sociali e Scala delle Competenze scolastiche*) che permettono di ottenere un *Profilo/Scala delle Competenze Totali* del ragazzo. Al contrario, la seconda parte permette di individuare 8 Scale Sindromiche (Ansia/Depressione, Ritiro/Depressione, Lamentele somatiche, Non rispetto delle regole, Comportamento aggressivo, Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione) che vengono raggruppate in 3 macro-categorie, ovvero *Problemi internalizzanti, Problemi esternalizzanti e Problemi né internalizzanti né esternalizzanti*: rispetto a queste scale, il ragazzo può ottenere punteggi definiti "normali", "borderline" o "clinici". Il questionario è stato standardizzato e validato anche per la popolazione italiana.

Gli strumenti somministrati alle madri sono i seguenti:

- Scala di Depressione Ansia Stress (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995): è un test psicométrico self-report che si compone di 42 item, ognuno dei quali viene valutato su una scala Likert a 4 punti, da "non mi è mai accaduto" a "mi è capitato quasi sempre". Lo strumento è stato sviluppato con l'obiettivo di valutare il livello di tre stati emotivi negativi eventualmente vissuti dai soggetti nell'ultima settimana e corrispondenti alle tre scale in cui è possibile raggruppare gli item, ovvero *Depressione – DEP*, considerata in termini di bassa motivazione e scarsa autostima e umore, *Ansia -ANX*, considerata in riferimento alla sensazione di

paura, panico e attivazione a livello psicologico, e *Stress – STRESS*, evidenziato in termini di elevata tensione e irritabilità (Parkitny & Mcauley, 2010). In questo studio, tuttavia, è stata utilizzata la versione ridotta dello strumento, ovvero la DASS-21; quest'ultima si compone di 21 item, richiede tra i 5 e i 10 minuti per la compilazione e si suddivide in tre scale, Depressione, Ansia e Stress. La validazione italiana è stata curata da Bottesi, Ghisi, Altoè, Conforti, Melli e Sica (2015) ed ha mostrato buona affidabilità e una buona consistenza interna con un Alpha di Cronbach pari a 0.70 ($\alpha = 0.70$) (Bottesi et al., 2015)

- Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin & Abidin, 1990; validazione italiana a cura di Guarino, Di Blasio, D'Alessio, Camicasca & Serantoni, 2008): è un questionario self-report utilizzato per valutare il livello di stress che si può riscontrare nell'essere genitori, le sue diverse tipologie e le sue possibili cause. In questo studio, viene usato nella sua forma ridotta. Questa si compone di 36 item valutati su una scala Likert a 5 punti, da *fortemente d'accordo con l'affermazione* a *fortemente in disaccordo con l'affermazione*, e suddivisi in tre sottoscale: *Distress Genitoriale* (PD) che indica la possibile presenza di stress dovuto a fattori personali con depressione o conflitti con il partner; *Interazione Genitore-Bambino disfunzionale* (P-CDI), che fa riferimento alla difficoltà del genitore di interagire con il proprio figlio e il grado di insoddisfazione provato nei confronti dello stesso; *Bambino difficile* (DC), che misura la percezione genitoriale rispetto alla capacità del bambino di autoregolarsi. Inoltre, lo strumento include anche una scala di controllo, ovvero la *Scala di Risposta Difensiva*, che valuta il grado con cui il genitore tende a negare o minimizzare i problemi e le difficoltà del figlio (Haskett, Ahern, Ward & Allaire, 2006).
- Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam et al., 2018; traduzione italiana a cura di Miscioscia, Brianda & Simonella, 2018): è un questionario self-report composto da 23 item, valutati su una scala Likert a 7 punti (da 0 “*Mai*” ad 6 “*Ogni giorno*”) e raggruppati in 4 sottoscale, ovvero Esaurimento Emotivo (EX, *Exhaustion*), Contrasto con il precedente sé parentale (CO, *Contrast*), Sensazione di essere saturo (FU, *Saturation*) e Distanza emotiva (ED, *Emotional distancing*). Sommando i punteggi ottenuti per ciascuna sottoscala si ottiene un punteggio

totale: più questo è elevato più risulta essere indicativo della presenza di burnout genitoriale.

