



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche dello sviluppo, della
personalità e delle relazioni interpersonali

**Percezione dei sintomi, pattern di attaccamento, stress
genitoriale in un campione clinico di adolescenti
autolesionisti e con Disturbo del Comportamento
Alimentare (DCA) e le loro madri**

*Symptoms perception, attachment, parental stress in a clinical sample
of adolescents with self-harming behaviour and Eating Disorder (ED)
and their mothers*

Relatore: prof.ssa Daniela Di Riso Laureanda: Lara Castelvèdere

Matricola: 2023004

Anno Accademico 2021/2022

Indice

<i>Indice</i>	1
<i>ABSTRACT</i>	2
<i>INTRODUZIONE</i>	4
CAPITOLO 1: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E AUTOLESIONISMO NEGLI ADOLESCENTI	5
1.1 Definizione e caratteristiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e dei comportamenti di autolesionismo negli adolescenti	5
1.1.1 Il corpo degli adolescenti	5
1.1.2 Definizione e caratteristiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti	6
1.1.3 Definizione e caratteristiche dei comportamenti di autolesionismo negli adolescenti... 7	
1.1.4 DCA e autolesionismo dopo la pandemia da Covid-19	9
1.2 Sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in adolescenti con un DCA e autolesionismo	10
1.3 Il costrutto dell'attaccamento: teoria e valutazione	12
1.3.1 Cenni teorici sulla teoria di John Bowlby	12
1.3.2 Attaccamento in adolescenti con DCA e autolesionismo	13
1.3.3 Trauma e Sistemi Segregati nell' <i>Adult Attachment Projective Picture System</i>	15
1.4 Percezione dei sintomi dei figli e stress in genitori di adolescenti con DCA e comportamenti di autolesionismo	17
CAPITOLO 2: LA RICERCA	19
2.1 Obiettivi	19
2.2 Ipotesi	20
2.3 Metodo	21
2.3.1 Campione	21
2.3.3 Strumenti.....	25
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA	27
2.4.1 Confronto tra gruppi	27
2.4.2 Correlazioni	30
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	30
2.5 Discussione	30
2.6 Conclusioni:	35
2.6.1 Limiti e pregi della ricerca	36
<i>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI</i>	I
<i>RINGRAZIAMENTI</i>	VII

ABSTRACT

In seguito a comunicazioni implicite che avvengono nella diade caregiver-bambino, una memoria inconsapevole permette che tali schemi relazionali vengano mantenuti nella linea evolutiva dell'individuo. In adolescenti con condotte autolesioniste e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), il pattern di attaccamento insicuro viene indicato come sintomo di incapacità di regolazione emotiva, la quale a sua volta si presenta come un fattore di rischio patoplastico. Il presente progetto di ricerca si propone di analizzare il ruolo di tale costrutto in una prospettiva innovativa. In generale, lo studio cerca infatti di raccogliere nuovi elementi utilizzando uno strumento narrativo proiettivo che non gode di molti riferimenti nella letteratura (AAP). Inoltre, anche il confronto tra adolescenti con DCA e autolesionismo sembra piuttosto raro.

Il campione di questa ricerca è composto da 35 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni, reclutati dai distretti dell'ULSS3, tra cui l'UOC di Neuropsichiatria Infantile e il Servizio per l'età Evolutiva-Polo Adolescenti. Il campione è per il 77,1% di genere femminile e per il 2,9% maschile ed è stato diviso in due gruppi clinici (diagnosi di DCA o autolesionismo). Le madri che hanno completato il questionario sono invece 33.

Lo strumento Youth Self Report (YSR) valuta la percezione dei sintomi degli adolescenti; il loro pattern di attaccamento viene invece identificato tramite lo strumento Adult Attachment Projective (AAP), rilevando anche le tipologie di sistemi difensivi utilizzati dai due gruppi clinici. Per quanto riguarda la percezione dei sintomi del figlio dalla prospettiva materna, questa viene indagata con lo strumento Child Behaviour Checklist (CBCL). Lo stress genitoriale delle genitrici è infine valutato con la scala multi-componenziale Parent Stress Index (PSI).

I risultati sembrano confermare differenze di percezione dei sintomi tra i gruppi clinici, sia da parte delle madri che dei figli. Un attaccamento insicuro viene riscontrato nella maggioranza del campione, senza differenze significative tra adolescenti con DCA e autolesionismo. Anche il livello di stress genitoriale totale non sembra prevalere in nessuno dei due gruppi clinici. Infine, la percezione dello stress materno sembra essere correlata con i Sistemi Segregati di tipo Traumatico e Normativo in modo differente per adolescenti con DCA e autolesionismo.

Analizzare e classificare l'interazione tra i modelli relazionali, strutturatisi in infanzia, e le capacità di regolazione di adolescenti con difficoltà o psicopatologie, sembra dunque permettere una comprensione più profonda del loro profilo funzionale.

ABSTRACT

Implicit communications between the baby and his caregiver allow an unconscious memory to build and maintain these schemes of interaction throughout life. In adolescents who self-harm and have an Eating Disorder (ED), an unsafe pattern of attachment is seen as an incapability of emotion regulation, which is a risk factor for psychopathology. The present study tries to analyse the role of the attachment in an innovative perspective, collecting new elements with a projective-narrative instrument which is not often mentioned in literature. Furthermore, also the comparison between samples composed of adolescents with ED and self-harming seems to be quite rare.

35 people from 14 to 18 years old are recruited for this project from the local ULLSS3, which comprehends the Complex Operative Unite of Child Neuropsychiatry and the Centre for Adolescents and Developmental Age. The 77.1% of the sample is female, while the other 2.9% is composed of males; subjects were also split in two groups (divided between ED or self-harming diagnosis). The mothers who filled the questionnaire were 33 instead.

The Youth Self-Report questionnaire (YSR) measures the symptoms perception in adolescents; their pattern of attachment is identified thanks to the Adult Attachment Projective, also detecting the type of defensive systems that was used by the two clinical samples. The mothers' perception of their children's symptoms is observed by means of the Child Behaviour Checklist (CBCL). The maternal stress is eventually measured by the Parent Stress Index (PSI).

The results seem to confirm some differences of perception between the two clinical samples, both in mothers and children. An unsafe pattern of attachment is seen in most of the subject, without any difference between the two groups. Lastly, maternal stress and Traumatic and Normative Segregated System seem to be associated differently in adolescents who self-harm and in those who have an Eating Disorder.

To analyse the interaction between models of relationship, build during childhood, and the ability of emotion regulation in adolescents who struggle with a psychopathology seems to allow a deeper understanding of their functional profile.

INTRODUZIONE

L'adolescenza è l'età del cambiamento, come l'etimologia della parola stessa suggerisce: il verbo latino *adulescere* significa infatti "crescere". In questo periodo avvengono modificazioni pervasive, che comprendono trasformazioni biologiche, neuropsicologiche e nell'ambito delle competenze cognitive, emotive e relazionali.

Tra i cinque mesi e i tre anni, secondo Margaret Mahler, il bambino inizia a separarsi dal *caregiver*, emergendo fisicamente e psicologicamente dalla fusione simbiotica con quest'ultimo. Contemporaneamente, il processo di individuazione permette la determinazione dell'identità del bambino (Lis, 1999). Gli stessi movimenti, secondo Blos (1967), si possono riconoscere anche nella relazione tra gli adolescenti e i propri adulti significativi in un secondo processo di separazione-individuazione verso l'indipendenza. In questo periodo i giovani sperimentano infatti un distacco dagli oggetti d'amore originari verso l'autoaffermazione di un'individualità. Questo dà adito a un momento estremamente conflittuale in cui l'io infantile cerca di essere scacciato dalla mente, ma continua a manifestarsi all'interno del legame affettivo di dipendenza con gli adulti di riferimento.

È interessante notare come studi neuroscientifici confermino che il culmine della crescita neuronale avviene tra il terzo e il sesto mese di gestazione, ma proprio in adolescenza si compia la parte finale (ovvero, una riduzione sinaptica) di una seconda ondata proliferativa iniziata in tarda infanzia (Lucangeli, 2019). Tali cambiamenti neurobiologici sembrano determinare l'insorgere della ricerca di una maggiore indipendenza. Inoltre, la maturazione tardiva della corteccia prefrontale, insieme al risveglio di pulsioni sopite nell'infanzia (Lis, 1999), spiega come nell'adolescente spesso prevalgano gli aspetti emotivi su quelli cognitivi-procedurali.

Per quanto riguarda il lasso temporale dell'adolescenza, nel mondo occidentale studi epidemiologici evidenziano un anticipo della pubertà, mentre i cambiamenti sociali e culturali ritardano l'ingresso nell'età adulta. L'adolescenza può quindi coprire un lasso di tempo che va dai 10 ai 25 anni (Lucangeli, 2019).

Il ruolo della cultura, della società e del confronto con il gruppo dei pari è fondamentale per gli adolescenti, per i quali un "corpo a corpo" con i coetanei può risultare faticoso (Lancini, 2015, p.52). Gli adolescenti si trovano infatti a dover gestire una relazione mutevole con i propri adulti di riferimento, con il proprio gruppo dei pari e con loro stessi, imparando a ri-conoscersi.

Proprio perché caratterizzata da tanti delicati cambiamenti, l'adolescenza è anche un periodo di rischio, in cui vulnerabilità che risalgono all'infanzia possono emergere. Il clinico è continuamente spronato a muoversi in un *continuum* tra funzionalità e disfunzionalità, seguendo traiettorie evolutive che possono deviare, interrompersi o mutare in modo repentino. La medesima condizione può condurre a rischi psicopatologici molto diversi, i precursori dei quali possono essere identificati già nell'infanzia. È dunque fondamentale mantenere un approccio dimensionale di valutazione, in grado di evidenziare la continuità delle traiettorie evolutive e delle forme di disadattamento, per poter discernere un disturbo psicopatologico da turbe non strutturate.

CAPITOLO 1: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E AUTOLESIONISMO NEGLI ADOLESCENTI

1.1 Definizione e caratteristiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e dei comportamenti di autolesionismo negli adolescenti

1.1.1 Il corpo degli adolescenti

Di fronte ai cambiamenti travolgenti che questi attraversano, il vissuto degli adolescenti è spesso quello di una perdita di controllo. Quest'ultimo viene quindi spostato ed esternato sul corpo in un tentativo di riguadagnare il senso di padroneggiamento che sembra perduto (Caparrotta e Ghaffari, 2006). Di fronte a un corpo che cambia e spesso non si riconosce, l'adolescente è costretto a rimaneggiare profondamente l'immagine di sé, mentalizzando e integrando aspetti come la consapevolezza di possedere un corpo mortale (Lancini, 2015). Il corpo bambino, accudito e nutrito, lascia infatti il posto a uno nuovo che deve essere legittimato a se stessi. Gli adolescenti compiono dunque un'operazione mentale di appropriazione spesso in modo anche concreto, con piercing e tatuaggi.

Integrare una nuova immagine del Sé, tuttavia, può comportare non poche difficoltà, alla base di disturbi e attacchi al sé corporeo. È interessante notare che il 27% di 432 adulti e adolescenti che hanno fatto uso di pratiche di *body modifications* aveva avuto episodi di autolesionismo durante l'infanzia (Stirn, 2008). Tali agiti sembrano infatti essere un mezzo per esprimere il dolore adolescenziale dovuto alla “caduta dell'ideale” (Lancini, 2015, p. 49), alla perdita di un corpo bambino ed eterno.

Come riportato da Caparrotta e Ghaffari (2006), lo stesso Freud evidenzia che soggetti affetti da anoressia presentano la malinconia del lutto, della brama di qualcosa di perso. Gli stessi autori sottolineano come Rose, già nel 1943, credeva che il ruolo della resistenza alla crescita fosse fondamentale nei disturbi del comportamento alimentare. Le ragazze affette da tali problematiche, spesso brillanti nello studio, sembrano credere che a livello

fantasmatico affamare il corpo e nutrire la mente risolve la “fatica di diventare donne” (Lancini, 2015, p.50). Alcune teorie psicodinamiche sostengono inoltre che i pazienti con bulimia siano incapaci di esprimere i bisogni e gli affetti in un formato verbale, simbolicamente rimpiazzato dall’esperienza corporea di assunzione di cibo (Caparrotta e Ghaffari, 2006).

Lancini (2015) indica inoltre come ragioni profonde per le quali il nuovo corpo divenga insoddisfacente possano riguardare la rappresentazione del legame che si è stabilito con le figure genitoriali primarie. Non è da trascurare il fatto che la malattia permette al paziente di ottenere affetto e di essere al centro delle attenzioni della famiglia (Waller et al., 1940).

