

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

**Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino (DSB)**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA**

**TESI DI LAUREA MAGISTRALE**

**Regolazione Emotiva e Attaccamento: un Legame Raccontato Attraverso  
l'Adult Attachment Projective Picture System**

**Emotion Regulation and Attachment: a Bond Told Through  
the Adult Attachment Projective Picture System**

**Relatore:** Prof.ssa Michela Gatta

**Correlatori Esterni:** Prof.ssa Daniela Di Riso

Prof.ssa Marina Miscioscia

**Laureanda:** Anna Nimis

**Matricola:** 2048498

ANNO ACCADEMICO 2022-2023



*Tu tienimi  
e io mi trasformerò in meraviglia  
tra le tue mani,  
al caldo,  
quel caldo che di notte fa crescere il grano.  
Tu tienimi  
come guscio di noce  
nel pugno  
fessura tra i mondi.  
C'è silenzio tra te e me  
c'è perla.  
Ti tengo.*

Chandra Livia Candiani



## INDICE

**ABSTRACT**

**RINGRAZIAMENTI**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>PRIMA PARTE: PREMESSE TEORICHE.....</b>	<b>3</b>
<b>1. La culla teorica della teoria dell’attaccamento .....</b>	<b>3</b>
<b>2. La regolazione emotiva in una prospettiva evolutiva .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Regolazione emotiva e attaccamento .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Le dinamiche delle strategie di regolazione legate all’attaccamento .....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Disponibilità delle figure di attaccamento, ricerca di prossimità, regolazione emotiva e strategie basate sulla sicurezza .....	11
2.2.2. Indisponibilità delle figure di attaccamento, ricerca di prossimità e strategie di attaccamento secondario .....	13
<b>2.3. Attaccamento e regolazione delle emozioni in adolescenza .....</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Attaccamento, regolazione delle emozioni e psicopatologia in adolescenza .....</b>	<b>18</b>
<b>3. “Quando chi ami ti fa paura”: un breve excursus sulla disorganizzazione dell’attaccamento.....</b>	<b>20</b>
<b>4. La relazione tra attaccamento e impulsività in adolescenza .....</b>	<b>24</b>
<b>5. La relazione tra attaccamento e alessitimia.....</b>	<b>28</b>
<b>6. Attaccamento e disturbi del comportamento alimentare .....</b>	<b>33</b>
<b>6.1. Fame d’amore: una breve comprensione psicodinamica dei disturbi del comportamento alimentare .....</b>	<b>37</b>
<b>7. Attaccamento e comportamenti autolesivi non suicidari e suicidari.....</b>	<b>39</b>
<b>7.1. Cercare(si) un confine: una breve comprensione psicodinamica dei comportamenti autolesivi .....</b>	<b>43</b>
<b>8. L’Adult Attachment Projective Picture System: Uno Sguardo Narrato sull’Attaccamento .....</b>	<b>45</b>

<b>SECONDA PARTE: ESEMPI DI APPLICAZIONE CLINICA .....</b>	<b>53</b>
<b>9. Obiettivi.....</b>	<b>53</b>
<b>10. Strumenti.....</b>	<b>53</b>
<b>11. Casi clinici .....</b>	<b>55</b>
<b>11.1. Primo caso – Daria .....</b>	<b>56</b>
11.1.1. Anamnesi e breve valutazione clinica .....	56
11.1.2. Approfondimento testistico .....	56
<b>11.2. Secondo caso – Alberto .....</b>	<b>60</b>
11.2.1. Breve anamnesi e valutazione clinica .....	60
11.2.2. Approfondimento testistico .....	60
<b>11.3. Terzo caso – Paola .....</b>	<b>64</b>
11.3.1. Breve anamnesi e valutazione clinica .....	64
11.3.2. Approfondimento testistico .....	64
<b>DISCUSSIONE .....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSIONE .....</b>	<b>71</b>
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI .....</b>	<b>73</b>
<b>APPENDICE .....</b>	<b>86</b>

## ABSTRACT

La mia tesi ha l'obiettivo di approfondire lo straordinario legame tra l'attaccamento del bambino al suo caregiver primario e la regolazione emotiva. In particolare, voglio raccontare questo legame attraverso un test proiettivo-narrativo di recente costruzione: *l'Adult Attachment Projective Picture System*. Lo farò provando a descrivere brevemente la culla teorica della Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, soffermandomi sui filoni di ricerca più recenti; approfondirò poi il legame esistente tra l'attaccamento e la regolazione emotiva, mettendo in luce, in particolare, gli aspetti legati all'*impulsività* e all'*allessitimia*. Successivamente farò un breve excursus sui Disturbi del Comportamento Alimentare e sugli Agiti Autolesivi nella prospettiva dell'attaccamento. Presenterò poi, *l'Adult Attachment Projective Picture System*, che ha lo scopo di valutare le rappresentazioni mentali di attaccamento che l'individuo si forma nell'ambito delle relazioni primarie. In particolare, presenterò tre casi clinici individuati in un campione clinico di adolescenti afferenti all'UOC della Neuropsichiatria di Padova.

*My thesis aims to explore the extraordinary link between a child's attachment to his or her primary caregiver and emotional regulation. Specifically, I want to recount this link through a newly constructed projective-narrative test: the Adult Attachment Projective Picture System. I will do this by attempting to briefly describe the theoretical cradle of Bowlby's Attachment Theory, dwelling on the most recent strands of research; I will then elaborate on the link between attachment and emotional regulation, highlighting, in particular, aspects related to impulsivity and alexithymia. I will then give a brief excursus on Eating Behavior Disorders and Self-Injurious Acts in the attachment perspective. I will then present, the Adult Attachment Projective Picture System, which aims to assess the mental representations of attachment that the individual forms in the context of primary relationships. In particular, I will present three clinical cases identified in a clinical sample of adolescents followed by the UOC of Neuropsychiatry in Padua, Italy.*





## RINGRAZIAMENTI

Grazie a tutta l'Unità di Neuropsichiatria Infantile di Padova e in particolare alla Prof.ssa M. Gatta e alla Prof.ssa M. Miscioscia per avermi accolta dandomi la possibilità di avvicinarmi ai loro pazienti, con umanità e professionalità.

Grazie alla Prof.ssa D. Di Riso per il suo aiuto nella codifica dei test.

Grazie al Dott. C. Mascoli per la sua preziosa disponibilità nella somministrazione del test AAP e per il suo affiancamento durante questi mesi.

Grazie a Camilla e a Marco per accompagnarmi per mano, passo dopo passo, nella quotidianità e nell'eccezionalità della vita.

Grazie a Samuele, Lucrezia ed Eleonora per esserci incondizionatamente, nel buio e nella luce.

Grazie ai miei genitori per il loro sguardo sempre carico di stima e fiducia e per averci creduto quanto me, sempre e per sempre.

Grazie a tutte *le mie persone* che ho incontrato sulla mia strada e che hanno lasciato un'impronta, mostrato una fragilità, regalato un vissuto.

Grazie alle mamme che vivono nella Comunità in cui lavoro e ai loro figli per avermi permesso di toccare con mano la fatica e la meraviglia del legame primario.

E infine, un Grazie particolare alla Dott.ssa Mariafrancesca Azzi per avermi mostrato l'importanza dell'*essere visti* nella libertà del legame e lo straordinario potere della cura autentica dei primi momenti di vita.



## INTRODUZIONE

Le mani e il volto sono alcuni degli elementi che Recalcati introduce nell'incipit de "Le mani della madre". L'autore apre il testo riportando un suo ricordo ricorrente riferito a un vecchio caso di cronaca: "Una madre trattiene nelle proprie mani le mani del figlio sospeso nel vuoto". Continua: "Non è forse questa la condizione più radicale della vita umana? La vita non viene alla vita tenendosi, aggrappandosi, affidandosi sempre alle mani dell'Altro?". Possiamo ricordare qui la teoria dello sviluppo emotivo di Winnicott (1970), nella quale l'autore mette in luce l'importanza dell'*holding* (con-tenere), la funzione materna primaria volta a sostenere il bambino, sia in un senso strettamente fisico (tramite l'abbraccio, l'allattamento, il tocco...), sia emotivo, insieme a tutte le altre cure ambientali volte a rispondere ai suoi bisogni. E "le mani non sono forse il primo volto della madre?" (Recalcati, 2015).

Il volto è un'altra figura essenziale della madre. È solo grazie al suo volto che il piccolo dell'uomo può specchiarsi, vedere il proprio volto e riconoscere la sua identità. Il volto della madre funziona come un primo specchio "capace di svelare la natura irriducibilmente dialettica del processo di umanizzazione della vita" (Recalcati, 2015). "Il corpo - frammentato, sconosciuto, discordante, leso, affamato, assetato, dolorante, gettato nella derelizione, privo di autonomia – del bambino, che Lacan descrive nella formula del "corpo in frammenti" – può trovare una sua prima e benefica unificazione nel volto della madre [...] che non è solo il volto della madre, ma il *volto del mondo costudito nel volto della madre*" (Recalcati, 2015).

Al contrario, quando il bambino riceve dalla madre risposte mortificanti, caotiche e angoscianti, il suo accesso al mondo è inevitabilmente turbato. "Non sarebbe terribile," dichiara una madre paziente di Winnicott (1971), "se il bambino guardasse nello specchio e non vedesse nulla?". Se infatti il lattante non scorgesse lo sguardo materno su di lui, ma lo cogliesse come irrigidito, morto, freddo, assente, anche il mondo resterebbe chiuso, impenetrabilmente distante. "La chiusura del volto della madre mantiene chiuso il volto del mondo." (Recalcati, 2015). È lo sguardo della madre che dà, come direbbe Lacan, "unità narcisistica al corpo intero", che lo sa rendere "amabile". Se così non è, il bambino rischia allora di percepire il volto del mondo sulla base dell'assenza dello sguardo della madre, trasformandosi come dice Recalcati, "in una specie di meteorologo dedito a scrutare angosciosamente il volto della madre assimilato a un cielo che minaccia sempre tempesta. [...] Il suo accesso al mondo sarà [così] minato da un'angoscia di fondo". Da qui iniziamo a capire l'importanza dei primissimi legami nella vita di ogni nuovo nato.

La psicanalista Silvia Vegetti Finzi descrive poi in uno dei suoi libri (1990) un ritratto della madre “china sul proprio bambino” mentre lo aiuta a compiere i primi passi: “Da una parte lo comprende dentro il suo corpo arcuato e lo sostiene per le fragili braccia, dall’altra guida i suoi passi lontano da lei, verso il mondo”. È accompagnati da questa immagine che voglio addentrarmi nel mondo della Teoria dell’Attaccamento, partendo proprio dalle mani e dal volto della madre e dal loro straordinario potere.

Lo farò provando a descrivere brevemente la culla teorica della Teoria dell’Attaccamento di Bowlby, soffermandomi sui filoni di ricerca più recenti; approfondirò poi il legame esistente tra l’attaccamento e la regolazione emotiva, mettendo in luce, in particolare, gli aspetti legati all’impulsività e all’alessitimia. Successivamente farò un breve excursus sui Disturbi del Comportamento Alimentare e sugli Agiti Autolesivi nella prospettiva dell’attaccamento soffermandomi sui contributi più recenti della letteratura. Presenterò poi, l’*Adult Attachment Projective Picture System*, un nuovo strumento narrativo-proiettivo che ha lo scopo di valutare le rappresentazioni mentali di attaccamento che l’individuo si forma nell’ambito delle relazioni primarie. In particolare, analizzerò tre casi individuati in un campione clinico di adolescenti afferenti all’UOC della Neuropsichiatria di Padova. In conclusione, proverò a mostrare il contributo unico dell’AAP nella quotidiana pratica clinica nei servizi pubblici e privati.

*Nota 1:* Nella mia tesi, voglio rivolgermi alla “madre” non necessariamente alla madre reale intesa come genitrice biologica ma come “prima figura dell’Altro che si occupa di una vita umana che riconosce come sua creatura”, perché “la maternità non è mai un evento della biologia, ma innanzitutto un evento del desiderio” (Recalcati, 2015).

## PRIMA PARTE: PREMESSE TEORICHE

### 1. La Culla Teorica della Teoria dell'Attaccamento

*Se mi stacco da te, mi strappo tutto:  
ma il mio meglio (o il mio peggio)  
ti rimane attaccato, appiccicoso,  
come un miele, una colla, un olio denso:  
ritorno in me, quando ritorno in te.*

Edoardo Sanguineti

La teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1988), è una cornice molto potente per indagare la natura delle relazioni esistenti tra le esperienze precoci di caregiving e l'esito dello sviluppo del bambino (Ainsworth, 1978).

Una premessa importante per questo lavoro è la convinzione che le prime esperienze relazionali sperimentate da un bambino, in particolare quelle con i caregivers primari, influenzino notevolmente le loro relazioni future in età adulta (Guntermann, 2015). La teoria dell'attaccamento si concentra, infatti, sulle relazioni che si formano tra un bambino e le sue primarie figure di riferimento, così come sulle conseguenze a lungo termine sulle loro relazioni interpersonali e sulla loro visione del mondo (Guntermann, 2015).

Questa teoria attingeva in gran parte alla cibernetica, all'etologia e alla teoria evolutiva. Si basa, infatti, sul comprendere che gli esseri umani sono biologicamente predisposti a massimizzare la sopravvivenza mantenendo una stretta vicinanza al loro caregiver\protettore. Secondo Bowlby (1969), infatti, l'attaccamento si riferisce alla tendenza dei bambini piccoli a cercare il contatto con uno o più caregiver (CG) quando sono spaventati, preoccupati o vulnerabili, e trovano questo contatto confortante. In tal senso, la teoria originale non era una teoria della genitorialità, ma un resoconto psicobiologico ed evolutivo della natura e della funzione del legame del bambino con i suoi caregiver (Fearon & Roisman, 2017). Fu principalmente il lavoro successivo di Ainsworth, che identificò notevoli differenze individuali nel comportamento di attaccamento nella ormai famosa procedura della *strange situation*, a focalizzare l'attenzione sulla relazione CG-bambino.

Sappiamo che il bambino forma un attaccamento emotivo al suo caregiver primario a partire dal primo anno di vita. La qualità di questo legame dipende dalla risposta più o meno sensibile del caregiver e dalla sua disponibilità (Fonagy et al., 2014). Infatti, un caregiving sensibile e reattivo promuove la fiducia nella disponibilità delle cure, facilitando così lo sviluppo della fiducia in sé stessi e nel mondo.

In una relazione di attaccamento genitore-figlio sicura, il bambino si sente a suo agio nel cercare assistenza e conforto nei genitori e allo stesso tempo si sente libero nell'esprimere apertamente le proprie emozioni ed esplorare il mondo, mentre il caregiver è costantemente disponibile (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1988; Cassidy J., 1994). La figura di attaccamento, in questo modo, diventa una *base sicura* da cui il bambino può allontanarsi per esplorare il mondo in sicurezza, sapendo però di poterci ritornare in ogni momento di bisogno, in quello che diventa un *porto sicuro* (Bowlby, 1988).

Questo quadro dipinge la realtà ideale di un attaccamento sicuro.

L'interiorizzazione di una particolare storia personale di attaccamento, insieme all'affidamento conseguente a una particolare strategia di regolazione affettiva correlata all'attaccamento (Shaver & Mikulincer, 2003), va a delineare un modello sistematico di aspettative relazionali che determinano lo "stile di attaccamento" di una persona.

Ainsworth (1978) iniziando a osservare, tramite la *strange situation*, il *bambino reale*, ha delineato tre classificazioni dell'attaccamento in cui i bambini possono essere classificati in base all'organizzazione comportamentale al momento del ricongiungimento con i caregiver dopo brevi separazioni. La categoria *insicuro-evitante* riflette un modello di minimizzazione dei segnali di disagio (classificazione di attaccamento A), *insicuro ambivalente* (o resistente o ansioso) riflette un modello di massimizzazione dei segnali di disagio (classificazione di attaccamento C) e *sicuro* riflette coloro che sono rapidamente calmati dai caregiver, e che dimostrano fiducia nella sua disponibilità (classificazione B). Tuttavia, una parte dei bambini che non poteva essere adeguatamente classificata secondo i criteri ABC, ha portato alla formulazione di una quarta classificazione denominata *disorganizzazione* (classificazione D) (Main & Solomon, 1990). I bambini disorganizzati mostrano errori nell'organizzazione delle loro risposte ai caregiver al momento del ricongiungimento a causa di un conflitto irrisolvibile con il CG primario; alle loro spalle troviamo infatti un CG che è stato fonte di paura invece che di conforto e protezione (Fonagy et al., 2014).

Lo stile di attaccamento, se secondo la Ainsworth (1978) si distingueva in sicuro,insicuro-ansioso einsicuro-evitante, oggi viene maggiormente interpretato come uno spazio bidimensionale che coinvolge *l'ansia da attaccamento* e *l'evitamento dell'attaccamento* (Brennan et al. 1998). Quello che in precedenza era chiamato "stile sicuro", secondo quest'ottica diventa uno spazio in cui sia l'ansia che l'evitamento sono bassi e l'attaccamento è governato da un senso di sicurezza, conforto nella vicinanza, interdipendenza e una costruttiva ricerca di supporto in caso di stress, pericolo o disagio (Mikulincer et al., 2003). Quello che è stato chiamato "stile ansioso", invece, si riferisce a una regione in cui l'ansia è alta e l'evitamento è basso; questo porta a una regione in cui la preoccupazione per le relazioni e la paura di essere rifiutati sono alte, dove vi è un forte bisogno di

vicinanza e l'attaccamento è insicuro. Il vecchio "stile insicuro-evitante" diventa lo spazio in cui l'evitamento è alto, lo stile di attaccamento è insicuro, l'autosufficienza è compulsiva e vi è una netta preferenza a tenere una distanza emotiva dagli altri (Mikulincer et al., 2003).

Dal punto di vista psicodinamico, a differenza dei bambini e adolescenti con attaccamento sicuro, è probabile che i bambini con storie di attaccamento insicure si trovino o si siano trovati in ambienti emotivi in cui i caregiver sono sprezzanti, incoerenti o psicologicamente non disponibili (Obeldobel et al., 2023). In particolare, nelle relazioni evitanti, è probabile che i bambini abbiano vissuto in un ambiente emotivo caratterizzato dal rifiuto dei genitori o dalla minimizzazione delle emozioni, il che ha rafforzato nei bambini il bisogno di ridurre i segni esteriori dei bisogni emotivi minimizzando le espressioni emotive verso le parti sociali (Cassidy J., 1994). Nelle storie di attaccamento ambivalente, invece, si pensa che i bambini si impegnino in strategie di aumento delle emozioni perché hanno alle spalle genitori disponibili ma reattivi e incoerenti (Cassidy J., 1994).

Si ipotizza, invece, che l'attaccamento disorganizzato si verifichi quando l'impotenza, la durezza e l'indisponibilità psicologica o il comportamento spaventante del caregiver lasciano il bambino incapace di far affidamento sul sistema di attaccamento (Obeldobel et al., 2023). I caregiver sono risultati imprevedibili, minacciosi o distaccati in risposta alle manifestazioni emotive dei loro figli, anche se i figli mostrano alti livelli di angoscia (Beebe & Steele, 2013).

Voglio sottolineare che, sebbene il sistema di attaccamento sia più critico durante i primi anni di vita, Bowlby (1988) ipotizza che sia attivo durante l'intero arco di vita e che si manifesti con costanza in pensieri e comportamenti legati alla ricerca di supporto (Mikulincer et al., 2003). Nella mezza infanzia e nell'adolescenza, infatti, i genitori (o caregivers) sono ancora le figure di attaccamento primarie e continuano a funzionare sia come rifugio sicuro in una situazione di angoscia sia come base sicura che supporta l'esplorazione (Brumariu et al., 2021).

Oggi, relativamente alla teoria dell'attaccamento, abbiamo due visioni differenti che si possono posizionare lungo un continuum: abbiamo alcuni approcci *attachment-informed* per i quali il lavoro sugli effetti delle prime relazioni è il punto centrale della psicoterapia e nei quali il compito dello psicoterapeuta è quello di fornire una base sicura al paziente integrando gli strumenti della teoria nel lavoro clinico. Altri approcci, *attachment-based* seguono invece la ferrea disciplina della teoria dell'attaccamento secondo la visione di Bowlby. In generale, per tutti gli approcci, l'obiettivo del trattamento rimane quello del raggiungimento di una maggiore sicurezza nelle relazioni interpersonali (coerenza, fiducia nell'altro, stabilità, flessibilità della rappresentazione) (Di Riso & Lis, 2016).

Ad oggi, la ricerca sull'attaccamento si è concentrata su una serie di domande chiave (Fearon & Roisman, 2017): 1) L'evidenza supporta l'idea che la variazione dell'attaccamento nei primi anni di vita sia causata dall'ambiente? 2) I modelli di attaccamento vengono trasmessi da una generazione all'altra? 3) I modelli di attaccamento si trasmettono dall'infanzia all'età adulta? 4) I modelli di attaccamento sono collegati e causali nelle differenze nello sviluppo socio emotivo e nell'adattamento dei bambini?