- Child Behavior Check List (CBCL 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001; validazione italiana a cura di Frigerio et al., 2004): è un questionario parent-report che permette di ottenere informazioni, sulla base della prospettiva del genitore, rispetto ai problemi emotivo-comportamentali e alle competenze sociali del ragazzo riconducibili agli ultimi 6 mesi. Il protocollo si compone di una prima parte di domande semi-strutturate e successivamente da 112 items valutati su una scala Likert a 3 punti, da 0 “non vero” a 2 “molto spesso o spesso vero”. Nello specifico, la prima sezione permette di ottenere un punteggio totale rispetto alla *Scala delle competenze*, che comprende a sua volta la *Scala delle Attività*, la *Scala delle Competenze Sociali* e la *Scala delle Competenze Scolastiche*; mentre la seconda sezione è possibile ottenere punteggi relativi ad 8 *Scale Sindromiche* (Ansia/Depressione, Ritiro/Depressione, Lamentele somatiche, Non rispetto delle regole, Comportamento aggressivo, Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione) raggruppate a loro volta in 3 macro-categorie: *Problemi internalizzanti*, *Problemi esternalizzanti* e *Problemi né internalizzanti né esternalizzanti*. La validazione italiana, a cura di Frigerio et al. (2004), ha mostrato una buona consistenza interna in riferimento alle scale sopra elencate.

APPENDICE 2

In questa sezione vengono riportati due esempi di tavole dell'Adult Attachment Projective Picture System (AAP). In particolare, è possibile individuare la tavola *Child at window (Window)*, un esempio di tavola Alone (Fig. 10), e la tavola *Bed*, un esempio di tavola Dyadic (Fig.11).