1.1.2 Definizione e caratteristiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono un’interfaccia tra il corpo e la mente, emozioni e cognizioni, infanzia ed età adulta e soprattutto tra l’individuo, la famiglia e la società in generale. Tali disturbi affliggono fino al 15% di adolescenti di genere femminile e fino al 3% di genere maschile. L’anoressia nervosa ha dei picchi d’insorgenza tra i 14 e i 18 anni, leggermente più tardivi per la bulimia nervosa (Volpe, 2016). Negli ultimi anni l’incidenza dei DCA sembra tuttavia aumentare anche tra i più giovani, soprattutto nei paesi occidentali (van Eeden, 2021). Secondo una metanalisi riguardante l’incidenza della popolazione mondiale, la prevalenza *una tantum* per le donne si aggira tra 0,1-3,6 %, mentre per gli uomini tra lo 0,1 e l’1,3 % (Galmiche, 2019). Uno studio canadese (Iwajomo et al., 2020) ha indagato la mortalità a seguito di un ricovero per un disturbo alimentare, evidenziando valori cinque volte maggiori per l’indice di mortalità standard (SMR), ovvero le morti osservate nel campione rispetto a quelle attese nella popolazione.

Nell’edizione del 2013 del DSM-5, la bulimia nervosa e il disturbo da *binge eating* sono stati inseriti come diagnosi a sé stanti, mentre il *purging disorder* è fornito come esempio della categoria “*Other Specified Feeding or Eating Disorder*” (American Psychiatric Association, 2013). Il DSM-5 indica come sintomi dell’anoressia nervosa una restrizione dell’apporto di energia richiesto, fino a un peso corporeo significativamente basso relativamente ad età, sesso e sviluppo. Inoltre, si rileva un’intensa paura di accumulare peso e percezione negativa della propria forma corporea, che si presenta con un mancato riconoscimento della gravità della malnutrizione (Hauck, 2020). Le pazienti e i pazienti affetti da anoressia nervosa, sono infatti spesso soggetti a un atteggiamento egosintonico rispetto ai propri sintomi (Gregertsen, 2017).

Il *binge eating* disorder è invece caratterizzato dal mangiare in un periodo di tempo delimitato un ammontare di cibo più elevato di quello che la maggior parte delle persone assumerebbe, accompagnati da un senso di mancato controllo durante l'episodio. Il *binge eating* può anche manifestarsi con un'assunzione di cibo più rapida del normale, in solitaria e fino a sentirsi male, anche quando non si percepisce un senso di fame (American Psychiatric Association, 2013). Molto spesso, tale disturbo fa sentire colui che ne soffre disgustato da sé stesso, colpevole o depresso. Infatti, un altro criterio diagnostico è un marcato senso di disagio.

La bulimia nervosa, al contrario del *binge eating*, presenta condotte compensatorie a seguito di un comportamento di abbuffata (descritto sopra). La compensazione, che solitamente è costituita da vomito indotto, lassativi, diuretici, digiuno o eccessivo esercizio fisico, è perpetrata al fine di evitare di ingrassare. Inoltre, la valutazione del Sé è influenzata dal peso e dalla forma corporea (Allen, 2015). Per essere classificata tale la bulimia nervosa non deve essere cooccorrente con l'anoressia nervosa.

I fattori di rischio per i DCA sono una combinazione di componenti biologiche, genetiche, psicosociali, ambientali e culturali. Dal punto di vista biologico, il genere femminile o un membro della famiglia diagnosticato con lo stesso disturbo possono aumentare il rischio di sviluppare un DCA. Dal punto di vista psicologico esperienze di insoddisfazione corporea, ansia e depressione sembrano essere determinanti (Peterson, 2019). Tuttavia, non sono da trascurare anche fattori ambientali e culturali, come una società che incoraggia la magrezza o esperienze di bullismo da parte dei pari: il ruolo della necessità di approvazione da parte del gruppo risulta essere il fattore che meglio predice l'indice di insoddisfazione corporea (Abbate-Daga, 2010). Come vedremo, anche la qualità della relazione di attaccamento sembra assumere un ruolo determinante nell'insorgenza di tali comportamenti (Delvecchio, 2014).

1.1.3 Definizione e caratteristiche dei comportamenti di autolesionismo negli adolescenti

I comportamenti di autolesionismo possono avere intento suicidario o meno; questi ultimi sono indicati con l'acronimo inglese NSSI (*Non Suicidal Self-Injury*). Tuttavia, uno studio riportato da Raffagnato (2020) mostra come uno su tre pazienti che accedono a un ospedale di Oxford per autolesionismo riporti un'ideazione suicidaria. Inoltre, coloro che commettono atti di autolesionismo con ideazione e tentativi suicidari sono caratterizzati da maggiore depressione e ansia rispetto a individui che non presentano intenzione suicidaria (Pallini 2020).

I NSSI sono definiti come la distruzione o alterazione volontaria del tessuto corporeo, perpetrata tagliandosi, colpendosi, bruciandosi, grattandosi fino a sanguinare e/o interferire con la guarigione di una ferita (Nock, 2009). Tali agiti hanno un tasso di prevalenza nel corso della vita del 17% tra gli adolescenti (Swannel, 2014) e costituiscono un fattore di rischio per comportamenti suicidari futuri. Come per i DCA, anche i comportamenti di autolesionismo sono più comuni per i pazienti di genere femminile, sia nei campioni clinici che nella popolazione (Claes, 2007). Inoltre, si segnala come negli ultimi anni i comportamenti di NSSI stiano significativamente aumentando, così come quelli che comprendono velleità suicidarie: in America, dal 1999 al 2017, i tassi di suicidio sono aumentati del 33%, da 10.5 a 14.0 ogni 100 000 abitanti (Sher, 2020).

Il DSM-5 prevede che per rientrare nella categoria dei NSSI l'atto debba essere non socialmente accettato, né avere luogo durante episodi psicotici, delirio, intossicazione o astinenza, né in relazione a qualsivoglia altra condizione medica. Il gesto deve inoltre prevedere conseguenze che possono causare un notevole disagio alla vita quotidiana dell'individuo, che tuttavia si impegna nell'autolesionismo aspettandosi di farlo per ottenere una sensazione positiva o sollievo da un'emozione negativa, oppure per affrontare una questione personale (American Psychiatric Association, 2013).

La maggioranza delle teorie suggerisce che l'incapacità di regolare gli affetti sia la componente fondamentale per capire perché i giovani conducano comportamenti anticonservativi (Fox, 2015). Questi pazienti sembrano infatti far uso di comportamenti autolesivi per autoregolarsi e migliorare il loro umore. Un ulteriore fattore di rischio è un evento traumatico come l'abuso infantile, che contribuisce a problemi con la regolazione degli affetti e con la comunicazione interpersonale.

L'ipotesi del *Self-Punishment* inquadra il NSSI come una forma di abuso diretto al Sé, appreso da un maltrattamento reiterato da parte di altri. Ricerche recenti supportano tale ipotesi mostrando che la relazione tra l'abuso infantile e I NSSI è mediata dall'autocritica adolescenziale (Nock, 2009). Lancini (2015) riporta infatti come i cambiamenti nella vita dell'adolescente siano spesso all'origine di un sentimento di vergogna: il corpo, che non è più all'altezza delle aspettative, è disponibile ad essere oggetto di attacco, perché non ancora integrato con l'immagine di sé. L'autolesionismo sembra così assumere la valenza di una strategia di *coping* in cui una sofferenza emozionale e mentale ingestibile viene trasformata in una sofferenza fisica reale (Nock, 2009). Inoltre, il perfezionismo, lo scarso ottimismo, credenze irrealistiche su sé e gli altri e *life events* con valenze e significati traumatici sono fattori di rischio per comportamenti di autolesionismo (Lucangeli, 2019).

L'ipotesi del *Social Signaling* prevede invece che i soggetti ricorrano ad atti di NSSI come mezzo di comunicazione quando strategie meno intense falliscono per scarsa qualità o chiarezza dei segnali o per un ambiente non responsivo (Nock, 2009). Questa ipotesi sembra evidenziare una mancata abilità di regolazione emotiva, spesso determinante comportamenti impulsivi. Uno studio italiano (Raffagnato, 2020) ha inoltre analizzato la relazione tra disturbi somatici, alessitimia e NSSI tramite il *Youth Self-Report* (YSR) 11–18 e la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS). I risultati mostrano come una grande difficoltà nell'identificazione, nell'espressione e nella regolazione delle emozioni è associata con la somatizzazione. I disturbi somatici non sono associati fortemente con i comportamenti da NSSI (il 38% del campione presentava entrambi), bensì con l'alessitimia (78,3%). Sembra dunque che quest'ultima giochi il ruolo di attributo comune al comportamento di NSSI e ai disturbi somatici, essendo presente nel 64,1% del campione clinico. In entrambi i disturbi, infatti, il corpo è usato per esprimere aspetti emotivi che sono altrimenti impossibili da comunicare.

1.1.4 DCA e autolesionismo dopo la pandemia da Covid-19

Durante e dopo la pandemia da Covid-19, l'isolamento sociale, l'ansia, la paura del contagio e lo stress cronico, unito alle difficoltà economiche, hanno sensibilmente aumentato i fattori di rischio psicopatologico, minacciando le vulnerabilità individuali preesistenti (Sher, 2020).

Durante la pandemia, coloro che soffrivano di disturbi alimentari hanno sperimentato sintomi maggiormente deterioranti, un aumentato senso di isolamento e più accessi in ospedale (Devoe, 2022). Il numero di pazienti ricoverati per un disturbo alimentare era circa lo 0,3 ogni 100.000 al mese fino a maggio del 2020, quando questo valore è più che raddoppiato, indipendentemente dal tipo di disturbo alimentare considerato (Asch, 2021).

Per quanto riguarda i comportamenti di autolesionismo, uno studio italiano (Capuzzi, 2020) ha confrontato il periodo tra il primo caso di Covid-19 in Italia e la fine della "Fase 1" del lockdown (dal 21 febbraio al 3 maggio 2020) con gli stessi mesi dell'anno precedente (dal 22 febbraio al 5 maggio 2019), riscontrando tassi di autolesionismo più elevati nelle unità di pronto soccorso psichiatrico della Lombardia: i pazienti con comportamenti di autolesionismo costituivano il 17,5 % di 338 pazienti nel 2019, mentre nello stesso periodo del 2020 il tasso è salito al 26,2% di 225 pazienti. Anche uno studio condotto a Manchester (Shields, 2021) riporta che, nel 2019, 130 pazienti su 9.038 (1,44%) hanno effettuato l'accesso al pronto soccorso per autolesionismo, dato che nel 2020 è salito al 2,08% su 5.676 accessi. A livello internazionale uno studio giapponese incentrato sui comportamenti

suicidari riporta come nel quarto finale del 2020, i tassi di suicidio sono aumentati in modo significativo rispetto allo stesso periodo dei quattro anni precedenti, salendo, in ottobre, del 4% ogni 100.000 abitanti (Sakamoto, 2021).

A livello nazionale, una ricerca condotta da *Save The Children* durante la seconda ondata della pandemia evidenzia che negli adolescenti tra i 14 e i 18 anni gli stati d'animo maggiormente riportati erano quelli di stanchezza (31%), incertezza e preoccupazione (17%), irritabilità (16%), ansia (15%) disorientamento e nervosismo (14%), apatia e scoramento (13%) ed esaurimento (IPSOS, 2021). Un documento dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza segnala inoltre che nel 2020 si è notato un aumento del 46% di richieste di aiuto psicologico rispetto all'anno precedente per depressione ed autolesionismo (Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, 2021).

1.2 Sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in adolescenti con un DCA e autolesionismo

La comorbidità tra comportamenti anticonservativi riferiti al corpo e disturbi appartenenti sia allo spettro esternalizzante, sia internalizzante è ampiamente riportata in letteratura.

Rispetto alla relazione tra sintomi esternalizzanti e DCA, si sottolinea la presenza di un'elevata impulsività. Fenichel fu il primo autore che definì tali comportamenti come una "dipendenza senza droghe" (Caparrotta et Ghaffari, 2006). Lavender (2015b) riporta come soggetti che soffrono di bulimia nervosa o con disturbi da *purging* mostrino più alti livelli di impulsività e *sensation seeking* rispetto a coloro che soffrono di un DCA restrittivo. Uno studio americano (Jennings, 2017) ha inoltre esaminato la comorbidità tra un DCA e il disturbo esplosivo intermittente: i risultati mostrano come individui con questa problematica siano maggiormente predisposti a sviluppare un DCA nel corso della loro vita. Nel campione clinico il disturbo esplosivo intermittente era maggiormente prevalente tra i soggetti che soffrivano di *binge eating disorder*.

Per quanto riguarda sintomi di carattere internalizzante, la letteratura sottolinea come i vissuti depressivi sono spesso in comorbidità con DCA. Studi recenti mostrano infatti una maggiore prevalenza di suicidi nei casi di anoressia nervosa, che sembra essere del 3-20% (Franko, 2006). Bulik (2008) ha inoltre riscontrato come il 16,9% delle persone con anoressia nervosa tentino il suicidio a un certo punto della loro vita. Inoltre, disturbi dell'umore e d'ansia cooccorrenti sembrano essere riportati sia in quadri clinici di anoressia nervosa che di bulimia nervosa (Lavender, 2015a) e un questionario *self-report* suggerisce che individui con l'anoressia abbiano difficoltà nel tollerare emozioni negative (Racine e Wildes, 2015).