È, in particolare, sulla scia di quest'ultima domanda che prosegue la mia tesi.

## **2. La Regolazione Emotiva in una Prospettiva Evolutiva**

*Solo chi necessita di un tocco delicato, sa toccare con delicatezza.*

Hermann Hesse

Lo studio della regolazione emotiva (RE) è perseguito in molti ambiti disciplinari, dalle neuroscienze alla psicologia sociale, clinica, dello sviluppo, della personalità e nelle letterature relative alla salute (Gross J. J., 2007). A causa della complessità del costrutto e della sua parziale sovrapposizione con altre strategie di autoregolazione (come le strategie di coping), in letteratura si trovano diverse definizioni del processo di regolazione emotiva e delle sue strategie. La maggior parte delle recensioni recenti sottolinea la complessità del costrutto e la sua poliedrica multidimensionalità, che invita a considerare con attenzione e scrupolosità tutte le sue numerose sfaccettature. La letteratura sulla RE, in continua crescita, dimostra che si tratta di un aspetto centrale del funzionamento affettivo delle persone, che influenza il benessere, in modo positivo o negativo, in funzione dell'efficacia con cui le persone gestiscono le loro risposte emotive agli eventi quotidiani (Verzelletti et al., 2016).

Tra le diverse definizioni presenti in letteratura scelgo di dipingere la RE come l'insieme dei "processi estrinseci e intrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive per raggiungere i propri obiettivi" (Thompson, 1994, p. 27) o ancora, "la capacità di un individuo di far fronte a un'emozione o a un insieme di emozioni, di rispondere a un'esperienza emotiva" (Robin et al., 2023); un processo, quindi, che può essere attivato in qualsiasi fase della risposta emotiva, attraverso strategie che coinvolgono processi consci o inconsci, che includono sia la capacità di rimanere emotivamente regolati in condizioni di stress, sia l'uso di specifiche strategie di coping (Brumariu et al., 2021). Gli obiettivi di regolazione delle emozioni possono includere la diminuzione o l'aumento delle emozioni negative o positive; più nello specifico, la diminuzione delle prime e l'aumento delle seconde sembrano essere l'obiettivo



di regolazione più comune nella vita di tutti i giorni (Gross J. J., 2015). La capacità di regolare le emozioni è quindi un aspetto fondamentale della competenza sociale ed emotiva dei bambini (Obeldobel, 2023), degli adolescenti e degli adulti.

La RE può essere intrapersonale se si verifica a livello di un singolo individuo o interpersonale, se si verifica a livello di una diade o in un gruppo più ampio (Gross J. J., 2015). Zaki e Williams (2013) hanno proposto un'ulteriore distinzione all'interno dei processi di RE interpersonali, classificandoli come intrinseci o estrinseci in base alla posizione interna o esterna del "bersaglio" di un tentativo di regolazione. Un'ulteriore distinzione della RE ruota intorno al grado di consapevolezza dell'obiettivo di regolazione emotiva: se l'intenzione è cosciente e supportata dal desiderio di cambiare le proprie emozioni parliamo di RE esplicita, mentre se non è coinvolta un'intenzione cosciente, parliamo di RE implicita (Verzelletti et al., 2016). Inoltre, i processi di cambiamento nella regolazione delle emozioni possono variare dal polo automatico al polo controllato a seconda se vengono coinvolti o meno operazioni più o meno coscienti di cambiamento (Braunstein et al., 2017).

Di seguito una tabella esemplificativa della categorizzazione dei processi di RE attraverso alcuni esempi tratti dalla storia di Romeo e Giulietta come utili metafore (Palmieri et al., 2022).

Intrapersonale		Implicito	Automatico	<i>Romeo sopprime la sua paura della morte (estinzione).</i>
			Controllato	<i>Romeo cerca di etichettare la sua indistinta emozione come rabbia contro Mercuzio (etichettatura affettiva).</i>
		Esplicito	Automatico	<i>Romeo regola la sua passione per Giulietta durante il ballo in maschera guidato dalla conoscenza della loro condizione sociale, lasciando intendere che manifestarla pubblicamente rappresenterebbe per loro una minaccia.</i>
			Controllato	<i>Romeo guarda il motivo della sua tristezza da un'altra prospettiva (rivalutazione).</i>
Interpersonale	Intrinseco	Implicito	Automatico	<i>Romeo regola il proprio indistinto disagio interiore cercando un contatto affettivo con Giulietta.</i>
			Controllato	<i>Romeo regola il proprio indistinto malessere interiore pensando a Giulietta durante il suo esilio mantovano.</i>
		Esplicito	Automatico	<i>Romeo regola la propria paura cosciente di perdere Giulietta cercando un contatto con lei.</i>
			Controllato	<i>Romeo regola la propria paura cosciente di perdere Giulietta pensando alla sua promessa d'amore.</i>
	Estrinseco	Implicito	Automatico	<i>Giulietta regola l'indistinto disagio interiore di Romeo con il suo atteggiamento affettivo nei suoi confronti.</i>
			Controllato	<i>Giulietta regola l'indistinto disagio interiore di Romeo con le sue parole rassicuranti.</i>
		Esplicito	Automatico	<i>Giulietta regola la paura esplicita di Romeo di perderla parlando in generale del suo amore per lui.</i>
			Controllato	<i>Giulietta regola la paura esplicita di Romeo di perderla assicurandogli verbalmente che non la perderà mai.</i>

**Figura 1-** *Processi di Regolazione emotiva: classificazione sistematica ed esempi correlati (Palmieri et al., 2022)*

Quando si parla, poi, di RE in una prospettiva dinamica dell'emozione non dobbiamo dimenticarci di sottolineare l'importanza del contesto e della flessibilità emotiva, un costrutto chiave che cattura la dinamica dell'emozione e che ne riconosce la funzione sociale (Obeldobel et al., 2023). Possiamo descrivere la flessibilità come un processo su due fronti che include sia la generazione che la regolazione delle emozioni (Coifman & Almahmoud, 2016). Solitamente una buona flessibilità è accompagnata da un buon adattamento, mentre una maggiore rigidità accompagna solitamente forme più o meno gravi di psicopatologia. La flessibilità emotiva, infatti, è adattiva in quanto risulta fondamentale la possibilità di cambiare le emozioni in risposta al contesto; non va però confusa con l'instabilità emotiva, che invece riflette grandi cambiamenti in un ristretto lasso di tempo, nella stessa occasione e che, sembra, rifletta una scarsa RE (Obeldobel et al., 2023).

Tra i costrutti che accompagnano la regolazione emotiva, troviamo l'alessitimia (si veda cap. 4), l'impulsività (si veda cap. 3) e l'empatia, che si riferisce alla percezione delle emozioni degli altri e alla capacità di identificarsi o comprendere la prospettiva, le esperienze o le emozioni di un altro individuo e di comprendere e condividere il suo stato emotivo (Thompson et al., 2019). Infine, i meccanismi di difesa, definiti come modalità per ridurre o rimuovere qualsiasi elemento capace di mettere in pericolo l'integrità e la costanza dell'individuo biopsicologico (Laplanche & Pontalis, 1967 in Robin et al., 2023), sono storicamente la prima dimensione della regolazione emotiva (Freud, 1936/2001). Essi consentono di proteggere la personalità del soggetto diminuendo l'angoscia e quindi sono un elemento centrale della regolazione emotiva (Robin et al., 2023).

Uno studio di quest'anno (Robin et al., 2023) ha identificato l'esistenza di quattro profili emotivi legati alle quattro categorie diagnostiche dell'attaccamento. 1) Nell'attaccamento sicuro, i soggetti sono connessi alle proprie emozioni e a quelle degli altri; hanno bassi livelli di meccanismi di difesa e possono regolare le emozioni con l'aiuto delle proprie risorse interne e di quelle degli altri: la percezione emotiva è orientata a sé stessi e agli altri. 2) Nell'attaccamento preoccupato (ambivalente), i soggetti sono disconnessi dalle proprie emozioni (individui alessitimici) ma fortemente connessi alle emozioni degli altri: è una percezione emotiva orientata verso l'altro. 3) Nell'attaccamento distanziante (evitante), i soggetti sono disconnessi dalle emozioni e dalle aspettative degli altri, ma hanno mantenuto una connessione con le proprie emozioni: è una percezione emotiva auto-orientata. 4) Nell'attaccamento pauroso (disorganizzato), i pazienti sono disconnessi dalle proprie emozioni, così come dalle emozioni degli altri, con un alto ricorso ai meccanismi di difesa immaturi; questi pazienti hanno pochissime risorse per far fronte a situazioni stressanti: sono disconnessi dalle emozioni.

## 2.1. Regolazione Emotiva e Attaccamento

Si ritiene che la qualità degli attaccamenti dei bambini fornisca un contesto critico per lo sviluppo e l'organizzazione delle loro emozioni (Brumariu et al., 2021). Per questo, negli ultimi quarant'anni, la teoria dell'attaccamento (Bowlby J., 1969, 1973, 1988) è diventata una delle strutture concettuali più importanti e generative per comprendere il processo di regolazione degli affetti, sia per quanto riguarda i suoi aspetti normativi, sia in riferimento alle differenze individuali, tant'è che si potrebbe intendere come una *teoria della regolazione delle emozioni* (Iwanski et al., 2021). Secondo la teoria dell'attaccamento, infatti, le differenze individuali nella disponibilità e nella reattività delle figure di attaccamento, fin dalla prima infanzia, sono cruciali per comprendere i modi in cui le persone, anche in futuro, sperimentano e regoleranno le proprie emozioni (Mikulincer & Shaver, 2019). Le esperienze di attaccamento, infatti, influenzano primariamente i processi di RE durante tutto l'arco di vita, attraverso lo sviluppo di modelli operativi interni di attaccamento (MOI) (Kobak et al. in Iwanski et al., 2021). La qualità delle interazioni tra i bambini e il caregiver viene, infatti, codificata nel sistema di memoria implicita dove si sviluppano, appunto, i MOI che diventano le basi in cui bambini e adulti interagiscono con il mondo, sperimentano sé stessi e gli altri e regolano gli affetti (Redondo, 2020). I MOI tendono a essere stabili tutta la vita e possono essere coerenti se caratterizzati da uno stile sicuro o "disordinati" (Bowlby, 1982) se coinvolgono rappresentazioni mentali distorte del sé, degli altri e delle relazioni (Mikulincer & Shaver, 2015). Queste rappresentazioni possono poi determinare come gli individui costruiscono legami interpersonali. Un modello caotico all'interno di una storia di insicurezza può diventare gradualmente il prototipo dell'attaccamento adulto, con effetti duraturi sull'intimità con gli altri.

Le emozioni sono fondamentali per l'attaccamento (Obeldobel et al., 2023) in quanto la formazione di attaccamenti sicuri dà origine alla gioia, favorendo un'emozione positiva condivisa tra bambino e genitore, che sostiene a sua volta l'attaccamento (Ainsworth J., 1989); anche l'esperienza dell'emozione negativa può essere utile spingendo il bambino a ricercare la vicinanza e il contatto con le figure di attaccamento per calmare e regolare le emozioni negative (Ainsworth, 1989). Attaccamento ed emozione sono quindi concettualmente ed empiricamente collegati, in quanto il sistema di attaccamento ha funzione di regolazione delle emozioni (Brumariu et al., 2015 in Obeldobel et al., 2023).

Bowlby, nel 1973, ha delineato diverse strategie di regolazione degli affetti legate all'attaccamento che derivano da altrettanto diversi modelli di interazione con Altri significativi.

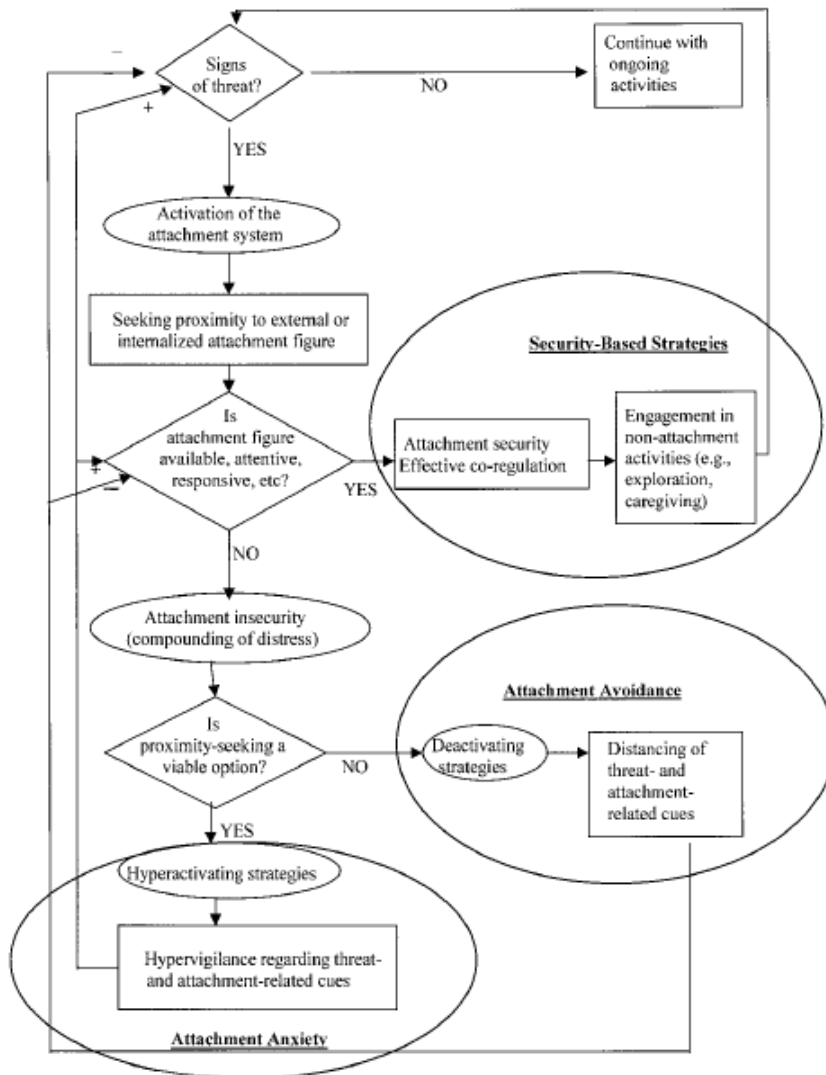
In "Attaccamento e Perdita", Bowlby (1969) propone una teoria riguardante le funzioni regolatrici e le conseguenze del mantenimento della vicinanza ad Altri significativi. Sostiene che in situazioni di

pericolo o di minaccia fisica o psicologica, il piccolo ricerca la prossimità dell'Altro; questo, all'interno del sistema comportamentale di attaccamento, è per Bowlby un dispositivo innato di regolazione degli affetti. Sostiene che il bambino nasce con un repertorio di "comportamenti di attaccamento" volti a cercare e a mantenere la vicinanza con l'Altro significativo, utilizzando quelle modalità di regolazione che lui chiama "strategie primarie di attaccamento". Le "figure di attaccamento" sono bersagli di "manutenzione di prossimità" che forniscono un "rifugio" fisico ed emotivo, dando così un tipo particolare di supporto che nel tempo dovrebbe andare a costruire la "base sicura" del bambino (Mikulincer et al., 2003). Se le figure di attaccamento sono disponibili e svolgono queste funzioni, questo accade, ed esse diventano una fonte di sicurezza dell'attaccamento. Quando, invece, non sono disponibili o non rispondono in modo chiaro e coerente ai bisogni del bambino, non viene raggiunto un senso di attaccamento sicuro. Di conseguenza, si formano rappresentazioni negative di sé e degli altri che portano allo sviluppo di strategie di regolazione affettiva diverse dalla ricerca della prossimità: le "strategie di attaccamento secondarie".

## **2.2. Le Dinamiche delle Strategie di Regolazione Legate all'Attaccamento**

Ho scelto di proporre il modello di Shaver e Mikulincer (2002) nel tentativo di spiegare le dinamiche tra l'attaccamento e le strategie di regolazione emotiva e il loro funzionamento, cercando di integrare le scoperte più recenti con le precedenti proposte teoriche di Bowlby.

Possiamo riassumere il modello in tre passaggi principali: il primo (1) prevede il monitoraggio e la valutazione degli eventi minacciosi; è responsabile dell'attivazione della *strategia di attaccamento primaria* che si concretizza nella ricerca di prossimità. La seconda componente (2) prevede il monitoraggio e la valutazione della disponibilità di figure di attaccamento esterne o interiorizzate; è responsabile delle differenze individuali nel senso della sicurezza dell'attaccamento e dello sviluppo delle *strategie di regolazione emotiva basate sulla sicurezza*. La terza componente (3) implica il monitoraggio e la valutazione della fattibilità della ricerca di prossimità come mezzo per far fronte all'insicurezza e all'angoscia dell'attaccamento. Questa componente è responsabile delle differenze individuali nello sviluppo di specifiche *strategie di attaccamento secondarie*, ovvero strategie iperattivanti o disattivanti che caratterizzano un attaccamento insicuro. (Mikulincer et al., 2003).



**Figura 2** - An adaptation of Shaver and Mikulincer's integrative model of the activation and dynamics of the attachment system (Shaver & Mikulincer, 2002).

2.2.1. *Disponibilità delle figure di attaccamento, ricerca di prossimità, regolazione emotiva e strategie basate sulla sicurezza*

Più approfonditamente, se la figura di attaccamento risulta concretamente o simbolicamente disponibile, una volta attivato il sistema di attaccamento è possibile l'attivazione delle strategie di regolazione affettiva basate sulla sicurezza. Queste strategie permettono di alleviare il disagio, lo stress e rafforzare l'adattamento personale attraverso meccanismi costruttivi, flessibili e in sintonia con la realtà (Mikulincer et al., 2003).

Brumariu (2015) ha descritto come i bambini attaccati in modo sicuro cercheranno e riceveranno il sostegno del caregiver e lo bilanceranno con l'autoregolazione per modulare efficacemente le loro

emozioni. I bambini classificati come sicuri, non solo mostrano segni di una migliore capacità di regolazione delle emozioni in ambienti tipici, ma anche in ambienti minacciosi o stimolanti (Zimmer et al., 2017). Questo non è valido solo durante l'infanzia. In uno studio del 2017, Zimmer e colleghi, analizzando tre studi trasversali, dimostrano come la sicurezza dell'attaccamento è contemporaneamente associata a una regolazione delle emozioni più adattiva anche tra gli adolescenti, individuando una maggiore positività, coerenza di contenuto e affetto, minore disregolazione emotiva, meno rabbia disfunzionale, minore evitamento della risoluzione dei problemi e maggiore regolazione adattiva delle emozioni. Anche in uno studio più recente (Cooke et. Al, 2019), gli Autori concludono la loro revisione meta-analitica scrivendo che i bambini con un attaccamento più sicuro sono classificati come più capaci di regolare le proprie emozioni e più propensi ad utilizzare strategie adattive come il coping di supporto sociale o strategie di coping orientate cognitivamente per regolare le proprie emozioni. Un altro studio (Mikulincer & Shaver, 2019) dimostra che le persone sicure rispetto all'attaccamento sono più sicure e ottimiste riguardo alla vita, effettuano valutazioni meno catastrofiche riguardo a minacce e pericoli, sono più fiduciose in sé stesse di fronte alle sfide e tendono ad impiegare strategie di regolazione delle emozioni più costruttive ed efficaci (ad es. risoluzione di problemi, rivalutazione, ricerca di supporto). Inoltre, avendo gestito eventi minacciosi o rivalutandoli in termini favorevoli, le persone sicure possono rimanere aperte alle proprie emozioni, esprimere e comunicare sentimenti liberamente e accuratamente agli altri e sperimentarli pienamente evitando distorsioni (Mikulincer & Shaver, 2019).

Le prove, quindi, supportano che un punteggio di sicurezza più elevato o un attaccamento sicuro siano un vantaggio per la RE adattiva e per far fronte allo stress durante tutto il ciclo di vita, dall'infanzia all'età adulta, passando per l'adolescenza. Alla lunga, vediamo come un attaccamento sicuro permetterebbe, quindi, di costruire le risorse del soggetto responsabili di una buona salute mentale globale. Nel tempo, infatti, la sicurezza può essere interiorizzata e diventare parte della resilienza personale (Mikulincer et al., 2003). Possiamo quindi riassumere l'importanza delle relazioni di attaccamento come modelli di costruzione per le attuali strategie di coping e di RE basate sulla sicurezza dai bambini più piccoli agli adolescenti, agli adulti (Zimmer et al., 2017) e sottolineare come tutta la ricerca condotta fino ad oggi fornisca prove solide del fatto che un attaccamento sicuro generalmente predice nei soggetti emozioni più positive e meno negative e una maggiore capacità di regolare le proprie emozioni.