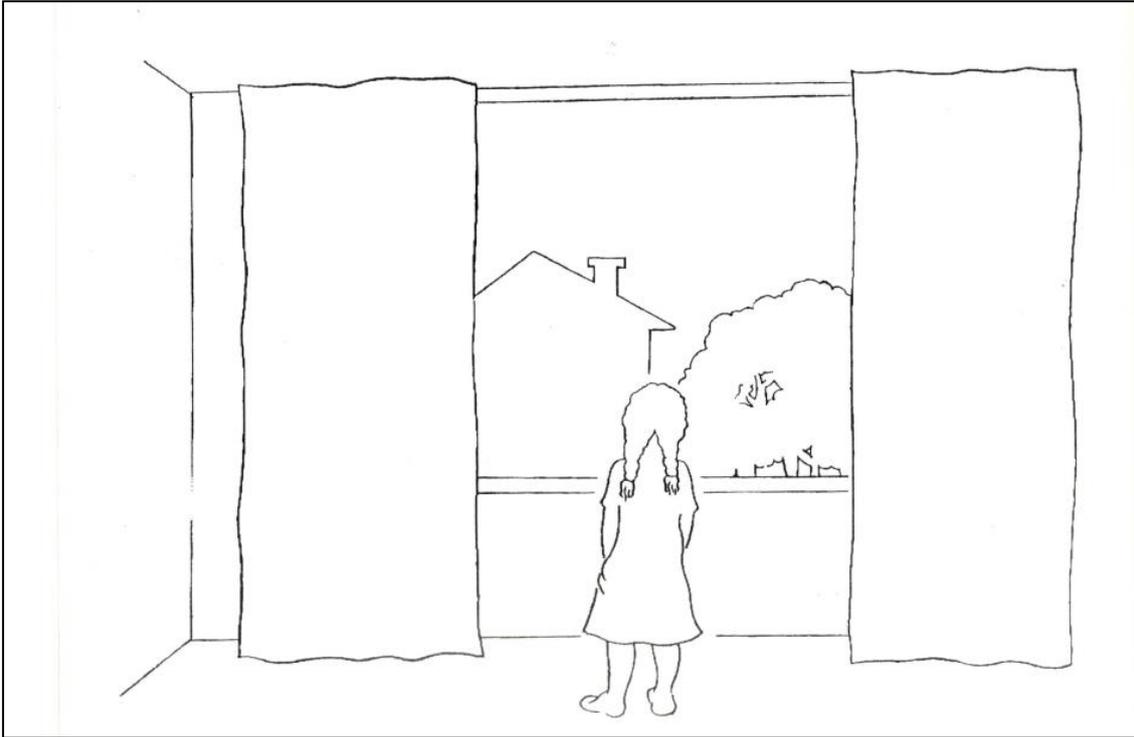


Fig. 10 AAP “*Child at window (Window)*”

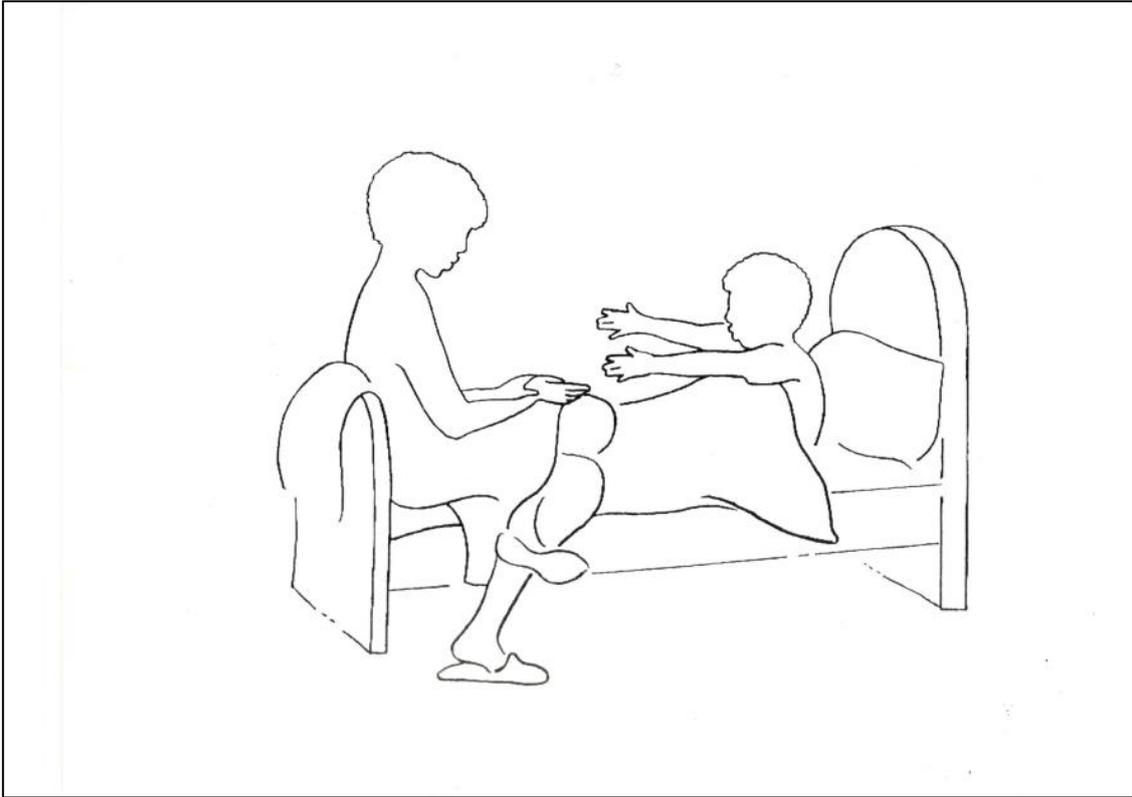


Fig. 11 AAP "Bed"