Rispetto a comportamenti di *binge eating*, Binswanger ha descritto l'ingordigia come una brama sintomo di un bisogno di riempire un vuoto esistenziale e il terrore di ingrassare è inquadrato come la concretizzazione di un'angoscia. Secondo lo psichiatra, anche l'esperienza del paziente anoressico è volta a combattere un mondo di desolazione, disperazione ed abbandono, suggerendo una comorbidità con spiccati elementi depressivi (Caparrotta and Ghaffari, 2006). Uno studio che analizzava la relazione tra disturbo alimentare, depressione e autolesionismo (Koutek, 2016) riguardava 47 adolescenti (10,25-18 anni) con disturbi alimentari del *Department of Child Psychiatry* dell'*University Hospital* a Motol. Un comportamento suicidario era presente nel 60% del totale e un'ideazione suicidaria significativa era registrata nel 47%. 23 ragazze attuavano anche comportamenti autolesionisti, 17 con velleità suicidarie. Un punteggio significativo per la scala del *Child Depression Inventory* è stato riscontrato in 32 pazienti (68%). La depressione clinica era presente nel 72% del campione, un disturbo d'ansia nel 9% e un abuso di sostanze nel 23% del gruppo. Inoltre, la letteratura riporta come le cognizioni e i comportamenti generati da condotte quali la restrizione alimentare, il *binge eating*, la compensazione e il *body checking*, provochino diversi affetti negativi, tra cui deficit cognitivi (Goldschmidt, 2014).

Per quanto riguarda i comportamenti di autolesionismo, è riportato in letteratura come questo sia associato a tassi maggiori sia di disturbi esternalizzanti che internalizzanti. In campioni clinici e non clinici, inoltre, coloro che commettono atti di autolesionismo sono più propensi a riportare una sintomatologia depressiva e ansiosa (Cipriano, 2017). Nel caso dell'autolesionismo in persone con sintomi somatici, diversi autori sottolineano un'associazione tra i sintomi somatoformi, segni d'ansia e umore depresso (Raffagnato, 2020). Inoltre, una forte correlazione emerge tra la depressione, il numero di sintomi somatici e pensieri, progettazione o tentativi suicidari (Bohman, 2010). Raffagnato (2020) cita un lavoro di Grinsburg che ha sottolineato come sintomi depressivi e ansia cooccorrano con comportamenti di NSSI, così come con il suicidio. Sembra dunque che la presenza di tali gesti in individui con disturbi somatici possa essere mediata dalla comorbidità con disturbi internalizzanti (Raffagnato, 2020). Inoltre, numerose ricerche *cross-sectional* dimostrano livelli più alti di depressione e ansia, così come di comportamento alimentare presente in comorbidità a comportamenti di autolesionismo (Fox, 2015).

Per quanto riguarda i disturbi esternalizzanti, soggetti che attuano NSSI presentano inoltre molti comportamenti impulsivi e pericolosi per la salute, come abuso di sostanze, comportamenti sessuali rischiosi e abitudini alimentari mal-adattative (Cipriano, 2017). Infatti, anche sintomi esternalizzanti come aggressività e problemi di condotta rientrano nei

fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti di autolesionismo (Fox, 2015). Uno studio che indaga sintomi internalizzanti ed esternalizzanti tramite lo *Youth Self Report* sottolinea come questi fossero elevati in entrambe le categorie (rispettivamente con una media di 68,63 e 56,43 su 30 soggetti) e significativamente maggiori rispetto a chi non aveva mai commesso un atto di NSSI (Miscioscia, 2022).

1.3 Il costrutto dell'attaccamento: teoria e valutazione

1.3.1 Cenni teorici sulla teoria di John Bowlby

La teoria dell'attaccamento classica è costruita sulle teorizzazioni di John Bowlby, nonché sulle ricerche della sua allieva Mary Ainsworth e di Mary Main. Secondo Bowlby, la predisposizione ad entrare in relazione con le figure di accudimento primarie rappresenta una componente biologica fondamentale che svolge importanti funzioni. Questi adulti di riferimento sono essenzialmente volti a proteggere e garantire la sopravvivenza del neonato, inizialmente dipendente dal sistema di regolazione del *caregiver* (Tambelli, 2017).

Bowlby ha mutuato tale teoria dall'etologia, dove il sistema di attaccamento veniva inteso come sistema attivato dalla paura, considerandolo parte dei comportamenti di sopravvivenza insieme alle risposte di attacco-fuga e *freezing*. Quando sopraggiunge uno stimolo minaccioso, infatti, il sistema di esplorazione viene disattivato, lasciando il posto a quello di attaccamento (Lis, 1999). Il cucciolo d'uomo cerca dunque il *caregiver* di riferimento per vedere se sia attento a lui o allarmato. Questo funge da porto sicuro se fornisce accudimento fisico, mentre costituisce una base sicura se il piccolo viene rassicurato a distanza. L'obiettivo dell'attaccamento, secondo Bowlby (1980), è infatti quello di ripristinare uno sfondo di sicurezza percepita che permetta al piccolo di tornare ad esplorare; in termini di regolazione affettiva, la funzione dell'attivazione del sistema di attaccamento è riportare il bambino ad uno stato del Sé regolato (Hill, 2017).

Il bambino attua dunque strategie adattive per mantenere la relazione con la madre e un senso di sicurezza e protezione, sviluppando *pattern* di attaccamento definiti sicuri o insicuri. Tali interazioni si imprimono sottoforma di ricordi impliciti e vengono interiorizzati come Modelli Operativi Interni (*Internal Working Models, IWM*), mediando aspetti cognitivi, affettivi e comportamentali (Lis, 1999). Questi schemi costituiscono rappresentazioni delle relazioni che coinvolgono il Sé e l'oggetto interno e che mediano i rapporti interpersonali per tutta la vita.

Per quanto riguarda la valutazione, l'*Adult Attachment Projective (AAP)* è un metodo narrativo proiettivo innovativo (si veda "Strumenti"). Nella categorizzazione dell'attaccamento la distinzione principale è tra quello di tipo sicuro e insicuro, che a sua

volta si suddivide in tre tipologie; tuttavia, gli adulti e gli adolescenti vengono inseriti in categorie di attaccamento diverse rispetto ai bambini, elencate di seguito (Lis, 1999).

Gli adulti “Autonomi-Sicuri” (categoria F, da *Free*) sono coloro che forniscono un racconto coerente e fluido, liberi di parlare della loro infanzia. Questi soggetti probabilmente hanno avuto esperienze relazionali sicure e positive, interiorizzando un modello interno di sicurezza. Tutte le altre tipologie di attaccamento rientrano invece nell’attaccamento insicuro.

I soggetti “Preoccupati” e “Coinvolti” (categoria E, da *Entangled*) hanno una narrazione non organizzata e coerente, ma arrabbiata e in qualche modo ancora non risolta. Il quadro che forniscono non è chiaro e si rileva che sono ancora attivamente coinvolti in relazioni con le figure genitoriali.

I soggetti “Distanzianti” (categoria D, da *Dismissing*) sono caratterizzati dalla povertà del ricordo associato alle esperienze infantili di attaccamento; forniscono descrizioni idealizzate dei loro genitori, anche se tendono poi a negare l’influenza esercitata dalle prime relazioni sul loro successivo sviluppo, nel tentativo di compartimentalizzare le esperienze relazionali negative vissute da piccoli.

La categoria “Con lutti o traumi non risolti” (categoria U, da *Unresolved*) costituisce un fattore di rischio per la psicopatologia (Tambelli, 2017); nella narrazione di questi soggetti compaiono indici della mancata risoluzione di eventi particolari, trauma o perdita di figure significative.

La maggior parte dei soggetti con disturbi alimentari o comportamenti di autolesionismo ricade nelle categorie di attaccamento insicuro.

1.3.2 Attaccamento in adolescenti con DCA e autolesionismo

Dal punto di vista della psicopatologia dello sviluppo, il tipo di attaccamento non designa una condizione di disturbo, ma è da considerarsi come un fattore di protezione o rischio (Tambelli, 2017). In *Studi sull’isteria*, lo stesso Freud, nel 1893, segnalava come ogni nevrosi sia costruita da una nevrosi avvenuta nell’infanzia, ma non abbastanza severa da essere riconosciuta come tale (Caparrotta, Ghaffari, 2006). Analizzare il modello di attaccamento interiorizzato in età infantile sembra dunque fondamentale per comprendere quale sia il ruolo della relazione bambino-*caregiver* nell’insorgenza della psicopatologia.

Un attaccamento di tipo sicuro garantisce lo sviluppo del “vero Sé” (Winnicott, 1958) e di un sistema di regolazione stabile. D’altro canto, un attaccamento di tipo insicuro costituisce un fattore di rischio psicopatologico. Questa modalità relazionale rende al bambino più difficile comprendere quali siano i suoi bisogni, disperando che a questi ultimi,

qualora riconosciuti, possa essere fornita una risposta adeguata. Ai due elementi della diade relazionale viene impedito così di comprendersi all'interno di quella che Tronik definisce "danza interattiva" (Tambelli, 2017). Winnicott (1958) sottolinea come la madre sia in grado di contenere e facilitare lo sviluppo del bambino sia emozionalmente che fisicamente, fornendo coerenza e significato al suo mondo sensomotorio; se ciò non avviene, il caregiver fallisce nel garantire questo ambiente di contenimento (*holding environment*; Winnicott, 1958). L'incapacità della madre di rispondere in modo appropriato al bambino lo confonde e deprime, ostacolando nello sviluppo di un concetto di Sé come un'identità separata e minacciando il suo senso di autonomia (Hill, 2017). Inoltre, anche la trasmissione dello stile di attaccamento sembra un fattore di rischio psicopatologico: il trauma irrisolto di una madre può portare a una ridotta capacità di risposta sensibile al figlio, contribuendo alla trasmissione transgenerazionale del trauma (Gander, 2015).

Riguardo ai DCA, studi che si avvalgono di questionari *self-report* suggeriscono che adolescenti e giovani adulti che ne soffrono mostrino un attaccamento insicuro (Orzolek-Kronner, 2002). Inoltre, questo stile di attaccamento sembra essere correlato a una maggiore reattività ai fattori di rischio individuale e personale durante l'adolescenza (Milan, 2014). Tuttavia, la stessa Gander (2015) sottolinea quanto in letteratura siano pochi gli studi che fanno uso di uno strumento narrativo per valutare i *pattern* di attaccamento. Nella sua rassegna, Gander riporta dunque il lavoro di Saizman (1996), che ha studiato la relazione tra attaccamento, instabilità affettiva e DCA in giovani studentesse del college, somministrando loro l'*Adult Attachment Interview (AAI)*. Il gruppo con soggetti che mostravano un attaccamento insicuro evitante mostrava la più alta prevalenza di DCA. Le adolescenti descrivevano la discontinuità emotiva delle loro madri come una relazione "tira e molla". Dias (2011) ha condotto uno studio su 47 donne, tra le quali presenziavano adolescenti con disturbi alimentari, misurando la loro risposta fisiologica alle domande dell'*Adult Attachment Interview (AAI)*. Nel 70% dei soggetti classificati con attaccamento insicuro, la maggioranza presentava un *pattern* preoccupato. In un altro studio (Delvecchio, 2014) il 37% dei soggetti con DCA è stato classificato come distanziante (*dismissing*), mentre la metà come irrisolto (*unresolved*). I pazienti con anoressia nervosa presentavano inoltre l'incapacità di usare strategie difensive come la disattivazione e/o la disconnessione cognitiva. Significativo è anche uno studio su un campione clinico di adulti, in cui tutti i soggetti affetti da un DCA (anoressia nervosa, *binge eating*, bulimia nervosa o un disturbo non altrimenti specificato) presentavano un attaccamento insicuro, mediato dall'indice di insoddisfazione corporea (Abbate-Daga, 2010).

Per quanto riguarda i comportamenti di autolesionismo, una revisione della letteratura è stata condotta da Woo (2020). Tra i 22 articoli analizzati, 21 hanno riscontrato un'associazione positiva tra l'attaccamento insicuro e i comportamenti di autolesionismo in bambini e adolescenti. D'altro canto, Bowlby stesso (1980) ha notato che ai bambini sicuri sono state fornite cure coerenti e reattive che hanno permesso loro di sviluppare capacità di autoregolazione. Al contrario, cure incoerenti possono influenzare lo sviluppo di stili di attaccamento che non permettono di integrare abilità di autoregolazione. In uno studio di Adam (1996) 113 adolescenti in terapia psichiatrica sono stati divisi tra un gruppo di controllo, un gruppo di pazienti con storie di comportamento suicidario (n=53) e un gruppo con ideazione suicidaria (n=16). Utilizzando l'*Adult Attachment Interview* (AAI), Adam ha riscontrato che l'86% dei casi e il 78% degli adolescenti di controllo avessero subito traumi legati all'attaccamento. Inoltre, le adolescenti di sesso femminile e più grandi presentavano problematiche significativamente maggiori. Lo stile di attaccamento più riscontrato nel campione di adolescenti con comportamenti autolesivi è stato quello insicuro di tipo preoccupato, in associazione con l'attaccamento disorganizzato; nel gruppo di pazienti con problemi psicopatologici diversi dall'autolesionismo emergeva invece un attaccamento di tipo evitante. Ad uno studio di Pallini (2020) hanno invece partecipato 34 adolescenti tra gli 11 e i 17 anni ricoverati per autolesionismo, tra cui la metà ha riportato NSSI con tentativi di suicidio. Nella maggioranza del gruppo che presentava NSSI con e senza suicidio, gli adolescenti hanno mostrato rappresentazioni legate all'attaccamento irrisolto nella codifica di tavole dell'AAP.