Come descritto sopra, un attaccamento sicuro permette di elaborare le strategie basate sulla sicurezza che consistono nella conoscenza *dichiarativa* e *procedurale* di sé, degli altri e della regolazione degli affetti. La prima consiste in convinzioni ottimistiche per quanto riguarda la gestione dello stress, un

sensu di fiducia nella buona volontà degli altri e un sensu di autoefficacia nell'affrontare le minacce (Shaver & Hazan, 1993). La seconda, invece, consiste in un insieme di regole incorporate, il "copione di base sicuro" (Waters et al., 1998). Insieme, le due tipologie di strategie di regolazione emotiva basate sulla sicurezza hanno il potere di facilitare lo sviluppo dell'autonomia e dell'individualità e di promuovere l'autoregolazione (Mikulincer et al., 2003).

In un'altra recente revisione di 15 studi, Obeldobel (2023) mostra che l'attaccamento sicuro è più coerentemente correlato al recupero emotivo rispetto alla reattività emotiva, mentre l'attaccamento evitante è correlato a una bassa reattività emotiva e a un basso recupero emotivo; l'attaccamento ambivalente è associato a una maggiore reattività emotiva e l'attaccamento disorganizzato è correlato a un'elevata reattività e difficoltà nel recupero emotivo.

Gli adolescenti classificati come sicuri nell'Adult Attachment Interview (si veda cap. 7) mostrano coerenza nel racconto delle loro esperienze di attaccamento con entrambi i caregiver, valutano liberamente le esperienze di accadimento positive e negative, integrano le esperienze di attaccamento negativo e le inseriscono nel contesto dando loro valore; mostrano quindi una regolazione emotiva più adattiva con flessibilità nelle loro valutazioni, ampio repertorio comportamentale e libero accesso ai propri sentimenti, nonché punteggi più elevati di resilienza (Iwanski, 2021).

In definitiva, una pleora di prove e revisioni metanalitiche suggerisce con forza come l'attaccamento sicuro durante l'infanzia e durante l'adolescenza sia associato a un'efficace regolazione delle emozioni utilizzando strategie di supporto cognitivo e sociale (Iwanski, 2021).

### 2.2.2. *Indisponibilità delle figure di attaccamento, ricerca di prossimità e strategie di attaccamento secondario*

La mancata disponibilità della figura di attaccamento si traduce in insicurezza dell'attaccamento, che aggrava l'angoscia che chiunque potrebbe provare quando incontra una minaccia. Questo stato di insicurezza porta il soggetto, più o meno inconsciamente, a prendere una decisione chiedendosi se la ricerca di prossimità è effettivamente possibile come mezzo di autoregolazione (Mikulincer & Shaver, 2003).

Una risposta positiva a questa domanda conduce il soggetto a portare avanti tentativi molto energici e insistenti di ottenere vicinanza, sostegno e amore, in un percorso di tipo eccitatorio che aumenta il monitoraggio delle minacce al sé (Mikulincer et al., 2002, 2003). Cassidy e Kobak (1988), chiamano queste strategie secondarie attive e intense *strategie iperattivanti* che si accompagnano a una costante vigilanza, preoccupazione e impegno nel tentativo di raggiungere un certo senso di sicurezza. L'iperattivazione ansiosa può radicarsi in tre modi: 1) il primo consiste nell'esagerare il processo di

valutazione della minaccia, intensificando percettivamente gli aspetti minacciosi di eventi neutri o potenzialmente benigni, mantenere convinzioni pessimistiche sulla propria capacità di gestire l'angoscia e attribuire gli eventi a cause incontrollabili o a inadeguatezza personali globali; 2) il secondo modo è quello di prestare attenzione agli indicatori interni di disagio. Ciò include un'attenzione ipervigile agli aspetti fisiologici degli stati emotivi, un costante ricordo di esperienze legate alle minacce e continui rimuginii su minacce reali e potenziali. 3) La terza modalità prevede un'intensificazione delle emozioni negative favorendo un orientamento controfobico verso situazioni minacciose, che spingono l'individuo a prendere decisioni rischiose e controproducenti e a intraprendere azioni inefficaci che potrebbero finire con un fallimento. Tutte queste diverse strategie, non autoescludendosi, creano un ciclo di angoscia che si auto-amplifica anche quando la minaccia viene meno (Mikulincer & Shaver, 2016).

Nel concreto, il soggetto, in un quadro di disregolazione emotiva, mostra evidenti segni di difficoltà nel far fronte all'ansia (Zimmer et al., 2017), all'angoscia (Obeldobel, 2023) e alla paura (Bowlby J., 1973) ed è completamente orientato verso il partner relazionale, tentando in tutti i modi di suscitare il suo coinvolgimento, ricercando cura e supporto attraverso intensi sforzi cognitivi e comportamentali tesi a ridurre al minimo la distanza tra i due (Shaver & Hazan, 1993). La distanza non è solo fisica, ma anche simbolica: la ricerca è di unità, intimità e somiglianza tra sé e l'altro (Mikulincer et al., 2003) che spesso raggiunge una dimensione di dipendenza affettiva e una percezione di sé stessi come impotenti e incompetenti nella regolazione affettiva (Mikulincer & Florian, 1998). Per questo, ogni segno di indisponibilità reale o percepita della figura di attaccamento è visto come minaccia, di fronte alla quale le strategie di iperattivazione conducono a un'attenzione ansiosa e ipervigilante verso i partner e il rilevamento quasi ossessivo di ogni possibile segno di disapprovazione, mancanza di interesse o abbandono (Mikulincer et al., 2003). Sono individui che tendono a esagerare la gravità delle minacce e a enfatizzare eccessivamente il loro senso di impotenza e vulnerabilità (Cassidy J., 1994).

Questo profilo, caratterizzato dalle strategie iperattivanti, ottiene punteggi alti nella dimensione dell'ansia da attaccamento traducendosi nella maggior parte dei casi in un attaccamento di tipo insicuro-ansioso\ambivalente o preoccupato.

Rispetto ai bambini con attaccamento più sicuro, i bambini con attaccamento evitante sono stati valutati come significativamente più poveri nella regolazione delle emozioni e meno propensi a utilizzare sia il supporto cognitivo sia il supporto sociale per la ricerca di strategie di coping (Cooke et al., 2019); in questi soggetti sono state riscontrate, inoltre, maggiori difficoltà nell'identificare e



descrivere le emozioni (Barbasio C., 2013 in Mikulincer, 2019), il che potrebbe, a mio avviso, ricondursi a una maggiore alessitimia.

La valutazione quindi, della ricerca di prossimità come impraticabile può portare alla completa disattivazione della ricerca di prossimità, all'inibizione della ricerca di supporto e a tentativi di gestire in autonomia il disagio (Mikulincer et al., 2003). Queste strategie di regolazione emotiva vengono chiamate *strategie disattivanti* (Cassidy & Kobak, 1988), perché il loro obiettivo è quello di mantenere disattivato il sistema di attaccamento in modo da evitare un'ulteriore frustrazione e disagio causati dalla mancata disponibilità delle figure di attaccamento (Mikulincer et al., 2003). Questo si traduce nella negazione del bisogno di attaccamento, nella massimizzazione della distanza cognitiva, emotiva e fisica dall'altro e in sforzi consistenti per garantire la propria indipendenza e autosufficienza (Zimmer, 2017). Anche lo studio di Pazzouscon et al. (2013) conferma gli stessi spunti teorici ed empirici in un campione di adolescenti, suggerendo che gli individui evitanti sopprimono l'attivazione del loro sistema di attaccamento inibendo i comportamenti di ricerca di supporto. Più nello specifico, questi sforzi inibitori sono diretti principalmente alla paura, all'ansia, alla rabbia, alla tristezza, alla vergogna, al senso di colpa e all'angoscia, perché questi stati emotivi sono associati a minacce e sentimenti di vulnerabilità (Mikulincer & Shaver, 2019). Secondo gli stessi autori, questo allontanamento implica un'attiva disattenzione verso eventi minacciosi e vulnerabilità personali, nonché l'inibizione e la soppressione di pensieri e ricordi che evocano angoscia e sentimenti di vulnerabilità. Queste strategie, inoltre, favoriscono disimpegno nelle attività, evitamento di nuove informazioni e situazioni e, talvolta, la negazione di imperfezioni personali e del bisogno dell'altro. Difendendosi dall'esperienza cosciente e dall'espressione di emozioni spiacevoli, gli individui evitanti rendono meno probabile che le esperienze emotive vengano integrate nelle strutture cognitivo-affettivo esistente, e che tali sentimenti e strutture mentali vengano utilizzate efficacemente nella successiva elaborazione delle informazioni e nella socializzazione (Mikulincer & Shaver, 2019). Queste sono caratteristiche nelle persone che ottengono punteggi relativamente alti nella dimensione dell'evitamento dell'attaccamento, delineando un profilo di attaccamento insicuro-evitante.

### 2.3. Attaccamento e Regolazione delle Emozioni in Adolescenza

*Anche se particolarmente evidente nella prima infanzia, il comportamento di attaccamento caratterizza l'essere umano dalla culla alla tomba.*

John Bowlby

L'adolescenza è un periodo cruciale della vita in cui si verificano diversi cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi e comportamentali che implicano cambiamenti nelle esperienze emotive relative a sé, ai genitori e ai coetanei (Verzelletti et al., 2016). Questi cambiamenti implicano frequenti esperienze emotive nuove e intense che devono essere necessariamente regolate. Rispetto ad altre fasi della vita, l'adolescenza è anche un periodo di maggiore instabilità emotiva (Verzelletti et al., 2016). Per capire più a fondo da dove nasce questa instabilità tanto discussa bisogna fare un piccolo inciso neurobiologico. Il cervello gode, grazie alla plasticità cerebrale, di una straordinaria capacità trasformativa durante tutto l'arco della vita. In particolare, durante l'adolescenza le regioni corticali prefrontali, che supportano le funzioni regolatorie, non sono ancora completamente sviluppate (Verzelletti et al., 2016) mentre le altre regioni cerebrali hanno un ritmo di crescita più veloce. Questa diversità di timing porta a uno squilibrio tra le capacità regolatorie e il sistema motivazionale limbico, a favore di quest'ultimo. Infatti, quando gli adolescenti esplorano i loro mondi sociali in rapida espansione, questa maggiore sensibilità sociale, unita a una regolazione delle emozioni ancora in via di sviluppo, rendono le indicazioni sociali sempre più salienti (Blakemore et al., 2014 in Rogers et al., 2022) e portano a una maggiore attivazione dell'amigdala, una regione implicata nell'elaborazione della ricompensa. Ne consegue una maggiore disregolazione neurale (Rogers et al., 2022), una maggiore propensione al rischio, una maggiore impulsività e un comportamento orientato agli obiettivi meno efficace (Silvers, 2014 in Verzelletti et al., 2017), oltre al rischio di sviluppare psicopatologie internalizzanti ed esternalizzanti (Aldao, 2016 in Rogers et al., 2022).

Da un punto di vista psicodinamico invece, Bowlby (1980) scriveva come in adolescenza la relazione genitore-figlio diventi sempre più sofisticata, caratterizzandosi per un'integrazione degli obiettivi e l'interiorizzazione delle strategie di regolazione delle emozioni sviluppate durante l'infanzia nella diade genitore-figlio. Inoltre, man mano che l'adolescente acquisisce capacità di pensiero operativo formale, acquisisce anche la capacità di trattenere e riflettere rappresentazioni astratte e generalizzate delle relazioni di attaccamento (Bozanoglu et al., 2019). Questo "spostamento a livello della rappresentazione", come lo definisce Mary Main (1990) consente una nuova concettualizzazione dell'attaccamento (Allen & Miga, 2010; Bozanoglu et al, 2019) e apre importanti strade per valutare il sistema di attaccamento oltre l'infanzia. L'aumento delle capacità di autoregolazione (Gross J. J., 2015) e lo sviluppo di abilità comunicative e di prospettiva più avanzate cambiano tutti gli adolescenti

indipendentemente dalla loro classificazione dell'attaccamento in infanzia, portando a un arricchimento generale del loro repertorio di regolazione delle emozioni e alla conoscenza di un uso più efficace delle strategie a seconda delle situazioni specifiche. Proprio questo consente all'adolescente di iniziare a negoziare con i genitori i problemi di prossimità\autonomia, in modo tale che, in una relazione sicura, l'adolescente aumenti l'indipendenza dai genitori, pur mantenendo i contatti con loro attraverso una comunicazione aperta (Verzelletti et al., 2017) che includa una continua messa in discussione dei bisogni condivisi.

In particolare, in questo periodo e in tutta l'età adulta, le strategie di regolazione si articolano in due dimensioni distinte: a) orientamento dell'attenzione (che include strategie orientate al compito, evitanti o orientate alle emozioni) e b) ricerca del sostegno sociale (cioè tendenza ad esprimere emozioni e cercare il supporto sociale) (Pazzouscon et al., 2013). Vediamo, quindi, che in questo periodo vi è un'importante ristrutturazione della gerarchia delle figure di attaccamento, dove altre relazioni possono diventare significative e assumere il ruolo di una relazione di attaccamento: le relazioni con i pari (Verzelletti et al., 2017). Nella prima adolescenza queste hanno tipicamente natura più affiliativa che focalizzata sull'attaccamento, mentre in tarda adolescenza possono trasformarsi in relazioni di attaccamento completo (relazione romantica con il\la partner) (Allen & Miga, 2010). I bisogni di attaccamento possono quindi essere soddisfatti non solo con la vicinanza dei genitori, ma anche in assenza di essi, grazie ai pari che sono ora in grado di fornire il supporto necessario ad affrontare le sfide dello sviluppo (Allen & Miga, 2010).

L'attaccamento precoce con i caregiver può quindi porre le basi per uno sviluppo positivo delle abilità di regolazione emotiva anche in adolescenza e sottolinea quanto i genitori continuino a svolgere l'importante ruolo di "base sicura" tamponando gli effetti negativi dell'accresciuta sensibilità sociale durante l'adolescenza (Rogers et al., 2022). Gli adolescenti con attaccamento precocemente insicuro hanno mostrato un'ipoattivazione o un'iperattivazione delle regioni cerebrali della cognizione sociale, rispettivamente in ambienti reattivi e avversi, (Rogers et al., 2022), in linea con la proposta teorica del modello di Mikulincer & Shaver (2003) precedentemente presentato.

Queste osservazioni, unite a quelle dei precedenti paragrafi, sembrano suggerire, quindi, che, anche durante l'adolescenza, le capacità di autoregolazione delle emozioni potrebbero essere un indicatore integrale dell'attaccamento sicuro (Allen & Miga 2010). Infatti, alcuni studi (per esempio, Pazzouscon et al., 2013) indicano come una maggiore insicurezza nei confronti dei genitori e dei coetanei in adolescenza preveda un maggiore uso di strategie disfunzionali, un attaccamento romantico più ansioso o più evitante durante l'età adulta e un uso maggiore di strategie orientate alle emozioni. Al contrario, una maggiore sicurezza sembra portare a un aumento della comunicazione

genitore-figlio, a un uso maggiore di ricerca del supporto sociale e a una diminuzione delle strategie centrate sull'evitamento negativo (ad esempio l'uso di sostanze), oltre che a uno stile di attaccamento romantico meno ansioso in futuro.

La storia dell'attaccamento di un individuo può essere così un "flusso importante che scorre in un fiume sempre più grande" (Allen & Miga, 2010). Ci ricorda infine Mary Main (1980) che, come l'adolescente passa dalla dipendenza da una o due figure di attaccamento allo sviluppo di modelli più ampi di relazioni di attaccamento, anche la nostra valutazione dell'attaccamento deve e dovrà sempre di più ampliarsi.

#### **2.4. Attaccamento, Regolazione delle Emozioni e Psicopatologia in Adolescenza**

Dopo aver dimostrato come l'attaccamento possa essere una base importante per lo sviluppo delle modalità di regolare le emozioni dal punto di vista affettivo, comportamentale e cognitivo (ad esempio, Tammilehto et al., 2022; Zimmer, 2017) e di quanto l'ambiente di cura possa spiegare le differenze individuali, voglio soffermarmi su quanto questo incida sulla psicopatologia adolescenziale.

La RE è alterata in molti disturbi psichiatrici nell'adolescenza (Robin et al., 2023) e per questo essa è stata via via sempre più incorporata nei modelli di psicopatologia. Molte, se non tutte, le forme di psicopatologia comportano una ridotta competenza emotiva, difficoltà nella regolazione di alcune emozioni e difficoltà nell'affrontare lo stress (Zimmer, 2017; Robin et al., 2023). È stato sostenuto che sono proprio la capacità regolatoria e la capacità di far fronte agli stress a spiegare perché la relazione di attaccamento genitore-figlio abbia effetti così ampi sull'adattamento e influenzi notevolmente la psicopatologia dei bambini e degli adolescenti (ad esempio Brenning & Braet, 2013). Bowlby, già nel 1980, ha postulato che la perdita di un attaccamento sicuro durante l'infanzia, la fanciullezza o l'adolescenza contribuisca allo sviluppo di problemi sia internalizzanti che esternalizzanti. Per quanto riguarda i problemi di internalizzazione, i risultati empirici della ricerca con bambini, adolescenti e adulti (Brenning & Braet, 2013; Chan et al., 2023), supportano una relazione tra attaccamento ansioso-evitante e sintomi depressivi, il cui fattore di mediazione è proprio la RE (Messina et al., 2023). Per quanto riguarda i problemi di esternalizzazione, i risultati empirici indicano che questi sono correlati ad una modalità di attaccamento insicuro-ansioso/preoccupato. Questo suggerisce che le persone, a seconda della qualità dell'attaccamento, adotterebbero diverse strategie per regolare il disagio emotivo, che a sua volta influenzerebbero il loro adattamento emotivo e sociale (Brenning & Braet, 2013). Anche in adolescenza si dimostra che le difficoltà legate alla RE

sono collegate a disturbi quali depressione, ansia e comportamenti problematici (Verzelletti et al., 2017). Inoltre, in un campione clinico di adolescenti, sono state rilevate correlazioni tra le dimensioni dell'attaccamento e tutte le variabili di regolazione delle emozioni, quali ad esempio, riconoscimento delle emozioni facciali, empatia, alessitimia e meccanismi di difesa (Robin et al., 2023). Nello stesso studio, la distribuzione delle diagnosi psichiatriche secondo le quattro categorie di attaccamento ha rilevato che i pazienti ansioso-depressivi erano caratterizzati prevalentemente da un attaccamento sicuro, i pazienti borderline e con disturbi dell'alimentazione erano per lo più incusi nella categoria ansioso-ambivalente\preoccupato, mentre i pazienti psicotici in un attaccamento insicuro distanziante. Uno studio di quest'anno (Messina et al., 2023) ha sottolineato come la maggior parte delle evidenze empiriche si concentrino sulle forme intrapersonali di regolazione delle emozioni in relazione alla psicopatologia, trascurando le forme interpersonali. I loro risultati ci dicono che sono state trovate associazioni positive tra l'uso della regolazione delle emozioni interpersonali (REI) e attaccamento ansioso e associazioni negative con l'attaccamento evitante; inoltre, i sintomi depressivi erano significativamente predetti dalle difficoltà nella REI, ma non dalle strategie REI. Le analisi di mediazione hanno così dimostrato che l'insicurezza dell'attaccamento prevedeva statisticamente la depressione, mediata dalle difficoltà nella REI.

Bozanoglu e colleghi (2019) hanno sottolineato la stretta relazione tra difficoltà emotive e depressione adolescenziale, mettendo in luce come l'uso del linguaggio e la RE siano mediatori tra l'attaccamento ai genitori e la depressione. Questo dà un suggerimento interessante in merito al trattamento, che potrebbe focalizzarsi proprio sull'uso del linguaggio degli adolescenti, migliorandone così l'insight.

Dobbiamo poi riflettere sul fatto che una regolazione emotiva disfunzionale è così centrale da rappresentare uno dei criteri per la definizione stessa di "disturbo mentale" (Palmieri et al., 2022). L'American Psychiatric Association (APA) lo descrive, infatti, come "una sindrome caratterizzata da un disturbo clinicamente significativo della cognizione, della *regolazione emotiva* o del comportamento di un individuo che riflette una disfunzione nel funzionamento mentale psicologico, biologico o evolutivo sottostante" (APA, 2013, p. 20). Pertanto, una direzione importante di ricerca è quella di identificare i fattori che promuovono la RE nei bambini (tra cui la qualità dell'attaccamento) (Obeldobel et al., 2023) e accompagnare lo sviluppo della RE negli adolescenti.

La letteratura ci dice inoltre che il cambiamento in psicoterapia è mediato proprio dall'acquisizione di processi di RE, sia in modo implicito sia in modo esplicito ed è avviato a livello interpersonale nella relazione clinica, che dovrebbe avere lo specifico obiettivo di individuare e supportare i cambiamenti nei processi di RE a livello intrapersonale all'interno e all'esterno del setting terapeutico (Palmieri et al., 2022).

### 3. “Quando chi Ami ti fa Paura”: un Breve Excursus sulla Disorganizzazione dell’Attaccamento

Nei capitoli precedenti ho delineato le differenze che intercorrono tra storie di attaccamento sicuro e insicuro (evitante – ambivalente). Nel 1990, Main e Solomon hanno però identificato un quarto concetto di attaccamento nel bambino che hanno definito *attaccamento disorganizzato*. Questo modello di attaccamento è stato osservato nei bambini che mostrano reazioni atipiche e contraddittorie nei confronti del loro caregiver (ad esempio, avvicinandosi al CG ma successivamente bloccandosi, sperimentando dissociazione, confusione, apprensione...) (Pollard et al., 2023). Questi comportamenti suggeriscono il collasso di una strategia organizzata per affrontare lo stress della separazione e del ricongiungimento con il CG (Main & Solomon, 1990). Gli autori Main e Solomon (1990) raccontano: “Una neonata al momento del ricongiungimento con un genitore in uno scenario estraneo (si riferiscono all’esperimento della *Strange Situation*), ha inarcato la parte superiore del corpo e le spalle quando ha sentito il richiamo della madre; poi è scoppiata in strilli stravaganti, simili a risate. La sua risata fragorosa si è poi trasformata in un grido e in un’espressione di angoscia, senza che la bambina riprendesse fiato mentre si inarcava in avanti. Poi, improvvisamente è diventata silenziosa, vuota e stordita”.

Il comportamento descritto nello scenario precedente è caratteristico della disorganizzazione dell’attaccamento, in quanto il bambino mette in atto comportamenti apparentemente contraddittori nei confronti del caregiver; esprime contemporaneamente il desiderio di vicinanza alla madre e l’angoscia e il disorientamento di fronte alla prospettiva di un ricongiungimento (Kindsvatter & Tansey, 2018).

L’attaccamento disorganizzato, in questo modo, è concettualizzato come una manifestazione di paura, risultante da interazioni in cui il bambino sperimenta la figura di attaccamento come spaventosa, spaventata o dissociata in momenti di stress (Main & Solomon, 1990). Il bambino sperimenta una “paura senza soluzione” in quanto “i bambini disorganizzati si trovano nella situazione impossibile di temere le stesse figure su cui contano per la loro protezione. [...] La rottura delle strategie di attaccamento derivante da questa paura irrisolvibile si riflette in un comportamento che appare più patologico rispetto alle strategie comportamentali organizzate osservate nei bambini evitanti e resistenti” (Cassidy & Mohr, 2001). Sebbene gli stati d’animo disorganizzati siano indicativi di un funzionamento psicologico e sociale compromesso, questa classificazione di attaccamento deve essere intesa come una forma di adattamento psicologico a ripetuti episodi di trauma relazionale precoce (Turgeon et al., 2023). Come suggerito da Herman (2015 in Turgeon et al., 2023), quando i bambini crescono in ambienti abusanti, devono "trovare un modo per conservare un senso di fiducia

in persone che non sono degne di fiducia; per mantenere un senso di sicurezza in una situazione che è insicura, di controllo in una situazione terribilmente imprevedibile, di potere in una situazione di impotenza". I meccanismi di coping possono includere l'idealizzazione di un caregiver maligno, la negazione di episodi di abuso o la tendenza a incolpare sé stessi per preservare una buona immagine degli altri (Herman, 2015). Pertanto, quando un individuo mostra tali segni di disorganizzazione, è importante indagare se ha sperimentato una relazione genitore-bambino disturbata.

Alle spalle troviamo infatti genitori alle prese con "paure irrisolte riguardanti relazioni intime e timori di essere ritraumatizzati dal disagio infantile" (Beebe et al., 2012); sono genitori che hanno quindi avuto difficoltà ad affrontare ed elaborare le esperienze traumatiche del passato e che per questo sono esposti a un maggior rischio di mettere in atto comportamenti spaventanti, terrorizzanti o insensibili nei confronti del bambino in momenti di stress e/o disagio (Hesse & Main, 2006). Questi comportamenti, insieme all'incapacità del genitore di interrompere il sistema di attaccamento del figlio, sono stati proposti come potenziali percorsi di disorganizzazione dell'attaccamento del bambino (Cyr et al., 2010). I risultati di una recente metanalisi forniscono supporto a questa ipotesi, dimostrando che i bambini esposti a comportamenti genitoriali anomali sono a maggior rischio di disorganizzazione dell'attaccamento (Turgeon et al., 2023). Bisogna sottolineare però che gli stati d'animo disorganizzati sono influenzati da processi relazionali all'interno della famiglia che non si limitano a episodi di abuso e negligenza, ma includono anche interruzioni nelle interazioni quotidiane genitori-bambino, compreso il momento in cui i genitori e il loro bambino condividono il pasto, per esempio (Turgeon et al., 2023).

I bambini disorganizzati sono quindi bambini che non riescono a ottenere conforto dalle figure di accudimento primarie e che possono sentire di non essere degni di amore e/o aspettarsi di sperimentare un intenso disagio emotivo in presenza della loro figura di attaccamento (Beebe et al., 2012). È stato teorizzato che queste rappresentazioni negative di sé e degli altri persistano dall'infanzia all'età adulta e si estendano ad altre relazioni, potenzialmente interferendo con le interazioni genitore-bambino nella generazione successiva, una volta che l'individuo diventa genitore (Bowlby, 1980). In particolare, gli studi meta-analitici che esaminano l'associazione tra le rappresentazioni dell'attaccamento dei genitori e la qualità della relazione che essi sviluppano con i figli rivelano che i figli di genitori con rappresentazioni dell'attaccamento disorganizzate sono più a rischio di sperimentare essi stessi una disorganizzazione dell'attaccamento (Turgeon et al., 2023). Per questo è fondamentale un'identificazione precoce dei pattern di attaccamento e un approfondimento del background familiare di ciascun paziente.

La disorganizzazione dell'attaccamento ha presentazioni molto variabili e spesso si manifesta in modo diverso nell'infanzia, nei primi anni di vita e nella prima e tarda adolescenza; sicuramente gli effetti della disorganizzazione nella prima infanzia tendono a persistere nella preadolescenza e nell'adolescenza (Kindsvatter & Tansey, 2018; Turgeon et al., 2023).

Se molti sono gli studi che indagano la disorganizzazione dell'attaccamento nella primissima infanzia, meno sono le ricerche che includono soggetti più grandi, in particolare adolescenti. Sappiamo che la qualità dell'attaccamento è considerata un fattore cruciale nello sviluppo dell'identità e dell'adattamento emotivo degli adolescenti che devono via via sviluppare una partnership sempre più "negoziata" con i loro genitori che bilanci, da una parte i bisogni esplorativi e dall'altra la necessità di avere sempre e comunque un porto sicuro a cui tornare (Decarli et al., 2022). Un recente articolo (Kindsvatter & Tansey, 2018) ha esaminato la traiettoria di sviluppo dei bambini con disorganizzazione dell'attaccamento nell'arco della vita, raccogliendo dati da varie ricerche. In particolare, Lecompte e colleghi (2014) hanno valutato l'associazione tra lo stile di attaccamento in età prescolare e lo sviluppo di autostima, ansia e sintomi depressivi nella preadolescenza (11-12 anni). I preadolescenti che mostravano disorganizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia hanno ottenuto punteggi più alti nelle misure di depressione e ansia e più bassi nella misura di autostima rispetto ai gruppi di preadolescenti classificati come sicuri o organizzati-insicuri a 3-4 anni di età. Gli stessi autori hanno poi esaminato l'associazione tra lo stile di attaccamento in età scolare e i problemi di esternalizzazione in adolescenza. All'età di 13 anni, i bambini classificati come disorganizzati all'età di 5-6 anni sono risultati avere più difficoltà derivanti da problemi di esternalizzazione rispetto ai bambini sicuri. Decarli e colleghi (2022) hanno poi aggiunto che gli adolescenti disorganizzati hanno mostrato comportamenti che promuovono l'autonomia e la relazione meno frequentemente e in misura minore rispetto a quelli organizzati; in particolare, al presente studio, che ha analizzato come diversi modelli di attaccamento siano correlati a diverse strategie di regolazione delle emozioni, i soggetti adolescenti disorganizzati spesso rimanevano in silenzio durante l'intera interazione o cercavano senza successo di affermare la propria posizione. La scarsa presenza di autonomia, di relazione, suggerisce che queste interazioni sono state dominate dalla paura o da processi dissociativi.

Uno studio meno recente ma di valore (Carlson, 1998) ha inoltre riscontrato che la disorganizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia prediceva problemi di comportamento nella scuola materna, elementare e superiore. Inoltre, la disorganizzazione dell'attaccamento nella prima infanzia ha predetto difficoltà significative relative alla psicopatologia (in particolare la dissociazione) all'età di 17 anni. In adolescenza e nella prima età adulta, la dissociazione è un sintomo internalizzante che è



stato associato alle precedenti strategie di attaccamento disorganizzato, sia dal punto di vista teorico che empirico (Cassidy & Shaver, 2010). Liotti (1992) ha puntualizzato la similarità fenotipica tra la qualità non integrata dei comportamenti disorganizzati nei primi anni e la natura non integrata degli stati mentali dissociati nell'età adulta e ha proposto che la disorganizzazione nei primi anni aumenti la vulnerabilità del bambino a entrare in stati alterati di coscienza o ad avere disturbi dissociativi (per esempio, stati di trance, disturbo dissociativo dell'identità, esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione).

L'identificazione da parte di Main e Solomon (1990) di un modello di attaccamento disorganizzato nell'infanzia, ha aperto un nuovo terreno di comprensione dell'interfaccia tra sviluppo e psicopatologia (Cassidy & Shaver, 2010). Il comportamento di attaccamento disorganizzato è uno dei pochi predittori della successiva psicopatologia a essere identificabile così precocemente (Cassidy & Shaver, 2010). In particolare, diversi ricercatori indicano l'attaccamento disorganizzato come una caratteristica fondamentale del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) (Miljkovitch et al., 2018). Il DBP è uno dei pochi disturbi di personalità considerati di particolare interesse nell'adolescenza (Tyrer, 2014). Infatti, è in questo periodo che si data solitamente l'esordio e che si rende necessaria l'assistenza psicologica (Miljkovitch et al., 2018). Pertanto, l'identificazione precoce dei fattori coinvolti nel disturbo è importante per evitare che i sintomi si instaurino in modo duraturo (Sharp & Fonagy, 2015). È risaputo che il cuore della sintomatologia borderline oscilla in funzione delle vicissitudini delle relazioni in cui è immerso (APA, 2013). L'adolescenza è particolarmente critica a questo riguardo, perché imparare a regolare gli affetti "dentro e attraverso" le interazioni sociali diventa un compito centrale durante questa fase di sviluppo (Allen & Manning, 2007 in Miljkovitch et al., 2018). Allo stesso tempo, si ritiene che la lotta per l'autonomia riattivi le questioni irrisolte legate all'attaccamento (Allen et al., 2012). Secondo Liotti (2004) gli individui con attaccamento disorganizzato sarebbero particolarmente a rischio per il DBP. Si possono tracciare numerosi paralleli tra la disorganizzazione dell'attaccamento e il DBP. In primo luogo, le caratteristiche borderline riecheggiano quelle dell'attaccamento disorganizzato (Miljkovitch et al., 2018): (1) la disorganizzazione è definita come insieme di strategie di attaccamento conflittuali (ad esempio, approccio ed evitamento) verso un caregiver, che rappresenta sia una base sicura che una fonte di minaccia (Main & Salomone, 1990). Allo stesso modo, uno dei criteri principali per il disturbo borderline è l'instabilità nelle relazioni interpersonali, con drammatici cambiamenti dall'idealizzazione alla svalutazione degli altri; (2) come nel DBP si ritiene che la disorganizzazione implichi un senso di sé frammentato o instabile; (3) l'attaccamento disorganizzato è associato a disturbi fisiologici nella regolazione dello stress. Anche la disregolazione emotiva è una caratteristica centrale del BPD; (4) associazioni tra attaccamento disorganizzato e caratteristiche del DBP come

impulsività o sintomi dissociativi sono stati segnalati; (5) l'esperienza di "paura senza soluzione" (Main, 1995) da parte dei bambini disorganizzati è associato a sentimenti di insicurezza e inaccessibilità del caregiver. Allo stesso modo, i pazienti borderline sperimentano un'intensa paura della perdita e dell'abbandono.

Inoltre, lo stesso studio (Milikovitch et al., 2018) ha messo in luce che quando gli adolescenti sono altamente disorganizzati, non solo con uno ma con entrambi i genitori, hanno più probabilità di sviluppare il disturbo; mentre la sicurezza fornita da almeno un genitore può, al contrario, essere associata ad un più ridotto rischio di avere il disturbo.

Dal punto di vista clinico è anche importante sottolineare che l'attaccamento disorganizzato ha dimostrato solo una modesta stabilità nel tempo e questo dà spazio agli interventi con i bambini e i loro genitori (Decarli et al., 2022). In particolare, gli interventi precoci, come quelli basati sull'attaccamento (ad esempio, Moss et al., 2011), dovrebbero essere attuati per migliorare la qualità della relazione genitore-bambino. Quando si concentrano sulla diade, gli interventi hanno dimostrato di ridurre i tassi di attaccamento disorganizzato e di aumentare i tassi di sicurezza dell'attaccamento tra i bambini a rischio di maltrattamento (Moss et al., 2011). Questi interventi precoci potrebbero aiutare a prevenire l'emergere di stati d'animo disorganizzati in età adulta e le loro conseguenze negative.

#### **4. La Relazione tra Attaccamento e Impulsività in Adolescenza**

Abbiamo visto nel capitolo precedente quanto la capacità di esprimere e regolare le emozioni si acquisisca attraverso le figure di attaccamento nell'infanzia e quanto la stimolazione e un buon caregiving siano essenziali per lo sviluppo di una buona regolazione delle emozioni. Se invece questa relazione comporta l'assenza di contatto e la mancanza di cura, l'acquisizione e lo sviluppo di queste capacità emotive, necessarie per una vita emotiva futura, ne risentiranno, predisponendo l'individuo a comportamenti più impulsivi (Barroso, 2014).

Secondo alcuni autori (Salvo & Castro, 2013) l'impulsività è un costrutto multidimensionale composto da tre diversi aspetti: a) l'impulsività cognitiva, che è legata all'irrequietezza del pensiero e alla rapidità del processo decisionale; b) l'impulsività motoria, che comporta l'agire in modo avventato senza una precedente riflessione e c) l'impulsività non pianificata, che si riferisce all'esecuzione di azioni senza pianificare il futuro. Secondo la proposta di altri autori (Whitesude & Lynam, 2001), invece, si possono individuare cinque dimensioni fondamentali, tra cui due componenti cognitive, ovvero la difficoltà a pianificare le conseguenze del proprio comportamento e

la mancanza di perseveranza nel raggiungimento dell'obiettivo, e tre componenti emotive. Queste ultime, la *negative* e *positive urgency* e la *sensation seeking*, rendono difficile l'inibizione di comportamenti impulsivi sotto l'influenza di intensi stati emotivi negativi o positivi e determinano la tendenza a ricercare emozioni forti. In generale possiamo dire che l'impulsività si riferisce ad azioni rapide e non pianificate in cui il rinforzo immediato è sperimentato come una questione di urgenza (Moeller et al., 2001).

L'impulsività è stata associata all'incapacità di comportarsi in modo riflessivo, a un deficit di controllo emotivo, all'incapacità di ritardare la gratificazione, alla disinibizione comportamentale e alla ricerca di novità; può riferirsi anche ad azioni premature, non pianificate o rischiose, senza considerare le conseguenze negative associate (Adan, 2012). Possiamo dire che l'impulsività è un sintomo pandiagnostico comunemente espresso nel disturbo bipolare, nel disturbo da deficit di attenzione e iperattività e nei disturbi della personalità che includono difficoltà nella regolazione dell'umore, autolesionismo e ideazione suicidaria. Ansia, sindromi post traumatiche, disturbi alimentari e psicosi possono tutti presentarsi con impulsività. Le combinazioni di queste condizioni portano quindi a marcata impulsività con comorbilità e menomazioni più o meno gravi (Buhì, 2018). L'adolescenza è un periodo della vita complesso e altamente vulnerabile, in cui l'impulsività è uno degli elementi più caratteristici (Ezkaburu, 2023; Estevez, 2021; Kobak, 2009). Studi longitudinali, infatti, dimostrano un incremento dell'impulsività durante l'adolescenza e la prima età adulta (Galvan et al., 2007). Come abbiamo già visto, il controllo degli impulsi e il processo decisionale fanno capo ad un sistema di controllo cognitivo situato figurativamente nella corteccia prefrontale, che raggiunge una graduale maturazione solo nella prima età adulta (Casey et al., 2005). Un secondo sistema sottocorticale socio-emozionale, comprendente lo striato e l'amigdala, più sensibili alle emozioni, alle novità e alla ricompensa, si struttura durante la prima adolescenza (Galvan et al., 2007). Da questa "asincronia" deriva uno squilibrio maturativo tra i sistemi neurobiologici alla base dell'impulsività a favore dei movimenti dettati dall'emozione (Kidd & Loxton, 2021). Questo squilibrio si traduce in un periodo di sviluppo caratterizzato da una maggiore spinta alla ricompensa ed a un controllo inibitorio più debole, che contribuisce ad aumentare l'impulsività e i comportamenti a rischio durante l'adolescenza, come l'abuso di sostanze, comportamenti sessuali non protetti, guida spericolata (Steinberg et al., 2018).

In adolescenza abbiamo visto, inoltre, quanto gli stili di attaccamento diventino rilevanti e quanto possano avere un'influenza significativa, confermando o confutando le aspettative basate sull'esperienza infantile e modificando così i modelli interni elaborati nell'infanzia (Ortiz et al., 2002). Pochi sono però gli studi che affrontano la relazione tra comportamento impulsivo adolescenziale e attaccamento (Estevez et al., 2018), e ancora meno affrontano la loro relazione con

gli schemi precoci (Estevez et al., 2021). Tuttavia, sarebbe necessario studiare entrambi i costrutti legati alle esperienze infantili presenti negli adolescenti con elevata impulsività, al fine di ampliare le conoscenze altamente rilevanti per la nostra comprensione del comportamento impulsivo e stabilire i fattori di rischio in modo da poter impostare in modo adeguato il trattamento terapeutico.

Se l'adolescenza, infatti, è il periodo durante il quale si stabiliscono "modelli duraturi" di personalità, valutazioni ripetute dei tratti di impulsività sarebbero necessarie nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza. Entro la tarda adolescenza, questo aumento normativo del comportamento impulsivo può contribuire a un modello di relazioni altamente instabili, aggressive e intense (Kobak, 2009). Così, si va delineando, come una forte componente di impulsività risulti essere fattore di rischio in adolescenza per l'insorgenza di disturbi personologici del cluster B e in particolare del Disturbo Borderline di Personalità (BPD) e del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) (Kobak, 2009). L'identificazione di modelli di comportamento marcatamente devianti rappresenta una sfida clinica nei campioni di adolescenti (Kobak, 2009). L'obiettivo di questo era quello di testare gli effetti degli stati mentali preoccupati nell'Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1996) come predittori dei comportamenti impulsivi durante la traiettoria evolutiva degli adolescenti tra i 13 e i 17 anni. Dai risultati emerge che gli adolescenti che non mostrano riduzioni normative del comportamento ostile e che dimostrano tassi di crescita più rapidi nei comportamenti impulsivi sono a maggior rischio di disturbi di personalità del cluster B (Kobak, 2009). Già altri studi trasversali hanno chiaramente identificato gli stati mentali preoccupati come fattore di rischio importante per lo sviluppo del BPD, ma qui, lo stato di preoccupazione è stato collegato a livelli elevati di comportamento aggressivo, sentimenti ostili e comportamenti di assunzione di rischi, anche nei giovani preoccupati. Essi mostrano infatti, un minor declino del comportamento aggressivo e tassi di crescita più rapidi nei comportamenti di assunzione di rischi coerentemente con la letteratura su questo stile di attaccamento iperattivo (per esempio Mikulincer & Shaver, 2007).

Secondo Fonagy e Bateman (2004) i disturbi gravi di personalità sono caratterizzati da un fallimento della mentalizzazione, cioè la capacità di riconoscere la presenza e l'importanza degli stati mentali negli altri, nonché la capacità di rappresentazione simbolica dei propri stati mentali. Questa considerazione sembra applicarsi in particolare a quei disturbi della personalità che sono strettamente legati all'impulsività (Fossati, 2009). Si ritiene infatti che il BPD e l'ASPD comportino difficoltà nel riconoscimento degli affetti e manifestino sintomi simili all'alessitimia (Bateman & Fonagy, 2004). Si può quindi ipotizzare l'esistenza di un legame sostanziale tra scarsa mentalizzazione e impulsività (Fossati, 2009). È interessante notare che la mentalizzazione e l'affettività mentalizzata sono ritenute correlate allo sviluppo del legame di attaccamento tra il bambino e il suo caregiver (Fonagy et al., 2002). Estendendo questa ipotesi, uno studio (Fossati, 2009) ha verificato che gli stili di attaccamento

possono spiegare l'aggressività impulsiva, sia direttamente che indirettamente, attraverso il loro effetto sulla mentalizzazione dell'affettività e che gli stili di attaccamento hanno mostrato associazioni sostanziali con i tratti aggressivi impulsivi. Questo ci suggerisce che i trattamenti basati sulla mentalizzazione o i trattamenti che riconoscono la mentalizzazione come obiettivo e cornice della terapia (Bateman & Fonagy, 2004), possono essere le strategie ottimali per il trattamento dei disturbi legati all'impulsività.