Come sottolineato anche dalla revisione di Woo (2020), sembra esserci dunque una relazione significativa tra attaccamento e comportamento autolesionista in bambini e adolescenti. In particolare, si segnala una relazione positiva tra attaccamento preoccupato e un NSSI, nonché una correlazione negativa tra tali comportamenti e sicurezza di attaccamento.

1.3.3 Trauma e Sistemi Segregati nell' *Adult Attachment Projective Picture System*

La classificazione degli stili di attaccamento nell'*Adult Attachment Projective Picture System* si basa sulle codifiche dei trascritti *verbatim* delle storie costruite su sette tavole. Queste rappresentano infatti scene in cui viene attivato il sistema di attaccamento. Discriminante per la classificazione è la presenza di elementi nelle narrazioni che testimoniano l'utilizzo di processi difensivi. Tra questi, oltre alla Disattivazione (*Deactivation*) e alla Disconnessione (*Disconnection*), i Sistemi Segregati (*Segregated System*) costituiscono la forma più estrema di esclusione difensiva (Di Riso, 2016). Lo

stesso Bowlby (1980) sottolinea infatti che se le emozioni, i pensieri e i comportamenti relativi a esperienze dolorose o traumatiche sono insopportabili e non disponibili a elaborazione e integrazione, potrebbero essere segregati dalla coscienza.

I Sistemi Segregati normativi sono elementi della storia empiricamente stabiliti come risposte tipicamente attese (come provare emozioni negative dopo la morte di una persona cara). D'altro canto, i Sistemi Segregati traumatici sono materiale dal contenuto inquietante, violento, malvagio o surreale (come l'esperienza di essere picchiato, espressioni di disgusto o rabbia, personaggi descritti fluttuare o come una statua congelata). Ciò che determina un *pattern* di attaccamento irrisolto non è tuttavia la semplice presenza di Sistemi Segregati, ma che questi siano non regolati in una o più delle narrazioni (Di Riso, 2016). Tali sistemi difensivi diventano evidenti, oltre che nel racconto dei pazienti, anche quando questi si bloccano fisicamente in risposta a uno stimolo, nascondono le tavole al somministratore o dichiarano in modo irremovibile di non poter dare una risposta. I Sistemi Segregati costituiscono infatti una modalità difensiva per bloccare una disregolazione dolorosa, paura o rabbia e sono resi manifesti dalle descrizioni di timore, isolamento, abbandono, impotenza e vulnerabilità (Delvecchio, 2014). Quando si rilevano elementi narrativi dimostranti che tale processo difensivo non è stato regolato, il soggetto viene classificato con un *pattern* di attaccamento insicuro del tipo irrisolto. Non stupisce dunque che uno studio di Fonagy (1996) abbia riscontrato un'elevata prevalenza di attaccamento irrisolto in relazione alla perdita e all'abuso.

Rispetto alla presenza di Sistemi Segregati non risolti nella narrazione di soggetti con un DCA, Ringer e Crittenden (2007), in un'analisi dell'*Adult Attachment Interview* (AAI) in un campione di 67 donne, trovano elementi riconducibili a traumi non elaborati, conflitti familiari e perdite in relazione alla madre. La maggior parte delle donne con anoressia riporta inoltre grandi numeri di elementi inquietanti, malvagi o surreali e i Sistemi Segregati traumatici sono presenti in numero molto maggiore rispetto a quelli normativi (Delvecchio, 2014). Traumatizzazione sessuale e fisica rappresentano infatti fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA (Jaite et al, 2012). Una *review* di Tasca (2019) riporta inoltre che in un campione clinico adulto il 72,8% racconta almeno un ricordo traumatico correlato ad un abuso fisico, sessuale od emotivo. I soggetti riportano inoltre esperienze di negligenza da parte dei genitori, bullismo o morte di una figura di attaccamento.

Pallini (2020) ha inoltre analizzato l'intento suicida e la disregolazione emotiva negli adolescenti con NSSI, nel quadro delle rappresentazioni dell'attaccamento. In questo studio il *focus* viene posto sui Sistemi Segregati che riguardano la morte e le ideazioni suicidarie, per evidenziare eventuali differenze con comportamenti di autolesionismo senza tentativo

di suicidio. 34 adolescenti (età media 13,94 anni) ricoverati per NSSI sono stati suddivisi in un gruppo di 17 con tentativi di suicidio e 17 che non presentavano velleità suicidarie. I pazienti sono stati valutati tramite *l'Adult Attachment Projective* e confrontati con 17 controlli sani. La maggior parte del gruppo NSSI con o senza tentativi di suicidio ha mostrato nella narrazione rappresentazioni legate all'attaccamento irrisolto, mentre solo il gruppo con tentativi di suicidio ha mostrato elementi che riconducessero a relazioni interpersonali compromesse. Entrambi i gruppi hanno usato parole che esprimevano intenti suicidari, riconducibili alla presenza di Sistemi Segregati, mentre il gruppo sano non l'ha fatto. La maggioranza del gruppo di controllo ha mostrato inoltre un attaccamento di tipo sicuro.

Nel tentativo di ampliare i confini del trauma oltre alla perdita e all'abuso, Delvecchio (2014) riporta come gli ultimi modelli teorici definiscano il trauma di attaccamento in modo che questo includa tutte le esperienze che rappresentano una minaccia alla sicurezza personale e all'integrità della relazione di attaccamento. George e West (2012) sottolineano che tutte le forme di questo tipo di trauma costituiscono una perdita che, se non elaborata, porterebbe alla "persistente e insaziabile natura di agognare la figura di attaccamento *persa* [corsivo aggiunto]" (Bowlby, 1980, p. 26). Un lutto patologico a seguito di un trauma da attaccamento è designato quando in una trascrizione sono codificati tre o più Sistemi Segregati. Al contrario, quando l'elaborazione del lutto di attaccamento è completa, l'individuo accetta l'esperienza come vera e permanente (Delvecchio, 2014).

1.4 Percezione dei sintomi dei figli e stress in genitori di adolescenti con DCA e comportamenti di autolesionismo

Lo stress in genitori di adolescenti che presentano una psicopatologia è un fattore di rischio influente sulla linea evolutiva del figlio stesso. Uno studio che confronta 45 genitori di pazienti della neuropsichiatria infantile con 96 genitori di bambini sani (Gatta, 2016), mostra come lo stress non solo sia maggiore nei genitori dei pazienti, ma vari in funzione della gravità del disturbo, influenzando il senso di efficacia genitoriale. Le caratteristiche dello stress dei genitori sembrano inoltre sottolineare come le madri siano più sensibili all'intera gamma di sintomatologia del bambino, mentre secondo i padri l'area dei problemi esternalizzanti risulti influire di più sul loro benessere psicologico (Baker, 1996).

Per quanto riguarda pazienti con comportamenti di autolesionismo, i loro genitori sperimentano forti livelli di stress, al quale rispondono con un *coping* disfunzionale, presentando inoltre livelli ridotti di salute mentale e di qualità di vita. In queste famiglie si rileva un clima di tensione familiare e una qualità inferiore delle interazioni rispetto agli adolescenti sani (Townsend 2021).

La ricerca su pazienti con DCA ha identificato un funzionamento familiare stressante o disfunzionale e un clima relazionale teso (Cerniglia, 2017). Storicamente le dinamiche familiari negative sono infatti state indicate come elemento chiave nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi alimentari (Erriu, 2020). Selvini-Palazzoli (1988) riporta inoltre come, secondo Minuchin, la “famiglia psicosomatica” di un paziente con DCA fornisca un contesto di mantenimento per l’anoressia nervosa. L’autrice sottolinea che la figlia malata è portatrice di un malessere non solo personale, ma anche familiare e sociale. Inoltre, i genitori di pazienti con DCA riferiscono un aumento dei conflitti familiari e dei sentimenti di stress e depressione (Erriu, 2020). Lo studio di Sim (2009) riporta inoltre che le madri di ragazze con anoressia nervosa sperimentino più sintomi depressivi rispetto alle madri di ragazze sane o con diabete mellito insulina indipendente. Nel già citato studio di Koutek (2016) in un campione di 47 ragazze ospedalizzate per DCA, problemi familiari erano riscontrati in 27 di loro (57%), mentre problemi nella relazione con i pari in sei (13%). Inoltre, uno studio di Woodside et al. (2002) suggerisce che tratti della personalità dei genitori, come il perfezionismo e un atteggiamento giudicante non solo rispetto alla forma corporea, possano avere un ruolo nell’insorgenza di DCA in adolescenza.

Rispetto alla percezione dei sintomi dei propri figli, i genitori di pazienti con comportamenti di NSSI riportano livelli più alti di sintomi esternalizzanti, tra cui problemi di attenzione e di condotta, mentre sono meno citati problemi internalizzanti (Miscioscia, 2022). Gli stessi adolescenti che accedono ai servizi di neuropsichiatria non menzionano atti di NSSI, ma disturbi affettivi, problemi scolastici, sociali o comportamentali e DCA (Gatta, 2016). Una metanalisi ha poi confermato che solo il 25% di coloro che soffrono di tali problematiche ne parla alle famiglie (Gillies, 2018).

Rispetto alla percezione dei sintomi dei figli con DCA, Cottee-Leane (2004) propone uno studio qualitativo che, tramite interviste semi-strutturate, indaga la comprensione del disturbo alimentare da parte dei genitori. La maggioranza di questi, nonostante avessero notato cambiamenti nelle abitudini alimentari o generali dei figli, non ha associato subito tali modificazioni comportamentali a un DCA, attribuendoli a fasi passeggera dell’adolescenza. Quando i cambiamenti sono diventati più evidenti, i genitori hanno affermato di sentirsi in colpa per non essere stati più consapevoli in precedenza; confessavano tuttavia che ciò sarebbe stato difficile, descrivendo i DCA come una “malattia segreta”. Uno studio di Salbach-Andrae (2008) esamina inoltre l’accordo di valutazione tra 83 coppie di genitori e adolescenti di genere femminile (15,59 anni di media) sui sintomi emotivi e comportamentali del DCA. I genitori hanno completato la *Child Behaviour Check List* (CBCL), mentre le figlie il *Youth Self Report*. I risultati hanno evidenziato coefficienti

di correlazione molto bassi tra genitori e adolescenti, specialmente per i sintomi internalizzanti. I figli sembrano riportare meno problematiche di questo tipo, probabilmente anche per il carattere egosintonico dei DCA (Gregertsen, 2017); i punteggi T per la sottoscala internalizzante della *Youth Self Report* (YSR) si trovano infatti all'interno dell'intervallo *borderline*, essendo non francamente patologici. I genitori percepiscono maggiormente anche i sintomi esternalizzanti dei figli, riportando punteggi T della sottoscala della CBCL più elevati rispetto a quelli del YSR. Nello stesso studio (Salbach-Andrae, 2008) è riportato inoltre come i genitori di pazienti con anoressia nervosa abbiano un accordo minore con i propri figli rispetto a quello posseduto da genitori di figli con bulimia nervosa.

In generale, per quanto riguarda i DCA, la maggior parte degli studi ha mostrato una maggiore concordanza tra genitori e figli rispetto a sintomi esternalizzanti, mentre inferiore è quella riguardante problemi internalizzanti (Berg-Nielsen TS, 2003).

CAPITOLO 2: LA RICERCA

2.1 Obiettivi

Un obiettivo fondamentale di questo progetto è valutare il benessere psicologico dei genitori e dei loro figli, considerando l'impatto che le difficoltà psicopatologiche percepite possono avere sul funzionamento personale e familiare (Goldschmidt, 2014); si è dunque cercato di indagare eventuali differenze nella percezione sintomatologica tra i due campioni clinici relativamente sia agli adolescenti, sia alle loro madri.

La ricerca si propone inoltre di indagare il costrutto dell'attaccamento con un test proiettivo narrativo (AAP) all'interno di popolazioni cliniche di rado considerate negli studi su questo tema. La letteratura pare piuttosto spoglia di lavori che utilizzano un test proiettivo di tipo narrativo come l'AAP (Gander, 2015), prediligendo altri strumenti che si basano sulla codifica di stimoli verbali di un'intervista strutturata, come l'AAI (Gander, 2015). Altri studi utilizzano invece questionari *self-report* (Orzolek-Kronner, 2002), che tuttavia non indagano i sistemi difensivi utilizzati e valutano l'attaccamento solo in senso quantitativo. Uno degli obiettivi del presente studio è infatti comprendere se attraverso l'AAP sia possibile ottenere risultati comparabili a tali ricerche.