Altri studi sottolineano il legame tra impulsività e dipendenza emotiva (Estevez, 2018). La dipendenza emotiva (Ezkaburu 2023) può essere definita come un modello di bisogni affettivi che cercano di essere soddisfatti in modo disadattivo attraverso le relazioni interpersonali o, ancora, un bisogno affettivo estremo che una persona sente nei confronti del partner nel corso delle diverse relazioni (Estevez 2018). Le carenze affettive precoci possono essere responsabili dell'eziologia della dipendenza emotiva (Estevez, 2021) e quindi si potrebbe ipotizzare un legame tra questa e le dinamiche di attaccamento primario. Infatti, molte delle prime esperienze affettive nelle persone con dipendenza emotiva sono negative e di conseguenza, le relazioni attuali potrebbero essere utilizzate per cercare di soddisfare i bisogni emotivi insoddisfatti nell'infanzia (Estevez et al. 2018). Questo aspetto è di particolare rilevanza durante l'adolescenza, in quanto potrebbe influenzare le relazioni in età adulta (Estevez et al. 2018). Inoltre, le persone emotivamente dipendenti condividono la perdita di controllo degli impulsi e presentano una scarsa regolazione delle emozioni, oltre che una comorbidità con sintomi ansioso-depressivi (Momene, 2021).

I risultati delle metanalisi suggeriscono che l'impulsività può essere un processo centrale alla base di tutti i disturbi di dipendenza (Lee et al., 2019) in quanto gli stili di attaccamento insicuri correlano positivamente con l'impulsività e questa relazione potrebbe essere mediata dalla dipendenza emotiva (Estevez et al., 2018). In particolare, lo stile di attaccamento ansioso/preoccupato implica un'elevata ansia di abbandono, un elevato desiderio di vicinanza e intimità (Alonso et al., 2002), ma non solo. Abbiamo visto come il tipo di attaccamento influenzi anche l'espressione funzionale o disfunzionale della rabbia (Mikulincer & Shaver, 2016) ed essendo l'attaccamento preoccupato predominante nelle persone con dipendenza affettiva, che saranno di conseguenza inclini a sperimentare una maggiore impulsività (Estevez et al. 2018). Questo riguarda anche gli adolescenti, in quanto l'attaccamento nell'infanzia sappiamo essere un fattore importante per lo sviluppo di comportamenti impulsivi nell'adolescenza (Estevez et al. 2018).

Altri studi confermano la relazione positiva tra impulsività, stili di attaccamento e schemi disadattivi precoci, in particolare in presenza di aspetti traumatici infantili o parenting troppo permissivo (Estevez et al. 2021). Lo stesso studio mostra che il valore dell'autorità genitoriale, la presenza dei genitori, la loro preoccupazione e sicurezza aumentano al diminuire dell'impulsività, in questo caso

non pianificata. Questi risultati sono in linea con le premesse di partenza, in quanto lo stile di attaccamento sicuro presenta i migliori tassi di regolazione emotiva (Mikulincer et al., 2003)

## 5. La Relazione tra Attaccamento e Alessitimia

*«È molto importante ciò che semplicemente il giorno ci dà, ogni singola cosa che si realizza durante il giorno. La persona, l'osservazione che ha fatto, l'odore dell'aria in quel momento. E queste cose hanno bisogno di accettazione, di ricognizione, di riconoscimento. Adesso non ho ancora la parola giusta. Ma trovare le parole è magnifico. Trovare la parola giusta è così importante. Le parole sono come cuscini: quando sono disposte nel modo giusto alleviano il dolore».*

James Hillman

Alessitimia è un termine ampio dalle molteplici sfaccettature che denota la ridotta capacità di un individuo di elaborare o descrivere verbalmente le proprie sensazioni ed emozioni e riflette una discreta compromissione cognitivo-affettiva (Taylor et al., 1999). Scoperta inizialmente da psichiatri e psicoanalisti in pazienti con sintomatologia psicosomatica (Sifneos, 1973), indagini successive hanno rilevato che la prevalenza di alessitimia nelle popolazioni non cliniche varia generalmente tra il 7,3% e il 29% (Honkalampi et al., 2009) e raggiunge picchi più alti nella popolazione clinica.

L'alessitimia è oggi considerata, in diverse correnti teoriche, come un tratto subclinico della personalità (Lyvers et al., 2022). Vorst e Bermond (2001) l'hanno ulteriormente suddivisa in due sottodimensioni: alessitimia *cognitiva* e *affettiva*. La dimensione cognitiva dell'alessitimia copre tre aspetti: 1) problemi nell'identificazione delle emozioni, 2) difficoltà ad esprimere verbalmente le emozioni agli altri e 3) pensiero orientato all'esterno, con mancanza di introspezione e attenzione al mondo interno (Taylor, 1984 in Zhang, 2023). La dimensione affettiva dell'alessitimia, invece, è caratterizzata da processi immaginativi ristretti e da una povera capacità di fantasticare (Vorst & Bermond, 2001). Queste caratteristiche comportano una visione inadeguata di sentimenti, sintomi e motivazioni (Sechi et al., 2020).

L'alessitimia è associata positivamente alla solitudine, alle difficoltà interpersonali, agli stati d'animo negativi e a coping disadattivi (Lyvers et al. 2022), a una scarsa regolazione emotiva (Lyvers et al., 2019) e, più recentemente, a un attaccamento insicuro (Zhang, 2023; Lyvers et al., 2022, Sechi et al., 2020, Besharat et al., 2014) confermando che le relazioni del bambino e dell'adolescente con i caregivers influenzano la capacità di regolare le emozioni (Montebarocci et al., 2004). Questo perché, secondo una recente metanalisi (Khan & Jaffee, 2022), una storia di esperienze relazioni avverse precoci predisporrebbe gli adolescenti e gli adulti a sviluppare un livello maggiore di alessitimia. Lyvers et al., (2019) hanno postulato che un legame inadeguato con il caregiver primario durante

l'infanzia impedisce, infatti, il normale sviluppo dell'autoconsapevolezza emotiva e dell'autoregolazione, portando a future difficoltà nella formazione e nel mantenimento di relazioni tra pari che, a loro volta, riducono ulteriormente le opportunità di conoscere e autoregolare le emozioni. Questo, si manifesta in età adulta come alessitimia, accompagnata da uno stile di attaccamento insicuro che inibisce la formazione e il mantenimento di strette relazioni interpersonali (Lyvers et al., 2022). Ribadiamo, quindi, il concetto secondo il quale l'attaccamento è strettamente associato all'autoregolazione, il che suggerisce che i modelli di attaccamento giocano un ruolo significativo nel plasmare la nostra capacità di regolare le emozioni (Zhang et al., 2023; Muzi & Pace 2022). Inoltre, uno studio longitudinale condotto da Hébert et al. (2018), ha scoperto che chi ha subito abusi in epoca infantile presenta un alto livello di alessitimia. Sulla stessa linea, Feyzioglu et al. (2022) hanno anche scoperto che il trauma infantile è correlato all'alessitimia. Inoltre, nella metanalisi condotta da Thorberg et al. (2011, in Zhang et al., 2023), è stato dimostrato che una presenza materna e paterna di bassa qualità ha un impatto variabile sull'alessitimia dei bambini. Si può quindi dedurre dalla letteratura che i sistemi di attaccamento agiscono certamente sull'alessitimia e lo fanno in modi complessi (Zhang et al., 2023) e non del tutto ancora esplorati.

Da una metanalisi di quest'anno (Zhang et al., 2023) possiamo pensare che l'attaccamento sia collegato all'alessitimia in tre modi chiave. In primo luogo, gli individui con attaccamento insicuro avranno livelli più elevati di alessitimia a causa dei loro schemi emotivi intrinsecamente caotici e della loro conseguente incapacità di riconoscere le proprie emozioni. Questo perché riconoscere le emozioni è un'abilità fondamentale che si sviluppa principalmente durante la prima infanzia. In secondo luogo, coloro che sono stati gravati da un attaccamento insicuro spesso adottano strategie affettive disadattive (vedi Mikulincer & Shaver, 2019) che si traducono in un'espressione impropria verso gli altri aumentando il livello di alessitimia. Infine, in terzo luogo, le persone con attaccamento insicuro hanno problemi nella loro capacità di far fronte alle emozioni e utilizzano uno stile cognitivo orientato all'esterno, il che può essere un'altra spiegazione dell'associazione positiva tra attaccamento non sicuro e alessitimia.

Approfondendo maggiormente il tema, i risultati di Scigala et al., (2022) e di Pellerone et al. (2017) hanno mostrato che l'alessitimia predice direttamente e indirettamente l'attaccamento adulto insicuro. L'alessitimia è associata ad entrambi i tipi di attaccamento insicuro (Lyvers et al., 2019, Besharat et al., 2014, Oskis et al., 2013). In particolare, gli individui insicuri-evitanti mostrano punteggi più alti nella dimensione dell'alessitimia di difficoltà nell'identificare i sentimenti, mentre quelli insicuri-preoccupati mostrano una maggiore difficoltà nel descrivere verbalmente i sentimenti (Schimmenti & Carretti, 2018 in Muzi et al., 2023); il basso attaccamento al caregiver primario da parte di un

gruppo di adolescenti era un predittore del pensiero orientato verso l'esterno (Oskis et al., 2013). È quindi possibile che i pazienti alessitimici possano sviluppare paure relazionali, caratterizzate da paura dell'abbandono o paura della vicinanza (Scigala et al., 2022). In questa direzione, considerando la difficoltà nella regolazione emotiva, i soggetti alessitimici possono mettere in atto strategie di evitamento e disattivazione dell'attaccamento o al contrario di iperattivazione dell'attaccamento (Scigala et al., 2022). Uno studio di quest'anno (McHug & Egan, 2023) ha messo in luce come lo stile di attaccamento evitante e la relativa difficoltà nell'identificare i sentimenti abbiano predetto in modo significativo una maggiore probabilità di incorrere in sintomi di dissociazione somatoforme suggerendo che i disturbi somatici sono strettamente collegati all'alessitimia. I meccanismi che collegano alessitimia e dissociazione non sono chiari ma il trauma dello sviluppo e un attaccamento non sicuro appaiono comuni a entrambi (McHugh & Egan, 2023).

Tuttavia, nonostante varie prove a sostegno di un'associazione tra alessitimia e attaccamento insicuro (per esempio, Cosravi, 2020; Pellerone et al., 2017), sono state fatte poche indagini sui possibili fattori di mediazione tra i due costrutti (Scigala et al., 2022). I risultati indicano, comunque, l'importanza di indagare simultaneamente la disregolazione emotiva come mediatore e l'alessitimia come moderatore nel quadro dell'associazione tra abuso o negligenza infantile e psicopatologia nella ricerca futura.

Sappiamo che studi empirici hanno indicato che l'alessitimia è strettamente correlata a comportamenti problematici, tra cui anoressia nervosa (AN), binge eating disorder (BED), dipendenza da alcol, dipendenza da internet, autolesionismo (Zhang et al., 2023), disturbi psicosomatici, depressione, disturbo da stress post traumatico, disturbi della personalità (Krvavac, 2021) solo per citarne alcuni. Tra questi, sottolineo come l'attaccamento insicuro e l'alessitimia sono stati tradizionalmente associati ai disturbi alimentari (per esempio, Pace et al., 2015), tuttavia, la ricerca ha solo recentemente iniziato ad esaminare i meccanismi specifici attraverso i quali l'insicurezza dell'attaccamento influisce sull'alimentazione disordinata (Redondo & Luyten, 2020). Sappiamo da un recente studio di Redondo & Luyten (2020) che l'attaccamento insicuro è correlato all'alessitimia, in particolare alla difficoltà nell'identificare i sentimenti e che questa media la relazione trainsicurezza dell'attaccamento e sintomi di alimentazione problematica. Nell'unico studio, poi, che ha indagato il ruolo dell'alessitimia come mediatore tra attaccamento insicuro e stima del corpo (Keating et al., 2013), gli Autori hanno trovato, in un ampio campione diagnostico di disturbi alimentari misti, che l'alessitimia ha mediato completamente la relazione tra evitamento dell'attaccamento e stima del corpo. Questi risultati suggeriscono che quando si trattano pazienti con disturbi alimentari, gli psicoterapeuti dovrebbero occuparsi dei modelli relazionali di tali pazienti e delle loro strategie di riconoscimento e regolazione emotiva. In particolare, la creazione di una base



sicura e di una relazione terapeutica sicura può essere particolarmente appropriata per queste persone (Redondo & Luyten, 2020).

Voglio soffermarmi in particolare sui disturbi di tipo restrittivo. Alti livelli di alessitimia sono stati riportati negli adolescenti con AN (Mannarini et al., 2016) insieme a maggiori difficoltà di regolazione emotiva e ridotta consapevolezza emotiva (Tauro et al. (2022) in Mannarini et al., 2022). Il ruolo della famiglia è infatti cruciale nei disturbi alimentari e sono crescenti le prove che collegano specifici tratti (tra cui l'alessitimia) a dinamiche familiari, sia come fattori determinanti che come conseguenze della malattia (Erriu et al. (2020) in Mannarini et al. (2022). In effetti, livelli più alti di insicurezza dell'attaccamento sono correlati a maggiori sintomi di disturbo alimentare e questa associazione è probabilmente mediata dalla disregolazione affettiva e dalla associata alessitimia (Mannarini et al. 2022). Gli studi hanno riportato, inoltre, che le madri di pazienti anoressiche sono risultate più alessitimiche rispetto ai controlli (Chinello et al. (2020) in Mannarini et al. (2022). Uno studio di Gatta e colleghi (2017), ha scoperto che i punteggi TAS-20 (vedi capitolo 10) dei genitori predicevano quello degli adolescenti, suggerendo una possibile trasmissione intergenerazionale dell'alessitimia, sia da parte dei padri che da parte delle madri. Rimanendo nell'ambito del comportamento alimentare, un recente studio (Beijers et al., 2021) ha fornito la prova che l'insicurezza dell'attaccamento infantile si traduca in *emotional eating* (EE), ovvero nella propensione a mangiare in risposta alle emozioni tipicamente in momenti di stress, mediante la mediazione dell'uso della strategia di regolazione delle emozioni e la successiva alessitimia. In particolare, una minore sicurezza nell'attaccamento genitore-bambino prevedeva un maggior uso della soppressione delle emozioni, che era correlata all'aumentata alessitimia e, a sua volta, a un maggior EE nella prima adolescenza.

Un cospicuo corpus di ricerche (Muzi et al., 2023) ha rilevato in modo preponderante alessitimia proprio negli adolescenti, soprattutto nelle ragazze e nei giovanissimi, stabilendo un importante ruolo predittivo sui problemi emotivo comportamentali degli adolescenti di tipo internalizzante ed esternalizzante sia nelle ragazze (10%), sia nei maschi (7%) (Sechi et al. 2020). Nel complesso, i risultati (Muzi et al., 2023) sembrano indicare un effetto cumulativo dell'insicurezza dell'attaccamento in tutti gli adolescenti, indipendentemente dalle differenze tra i gruppi in termini di vulnerabilità di base. Questo sembra indicare che un maggior legame emotivo e sentimenti di sicurezza in relazione al caregiver primario possono predire una minore alessitimia negli adolescenti (Oskis et al., 2013). In un altro studio, sempre piuttosto recente, si è visto che l'alessitimia media completamente le relazioni tra attaccamento ai coetanei e problemi di salute mentale, in particolare di tipo depressivo, negli adolescenti di ambo i sessi (Sechi et al., 2020). Ciò potrebbe suggerire di

proseguire l'indagine sulla natura delle relazioni tra attaccamento e alessitimia rispetto ai problemi emotivo comportamentali dell'adolescente, attraverso studi più ampi che considerino anche i reciproci effetti moderatori (Muzi et al., 2023). Inoltre, emerge l'importanza di approfondire l'impatto dei tratti alessitimici nell'adolescenza a causa dei problemi evolutivi impliciti, considerando anche che la regolazione disfunzionale delle emozioni può compromettere la resilienza emotiva, la flessibilità, il controllo comportamentale, l'elaborazione metacognitiva e lo sviluppo del sé (Sechi 2020). Interessanti sono gli studi che indagano la relazione tra genitorialità, alessitimia e attaccamento negli adolescenti; infatti, l'alessitimia è considerata uno dei principali fattori di rischio per una futura psicopatologia conclamata, soprattutto durante l'adolescenza, viste le sue implicazioni, come scarse abilità sociali che influenzano le relazioni e l'adattamento ai gruppi dei pari (Pellerone et al., 2017).

Entrando, poi, nel vasto mondo dei disturbi della personalità sappiamo come l'insicurezza dell'attaccamento e l'alessitimia siano considerate le probabili cause della disregolazione emotiva nei pazienti con disturbo borderline di personalità (Deborde et al., 2012). Due studi, condotti per esaminare il ruolo di mediazione della alessitimia nella relazione tra gli stili di attaccamento nell'adulto (Khosravi, 2020), negli adolescenti (Deborde et al., 2012) e la sintomatologia della personalità borderline (SPB) hanno rilevato che i punteggi di SBP e TAS-20, insieme ai punteggi degli stili insicuri, erano più alti nel gruppo alessitimico, mentre i punteggi dello stile sicuro erano maggiori nel gruppo non alessitimico (Khosravi, 2020) confermando che il ruolo della sicurezza e dell'insicurezza nello sviluppo dei sintomi di BPD sono mediati dall'alessitimia. Quindi, da una parte sarebbe ragionevole considerare l'alessitimia come un fattore di rischio per il BPD (Deborde et al., 2012), dall'altra modificare l'alessitimia dovrebbe essere un obiettivo della psicoterapia nel lavoro con questi pazienti. Infatti, cambiare gli effetti degli stili di attaccamento problematici attraverso l'aumento della consapevolezza emotiva può essere efficace nel modificare alessitimia e BPS (Khosravi, 2020).

Dal punto di vista psicodinamico voglio portare uno studio di Besharat e colleghi (2013) che esamina il ruolo di mediazione dei meccanismi di difesa dell'Io sulla relazione tra stili di attaccamento e alessitimia. I risultati, oltre a confermare una significativa correlazione negativa tra lo stile di attaccamento sicuro e alessitimia, hanno mostrato, attraverso un'analisi di regressione, che i meccanismi di difesa hanno un ruolo di mediazione tra stili di attaccamento e alessitimia. Queste evidenze aiutano a integrare le teorie dell'attaccamento, della personalità e della psicopatologia.

## 6. Attaccamento e Disturbi del Comportamento Alimentare

I disordini alimentari sono caratterizzati da gravi disturbi dei modelli alimentari (Klein et al., 2022) e rappresentano una gamma di comportamenti alimentari non normativi caratterizzati da un atteggiamento disadattivo nei confronti dell'assunzione e del mantenimento del peso, che porta a esiti avversi (Pereira & Alvarenga, 2007). I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono tra le realtà maggiormente attenzionate nella clinica in quanto risultano associati ai più alti livelli di disabilità medica e sociale di qualsiasi altro disturbo psichiatrico (Smink et al., 2014). L'anoressia nervosa (AN) è una condizione grave che insorge tipicamente durante l'adolescenza (Jewell et al., 2023b) e riguarda la manipolazione del corpo (Del Casale et al., 2022); è caratterizzata da un'importante restrizione dell'apporto energetico, intensa paura di ingrassare, calo ponderale e insoddisfazione corporea con eventuali abbuffate e/o condotte di compensazione; è inoltre associata ad alti tassi di comorbidità psichiatrica (Salbach-Andrae, 2008) e ha il più alto tasso di mortalità tra tutti i disturbi psichiatrici (Arcelus et al., 2011) con un'incidenza stimata di 14 ogni 100.000 (Petkova, 2019). La bulimia nervosa (BN) che comprende sintomi come l'insoddisfazione corporea, abbuffate e comportamenti compensatori e altri disturbi alimentari, invece, sono associati a complicazioni mediche tra cui problemi cardiaci, polmonari, riproduttivi (Mehler & Rylander, 2015 in Jewell et al., 2023a). L'eziologia dei disordini alimentari è complessa e non è ben chiarita, ma probabilmente include fattori genetici, comportamentali e psicosociali (Léon et al., 1997 in Musetti et al., 2023). Sicuramente, una grande maggioranza di fattori di rischio sono di tipo familiare. Una revisione (Del Casale, 2022) li riassume individuando al primo posto l'attaccamento insicuro e, a seguire, mancanza di carezze materne, interazione disfunzionale durante l'alimentazione, dipendenza, dieta materna, aumento dell'assunzione di cibo in famiglia, perfezionismo, richieste genitoriali sempre più elevate, le attività emotive, tabù familiari riguardanti la nudità e la sessualità, basso coinvolgimento familiare, affettività negativa, discordia familiare, anamnesi familiare positiva per DCA, storia familiare di depressione, anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici, disturbi affettivi nei membri della famiglia, abuso di alcol e droghe, traumi relazionali.