Un terzo obiettivo riguarda la valutazione dello stress percepito dalla madre in relazione alla psicopatologia del figlio, poiché il livello di disagio genitoriale può influenzare il clima familiare e incentivare lo sviluppo di DCA e condotte autolesioniste (Townsend, 2021; Erriu, 2020). Tale obiettivo si pone come innovativo: lo stress genitoriale viene solitamente

indagato in campioni di genitori aventi figli con problematiche neurologiche, mentre pochi studi si sono concentrati su adolescenti con DCA e autolesionismo (Gatta, 2016).

Il presente studio mira, infine, ad analizzare il funzionamento psicopatologico dell'adolescente anche in relazione alle modalità difensive dei Sistemi Segregati identificate nell'AAP. La ricchezza informativa di questo strumento permette infatti di valutare le sfumature delle tipologie difensive individuate a partire dalla narrazione.

2.2 Ipotesi

Per quanto riguarda i sintomi riportati nella YSR dai figli e nella CBCL dalle madri, si prevedono differenze significative tra i due gruppi clinici. In particolare, si presume che nello YSR gli adolescenti con condotte autolesive riportino livelli maggiori di sintomi esternalizzanti rispetto al “gruppo DCA” (**ipotesi 1a**) e che nelle scale esternalizzanti della CBCL ci siano punteggi più alti nelle madri del “gruppo autolesionismo” (**ipotesi 1b**). Sembra infatti che gli adolescenti con compromenti di NSSI riportino livelli elevati di sintomi esternalizzanti (Miscioscia, 2022). D'altro canto, studi evidenziano come il carattere egosintonico dei DCA determini una percezione minore dei sintomi internalizzanti (Gregsten, 2017). Per quanto riguarda i genitori, la letteratura riporta che quelli di figli con autolesionismo riferiscono più sintomi, soprattutto esternalizzanti (Gillies, 2018). Altri studi (Cottee-Leane, 2004), mostrano invece che i genitori di adolescenti con DCA non associano i cambiamenti comportamentali dell'adolescente ad una psicopatologia, non accorgendosi della sintomatologia del figlio. Inoltre, le madri di adolescenti con DCA mostrano più elevati livelli di perfezionismo e comportamento giudicante verso tutti gli ambiti di autonomia del figlio (Woodside, 2002).

Si ipotizza inoltre di riscontrare, dai risultati dell'AAP, un attaccamento prevalentemente di tipo insicuro nell'intero campione e di non rilevare differenze significative tra i due gruppi rispetto a tale costrutto (**ipotesi 2a e 2b**); la letteratura infatti riporta diversi studi (Delvecchio, 2014 e Abbate-Daga, 2010) in cui nella quasi totalità di adolescenti e adulti con DCA si sono riscontrati modelli di attaccamento insicuro, in particolare irrisolto e distanziante. Tuttavia, anche rispetto all'autolesionismo l'attaccamento insicuro, nei sottotipi preoccupato e disorganizzato, è associato a un comportamento di NSSI (Woo, 2020).

Si ipotizza altresì di riscontrare elevati livelli di disagio nelle madri del campione totale, senza che emergano differenze significative tra i due gruppi nei punteggi del PSI (**ipotesi 3a e 3b**). La letteratura evidenzia infatti come dinamiche familiari negative e portatrici di alti livelli di stress siano un elemento chiave nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA

(Cerniglia, 2017; Erriu, 2020; Selvini-Palazzoli, 1988). Tuttavia, gli studi dimostrano che anche i genitori di bambini con comportamenti di autolesionismo presentano livelli ridotti di salute mentale e qualità inferiori delle relazioni (Townsend, 2021). Questi dati inducono dunque a presupporre che lo stress genitoriale non prevalga in uno dei due gruppi psicopatologici.

Si prevede inoltre di osservare la possibile presenza di associazioni tra lo stress genitoriale e i Sistemi Segregati, in modo differente nei due gruppi clinici (**ipotesi 4**). I genitori di pazienti con autolesionismo presentano infatti un *coping* disfunzionale (Townsend, 2021), mentre quelli di adolescenti con DCA riportano un funzionamento familiare stressante e un clima relazionale teso (Cerniglia, 2017). La letteratura evidenzia poi una relazione tra le condotte autolesive e il ricorso ai Sistemi Segregati nell'AAP che riguardano rappresentazioni legate all'attaccamento non risolto e interazioni personali compromesse (Pallini, 2020). D'altro canto, per pazienti con DCA sono riscontrabili elementi riconducibili a traumi non elaborati, conflitti famigliari e perdite relative alla figura materna (Ringer e Crittenden, 2007).

2.3 Metodo

2.3.1 Campione

Il campione totale dei partecipanti allo studio è composto da 35 adolescenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni ($\mu= 15,43$, $ds= 1,31$). Il 77,1% dei soggetti è di genere femminile, mentre il 2,9% di genere maschile. Ciò è coerente con quanto riportato in letteratura relativamente alle distribuzioni di genere nelle popolazioni di pazienti con comportamenti di autolesionismo e DCA (Claes, 2007; Volpe, 2016). Gli adolescenti sono stati reclutati dai distretti delle Unità Locali Socio-Sanitarie (ULSS) del territorio, tra cui l'UOC di Neuropsichiatria Infantile e il Servizio per l'età Evolutiva-Polo Adolescenti, nelle sedi di Venezia, Mestre, Camponogara e Mirano. Le somministrazioni sono avvenute nel periodo tra marzo 2021 e aprile 2022. La nazionalità italiana è quella prevalente nel campione (97,1%), mentre si riscontrano alcuni soggetti (2,9%) di nazionalità albanese. Rispetto alla composizione familiare, l'88,2% del campione dichiara di avere almeno un fratello o una sorella, mentre l'11,4% è figlio unico (**Tabella 1**).

Informazioni socioanagrafiche del campione totale	
Numerosità	35
Percentuale	
Genere femminile	77,1%

Genere maschile	2,9%
Nazionalità Italiana	97,1%
Nazionalità albanese	2,9%
Fratello o sorella	88,2 %
Figlio unico	11,4%

Tabella 1: Numerosità e percentuali delle variabili socioanagrafiche all'interno del campione totale.

Tutti i soggetti del campione sono ancora studenti e al momento della raccolta dati il 22,9% degli adolescenti frequentava il terzo anno di una scuola secondaria di primo grado; per quanto riguarda la scuola secondaria di secondo grado, il 25,7% frequentava il primo anno, il 14,3% il secondo e il 20,0% il terzo; rispetto al biennio, invece, l'11,4% frequentava il quarto anno, mentre solo il 5,7% il quinto.

In riferimento alle problematiche cliniche riferite dai soggetti, il 51,4% degli adolescenti si sono rivolti ai servizi per un controllo neuropsichiatrico o per consultazioni psicologiche. Poco meno della metà (48,6%) è invece in condizione di ricovero. In relazione alla condizione psicopatologica, la maggioranza del campione (68,8%) presenta la diagnosi primaria di Disturbo del Comportamento Alimentare, in prevalenza sottoforma di Anoressia Nervosa (*Tabella 2*). Questi soggetti erano dunque categorizzati ai fini dello studio come "gruppo DCA". Il 31,4% degli adolescenti, invece, ha riportato comportamenti autolesivi, collocandosi nel "gruppo autolesionismo" nel presente studio.

	Gruppo DCA (68,8%)	Gruppo autolesionismo (31,4%)
Anoressia nervosa	40,0%	
Bulimia nervosa	11,4%	
Binge-eating	2,9%	
Disturbo Non Altrimenti Specificato	2,9%	
Condotte autolesive		31,4%

Tabella 2: frequenze in percentuale delle sottocategorie diagnostiche all'interno dei due gruppi clinici.

Inoltre, il 65,7% del campione presenta delle comorbidità (*Tabella 3*), tra le quali si riconoscono disturbo dell'umore (45,7%), disturbo del comportamento (2,9%) e altri disturbi clinici (17,1%); si segnala poi che più della metà dei soggetti (51,1%) è sottoposta a una terapia farmacologica, anche se l'11,4% del campione non si è reso disponibile a fornire questa informazione.

Comorbidità nel campione totale	
Disturbo dell'umore	45,7%
Disturbo del comportamento	2,9%
Altri disturbi clinici	17,1%

Tabella 3: frequenza in percentuale delle comorbidità nell'intero campione clinico.

Il progetto di ricerca prevede allo stesso tempo il coinvolgimento delle madri dei partecipanti, anch'esse pari a una numerosità di 35 soggetti e reclutate nei medesimi servizi pubblici. Tuttavia, si segnala che il questionario della CBCL non è stato completato da due partecipanti (si veda 2.3.2), collocando la numerosità del campione delle madri a 33 (22 nel "gruppo DCA" e 11 nel "gruppo autolesionismo"). In relazione allo stato civile delle genitrici, inoltre, si riporta che il 73,3% delle madri hanno una relazione, il 20% sono coniugate e il 5,7% divorziate.

Per quanto riguarda i *cut-off* che evidenziano situazioni di disagio clinico, lo strumento YSR (si veda 2.3.3) indica come clinicamente rilevanti le scale delle Competenze Totali, Problemi internalizzanti e Problemi Totali (sia internalizzanti che esternalizzanti) in entrambi i gruppi del campione. Rispetto ai problemi esternalizzanti si riscontra invece un punteggio non clinico (*Tabella 4*).

YSR	Percentuale di soggetti con <i>cut-off</i> clinico sul campione totale (n=35)
Competenze Totali	58,8%
Problemi Internalizzanti	85,7%
Problemi Esternalizzanti	28,6%
Problemi Ext-Int Totali	71,4%

*Tabella 4: percentuali di soggetti con punteggio al di sopra del *cut-off* clinico rispetto al campione totale per le scale Competenze, Problemi Internalizzanti, Esternalizzanti e Totali del YSR.*

Nell'analisi dei dati derivati dalla CBCL (si veda 2.3.3), somministrata all'intero campione delle madri, si riscontrano valori clinicamente significativi solo nelle sottoscale delle Competenze e nei Problemi Internalizzanti; la sottoscala Problemi Totali presenta invece dei livelli *borderline* (*Tabella 5*).

CBCL	Percentuale di soggetti con <i>cut-off</i> clinico sul campione totale (n=35)
Competenze Totali	51,7%
Problemi Internalizzanti	81,3%

Problemi Ext-Int Totali	59,4%
-------------------------	--------------

Tabella 5: percentuali di soggetti con punteggio al di sopra del cut-off clinico rispetto al campione totale per le scale Competenze, Problemi Internalizzanti e Totali della CBCL.

Per quanto riguarda l'AAP, 4 adolescenti (11,4%) mostrano un attaccamento sicuro (F), 5 (14,3%) riportano uno stile preoccupato (E) e 11 (31,4%) un attaccamento distanziante (D). La maggior parte del campione (42,9%) presenta invece un attaccamento di tipo disorganizzato (U). L'88,6% dei soggetti presenta dunque un *pattern* di attaccamento di tipo insicuro (*Tabella 6*).

Pattern di attaccamento nel campione totale	
Attaccamento sicuro (F)	11,4%
Attaccamento preoccupato (E)	14,3%
Attaccamento distanziante (D)	31,4%
Attaccamento disorganizzato (U)	42,9%
Frequenze di attaccamento disorganizzato e organizzato	
Attaccamento organizzato	57,1%
Attaccamento disorganizzato	42,9%
Frequenze di attaccamento sicuro e insicuro	
Attaccamento di tipo sicuro	11,4%
Attaccamento di tipo insicuro	88,6%

Tabella 6: frequenza in percentuale dei pattern di attaccamento nell'intero campione clinico.

Per quanto riguarda il PSI (si veda 2.3.3), la scala riassuntiva dello stress totale riporta invece percentuali non significative (40,6%) di soggetti con punteggi clinici nel campione delle madri.

2.3.2 Procedura

Il lavoro al quale partecipa questa ricerca riguarda il Progetto Multicentrico "Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in Adolescenti con Problematiche Psicopatologiche". Lo studio è stato possibile grazie alla collaborazione dell'Unità Operativa Complessa (UOC) del reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda-Ospedale Università di Padova e dell'UOC IAFC dell'Unità Locale Socio-Sanitaria 3.

I criteri di esclusione per i soggetti riguardano l'assenza di Disabilità Intellettiva, Deficit Sensoriali e Disturbo dello Spettro Autistico, nonché l'appartenenza a famiglie monoparentali, il consenso di un solo genitore e un percorso di terapia intrapreso dal

paziente da più di un anno. I criteri di inclusione prevedono di selezionare partecipanti tra i 14 e i 18 anni, che ci sia il consenso e la disponibilità di entrambi i genitori e una diagnosi secondo i criteri dell'ICD-10 o del DSM-5 di DCA o *selfcutting*. Il campione totale è stato dunque suddiviso in due gruppi in relazione alla diagnosi. Nello specifico, rispetto all'autolesionismo, sono presi in considerazione pazienti con comportamenti sia non suicidari (NSSI), sia con tentativo di suicidio. Nel gruppo dei DSA sono invece inclusi pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e *binge eating-disorder* (si veda 2.3.1).