Quello che è noto è che gli individui con disturbi alimentari hanno tassi più elevati di attaccamento insicuro rispetto ai controlli della popolazione e che l'attaccamento insicuro è considerato un fattore di rischio generale per i DCA (Cascino et al., 2023; Del Casale 2022; Tasca, 2019; Faber et al., 2018); Rossi et al. (2022) hanno riscontrato che l'insicurezza dell'attaccamento è predittiva di una psicopatologia alimentare più elevata negli adulti con AN e BN. Inoltre, nelle persone con DCA, l'insicurezza dell'attaccamento è stata associata alla gravità dei sintomi alimentari e il tipo di insicurezza dell'attaccamento ha dimostrato di avere impatti negativi specifici sui risultati della

psicoterapia, in modo tale che un maggiore evitamento è stato associato a un aumento dell'abbandono in terapia e una maggiore ansietà a esiti terapeutici peggiori (Tasca & Balfour, 2014). La teoria dell'attaccamento rappresenta ancora una volta, uno dei riferimenti più importanti per lo studio dello sviluppo di un individuo lungo tutto il suo ciclo di vita e fornisce al clinico una chiave profonda ai fini della comprensione della sofferenza che sta alla base di gravi psicopatologie come i disturbi del comportamento alimentare (Civillotti et al., 2022). L'attaccamento, quindi, è una variabile promettente che può influenzare le traiettorie di recupero e gli esiti clinici (Jewell et al., 2023a)

I fattori alla base di questa scoperta sono però ancora poco conosciuti (Jewell et al., 2023), ma identificarli potrebbe offrire nuove prospettive per la valutazione clinica, la prevenzione e il trattamento (Faber & Knauper, 2018; Tasca, 2019). È già ampia la ricerca che ha stabilito chiare associazioni tra lo stile di attaccamento insicuro e l'espressione e il mantenimento di atteggiamenti e comportamenti alimentari poco sani, sia a livello clinico che subclinico (Tasca & Balfour, 2014; Faber & Knauper 2018; Jewell et al., 2016). Tuttavia, la letteratura che indaga l'associazione tra diversi stili di attaccamento e specifici sottotipi di disordine alimentare rimane inconcludente. Già in passato l'attaccamento è stato a lungo concettualizzato come un fattore di rischio per i disturbi alimentari (ad esempio Treasure & Schmidt, 2013 in Jewell et al., 2023a) anche nelle popolazioni non cliniche (Faber & Knauper 2018); gli stessi autori hanno sottolineato l'importanza dell'assistenza precoce non sincrona come fattore di rischio per l'AN. Da una metanalisi di quest'anno (Jewell et al., 2023a) emerge però che le prove a sostegno del ruolo causale dell'attaccamento nei disturbi alimentari sono deboli. Tali studi non riescono a dimostrare il ruolo causale dell'attaccamento non solo a causa del loro disegno trasversale, ma anche perché è stato dimostrato che i modelli di attaccamento mancano di stabilità in particolare a intervalli superiori a 15 anni (Pinquart et al., 2013), sebbene un piccolo corpus di ricerche indichi l'insicurezza dell'attaccamento nell'infanzia e nella preadolescenza come fattore di rischio per la patologia alimentare in adolescenti non clinici (Jewell et al., 2016).

Mentre mancano prove di un ruolo causale dell'attaccamento, sono state proposte numerose teorie per spiegare i potenziali meccanismi attraverso i quali l'attaccamento insicuro potrebbe mettere gli individui a rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari, come la regolazione emotiva disadattiva (vedi Faber et al., 2018 per una recensione o Tasca & Balfour, 2014). Le difficoltà nella regolazione delle emozioni e i sintomi depressivi sono stati trovati come i più forti mediatori tra l'attaccamento insicuro e la psicopatologia alimentare sia nella popolazione clinica che nel campione non clinico (Cortès-Garcia et al., 2019). Più approfonditamente, Civillotti (2022) ha suggerito l'esistenza di un alto livello di specificità nel funzionamento emotivo dei pazienti con AN, con una focalizzazione sul controllo pervasivo delle emozioni, che è ben illustrato dalla strategia evitante/ambivalente descritta

nella dinamica maturativa. Tasca et al. (2019) hanno poi scoperto che l'iperattivazione delle emozioni mediava la relazione tra attaccamento ansioso e sintomi del disturbo alimentare, mentre Keating et al. (2013), come descritto nel capitolo precedente, hanno scoperto che l'alessitimia mediava la relazione tra attaccamento insicuro e insoddisfazione corporea. Cascino (2023) ha rilevato poi che l'associazione tra l'evitamento dell'attaccamento e l'ansia con i sintomi specifici del DCA era mediata dalla non accettazione emotiva, intesa come una delle componenti principali della regolazione emotiva. Questo suggerisce che l'ipotesi dell'"ambiente invalidante" è di particolare interesse per collegare l'attaccamento insicuro, il riconoscimento e l'accettazione delle emozioni e la psicopatologia (Cascino, 2023).

Negli ultimi due decenni, il numero di studi incentrati sui mediatori che collegano l'attaccamento insicuro con i disturbi alimentari, sia a livello clinico che subclinico, è notevolmente aumentato. Una prima sintesi sistematica di questa letteratura, portata avanti da Cortès-Garcia e colleghi nel 2019, ha cercato di identificare e quantificare la misura in cui mediatori contribuiscono alla spiegazione di questa relazione. Ventiquattro studi, attraverso un'analisi di mediazione, hanno esaminato come l'attaccamento insicuro porti a sintomi alimentari. In particolare, emerge l'associazione tra attaccamento e sintomi premorbosi come preoccupazioni per il peso, insoddisfazione per il corpo, alimentazione restrittiva e abbuffate, avvalorando quindi l'ipotesi che i sintomi del disturbo alimentare possano essere le manifestazioni dei processi psicologici ed emotivi sviluppati da relazioni di attaccamento insicure. Tuttavia, abbiamo visto come un attaccamento insicuro non può essere causa sufficiente per lo sviluppo della psicopatologia, ma nella maggior parte dei casi questa influenza può essere indirettamente condizionata dal concorso di diverse variabili che possono modificare le prime esperienze di attaccamento (Pinquart et al., 2013). A questo proposito, la ricerca suggerisce che la relazione tra attaccamento insicuro e sintomi del disturbo alimentare può essere spiegata da molteplici meccanismi di mediazione (Kuipers et al., 2016 in Cortès-Garcia, 2019). In particolare, gli studi (Cortès-Garcia, 2019) suggeriscono un ruolo potenziale (che spiega il 61% dell'effetto totale dell'attaccamento insicuro sui sintomi DCA) della regolazione emotiva problematica, dell'affetto negativo, del perfezionismo disadattivo, del nevroticismo, della consapevolezza, del confronto sociale e dell'insoddisfazione corporea nell'insicurezza dell'attaccamento, che potrebbero mettere una persona a rischio di incorrere in un disturbo del comportamento alimentare in giovane età o potrebbe favorire il mantenimento del problema nel lungo periodo. Si può capire che le persone con un attaccamento insicuro, nella speranza di ridurre i sentimenti negativi su sé stesse, si rivolgono a sintomi alimentari come la dieta (per raggiungere un'immagine corporea ideale), il binge eating (per migliorare il tono dell'umore) e le condotte di eliminazione (per compensare i sentimenti negativi associati all'eccesso) (Cortès-Garcia, 2019). A causa della mancanza di funzionalità di queste

strategie, l'affetto negativo rimane e mantiene attivo il ciclo, innescando la sintomatologia ogni volta che la persona deve affrontare un momento di disagio (Faber & Knauper, 2018). Un altro studio (Klein et al., 2022) ha poi indagato il ruolo dell'attaccamento ansioso ed evitante e del funzionamento della personalità (definita come la compromissione del funzionamento personale e interpersonale) nella psicopatologia del disturbo alimentare. I risultati indicano che livelli più bassi di funzionamento della personalità e livelli più elevati di attaccamento ansioso sono associati alla sintomatologia alimentare e, in particolare, il funzionamento della personalità media completamente l'effetto dell'attaccamento ansioso sui sintomi del DCA. Contrariamente ai risultati precedenti, non hanno trovato alcuna correlazione tra l'evitamento dell'attaccamento e i sintomi DCA, probabilmente perché la maggior parte degli studi precedenti sono stati condotti su campioni clinici, prevalentemente di sesso femminile (Klein et al., 2022). Questo contribuisce al crescente corpo di ricerca che utilizza concettualizzazioni dimensionali del funzionamento della personalità, suggerendo che esse forniscono un quadro teorico informativo importante per la comprensione e il trattamento dei DCA, in termini di fattori di rischio e di mantenimento. Inoltre, indicano che le differenze individuali sottostanti, ad esempio rispetto alle configurazioni di attaccamento insicuro, hanno implicazioni rilevanti per la manifestazione dei sintomi.

L'attaccamento, considerato il suo ruolo nel mantenimento del problema, può essere rilevante nell'influenzare il recupero del disturbo alimentare, lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e potenzialmente i risultati clinici, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche (Jewell et al., 2023a). Sicuramente, l'attaccamento potrebbe essere rilevante per il corso e l'esito dei trattamenti dei disturbi alimentari in quanto potrebbe moderare l'efficacia del trattamento o, in alternativa, potrebbe rappresentare un obiettivo specifico del trattamento (Tasca & Balfour, 2014). I familiari stretti svolgono un ruolo centrale in diversi trattamenti consolidati per i disturbi alimentari, come la terapia familiare per i disturbi alimentari negli adolescenti o la terapia familiare focalizzata sull'anoressia nervosa (FT-AN), che risulta essere il trattamento di prima linea per l'anoressia nervosa adolescenziale. Lo scopo di uno studio contemporaneo (Jewell et al., 2023b) è quello di indagare il ruolo dell'attaccamento e della mentalizzazione nel predire l'esito del trattamento. Infatti, anche maggiori difficoltà di mentalizzazione, come più alti livelli di attaccamento insicuro, erano maggiormente presenti negli individui con disturbi alimentari rispetto ai controlli della comunità (Jewell et al., 2016). I risultati indicano che l'attaccamento e la mentalizzazione erano poi predittivi dell'alleanza terapeutica. In particolare, l'attaccamento sicuro e una maggiore funzione riflessiva negli adolescenti erano entrambi predittivi di valutazioni positive dell'alleanza, suggerendo che queste variabili meritino l'inclusione in futuri studi sulla formazione di alleanza nella FT-AN. Un altro studio (Musetti et al., 2023) evidenzia il ruolo della mentalizzazione, in particolare del

funzionamento riflessivo (FR), nell'associazione tra questo, gli stili di difesa, l'alimentazione disordinata (AD), l'attaccamento e il maltrattamento emotivo infantile (cioè l'abuso emotivo e l'abbandono emotivo). Questi studiosi hanno trovato significativi effetti indiretti tra abuso emotivo e negligenza e AD tramite insicurezze di attaccamento (sul continuum ansia ed evitamento), bassa FR e stili di difesa nevrotici e immaturi nelle donne. Questo ribadisce il fatto che sia i fallimenti nella mentalizzazione che lo stile di difesa immaturo possono aumentare il rischio di AD tra i soggetti con una storia di maltrattamento infantile.

In sintesi, credo che la teoria dell'attaccamento possa offrire oggi una prospettiva solida e privilegiata per l'esame e la comprensione dei molti modi in cui la sofferenza si può manifestare. Data l'importanza della qualità delle prime esperienze e delle relazioni di attaccamento nel consolidare uno stato di vulnerabilità, così come rispetto alla psicopatologia del comportamento alimentare che è strettamente correlata all'insicurezza derivante dalle ferite dell'attaccamento, questo quadro teorico offre spunti unici per quanto riguarda la ricerca e la riflessione clinica sui disturbi alimentari (Civillotti et al., 2022).

### **6.1. Fame d'Amore: una Breve Comprensione Psicodinamica dei Disturbi del Comportamento Alimentare**

*Avevo fame di cose vere,  
naturali, primordiali:  
avevo fame di amore.  
L'avrebbero mai capito gli altri?*

Alda Merini

Negli ultimi decenni i contributi fondamentali di Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) sono stati come un “faro nel buio” per i clinici che avevano in cura i pazienti anoressici (Gabbard, 2015). La Bruch ha osservato che la preoccupazione riguardo al cibo e al peso è una manifestazione emblematica di un disturbo più profondo del concetto di Sé. Il corpo viene percepito come separato dal Sé, come se appartenesse ai genitori. La postura difensiva premorbosa dell'essere una “bambina perfetta” di solito nasconde un profondo senso di inutilità (Gabbard, 2015). La Bruch ha individuato le origini evolutive dell'anoressia nervosa in una relazione disturbata tra l'infante e la madre. Ella sembra prendersi cura della figlia in funzione dei propri bisogni piuttosto che di quelli della figlia, che si sente come un'estensione della madre. Il comportamento anoressico della paziente rappresenterebbe un tentativo frenetico di ottenere ammirazione e conferma come persona unica e

speciale. In un'ottica sistemica, Minuchin e colleghi hanno dipinto una famiglia invischiata alle spalle dei pazienti anoressici, caratterizzata da una generale assenza di confini generazionali e personali. M. Selvini Palazzoli (1963) ha notato che le pazienti con anoressia nervosa non sono state in grado di separarsi psicologicamente dalla figura materna, impedendo così l'acquisizione di uno stabile senso del proprio corpo. Il corpo viene così percepito come se fosse abitato da un cattivo introietto materno, e il digiuno può diventare un tentativo per fermare la crescita di questo oggetto interno ostile e intrusivo (Gabbard, 2015). Sempre Gabbard (2015) scrive che la paziente anoressica trasmette il seguente messaggio "Non vi è niente di buono che io possa possedere, per cui rinuncerò semplicemente a tutti i miei desideri". Tale rinuncia favorisce nell'altro l'ammirazione per il suo autocontrollo e il cibo inizia così a simbolizzare le qualità positive dell'altro che lei desidererebbe avere in sé; "Essere schiava della fame è preferibile a desiderare di possedere la figura materna". Ancora, il sintomo anoressico potrebbe essere un attacco al falso sé promosso dalle aspettative genitoriali, un'affermazione del nascente vero Sé, una richiesta d'aiuto, a volte una dissociazione difensiva come modalità per regolare affetti intensi (Gabbard, 2015).

La bulimia è essenzialmente una faccia della stessa medaglia dell'anoressia (Mintz, 1988). Mentre la paziente anoressica è supportata da una maggiore forza dell'Io e da un maggiore controllo del Super-Io, alcune pazienti bulimiche possono soffrire di una generalizzata incapacità di posticipare la soddisfazione degli impulsi, a causa di un Io indebolito e di un Super-Io meno forte (Gabbard, 2015). Gli autori che hanno studiato le origini evolutive della bulimia hanno rilevato notevoli difficoltà rispetto alla separazione sia nelle pazienti che nei loro genitori. Questa "lotta evolutiva" per separarsi può invece essere inscenata usando come oggetto transizionale, elemento assente nella loro storia, il corpo (Sugarman, 1982). L'ingestione del cibo rappresenterebbe il desiderio di fusione simbiotica con la madre e l'espulsione di cibo un tentativo ambivalente di separarsi da lei. L'ingestione e l'espulsione del cibo possono riflettere poi direttamente l'introiezione e la proiezione di introietti aggressivi o "cattivi" (Gabbard, 2015). L'espulsione della cattiveria sotto forma di vomito consente alla paziente di sentirsi meglio. Tuttavia, il sentimento residuo di "bontà" è instabile in quanto basato sulla scissione, sul diniego e sulla proiezione dell'aggressività piuttosto che sull'integrazione del cattivo con il buono (Gabbard, 2015).



## **7. Attaccamento e Comportamenti Autolesivi non Suicidari e Suicidari**

I comportamenti autolesivi sono definiti come qualsiasi comportamento autodiretto, mirato al sé e al corpo (Yakeley & Burbridge-James, 2018), che provoca danni fisici (Muehlenkamp et al., 2012 in Woo, 2020). Con questa terminologia riconosciamo che alcuni di questi comportamenti vengono eseguiti senza un chiaro intento. Tuttavia, quando si guarda all'intenzione auto-riferita, l'autolesionismo può essere suddiviso in due sottotipi: autolesionismo non suicidario (NSSI), definito come la "distruzione intenzionale del proprio corpo senza l'intento di morire" (Nock & Favazza, 2009) e tentativi di suicidio (TS), che hanno l'obiettivo di causare la propria morte (Silverman et al., 2007).

Sappiamo quanto l'adolescenza possa essere un periodo delicato ed è proprio in questo periodo che l'NSSI ha tipicamente il suo esordio con una prevalenza del 18-20% nella popolazione generale e tassi più alti nei campioni clinici (per esempio, Moran et al., 2012). Anche se l'NSSI non è accompagnato dal desiderio di morire va attenzionato in quanto è possibile un esito letale e in quanto risulta essere il primo fattore di rischio per un tentativo di suicidio in futuro (Varley et al., 2022). Secondo il National Center for Health Interview, il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone di età compresa tra i 15 e i 19 anni negli Stati Uniti (Heron, 2017 in Woo, 2020) e negli ultimi quindici anni la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo è stata in cima all'agenda del governo (Yakeley & Burbridge-James, 2018). Tuttavia, numerosi passi avanti devono essere ancora portati avanti in termini di prevenzione e di cultura sulla salute mentale.

Queste evidenze ci devono mettere in allarme e dovrebbero muovere la ricerca verso la scoperta delle vulnerabilità che precedono sia l'NSSI che il TS con l'obiettivo di migliorare la prevenzione primaria e di costruire trattamenti sempre più incisivi ed efficaci (Woo et al., 2020).

Dato l'ampio impatto sulla visione del mondo e sulla visione di sé, è comprensibile il motivo per cui l'attaccamento insicuro sia studiato come fattore di rischio per NSSI e TS. Infatti, l'attaccamento insicuro è stato messo in relazione con l'NSSI in campioni clinici di adolescenti (Green et al., 2021; Janssens et al., 2022) e una teoria ampiamente accettata ha postulato che questa influenza sia mediata dalla regolazione interpersonale e intrapersonale (Woo et al., 2020). Nello specifico, si pensa che gli individui con attaccamento ansioso ambivalente esprimano le loro emozioni sovra regolate attraverso l'autolesionismo, sperando in un conseguente aumento del supporto e del contatto con le loro figure di riferimento (Michelson & Bhugra, 2012 in Woo). In direzione opposta vanno le persone con attaccamento evitante che sotto regolano le loro emozioni attraverso l'NSSI, inteso a diminuire il supporto e il contatto con le loro figure di attaccamento (Tasca, 2019).

Una recente revisione sistematica sulla relazione tra attaccamento e autolesionismo nella popolazione adulta supporta un'associazione significativa tra le dimensioni dell'attaccamento e l'autolesionismo

(Wrath & Adams, 2019). Una recente revisione, che esplora ulteriormente questi aspetti nei bambini e negli adolescenti, mette in luce che una maggiore ansia di attaccamento è associata a una maggiore segnalazione tramite NSSI, mentre un maggior evitamento dell'attaccamento è associato a una maggiore tendenza ai TS (Woo et al., 2020). Più approfonditamente, dodici dei tredici studi che esplorano la relazione tra attaccamento e NSSI hanno trovato un'associazione positiva tra le due variabili; di questi, la maggior parte erano stati condotti su campioni non clinici. Altri dieci studi hanno riscontrato che il comportamento NSSI è associato a una minore sicurezza dell'attaccamento. In particolare, Gandhi et al. (2016) hanno rilevato che l'NSSI per tutta la vita è negativamente associato alla fiducia materna e positivamente associato all'alienazione materna. Si è poi scoperto che queste relazioni sono mediate dalla diffusione di identità e lo scarso legame materno basale era correlato all'NSSI al follow-up. Cerutti et al. (2018) hanno scoperto che l'NSSI è negativamente correlato con l'attaccamento dei genitori e che questa relazione era mediata dall'alessitimia (vedi cap.4). Victor et al. (2019) hanno rilevato che lo scarso attaccamento ai genitori aumentava poi la probabilità di una successiva insorgenza di NSSI.