Ad ogni paziente è stata proposta la compilazione di questionari e di un test proiettivo (si veda 2.3.3) durante due incontri della durata di 45-50 minuti. Questi hanno luogo in momenti separati in una stanza dedicata e sono condotti da un operatore differente rispetto al clinico che eventualmente già segue il paziente in un percorso psicoterapeutico o neuropsichiatrico. Contemporaneamente a tali incontri, alla madre vengono somministrati questionari dedicati alla valutazione genitoriale (si veda 2.3.3). Come per i pazienti, l'operatore che presiede la somministrazione è differente da colui che eventualmente segue i genitori nei colloqui psicologici e/o neuropsichiatrici.

Il presente lavoro è stato realizzato rispettando i principi e le normative del Codice Etico dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP). Ciascun paziente, così come il rispettivo genitore, firma inoltre un consenso informato che autorizza l'*equipe* alla registrazione audio della somministrazione.

2.3.3 Strumenti

Gli strumenti che sono stati somministrati ai pazienti adolescenti (14-18 anni) sono i seguenti:

1. *Adult Attachment Projective Picture System System* (AAP; George, West & Pettem, 1997; George & West, 2001): si tratta di uno strumento narrativo del tipo proiettivo, la cui finalità è la valutazione e l'individuazione dello stile di attaccamento di adolescenti e adulti. Prevede la presentazione di otto immagini tematiche, delle quali sette riportano elementi minacciosi o angoscianti che attivano il sistema di attaccamento. La prima tavola è invece neutra e di controllo. Al paziente, dopo che ha osservato la tavola, è richiesto di raccontare una storia non autobiografica immaginando cosa possa essere successo prima e dopo quella scena, oltre a cosa possano pensare o provare i personaggi. La narrazione del soggetto viene analizzata lungo tre dimensioni: quella Narrativa, il Contenuto della storia e i Processi difensivi (Di Riso, 2016). I possibili profili di attaccamento identificabili sono quello Sicuro (F, da *Free*), Distanziante (D, da *Dismissing*), Preoccupato (E, da *Entangled*) e

Irrisolto (U da *Unresolved*). L'AAP permette inoltre di attivare il sistema di attaccamento attraverso stimoli visivi riguardanti personaggi fittizi. Ciò non elicit il paziente a difendersi da elementi traumatici della propria esperienza, che potrebbero invece essere rimossi rispondendo a domande dirette sulla sua storia personale (Di Riso,2016).

2. *Youth Self Report* (YSR 11-18; Achenbach, 1991): è un questionario *self-report* che mira ad ottenere informazioni in modo diretto dagli adolescenti nell'ambito delle competenze sociali e dei problemi emotivo-comportamentali. Lo strumento conta 112 *item*, che vengono valutati su una scala Likert a tre punti (da "assente a "si verifica spesso") organizzata in due sezioni: la prima valuta le Competenze totali del soggetto e comprende tre sottoscale (Attività, Competenze sociali e Competenze scolastiche). La seconda sezione prevede otto scale sindromiche divise in tre macrocategorie: problemi internalizzanti (Ansia/depressione, Ritiro/depressione, Lamentele somatiche), problemi esternalizzanti (Comportamento trasgressivo e Comportamento aggressivo) e problemi né internalizzanti né esternalizzanti (Problemi sociali, Problemi di pensiero e Problemi di attenzione); i punteggi ottenuti vengono valutati come "normali", "borderline" o "clinici". In questo studio il valore dell'alpha di Cronbach (α) per le scale internalizzanti del YSR è pari a 0,749, per quelle esternalizzanti è 0,838 e per quelle totali 0,911.

Gli strumenti somministrati ai genitori a cui fa riferimento questo studio sono invece i seguenti:

3. *Child Behaviour Checklist* (CBCL, 6-18, Achenbach, 2001): è un questionario *self-report* rivolto ai genitori, che mira ad indagare problemi nell'area emotive-comportamentali e delle competenze sociali dei figli. Nella prima sezione sono presenti domande semi-strutturate che delineano un profilo delle competenze del bambino. Lo strumento è la parte complementare del YSR per i genitori e nella seconda sezione si compone anch'esso di 112 *item* che valutano i comportamenti del figlio negli ultimi sei mesi. Anche nella CBCL si identificano otto scale riguardanti problemi internalizzanti, esternalizzanti e che non rientrano in queste due categorie. I punteggi riscontrati nel questionario permettono di inquadrare i profili psicologici dei figli dalla prospettiva del *caregiver*. Come lo YSR, la CBCL valuta l'espressione di problemi internalizzanti (ansia, depressione, somatizzazione) ed esternalizzanti (aggressività, comportamenti oppositivi, iperattività) riscontrabili nei comportamenti dell'adolescente. In questo studio l'alpha di Cronbach (α) per le

scale internalizzanti è pari a 0,858, per quelle esternalizzanti è 0,889, mentre per le scale totali è 0,909.

4. *Parent Stress Index-Short Form* (PSI/SF; Abidin & Abidin, 1990; Guarino et. al., 2008): si tratta di un questionario utilizzato in ambito clinico e forense che misura il livello di stress del genitore in rapporto alla relazione con il figlio. Lo strumento si compone di 36 *item* distinti in tre scale: la sottoscale Distress Genitoriale (*Parental Distress*) misura il grado di disagio esperito rispetto alla funzione di genitore; la sottoscala Interazione Genitore-Bambino Disfunzionale (*Parent-Child Dysfunctional*) è relativa alla percezione del figlio come non corrispondente alle aspettative e non garante di gratificazione all'interno della relazione; la sottoscala Bambino Difficile (*Difficult Child*) valuta infine le aree del temperamento e del comportamento relative al bambino. La scala di Risposta Difensiva verifica l'affidabilità del compilatore, controllando la desiderabilità sociale. Livelli clinici di stress sono rilevati da un punteggio maggiore rispetto al novantesimo percentile. L'alpha di Cronbach (α) per la scala totale del PSI in questo studio è pari a 0,933.

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

Le analisi tramite il test di Shapiro Wilk hanno evidenziato una distribuzione dei punteggi degli strumenti non normale; dunque, il test statistico utilizzato è di tipo non parametrico e l'indice descrittivo considerato è il rango della media ($rg\mu$). Nelle seguenti analisi sono riportate esclusivamente le scale con valori significativi, ovvero con *p-value* inferiore a 0,05. Si ricorda inoltre che il campione totale è stato diviso in due gruppi in base alla diagnosi di DCA o autolesionismo (si veda 2.3.2).

2.4.1 Confronto tra gruppi

Nello strumento *Youth Self Report* gli adolescenti con DCA riportano punteggi significativamente superiori nelle scale che misurano Attività e Competenze totali; nelle scale riguardanti problemi internalizzanti (Ansia/depressione, Ritiro/depressione, Lamentele somatiche) ed esternalizzanti (Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione, Comportamento Trasgressivo e Comportamento Aggressivo) i punteggi maggiori si rilevano nel gruppo *selfcutting*. Anche relativamente al totale delle scale internalizzanti ed esternalizzanti sintomi maggiori sono riportati da adolescenti con condotte di autolesionismo (*Tabella 7*).

	Gruppo clinico DCA (n=24)	Gruppo clinico selfcutting (n=11)		
Sottoscale YSR	Rango medio	Rango medio	U di Mann-Whitney	Significatività a due code
Attività	20,30	11,64	62,000	,017
Competenze totali	20,22	11,82	64,000	,021
Ansia/depressione	15,15	24,23	63,500	0,15
Ritiro/depressione	14,40	25,86	45,500	,002
Lamentele Somatiche	15,15	24,23	63,500	,015
Problemi sociali	15,27	23,95	66,500	,019
Problemi di pensiero	13,54	27,73	25,000	,000
Problemi di attenzione	15,23	24,05	65,500	,018
Comportamento trasgressivo	14,88	24,82	57,000	,007
Comportamento aggressivo	15,54	23,36	73,000	,035
Problemi internalizzanti	13,79	27,18	31,000	,000
Problemi esternalizzanti	14,98	24,59	59,500	,010
TOT problemi esternalizzanti/ internalizzanti	14,21	26,27	41,000	,001

Tabella 7: U di Mann-Whitney, significatività a due code e rango medio per i gruppi clinici di DCA e Selfcutting nelle sottoscale significative del Youth Self Report.

Rispetto allo strumento della *Child Behaviour Checklist*, l'analisi descrittiva dei risultati ha permesso di rilevare differenze significative nel confronto tra gruppi. Parallelamente allo YSR, si evidenziano punteggi maggiori per le madri del gruppo clinico degli adolescenti con DCA nelle sottoscale che misurano Attività e Competenze totali. Le madri riportano inoltre punteggi significativamente negativi per le Competenze scolastiche. Valori maggiori per le madri del gruppo *selfcutting* sono invece riportati nelle scale relative a Comportamento trasgressivo, Problemi esternalizzanti e Problemi affettivi, nonché nelle sottoscale riguardanti aspetti depressivi e problemi somatici (*Tabella 8*).

	Madri del gruppo clinico DCA (n=23)	Gruppo clinico selfcutting (n=11)		
Sottoscale CBCL	Rango medio	Rango medio	U di Mann-Whitney	Significatività a due code
Attività	18,36	11,05	55,500	,036
Competenze scolastiche	19,95	9,91	43,00	,002
Competenze Totali	17,47	10,30	48,000	,031
Ritiro/ depressione	13,48	22,27	52,000	,011
Comportamento trasgressivo	12,81	23,55	38,000	,002
Problemi esternalizzanti	14,17	20,95	66,500	,51
Problemi affettivi	12,88	22,55	39,500	,005
Lamentele somatiche	13,53	20,50	60,500	,038
Problemi di condotta	13,81	21,64	59,000	,022

Tabella 8: U di Mann-Whitney, significatività a due code e rango medio nelle sottoscale significative della Child Behaviour Checklist compilate dalle madri dei gruppi clinici DCA e Selfcutting.

Sono state infine condotte analisi statistiche per indagare eventuali differenze di distribuzione dei pattern di attaccamento all'interno dei due gruppi clinici. Tuttavia, il test del chi-quadrato di Pearson (χ) non è risultato significativo né per il gruppo di adolescenti con DCA, né per quello dei soggetti autolesionisti. Non si riportano dunque differenze statisticamente rilevanti nel confronto tra gruppi rispetto all'attaccamento (**Tabella 9**).

	Gruppo dei DCA (n=24)	Gruppo autolesionismo (n=11)
Chi-quadrato (χ)	3,048	2,168
Significatività a due vie	,384	,141

Tabella 9: valori del test del chi-quadrato di Pearson per la differenza tra i due gruppi clinici rispetto ai pattern di attaccamento.

Rispetto allo strumento *Parent Stress Inventory* (**Tabella 10**), le scale significative sono quella dell'Interazione genitore-bambino disfunzionale e quella del Bambino Difficile (si veda 2.3.3); per la prima, i punteggi sono maggiori nel gruppo *selfcutting* rispetto a quello dei DCA ($rg_{\mu} = 22,27$ vs $rg_{\mu} = 13,48$). La sottoscala Bambino Difficile mostra invece per il gruppo dei DCA un valore di rango della media di 19.10, più elevato rispetto a quello riscontrato nel gruppo *selfcutting* ($rg_{\mu} = 11,55$).

	Gruppo clinico DCA (n=22)	Gruppo clinico NSSI (n=11)		
Sottoscale PSI-SF madri	Rango medio	Rango medio	U di Mann-Whitney	p-value
Interazione genitore-bambino disfunzionale	13,48	22,27	179,00	,011
Bambino difficile	19,10	11,55	61,00	,031

Tabella 10: U di Mann-Whitney, significatività a due code e rango medio per le scale significative del PSI compilato da madri del gruppo DCA e *Selfcutting*.

2.4.2 Correlazioni

Le analisi statistiche che sono state condotte sul campione dei genitori e degli adolescenti hanno indagato possibili correlazioni. In particolare, queste si sono individuate tra le componenti dello strumento *Parent Stress Index* e la tipologia di Sistemi Segregati presenti nella codifica dell'AAP. Nel gruppo DCA emergono correlazioni positive tra punteggi elevati nella sottoscala del PSI "Risposta Difensiva" (si veda 2.3.3) e i Sistemi segregati di tipo *Danger/ Failed protection* sia traumatici ($\rho_s = ,623$, $p = ,003$) che totali (comprendenti quelli sia normativi che traumatici, $\rho_s = ,535$; $p = ,012$). Per il "gruppo autolesionismo" emergono invece correlazioni negative tra la sottoscala Interazione genitore-bambino disfunzionale e i Sistemi Segregati di tipo *Helplessness/ Out of control* sia traumatici che totali (entrambi con $\rho_s = -,824$; $p = ,002$).