Nella maggior parte delle storie di NSSI il meccanismo attraverso il quale l'attaccamento derivante dalle prime interazioni con i CG ha creato vulnerabilità per l'NSSI è probabilmente spiegato dalla difficoltà nel raggiungere la regolazione emotiva sotto stress (Woo et al., 2020). Una RE disfunzionale può portare l'adolescente a controllare le emozioni troppo intense e a distrarsi dal dolore emotivo infliggendosi dolore fisico. D'altra parte, l'NSSI può sostituire la comunicazione verbale utilizzata per esprimere indirettamente la propria sofferenza e il proprio bisogno di aiuto (Woo et al., 2020). Questa interpretazione è in linea con gli studi precedenti che dimostrano come l'autolesionismo sia, nella maggior parte dei casi, usato per ottenere supporto esterno o per regolare gli affetti negativi (Klonsky, 2007 in Woo). È poi da notare il fatto che i risultati nella popolazione adolescenziale sono in linea con quelli trovati nella letteratura per adulti (Wrath & Adams, 2019), fornendo così prove di una potenziale associazione permanente tra attaccamento insicuro e NSSI. Diversi studi hanno anche dimostrato un'associazione indiretta tra attaccamento e NSSI, sottolineando il ruolo di alcuni possibili mediatori come la visione di sé (intesa nei termini della diffusione identitaria) (Gandhi, 2019) e alessitimia (Cerutti et al., 2018). Ciò suggerisce ulteriormente l'importanza di costruire in terapia un'autostima via via più forte, di facilitare e aiutare lo sviluppo di un'identità il più possibile integra e di aumentare le capacità comunicative nei giovani per compensare la disregolazione emotiva e l'NSSI (Woo et al., 2020). Altri autori (Cassels, 2022 e 2018) hanno poi esaminato modelli longitudinali che includevano impulsività, problemi comportamentali, attaccamento e NSSI. Dai loro risultati si evidenzia in primo luogo che l'impulsività ha predetto in modo indipendente la nuova insorgenza di NSSI rispetto ad altri fattori di rischio, indicando che l'impulsività accentuata è un

fattore di rischio prospettico per l'NSSI; in secondo luogo suggeriscono una possibile associazione tra attaccamento, problemi comportamentali e NSSI, indicando che le terapie che migliorano l'attaccamento possono ridurre l'NSSI tra i giovani adolescenti sia direttamente, sia indirettamente, migliorando i problemi comportamentali.

Sappiamo poi, dai capitoli precedenti, come l'alessitimia sia associata a stili di attaccamento inadeguati che influenzano la capacità di regolare gli affetti. Bisogna però sottolineare che la regolazione emotiva è risultata essere la funzione più comunemente identificata in associazione al comportamento autolesivo non suicidario negli adolescenti (Cerutti et al., 2018). Emergono dalla letteratura (Cerutti et al., 2018) relazioni significativamente positive tra la difficoltà di identificare e descrivere i sentimenti, i comportamenti NSSI, gli eventi stressanti e l'ideazione suicidaria e viene messo in luce che caratteristiche alessitimiche hanno mediato significativamente l'effetto della qualità dell'attaccamento su NSSI e ideazione suicidaria.

Alcune teorie sullo sviluppo dell'autolesionismo sottolineano nuovamente che le esperienze infantili avverse (ACE) possono influenzare l'attaccamento, che a sua volta ha un impatto sulla disregolazione delle emozioni, che a loro volta portano all'autolesionismo (Christoforou & Ferrera, 2022). Uno studio di Cleare (2018), in particolare, ha mostrato che i soggetti che presentavano autolesionismo ripetuto riportavano sintomi depressivi, sintomi d'ansia, ideazione suicidaria e ACE più elevati e uno stile di attaccamento più disfunzionale. Shenkamm e colleghi (2021) hanno poi dimostrato che sia l'ansia da attaccamento, sia l'evitamento, moderano l'associazione tra sintomi depressivi e autolesionismo.

In ultimo, propongo un interessante e recente studio di Krug e colleghi (2021) che, rilevata l'elevata co-occorrenza di comportamenti NSSI e sintomi DCA, suggerisce che queste due condizioni condividano processi eziologici comuni. Questi autori hanno valutato un nuovo modello integrativo dei fattori sintomatologici condivisi tra NSSI e DCA (la disregolazione degli affetti, l'impulsività, l'autostima e l'insoddisfazione del corpo) e hanno visto come essi medino, in parte, la relazione tra attaccamento insicuro, schemi disadattivi e sintomi NSSI e DCA. Ulteriori studi sono necessari per approfondire la comorbidità sussistente.

Per quanto riguarda la popolazione adulta, un'analisi tematica di Buckmaster et al. (2019) ha sintetizzato i suoi risultati indicando che l'insicurezza dell'attaccamento primariamente e la trascuratezza, l'iperprotezione, l'abuso di potere poi, erano fortemente associati all'autolesionismo. Allo stesso modo, attaccamenti insicuri e relazioni violente con i partner romantici sono state associate a comportamenti autolesivi e a un cattivo funzionamento della famiglia di origine.

Una sintesi narrativa di una recente revisione sistematica (Varley et al., 2022) ha identificato poi otto temi per la motivazione o le ragioni dell'autolesionismo: identità e sottoculture, influenze dei pari,

fattori di stress educativi, malattie mentali, fattori cognitivi e neuropsicologici, trauma e attaccamento, influenze di internet e dei social media. Questo per sottolineare la realtà complessa e multifattoriale dei comportamenti autolesivi e per indicare una serie di possibili temi che potrebbero aiutare nel processo di valutazione clinica e guidare la ricerca futura in questo settore.

In sintesi, un minore attaccamento ai genitori e/o ai coetanei è costantemente associato all'NSSI. Questi modelli di associazione sono coerenti sia nei campioni clinici che in quelli non clinici. Inoltre, l'attaccamento è anche associato a caratteristiche più descrittive dell'NSSI, tra cui la prevalenza, la frequenza, la gravità e la tipologia.

Sempre nella metanalisi di Woo et al. (2020) sei degli otto studi che esploravano la relazione tra attaccamento e TS hanno riportato associazioni significative; la maggior parte degli studi era su campioni clinici. Per esempio, Sari e Kara (2019, in Woo et al., 2020) hanno scoperto che gli adolescenti che avevano una storia pregressa di TS avevano una sicurezza materna e paterna inferiore rispetto al gruppo di controllo. Falgares et al. (2017) hanno scoperto che la relazione tra attaccamento ansioso e TS era mediata dall'autocritica e dalla dipendenza e solo dall'autocritica per quanto riguarda l'attaccamento evitante. Nel complesso, sembra che l'insicurezza dell'attaccamento, in particolare nella dimensione dell'ansietà, siano associati al TS. In sintesi, l'attaccamento ai genitori è inferiore nei soggetti che riportano TS. Inoltre, l'attaccamento insicuro, nelle sue dimensioni dell'evitamento e dell'ansia, è predittivo di un futuro TS. Questi risultati sono presenti sia in campioni clinici che non clinici; tuttavia, queste relazioni sono spesso mediate da fattori personali e familiari.

Stagaki e colleghi (2022) hanno poi indagato il ruolo dell'attaccamento e della mentalizzazione come potenziali meccanismi nella relazione tra maltrattamento infantile, autolesionismo e suicidalità, dimostrando che il primo era associato sia direttamente che indirettamente ai secondi. Un altro studio (Guo et al., 2021) ha suggerito infine che l'attaccamento parentale può influenzare direttamente l'ideazione suicidaria e il TS attraverso l'anedonia e l'attaccamento tra pari. Questi risultati sottolineano ancora una volta l'importanza dell'attaccamento e verificano la fattibilità di un intervento sull'anedonia e sull'attaccamento tra pari per prevenire l'ideazione suicidaria e i TS.

“Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta...)” è uno dei nove criteri proposti dal DSM-5 per delineare una diagnosi descrittiva del disturbo borderline di personalità. Anche il PDM-2 dipinge l'organizzazione borderline di personalità come caratteristica di persone “ad alto rischio autolesivo”, tra gli altri tratti, tra cui primariamente la disregolazione emotiva. Uno studio (Mirkovic et al., 2021) su un campione clinico di adolescenti borderline, ha evidenziato proprio il ruolo mediatore della regolazione emotiva nei tentativi di suicidio tra gli adolescenti BPD, il che

suggerisce il bisogno di sviluppare interventi mirati al ruolo della disregolazione emotiva, collegata all'attaccamento, per prevedere e prevenire efficacemente il suicidio negli adolescenti parte del vasto *oceano borderline* (Cancrini, 2006).

Per ultimo voglio sottolineare il valore delle relazioni con i pari. Probabilmente, l'influenza dei coetanei nell'adolescenza è in stretta concorrenza con l'influenza dei genitori quando si tratta di plasmare la fiducia, la visione di sé e l'identità e, sebbene sia difficile differenziare il contributo unico di ciascuna relazione, le relazioni tra pari sembrano essere un obiettivo importante per l'intervento terapeutico (Woo et al., 2020). Tuttavia, la letteratura disponibile su questa relazione è, ad oggi, piuttosto scarsa e questa, pertanto, potrebbe rappresentare un'area importante della futura ricerca clinica (Woo et al., 2020).

Posso, in conclusione, dire che la valutazione dell'attaccamento come parte della valutazione del rischio per l'autolesionismo in queste popolazioni offra preziose informazioni necessarie per impostare interventi preventivi e per sviluppare nuovi approcci terapeutici intesi a stabilizzare la sicurezza dell'attaccamento e a migliorare l'efficacia interpersonale. Tutto questo potrebbe avere un impatto significativo sulla riduzione dell'autolesionismo futuro.

### **7.1. Cercare(si) un Confine: una Breve Comprensione Psicodinamica dei Comportamenti Autolesivi**

*Dopo di te sono spopolata,  
una nuvola senza popolo delle nuvole,  
un'anima senza angoli, spazzata da vento impetuoso.  
Un nocciolo senza frutto.  
Respiro forte sotto cielo duro.  
Sovraesposta e schiusa,  
mi aggiro appena nata per la città fragorosa  
e tocco muri con dita vegetali,  
li conto,  
come prove numeriche di essere al mondo,  
lo stesso mondo.*

Chandra Livia Candiani, da "La bambina pugile"

Dal punto di vista psicodinamico credo che, per capire come le difficoltà di attaccamento predispongono gli individui al pensiero e al comportamento suicidario, sia necessario esplorare il ruolo dei meccanismi psicologici sottostanti, andando oltre le statistiche e i dati demografici che rischiano di oscurare l'esplorazione della miriade di storie e relazioni individuali che si celano dietro ogni atto autolesivo. Uno studio (Yakeley & Burbridge-James, 2018) ha cercato di descrivere come

un approccio psicodinamico possa migliorare la valutazione del rischio e il trattamento dei pazienti che presentano NSSI e TS all'interno di un contesto relazionale e di un quadro dell'attaccamento, focalizzandosi sull'esperienza affettiva, sul significato inconscio e sull'interpretazione. Questi autori ci ricordano che il suicidio e l'autolesionismo sono atti del comportamento umano che ci portano ai limiti della nostra comprensione; sono atti volti contro il sé e contro un corpo che, per natura, dovremmo voler proteggere. Le prime teorie psicoanalitiche sullo sviluppo del sé a partire dal corpo (possiamo ricordare le parole di Winnicott nell'introduzione), furono elaborate dall'idea di Anzieu (1974) che l'Io fosse costruito come un "Io pelle" attraverso il primo contatto del bambino con la pelle della madre, e l'enfasi di Bick (1968) sulla funzione di "trattenimento" della pelle nel delimitare un confine tra ciò che viene sperimentato internamente nel corpo e nella mente e ciò che è esterno. La teoria dell'attaccamento sviluppa ulteriormente queste idee psicoanalitiche sottolineando l'importanza del contatto e della presenza responsiva nei primi tempi di vita. Se non vi è stata sintonizzazione, se l'attaccamento risulta insicuro, l'Io del bambino rimane fragile e si affida a meccanismi di difesa primitivi (scissione, proiezione e identificazione proiettiva) per evitare sentimenti dolorosi. Le esperienze che provocano ansia del corpo del bambino non possono così essere rappresentate nella mente, ma sono invece messe in atto e comunicate attraverso il corpo (Yakeley & Burbridge-James, 2018). Non c'è più confine: il bene e il male, il sé e l'altro, la realtà interiore ed esteriore si confondono. In quest'ottica l'autolesionismo e il suicidio possono essere intesi come manifestazioni di disturbi del sé; come tentativi, seppur patologici, di ristabilire il confine tra mente e corpo, e di comunicare e risolvere i traumi infantili. Adshead (2016) descrive come nell'autolesionismo il corpo diventi il mezzo di comunicazione in cui mappare e scrivere le dinamiche interne delle relazioni con sé e con gli altri. L'autolesionismo comporta sempre una violazione dei confini del corpo che collegano l'esterno con l'interno, la mente e il corpo, il sé e gli altri. La violazione del corpo e l'effettiva penetrazione della pelle possono essere viste come un tentativo inconscio di asportare ciò che si sente come cattivo per liberarsi da pensieri e sentimenti insopportabili (Yakeley & Burbridge-James, 2018). Ancora, l'attraversamento corporeo può rappresentare una transizione, la comunicazione delle difficoltà affrontate nei momenti di transizione nella vita e delle sfide che queste pongono (vedi l'esordio tipico in età adolescenziale). L'autolesionismo può anche essere un modo per invertire l'impotenza sperimentata attraverso l'abuso e per riprendere il controllo sull'aggressore. In ultimo, possiamo vedere sottostante al suicidio e agli agiti autolesivi, attacchi al sé che è inconsciamente identificato con qualcuno che la persona ha odiato e perso (identificazione con l'aggressore) (Yakeley & Burbridge-James, 2018). In conclusione, penso che una comprensione psicodinamica, a prescindere dalla lente teorica attraverso la quale si legge il fenomeno, possa guidare gli incontri clinici e gli scambi interpersonali tra paziente e clinico, contribuendo allo sviluppo di

efficaci approcci multimodali e multidisciplinari alle complessità e alle sfide che gli psichiatri e gli psicologi affrontano nel loro lavoro con i pazienti a rischio di autolesionismo e suicidio.

## **8. L'Adult Attachment Projective Picture System: uno Sguardo Narrato sull'Attaccamento**

*“Tutto nella vita ci viene sotto forma di una narrativa;  
quella che raccontiamo è una storia”*

Zander e Zander

*“La paura della separazione, la perdita delle figure di attaccamento  
e l'essere lasciati soli senza protezione sono fondamentali per l'evoluzione umana”*

Bowlby

Bowlby ha sottolineato l'importanza di poter osservare il sistema di attaccamento nel momento in cui esso venga attivato. Le situazioni che consentono tale attivazione comprendono quelle situazioni che minacciano e/o compromettono la sicurezza fisica e psicologica (Di Riso & Lis, 2016).

L'*Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) è uno strumento pittorico-narrativo basato sulla presentazione di immagini, volto ad attivare la dinamica di attaccamento (Di Riso & Lis, 2016). Esso rileva “lo stato mentale rispetto all'attaccamento” (Main, 1995), ovvero i modelli di pensiero e gli effetti delle esperienze di attaccamento infantile (George & West, 2011). È un test proiettivo (termine poco apprezzato in ambito scientifico e per questo sostituito da *performance based personality testing*), capace quindi di adattarsi a stimoli complessi, con lo scopo di rilevare come i soggetti si comportano, percepiscono, associano, organizzano le loro rappresentazioni del sé in relazione alle figure di attaccamento (Di Riso & Lis, 2016). Esso si basa sulla teorizzazione evolutiva classica bowlbiana e sui suoi sviluppi più recenti, mettendo così in relazione teoria, clinica e metodologia.

È costituito da stimoli (*pictures*) che raffigurano eventi che attivano l'attaccamento (malattia, separazione, morte e minaccia) incompleti e poco caratterizzati, se non per specifiche sfumature che evocano la separazione, ma che mantengono sempre una sorta di ambiguità. La seconda caratteristica riguarda le variazioni dell'accessibilità percepita delle figure di attaccamento; alcuni stimoli ritraggono individui soli (tavole *alone*), altre ritraggono delle diadi di attaccamento (tavole *dyadic*). Sono tavole, quindi, che rappresentano quelle esperienze nel presente che possono riattivare il sistema di attaccamento fondato sulle esperienze relazionali primarie. La terza caratteristica è la rappresentazione dell'attaccamento nel corso della vita. Bowlby ha proposto che l'attaccamento è di notevole importanza per tutto l'arco di vita, dall'infanzia fino alla vecchiaia (Bowlby 1969/1982,

1973, 1980). Le scene AAP raffigurano personaggi di età compresa tra i bambini e gli anziani, di diversa etnia e sesso.

Il compito è rappresentazionale e combina tecniche proiettive e di intervista semi-strutturate: presentata una tavola, si chiede alla persona di raccontare una storia, esplicitamente non autobiografica, che abbia un inizio, una conclusione e una fine, e che coinvolga i personaggi, i loro sentimenti o pensieri e lo sfondo degli eventi. Nello specifico, l'intervistatore chiede alla persona di descrivere che cosa sta accadendo in ogni immagine AAP; le risposte sono poi audio registrate per la trascrizione e l'analisi letterale. La risposta iniziale dell'individuo è seguita da alcuni prompt utilizzati per ottenere informazioni su cosa ha portato agli eventi della sua storia, su cosa pensano e provano i personaggi e su cosa accadrà dopo.

La struttura esterna del compito è piuttosto scarsa e per questo i soggetti si trovano a dover completare e disambiguare le situazioni proposte per poter raccontare una storia strutturata come richiesto, facendo riferimento al proprio mondo interno di relazioni, pensieri causali ed emozioni. Il risultato è un racconto che integra lo stimolo reale con gli effetti della performance dei soggetti, tramite il processing narrativo e l'interpretazione degli stimoli stessi (Di Riso & Lis, 2016). L'AAP è considerato oggi una dimensione specifica di assessment della personalità valida, economica ed efficace, che, grazie al processo di codifica, permette ai clinici di valutare costrutti centrali della teoria dell'attaccamento, alcuni dei quali mai stati operazionalizzati in precedenza. Viene inoltre citato come report clinico, utile ad accertare dimensioni dell'asse M del PDM-2, quali per esempio per l'assessment della capacità di instaurare relazioni e di essere in intimità con gli altri e la capacità di auto-osservazione.

L'AAP si inserisce in una prospettiva evolutiva seguendo i principi esplicitati dalla Ainsworth (1978) ma tiene in conto alcune specificità proprie dell'assessment con l'adulto, o, nel mio caso, con l'adolescente. Non possiamo, infatti, osservare il sistema comportamentale di attaccamento come con il bambino, perché ci troviamo di fronte "solo" a *rappresentazioni* dell'attaccamento, che potremmo indicare come "tracce mentali delle esperienze via via vissute relativamente alla relazione di attaccamento e al sé" (Di Riso & Lis, 2016). La presentazione delle immagini-stimolo dovrebbero elicitarle andando a costruire una storia interna che le coinvolge e che consente a noi di rilevarle tramite la disponibilità di una figura di attaccamento internalizzata. L'approccio rappresentazionale alla valutazione dell'attaccamento si basa sull'assunzione che sia possibile accedere ai contenuti e ai processi dei modelli operativi interni attraverso le narrazioni che gli individui forniscono delle loro esperienze di attaccamento (Bowlby, 1973).

Nel complesso racconto del soggetto si può rilevare un particolare intreccio di processi adattivi e difensivi in termini di attaccamento. A seconda della relativa prevalenza di adattamento o difesa, la



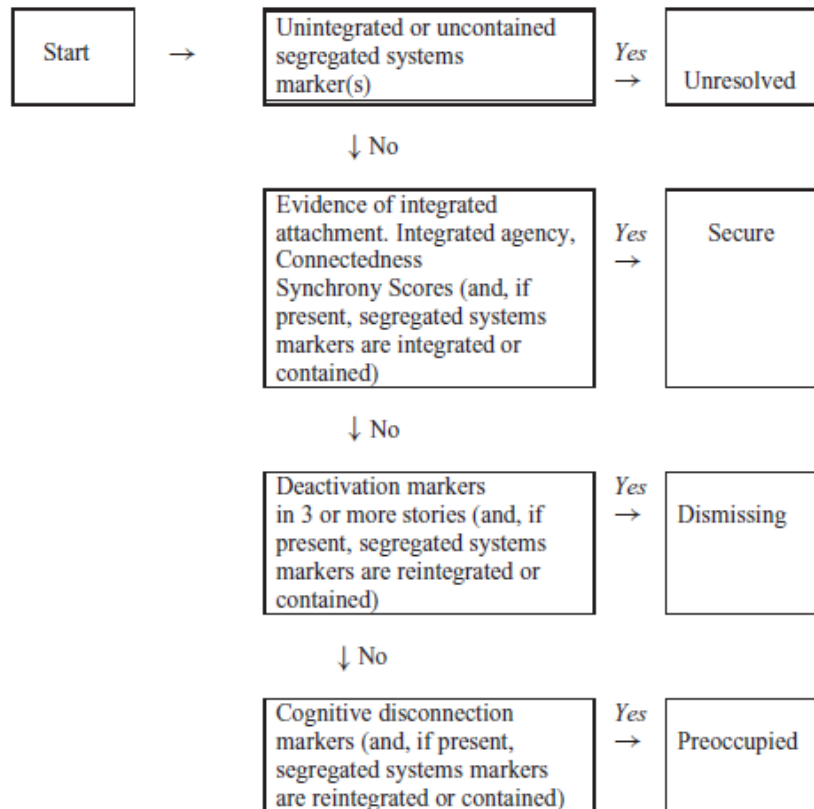
storia finale può variare da una risposta pensata e riflessiva a una risposta automatica, poco riflessiva e addirittura ad una disorganizzata.