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

2.5 Discussione

In generale, la previsione di trovare differenze tra gruppi negli strumenti YSR e CBCL è stata confermata (**ipotesi 1**). Nello specifico, sono stati rilevati punteggi maggiori nello YSR

nel “gruppo autolesionismo” non solo per problematiche esternalizzanti (**ipotesi 1a**), ma anche internalizzanti. Infatti, le uniche scale in cui i punteggi maggiori sono associati al “gruppo DCA” risultano essere quelle relative alle competenze. La scala totale “Problemi esternalizzanti e internalizzanti”, inoltre, riporta valori maggiori per il “gruppo autolesionismo” (26,27 vs 14,21). Una possibile spiegazione di questo dato potrebbe essere che adolescenti con tale psicopatologia menzionino anche al momento della consultazione disturbi affettivi, comportamentali e problemi sociali, trasmettendo una certa urgenza (Miscioscia, 2022); ciò permette di supporre una disposizione egodistonica rispetto alla psicopatologia. Inoltre, questa condizione è caratterizzata da una comunicazione degli affetti disfunzionale, di carattere dimostrativo (Nock, 2009), che si può tradurre in una richiesta d’aiuto eclatante e, a volte, con toni aggressivi e di sfida. Gli adolescenti con DCA riferiscono invece minori sintomi, soprattutto per quanto riguarda quelli internalizzanti. Sia questa scala, sia quella dei Problemi esternalizzanti riporta infatti valori minori (rispettivamente, 13,79 e 14,98) di quelli del “gruppo autolesionismo” (27,18 e 24,59). Sebbene la scala di Ansia/depressione presenti un livello piuttosto elevato (15,15), quella totale dei Problemi internalizzanti ha comunque un punteggio inferiore (13,79) rispetto a quella dei Problemi esternalizzanti (14,98). Una possibile spiegazione di questo dato può risiedere nel carattere egosintonico dell’anoressia nervosa (diagnosi di DCA più diffusa nel nostro campione), che potrebbe influenzare una ridotta percezione dei sintomi internalizzanti (Gregsten, 2017). Inoltre, studi che indagano la relazione tra DCA e sintomi esternalizzanti mostrano che questi siano maggiormente prevalenti in bulimia nervosa, disturbi da *purging* e *binge-eating* (Jeggings, 2017). Come appena ricordato, il nostro campione mostra però una maggioranza di adolescenti con anoressia nervosa. Nonostante la letteratura riporti che questi rimuovano affetti dolorosi spostando l’investimento in ambito cognitivo per rifornire la propria stima di Sé (Lancini, 2017), il “gruppo DCA” riporta valori maggiormente problematici sia nella scala delle Attività, sia in quella delle Competenze totali (20,30 e 20,22) rispetto al “gruppo autolesionismo” (11,64 e 11,82). Questo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che i giovani con DCA sperimentano spesso un forte stato di vergogna e inibizione sociale, che mina fortemente il loro senso di autoefficacia (Lancini, 2017). Inoltre, la pandemia da Covid-19 ha costretto i giovani a un isolamento forzato che ha sensibilmente peggiorato la loro salute mentale, nonché le loro abilità sociali (Osservatorio Nazionale per l’Infanzia e l’Adolescenza, 2021; Devoe, 2022). La loro valutazione generale del Sé è inoltre ampiamente influenzata dal peso e dalla forma corporea (Allen, 2015). Un’altra considerazione potrebbe riguardare il fatto che gravi condizioni di denutrizione ledono il funzionamento cognitivo, minacciando le prestazioni

scolastiche, intellettuali e sociali (Goldschmidt, 2014). Il senso di mancata competenza da parte di adolescenti con DCA, in questo caso, potrebbe dunque corrispondere a realtà e non essere frutto di una percezione distorta. Infine, i pazienti con DCA sviluppano spesso una sintomatologia depressiva, che conduce al ritiro (Koutek, 2016). Questi fattori potrebbero spiegare quindi punteggi maggiori nelle scale sintomatiche relative a competenze e attività.

Nella CBCL le madri del “gruppo autolesionismo” riportano inoltre punteggi maggiori di quelle del “gruppo DCA” nella scala dei Problemi esternalizzanti (**ipotesi 1b**). Il valore di tale misura per le madri di adolescenti con autolesionismo è infatti di 20,95, mentre è 14,17 nel “gruppo DCA”. Questo dato concorda con il fatto che, qualora i genitori siano consapevoli del comportamento di autolesionismo dei figli, riportano maggiormente problematiche di attenzione e di disregolazione (Miscioscia, 2022). Infatti, anche le scale di Comportamento trasgressivo e Problemi di condotta hanno valori maggiori (23,55 e 21,64) rispetto a quelli riportati da madri del “gruppo DCA” (12,81 e 13,81). Queste ultime rilevano inoltre sintomi sia esternalizzanti che internalizzanti in grado minore. Punteggi inferiori nel “gruppo DCA” rispetto al “gruppo autolesionismo” si evidenziano infatti nella scala dei Problemi esternalizzanti (14,17 vs 20,95), così come in sottoscale relative ad aspetti internalizzanti come Ritiro/depressione (13,48 vs 22,27), Problemi affettivi (12,88 vs 22,55) e Lamentele Somatiche (13,53 vs 20,50). Questo sembra concordare anche con la letteratura (Cottee-Leane, 2004), suggerendo che una possibile spiegazione potrebbe essere che i genitori non associno immediatamente i comportamenti dei figli a un DCA; questo comportamento da parte delle madri potrebbe essere determinato da vantaggi secondari di tipo difensivo: i genitori di adolescenti con DCA sembrano, in alcuni casi, mantenere inconsapevolmente il comportamento disfunzionale del figlio, proiettando su questi conflitti legati all'alimentazione (Woodside, 2015) e instaurando le dinamiche disfunzionali di una "famiglia psicosomatica" (Selvini-Palazzoli, 1988). Per quanto riguarda la scala delle Competenze, si rileva una valutazione genitoriale negativa nel “gruppo DCA”. In questo caso, a differenza del YSR, anche la scala delle Competenze scolastiche risulta significativa, oltre a quelle di Attività e Competenze totali. Tutte le tre scale mostrano punteggi maggiori (rispettivamente 19,95, 18,36 e 17,47) di quelli rilevati nel “gruppo autolesionismo” (9,91, 11,95 e 10,30). Tali risultati potrebbero essere determinati dagli alti livelli di perfezionismo dei genitori di adolescenti con DCA, che spesso si mostrano estremamente richiedenti e critici rispetto a competenze e abilità del figlio (Woodside, 2002).

Le previsioni che l'attaccamento nell'intero campione sarebbe stato di tipo insicuro e non si sarebbero riscontrate differenze tra i due gruppi (**ipotesi 2a e 2b**), sono state confermate. Infatti, i *cut-off* clinici evidenziano un attaccamento di tipo insicuro per l'88,6%

del campione, diviso nelle sottocategorie preoccupato (14,3%), distanziante (31,4%) e disorganizzato (42,9%). Questo risultato è concorde con il fatto che, per entrambe le popolazioni cliniche considerate, l'attaccamento insicuro sia associato a una maggiore reattività ai fattori di rischio durante l'adolescenza (Milan, 2014). Il fallimento materno nel rispondere in modo sufficientemente buono al bambino lo ostacola infatti nello sviluppo del concetto di Sé e della propria autonomia (Hill, 2017). L'incapacità di regolare i propri affetti porta alla mancata abilità di identificare ed esprimere i sentimenti, sfociando in una comunicazione disfunzionale. Questo processo è determinante nell'insorgenza di comportamenti di autolesionismo (Nock, 2009; Jennings, 2017). I pazienti con DCA mostrano inoltre pattern di attaccamento insicuro del tipo preoccupato ed evitante; questi potrebbero essere attribuiti a una mancata sintonia comunicativa risalente alle prime relazioni di nutrizione con il *caregiver*, nelle quali quest'ultimo non ha saputo coordinarsi con le richieste del figlio per regolare i suoi stati emotivi e fisiologici (Tambelli, 2017). Il test del chi-quadrato (χ) non rileva inoltre differenze significative tra i due gruppi rispetto all'attaccamento. Ciò è coerente con il fatto che una prevalenza di attaccamento insicuro è individuata in entrambi i gruppi come fattore di rischio, influenzando ampiamente l'insorgenza di queste problematiche psicopatologiche (Gander, 2015). Anche il tipo di sistemi segregati riscontrati nella narrazione (Ringer e Crittenden, 2007 e Pallini, 2020) è in entrambi i casi relativo ad aspetti di trauma, perdita o relazioni interpersonali disfunzionali. La prevalenza di attaccamento insicuro potrebbe inoltre essere determinata sia in adolescenti con DCA che con autolesionismo da traumi sessuali e fisici, potenti indici di vulnerabilità per un pattern relazionale disfunzionale (Jaite, 2012).

La supposizione di rilevare elevati livelli di stress materno nel campione totale (**ipotesi 3a**), non è stata avvalorata dai *cut-off* clinici in nessuna delle scale del PSI. Una spiegazione potrebbe risiedere nella reticenza dei genitori ad ammettere il proprio disagio in relazione alle problematiche del figlio, provando un senso di colpa per lo stress percepito (Cottee-Leane, 2004). L'ipotesi di non riscontrare differenze tra i due gruppi clinici (**ipotesi 3b**) è stata invece parzialmente confermata: la scala dello stress totale non è risultata significativa nel campione delle madri, ma emergono punteggi dissimili nei gruppi relativamente a due sottoscale del PSI. Il fatto che il "gruppo autolesionismo" presenti un punteggio maggiore nella sottoscala "Interazione genitore-bambino disfunzionale" ($rg_{\mu} = 22,27$) può essere spiegato considerando che questo quadro clinico prevede l'utilizzo di comportamenti autolesivi per regolare l'umore, sfociando in una modalità di comunicazione estremamente disadattativa. Tali agiti fungono dunque da segnali sociali, laddove un'interazione meno disfunzionale è fallita a causa di scarsa qualità dello scambio, ridotta chiarezza o un

ambiente non responsivo (Nock, 2020). Il corpo di questi adolescenti non è inoltre integrato nell'immagine di Sé (Lancini, 2017) ed essendo disponibile all'attacco viene usato per esprimere aspetti emotivi che sono altrimenti impossibili da comunicare. Le madri sono inoltre generalmente più sensibili rispetto all'intera gamma sintomatologica dei figli (Baker, 1996). Per questo possono attuare comportamenti iperprotettivi di fronte agli agiti pericolosi degli adolescenti, che possono inconsapevolmente assumere un ruolo tirannico e manipolatorio all'interno della relazione (Tambelli, 2017). La sottoscala "Bambino Difficile" mostra invece per il gruppo dei DCA un valore di rango della media maggiore ($rg_{\mu} = 19.10$). Questo dato è spiegabile con il fatto che i genitori di questi adolescenti, osservandoli deperire, si potrebbero sentire impotenti di fronte al loro comportamento (Cottee-Leane, 2004), giudicandolo quindi estremamente disfunzionale. Inoltre, spesso questi adolescenti compiono atti di rivendicazione attraverso il corpo, che potrebbero portare le madri a non riconoscere più l'atteggiamento provocatorio del figlio: rispetto alla valutazione del temperamento i genitori riferiscono spesso che gli adolescenti con DCA sembrano aver cambiato carattere (Lancini, 2017).

La previsione di un'associazione tra lo stress genitoriale e i Sistemi Segregati differenziale nei due gruppi clinici (**ipotesi 4**) è stata confermata dai risultati. Si evidenzia che i Sistemi Segregati di tipo *Danger/ Failed protection* si rilevano quando l'adolescente descrive il personaggio o sé stesso come vulnerabile, incapace di trovare sicurezza e protezione, in balia dalla paura, vittima di una violenza fisica, abuso, abbandono oppure con il desiderio di fuggire e/o scappare (Di Riso, 2016). Tale tipologia difensiva è dunque associata a materiale inquietante, violento e/o malvagio. Infatti, sulla base dei sistemi di codifica dell'AAP, è apparso che adolescenti con DCA utilizzano elementi narrativi riconducibili a traumi non elaborati, conflitti familiari e perdite in relazione alla madre (Ringer e Crittenden, 2007), nonché riferimenti a negligenza genitoriale, bullismo o distorsioni della base sicura (Tasca, 2019). D'altro canto, la scala "Risposta Difensiva" nella madre indica elevati livelli di desiderabilità sociale, quindi la tendenza a fornire informazioni edulcorate, false, non accurate e di evitare punteggi negativi (Abidin & Abidin, 1990; Guarino et. al., 2008). Dunque, la relazione tra un maggiore livello in questa scala e più numerosi Sistemi Segregati totali di tipo *Danger/ Failed protection* nell'AAP dei figli potrebbe essere spiegata dal fatto che un più elevato grado di desiderabilità sociale da parte della madre possa essere maggiormente associato ad elementi di mancata protezione non elaborati dal figlio. Infatti, i genitori di adolescenti con DCA sembrano non del tutto consapevoli delle loro problematiche, sottostimando il loro comportamento e associandolo di frequente a una semplice fase passeggera dell'adolescenza (Cottee-Leane, 2004). Inoltre, come già citato,

le madri di adolescenti con DCA sembrano avere tratti della personalità riconducibili a un perfezionismo severo e ad un'elevata desiderabilità sociale (Woodside, 2002). Ciò potrebbe contribuire a più alti punteggi nella scala "Risposta difensiva" nelle madri di adolescenti con un DCA che riportano nell'AAP un maggior numero di Sistemi Segregati di tipo *Danger/ Failed protection*,

Per il "gruppo autolesionismo" emergono invece correlazioni negative tra la sottoscala Interazione genitore-bambino disfunzionale e i Sistemi Segregati di tipo *Helplessness/ Out of control* sia traumatici che totali. Si ricorda che alti punteggi delle madri nella scala "Interazione genitore-bambino disfunzionale" segnalano la percezione di un figlio come non corrispondente alle aspettative e dal comportamento insoddisfacente all'interno della relazione. La tipologia difensiva *Helplessness/ Out of control* si identifica invece quando i personaggi della storia vengono descritti come spaventati, impotenti o fuori controllo, ad esempio trovandosi senza speranza, sopraffatti, sottomessi o intrappolati (Di riso, 2016). Sembra che i genitori stessi dei bambini con DCA presentino una mancata capacità di mentalizzazione e una ridotta sensibilità emotiva, creando un ambiente non responsivo e ricco di segnali poco chiari (Hill, 2017; Nock, 2009). Inoltre, solo il 25% degli adolescenti che hanno comportamenti autolesionisti ne parla alle famiglie (Gillies, 2018). Dunque, le madri di questa popolazione clinica spesso sono inconsapevoli del comportamento disfunzionale dei figli (Miscioscia, 2022), il che potrebbe portarle a sottovalutare i sintomi e sopravvalutare la loro relazione con gli adolescenti. Nella presente ricerca, tale dato potrebbe spiegare il fatto che a bassi punteggi nella scala della valutazione della qualità della loro interazione corrisponda un elevato numero di Sistemi Segregati di tipo *Helplessness/ Out of control*.

Tuttavia, per tutte le correlazioni significative evidenziate, si ricorda che questi risultati statistici non implicano un rapporto di causa-effetto tra le due variabili considerate, né evidenziano quale elemento dipenda dall'altro.

2.6 Conclusioni:

Lo studio sembra aver confermato quasi totalmente le ipotesi previste; in particolare, sembrano emergere evidenze congruenti con la letteratura riguardo a una differenza tra la percezione dei sintomi in pazienti con DCA e comportamenti di autolesionismo (Gatta, 2016; Cottee-Leane, 2004; Gregertsen, 2017). Inoltre, è avvalorata l'influenza dei pattern di attaccamento strutturatisi in infanzia nell'insorgenza di tali psicopatologie. Lo stress genitoriale, seppure in diversi ambiti, sembra infine essere un elemento che caratterizza sia le madri di pazienti con un DCA, sia quelle di adolescenti con autolesionismo. Lo strumento

innovativo dell'AAP ha inoltre permesso di riscontrare una relazione tra lo stress materno e l'utilizzo di Sistemi Segregati Traumatici e Normativi differente nei due gruppi clinici.

2.6.1 Limiti e pregi della ricerca

I punti di forza del progetto si possono riscontrare nel confronto di campioni clinici raramente accostati in letteratura; un altro pregio dello studio riguarda l'utilizzo di uno strumento narrativo proiettivo per valutare l'attaccamento, invece di interviste e/o questionari. Rilevando i medesimi risultati emersi in studi con altri metodi di valutazione, l'AAP si è mostrato infatti altrettanto sensibile e affidabile. Inoltre, questo strumento proiettivo permette di attivare il sistema di attaccamento attraverso stimoli visivi riguardanti personaggi fittizi. Ciò non elicit il paziente a difendersi da elementi traumatici della propria esperienza che potrebbero invece essere rimossi rispondendo a domande esplicite sulla sua storia personale.

Uno dei limiti dello studio è invece il numero limitato di soggetti. Ricerche future potrebbero infatti raccogliere informazioni ancora più complete con un campione più ampio, permettendo di verificare o meno le ipotesi con maggior accuratezza e includere più soggetti di genere maschile. Inoltre, in questo studio non sono stati distinti i gruppi in base alle sottocategorie diagnostiche dei DCA e dell'autolesionismo. Sarebbe interessante infatti indagare se si presentino differenze per quanto riguarda la percezione dei sintomi e l'attaccamento anche per le diverse forme di DCA e comportamento autolesionista. Per quanto riguarda i genitori, è stata considerata nello studio solo la percezione materna dei sintomi. Sarebbe utile invece indagare questo costrutto anche nei padri o in altri *caregiver* primari per evidenziare eventuali differenze. Considerare solo la prospettiva della madre, inoltre, rende difficoltosa l'analisi di situazioni in cui quest'ultima è assente o la coppia genitoriale è composta da membri entrambi di genere femminile o maschile, come nelle famiglie omogenitoriali.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 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., & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. *Burlington (Vt)*, 7, 371-392.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 264–272.
- Allen, K.L., Byrne, S.M. & Crosby, R.D. (2015). Distinguishing Between Risk Factors for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder. *J Youth Adolescence*, 44, 1580–1591.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — (DSM-5)*, 5th edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Asch, D.A., Buresh, J.C., Allison, K.C. (2021). Trends in US Patients Receiving Care for Eating Disorders and Other Common Behavioral Health Conditions Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 4(11), e2134913.
- Baker, B.L., Heller, T.L. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: experience of fathers and mothers. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 513-32.
- Berg-Nielsen, T.S., Vika, A., Dahl, A.A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev*, 29, 207–213
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic study of the child*, 22, 162–186.

- Bohman, H., Jonsson, U., Von Knorring, A.L., Von Knorring, L., Päären, A., Olsson, G. (2010). Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatr*, 99(11), 1724–30.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression* Vol. 3. New York: Basic Books Classics.
- Bulik, C.M., Thornton, L., Pinheiro. (2008). A.P., et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 70(3), 378–383.
- Capuzzi, E., Di Brita, C., Caldiroli, A., Colmegna, F., Nava, R., Buoli, M., & Clerici, M. (2020). Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry research*, 293, 113463.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 10, 305–312. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
- Claes, L., Vandereycken. W., Vertommen., H. (2007) Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Dif*, 42(4), 611–21.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N., Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Frontiers in psychology*, 5, 1218.
- Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 10, 1002/eat.23704.
- Di Blasio, P., Camisasca, E., Guarino, A., D'Alessio, M., & Sserantoni, G. (2008). *Parenting Stress Index SF*. Organizzazioni speciali.
- Di Riso, D., Lis. A. (2016). *Psicodinamica dei pattern di attaccamento in età adulta e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

- Dias, P., Soares, I., Klein, J., Cunha, J. P., and Roisman, G. I. (2011). Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attach. Hum. Dev.* 13, 155–167.
- Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64, 22–31.
- Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167.
- Franko, D.L., Keel, P.K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.*, 26(6), 769–782.
- Galniche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402–1413.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1136.
- Gatta, M., Balottin, L., Mannarini, S., Birocchi, V., Col, L.D., & Battistella, P.A. (2016). Stress genitoriale e psicopatologia in età evolutiva. Uno studio caso-controllo. *Rivista Di Psichiatria*, 51, 251-259.
- George, C., & West, M. L. (2012). *The Adult Attachment Projective Picture System: attachment theory and assessment in adults*. New York: Guilford Press.
- Gillies, D., Christou, M.A., Dixon, A.C., Featherston, O.J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 57(10).
- Goldschmidt, A.B., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Cao, L., Engel, S.G., Lavender, J.M., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Peterson, C.B., Le Grange, D. (2014) Latent profile analysis of eating episodes in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 193-199.
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The Egocentric Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in psychology*, 8, 2273.

- Hauck, C., Cook, B., & Ellrott, T. (2020). Food addiction, eating addiction and eating disorders. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 103-112.
- Hill, D., (2017). Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- IPSOS. (2021). I giovani ai tempi del Covid. [savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/i-giovani-ai-tempi-del-coronavirus.pdf](https://www.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/i-giovani-ai-tempi-del-coronavirus.pdf)
- Iwajomo, T., Bondy, S.J., de Oliveira, C. (2020). Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *Br J Psychiatry*, 1-7.
- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., and Salbach-Andrae, H. (2012). Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology*, 45, 61–66.
- Jennings, K. M., Wildes, J. E., & Coccaro, E. F. (2017). Intermittent explosive disorder and eating disorders: Analysis of national comorbidity and research samples. *Comprehensive psychiatry*, 75, 62–67.
- Koutek, J., Kocourkova, J., & Dudova, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 787–793.
- Lancini, M. (2015). Adolescenti Navigati. Trento: Erickson.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111–122.
- Lavender, J.M., Mitchell, J.E. (2015). Eating Disorders and Their Relationship to Impulsivity. *Curr Treat Options Psych*, 2, 394–401.
- Lis, A., Stella, S., Zavattini, G.C., (1999). Manuale di Psicologia Dinamica. Bologna: Il Mulino.
- Lucangeli, D., Vicari, S. (2019). Psicologia dello Sviluppo. Firenze: Mondadori.
- Luigi Caparrotta & Kamran Ghaffari (2006) Panoramica storica dei contributi psicodinamici alla comprensione dei disordini alimentari, *Psicoterapia psicoanalitica*, 20:3, 175-196.
- Milan, S., and Acker, J. C. (2014). Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls. *Psychol. Health*, 29, 896–914.
- Miscioscia, M., Angelico, C., Raffagnato, A., & Gatta, M. (2022). Psychopathological and Interactive-Relational Characteristics in Non-Suicidal Self-Injury Adolescent Outpatients. *Journal of clinical medicine*, 11(5), 1218.

- Nock, M.K. (2009). Why Do People Hurt Themselves? *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78 - 83.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptoms Be Proximity-Seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 421-435.
- Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza. (2021). Covid-19 e adolescenza https://famiglia.governo.it/media/2362/covid-e-adolescenza_report_maggio2021.pdf
- 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 & life-threatening behavior*, 50(4), 909–920.
- Peterson, K., Fuller, R. (2019) Anorexia nervosa in adolescents. *Nursing*, 49(10), 24-30
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *The International journal of eating disorders*, 48(1), 55–58.
- Raffagnato, A., Angelico, C., Valentini, P., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2020). Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 11, 262.
- Ringer, F., and Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 15, 119–130.
- Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghaznavi, C., Ueda, P. (2021). Assessment of suicide in Japan during the COVID-19 pandemic vs previous years. *JAMA Netw Open*, 4, 2037378.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Ehrlich, S. (2008). Correspondence between self-reported and parent-reported psychopathology in adolescents with eating disorders. *Psychopathology*, 41(5), 307–312.
- Selvini-Palazzoli, M., & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: a six-stage model as a guide for individual therapy. *Family process*, 27(2), 129–148.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712.
- Shields, C., Bernard, J., Mirza, O. I., Reeves, D., Wells, A., & Heagerty, A. (2021). Covid-19, Lockdown and Self-Isolation: Evaluation of Deliberate Self-Harm Admissions. *Frontiers in psychiatry*, 12, 662885.

- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.
- Stirn, A., & Hinz, A. (2008). Tattoos, body piercings, and self-injury: is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 326–333.
- Sugarman, C., Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 57-67
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303.
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in Psychology*, 25, 59–64.
- Townsend, M. L., Miller, C. E., Matthews, E. L., & Grenyer, B. (2021). Parental Response Style to Adolescent Self-Harm: Psychological, Social and Functional Impacts. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13407.
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524.
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A.M., Albert, U., Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res.*, 30, 238, 225-227.
- Waller, F. Kaufman, F. Deutsch, F. (1940). Anorexia nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16
- Winnicott, D. (1958). Primitive emotional development. *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis*, 145-156.
- Woo, J., Wrath, A.J., & Adams, G.C. (2020). The Relationship Between Attachment and Self-Injurious Behaviors in the Child and Adolescent Population: A Systematic Review of the Literature. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-22.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A.S., Berrettini, W.H., Strober, M.A., Treasure, J., Lilenfeld, L.R., Klump, K.L., & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 31 3, 290-9.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio innanzitutto la professoressa Daniela Di Riso per il suo tempo e la sua disponibilità. Un ringraziamento sentito va inoltre a Silvia e Sofia, nonché a Carla, Giorgia e Ilaria, che mi hanno dedicato energie preziose.

Ringrazio poi i miei genitori, Ivana e Massimiliano, e mio fratello, Pietro, che hanno sempre saputo sostenere e seguire alla giusta distanza i miei movimenti.

Ringrazio Massimo, il mio ragazzo. Ogni passo che ho compiuto in questo percorso l'ho fatto con lui nel cuore, accompagnata dal senso di sicurezza che mi regala.

Ringrazio poi tutte i miei amici e le mie amiche, in particolare Giulia, Laura, Linda, Ludovica e Veronica. Non vedo l'ora di festeggiare tutti i nostri traguardi insieme.

Ringrazio infine le mie compagne di corso, in particolare Martine e Lucia. L'unico mio rimpianto è non avervi potuto accompagnare in questo viaggio per più tempo.