Le narrazioni sono valutate in relazione alle tipologie di esperienze ed affetti relativi all'esperienza di attaccamento che l'individuo descrive, le quali possono essere soddisfacenti (responsive o di cura) o meno (rifiuto, minaccia di abbandono, abuso, morte). Si tiene conto in particolare della dimensione della coerenza, non tanto narrativa, quanto la coerenza dell'attaccamento, riferita a come gli elementi della risposta dimostrino una flessibile integrazione delle esperienze stesse di attaccamento e di caregiving e delle immagini di un sé autonomo, integrato e coerente (De Riso & Lis, 2016). Bisogna sottolineare come gli individui coerenti risultino poi sicuri, indipendentemente dalla tonalità (positiva o negativa) dei loro racconti.

Quelli che limitano la coerenza dell'attaccamento sono i processi difensivi. La tradizione proiettiva della valutazione della personalità ha a lungo enfatizzato l'idea che il significato nel contenuto della risposta di un individuo è rilevato nei modi in cui i bisogni sottostanti vengono trasformati da operazioni difensive (George & West, 2003).

Una caratteristica importante della teoria dell'attaccamento è la discussione di Bowlby (1980) sulle condizioni che portano gli individui a difendere le esperienze di attaccamento dalla consapevolezza cosciente. Le esperienze di *defensive exclusion* si sviluppano in risposta a situazioni in cui le relazioni di attaccamento vengono minacciate; esse, invece di essere prese in considerazione come informazioni, sono trattate come un "rumore di fondo" incomprensibile e non integrato che viene filtrato e trasformato prima dell'accesso al pensiero cosciente (George & West, 2003). La *defensive exclusion*, come la sua controparte psicoanalitica, la rimozione, si riferisce a quelle operazioni psicologiche che hanno lo scopo di escludere le informazioni dalla consapevolezza e quindi evitare le dolorose conseguenze alla consapevolezza cosciente.

Lo schema di codifica dell'AAP operationalizza il materiale difensivo sulla base delle tre classiche forme di esclusione difensiva teorizzate da Bowlby. Dal lavoro di George & West (2011): la *deactivation* del sistema di attaccamento definita come il tentativo di distogliere l'attenzione da eventi, individui o sentimenti di attaccamento, la *cognitive disconnection* che



**Figura 3 - Adult Attachment Projective System classification rules (George & West, 2001)**

porta a un'esclusione preconsa che interrompe l'elaborazione delle informazioni prima che arrivino alla coscienza minando così la coerenza e la visione unitaria degli eventi\emozioni associati e i *segregated system* definiti come isolamento dalla consapevolezza cosciente (in termini di elaborazione delle informazioni e memoria di lavoro) del doloroso "pacchetto" di ricordi e affetti associati a una particolare relazione di attaccamento minaccioso.

L'interazione di queste tre componenti regola la qualità della coerenza dell'attaccamento.

In particolare, i due modelli di attaccamento insicuro derivano da queste forme di esclusione difensiva rispettivamente caratterizzati da strategie di de-attivazione (interruzione dell'integrazione a causa di una modifica dell'attaccamento) per i soggetti evitanti e di disconnessione cognitiva (tentativo di separare le informazioni relative all'attaccamento dalle fonti di eccitazione o di angoscia) per quelli ambivalenti (Bowlby, 1980). Gli individui giudicati come irrisolti\disorganizzati, sono caratterizzati dalla terza forma di difesa e presentano storie che richiamano esperienze di trauma che minacciano l'attaccamento, come l'abuso sessuale o fisico o la perdita di una figura di attaccamento attraverso la morte (Main, 1995). In termini di elaborazione difensiva, la loro qualità del discorso è ben descritta dal concetto di "sistemi segregati" di Bowlby (1980). Essi derivano da una forte repressione pervasiva causata dagli altri due meccanismi difensivi

combinati insieme per disattivare o disconnettere cognitivamente le informazioni sull'attaccamento traumatico. In concreto, il modello disorganizzato deriva proprio dal fallimento dei processi difensivi e l'emersione non controllata del materiale di attaccamento traumatico (i *segragated system*).

In ogni storia vengono valutati i processi difensivi in combinazione con l'*internalized secure based*, la *goal-corrected partnership*, la *synchrony* e la *connectedness*. Se l'individuo riesce a inserire aspetti di integrazione relativi a questi elementi vengono classificati come sicuri (De Riso & Lis, 2016). La lettura dei protocolli si basa sulla lettura di variabili che derivano sicuramente da un'operazionalizzazione dei concetti classici bowlbiani, ma tiene anche conto di una visione più estesa proposta da George e West (2012) che consente un'interpretazione più dinamicamente orientata dai casi clinici, al di là della semplice classificazione in termini di pattern di attaccamento. Il segno distintivo dell'attaccamento sicuro, definito "autonomo" da Main (1995), è uno stile di discorso libero e senza restrizioni, definito da specifiche caratteristiche di coerenza, in particolare la disponibilità a richiamare ricordi e sentimenti legati all'attaccamento e a parlarne in modo ponderato e riflessivo. In termini di difesa, la valutazione dovrebbe prevedere l'assenza di esclusione difensiva. I modelli di attaccamento insicuro, invece, mostrano una discussione delle esperienze di attaccamento non integrate, non controllate, deviate; il discorso è incoerente e completamente guidato da un'elaborazione difensiva a servizio della protezione dell'individuo dall'ansia e dall'angoscia legata all'attaccamento (George & West, 2003).

Dimension	Stimuli	Definition	
<b>Story content</b>			
Agency of self	Alone	Story character takes steps to address the situation.	Integrated; internalized secure base, haven of safety; capacity to act; no agency.
Connectedness	Alone	Renew or make interpersonal connections in relationships with others.	Makes connections; connections are blocked or connections to stranger; no connection with others.
Synchrony	Dyadic	Reciprocal and mutual goal-corrected partnership.	Mutual enjoyment or sensitive care; functional interaction or interactive failure; no relationship present.
<b>Defense</b>			
Deactivation	All	Shift attention away from attachment; deflect awareness of distress.	Rules, power, achievement, authority, social scripts, distance, romance, rejection, neutralize.
Cognitive disconnection	All	Splintered or fractured descriptions of attachment events and emotions.	Uncertainty, opposite themes, anxiety, heightened emotional arousal, withdraw, withhold, gloss over.
Segregated systems	All	Overwhelmed by frightening and threatening experiences.	Helplessness, frightened, out of control, isolated, unprotected, abandoned; disturbing themes, one's own traumatic story; constriction.
<b>Discourse</b>			
Self-other boundary	All	Story includes own life experience in response.	Present; absent.

**Figura 4 - Adult Attachment Projective System coding system (George & West, 2001)**

La classificazione dell'attaccamento utilizzando l'AAP si basa sull'analisi verbatim della trascrizione delle risposte alle storie relative alle sette tavole presentate (la prima delle otto tavole è uno stimolo neutro di avvio), che vengono analizzate secondo tre dimensioni: i processi difensivi, il contenuto e il discorso. Oltre ai processi difensivi, analizzati sopra, il contenuto della storia valuta i significati e le caratteristiche dell'attaccamento del sé e delle relazioni che vengono rilevati nelle risposte riguardanti il/i personaggio/i. L'*Agency of Self* (“capacità del personaggio di impegnarsi in un comportamento che produca cambiamento, uso delle relazioni per ristabilire l'equilibrio dell'attaccamento e/o la capacità di entrare ed esplorare attivamente il proprio modello operativo interno” (West & George, 2002) e la *Connectedness* (“propensione dell'individuo a rinnovare o stabilire connessioni interpersonali nelle relazioni intime”) sono codificate per le storie *alone*, mentre la *Synchrony* (“impegno nella relazione di attaccamento-cura”) è codificata per le storie *dyadic*.

La codifica dell'AAP è stata sviluppata a partire dal confronto incrociato con le classificazioni dell'Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1984\1985\1996), il metodo predominante oggi (gold standard) per valutare le rappresentazioni mentali di attaccamento negli adulti ed è stato convalidato in un campione ampio e razzialmente diversificato (George & West, 2011). I risultati

del lavoro di George & West (2003) dimostrano una forte affidabilità e accordo tra i giudici delle due differenti classificazioni. L'affidabilità intergiudice per i quattro principali gruppi di attaccamento era di 0.92 con  $p < .001$ ; la convergenza tra AAP e AAI era di 0.94 con  $p < .001$ . L'AAI è un'intervista semistrutturata durante la quale all'individuo viene chiesto di descrivere le relazioni passate e presenti con i genitori e gli eventi rilevanti per l'attaccamento durante l'infanzia. Il contenuto dell'intervista non è preso alla lettera, ma piuttosto è sottoposto a una complessa analisi semantica. L'AAI è una misura consolidata con notevoli punti di forza. Si concentra sulla valutazione del modello rappresentazionale e presuppone la continuità evolutiva del sistema di attaccamento (George & West, 2011). La sua convalida si basa su oltre 25 anni di ricerca sullo sviluppo e clinica e risulta essere un tipo di testistica metodologicamente preciso, coerente e attendibile (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2009 in George & West, 2011). Nonostante i numerosi punti di forza, l'AAI, presenta notevoli svantaggi. Dal punto di vista pratico, l'intervista richiede da 1 a 2 ore per essere somministrata e la sua trascrizione letterale e il complesso processo di codifica e classificazione richiedono tempo; inoltre, dal punto di vista clinico, la capacità dell'AAI di valutare il trauma dell'attaccamento è limitata: le uniche valutazioni convalidate riguardano la perdita per morte e l'abuso fisico (George & West, 2011), realtà che non coprono certamente la complessa sfera potenzialmente traumatica di un individuo. Inoltre, la valutazione non rileva informazioni importanti sui processi difensivi dell'attaccamento. L'AAP elude questi problemi pratici e clinici (George & West, 2011) essendo una misura costruttivamente valida e sensibile al trauma (Buchheim & George, 2011). Dal punto di vista pratico, poi, i vantaggi sono considerevoli: il tempo di somministrazione per l'AAP è relativamente breve, circa 20-30 minuti, come anche la codifica da parte di giudici addestrati.

Ci sono diversi motivi per integrare l'AAP nella pratica clinica. Innanzitutto, è economico. In secondo luogo, poiché non è un'intervista autobiografica, l'AAP si presta particolarmente bene ad essere somministrato a popolazioni fragili in cui un'intervista diretta potrebbe risultare difficile o minacciosa (Szajnberg & George, 2011 in George & West, 2011). In terzo luogo, l'AAP è facilmente integrabile con altre valutazioni, come l'AAI. Gli stessi autori che traggono queste conclusioni (George & West, 2011) combinano nel loro lavoro tipicamente l'AAP con l'AAI e un'intervista sul trauma (Blake et al., 1996 in George & West, 2011). In quarto luogo, è possibile ripetere il proiettivo nel tempo andando a sottolineare i cambiamenti evolutivi che potrebbero emergere, per esempio, nel corso di una psicoterapia. Per questo, l'AAP è molto apprezzato dai professionisti nella loro pratica clinica; in particolare, sottolineano che questo proiettivo è in grado di fornire informazioni uniche che altre misure non possono dare (Gutterson, 2015). Questo studio (Gutterson, 2015) mette in luce che l'AAP può essere facilmente integrato in una psicoterapia ed è

in grado di fornire preziose informazioni utili alla presa in carico che potrebbero avere un profondo impatto sulla persona in cura. La stessa Autrice mette anche in risalto il fatto che l'AAP riesca a fornire una valida e utile comprensione delle capacità relazionali e dei processi difensivi della persona. In questo modo, è possibile rilevare facilmente lo stile di attaccamento, facendo sentire il paziente compreso, rafforzando l'empatia del clinico che può così focalizzare il percorso di trattamento.

Nonostante i diversi punti a favore sono da rilevare alcune criticità: in primo luogo la laboriosità e il dispendioso tempo di codifica (1-2,5 ore); in secondo luogo la formazione necessaria a diventare un giudice affidabile richiede molto tempo. Questi fattori sono molto influenti nel determinare se utilizzare o meno l'AAP e contribuiscono a rendere questo strumento ancora poco conosciuto e utilizzato (Gutterson, 2015).

## **SECONDA PARTE: ESEMPI DI APPLICAZIONE CLINICA**

Questo studio si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio che coinvolge l'UOC di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda-Ospedale Università di Padova e le UOC Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori della ULSS6. Il progetto, considerando ciò che il panorama della letteratura internazionale osserva come elementi correlati alla psicopatologia e al funzionamento e organizzazione di personalità dell'adolescente (14-18 anni) con condotte autolesive e/o disturbi alimentari, mira a osservare:

- 1) I correlati relazionali e dell'attaccamento in termini di rappresentazione del pattern di attaccamento, valutandone la relazione con i costrutti quali alessitimia e impulsività/disregolazione emotiva;
- 2) Il benessere psicofisico del genitore e il possibile senso di stress o esaurimento della funzione genitoriale

Questa ricerca, cornice in cui si inserisce il mio studio, si organizza attraverso una metodologia caso-controllo e prevede il reclutamento di due gruppi clinici e un gruppo di controllo. Il mio studio ha coinvolto tre di questi partecipanti afferenti ai due gruppi clinici (pazienti con condotte autolesive e pazienti con disturbi alimentari).

### **9. Obiettivi**

La mia tesi ha l'obiettivo di indagare la regolazione emotiva alla luce della teoria dell'attaccamento. In particolare, mira ad approfondire gli aspetti relativi all'alessitimia e all'impulsività in adolescenti con storie di disturbi alimentari e/o condotte autolesive perché, come è emerso chiaramente nella prima parte teorica, sono condizioni che mettono le radici primariamente in un problema di regolazione emotiva. Inoltre, questo progetto vuole essere un'occasione per riuscire a condividere l'AAP con il personale medico della Neuropsichiatria di Padova, perché ritengo possa essere un valido e utile strumento nella quotidiana pratica clinica.

### **10. Strumenti**

Ai pazienti coinvolti, ho potuto somministrare, insieme allo Psicologo di riferimento (Dott. Cataldo Mascoli), una batteria di test che indagano la rappresentazione dell'attaccamento dei pazienti, la presenza o meno di alessitimia e tratti di personalità impulsivi, oltre che la psicopatologia retrostante in termini di regolazione emotiva più o meno matura.

Di seguito la presentazione della batteria testale proposta:

- *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP; George & West, 2001) è un test proiettivo-narrativo che ha lo scopo di valutare le **rappresentazioni mentali di attaccamento** che l'individuo si forma nell'ambito delle relazioni primarie. Si veda il capitolo 9 per un maggiore approfondimento.
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994): è un questionario di autovalutazione volto ad indagare il costrutto dell'**alessitimia**. Si compone di 20 item a cui i soggetti rispondono attraverso una scala Likert a 5 punti, da “*non sono per niente d'accordo*” a “*sono completamente d'accordo*”. Gli item possono essere raggruppati in 3 fattori: “Difficoltà ad indentificare i sentimenti”, “Difficoltà a descrivere i sentimenti” e “Pensiero orientato all'esterno”. I soggetti che ottengono un punteggio minore a 51 sono considerati non alessitimici ( $< 51$ ), quelli con punteggio maggiore o uguale di 61 chiaramente alessitimici ( $\geq 61$ ); un punteggio compreso 51 e 60, invece, rivela la presenza di alessitimia ad un livello borderline (50-60). La TAS-20 ha dimostrato un'adeguata consistenza interna, con un Alpha di Cronbach di 0.82 ( $\alpha = 0.82$ ) per il campione clinico e di 0.75 per il campione normativo di riferimento ( $\alpha = 0.75$ ) (Bressi et al. 1996).
- *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton, Stanford & Barratt, 1995; Stanford et al., 2009): è un questionario self-report considerato il gold standard per la valutazione del costrutto di **impulsività** personalità/comportamento, sia in ambito di ricerca che come variabile comportamentale o di personalità in ambito clinico. Lo strumento si compone di 30 item valutati attraverso una scala Likert a 4 punti, ovvero Mai/Raramente, Talvolta, Spesso e Quasi sempre/Sempre che permettono di indagare 6 componenti relative all'impulsività: Attenzione, Comportamento motorio, Autocontrollo, Complessità cognitiva, Perseveranza e Instabilità cognitiva. Inoltre, raggruppando i punteggi ottenuti si possono individuare tre ulteriori domini di secondo ordine, ovvero Impulsività cognitiva (calcolata come somma di attenzione e instabilità cognitiva), Impulsività motoria (comportamento motorio e perseveranza) e Impulsività non pianificativa (autocontrollo e complessità cognitiva), e un punteggio totale: più questo risulta elevato più è indicativo della presenza di impulsività. Riguardo alla versione italiana viene individuato un Alpha di Cronbach pari a 0.79 ( $\alpha = 0.79$ ), dimostrando una buona consistenza interna (Fossati, Barratt, Acquarini & Di Ceglie, 2002).



- *Youth Self Report* (YSR/11-18; Achenbach, 1991): è un questionario autosomministrato da parte di adolescenti compresi tra gli 11 e i 18 anni che permette di indagare come percepiscono le loro stesse **competenze sociali, scolastiche e ricreative** e l'eventuale presenza di **problematiche a livello emotivo-comportamentale**. È un test pensato come una versione adattata del CBCL, al fine di ottenere informazioni dirette anche da soggetti adolescenti. Lo strumento si compone di una prima parte contenente delle domande semi-strutturate e di una seconda parte comprendente 113 item valutati attraverso una scala Likert a 3 punti, da “non è vero” a “molto spesso o spesso vero”, che descrivono il possibile stato attuale o degli ultimi sei mesi dell'adolescente. Rispetto alla prima parte dello strumento, dei punteggi ottenuti è possibile individuare tre scale (Scala delle Attività, Scala delle Competenze sociali e Scala delle Competenze scolastiche) che permettono di ottenere un Profilo/Scala delle Competenze Totali del ragazzo\*. La seconda parte, invece, permette di individuare 8 Scale Sindromiche (Ansia/Depressione, Ritiro/Depressione, Lamentele somatiche, Non rispetto delle regole, Comportamento aggressivo, Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione) che vengono raggruppate in 3 macro-categorie, ovvero Problemi internalizzanti, Problemi esternalizzanti e Problemi né internalizzanti né esternalizzanti: rispetto a queste scale, il ragazzo può ottenere punteggi definiti “normali”, “borderline” o “clinici”. Il questionario è stato standardizzato e validato anche per la popolazione italiana. I punteggi standardizzati e cut off permettono di confrontare popolazioni cliniche e non cliniche con valori buoni di attendibilità e validità. Per il questionario YSR gli indici di attendibilità variano da buoni ad eccellenti (range= .66-.87) (Leung P.W.L., Kwong S.L., Tang C.P., Ho T.P., Hung S.F., Lee C.C., Hong S.L., Chiu C.M., Liu W.S., 2006).

## 11. Casi Clinici

Di seguito presento tre casi clinici che si inseriscono nella più ampia cornice del progetto “Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in Adolescenti con Problematiche Psicopatologiche” proposto dalle Prof.sse Daniela di Riso, Marina Miscioscia & Michela Gatta, afferenti al Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova (PD, Italia) e alla UOC Neuropsichiatria Infantile, Dip. Salute Donna e Bambino, Azienda-Ospedale, Università di Padova (PD, Italia).

## 11.1. Primo Caso – Daria

### 11.1.1. Anamnesi e Breve Valutazione Clinica

Daria (nome di fantasia) ha concluso da poco la prima superiore con buon profitto. Circa due anni fa è iniziata una sintomatologia ansioso-depressiva con episodi di autolesionismo (self cutting) e ideazione anticonservativa (IAC). Dopo un breve percorso psicologico senza beneficio vengono riferite ansia, instabilità affettiva, labilità emotiva, rabbia e sentimenti di vuoto. Si conclude per un **disturbo ansioso e del tono dell'umore con caratteristiche miste, autolesionismo (self cutting) e IAC.**

### 11.1.2. Approfondimento Testistico

Durante il colloquio, previo consenso informato dei genitori, sono stati somministrati a **Daria, 14 anni, (F)** i seguenti test:

Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2001), test proiettivo-narrativo, da cui emerge un profilo di attaccamento **Insicuro-Preoccupato (E).**

Le memorie affettive connesse all'attaccamento vengono rielaborate ed integrate in maniera confusa, inconsistente e frammentata con risorse adattive e difensive scarse per consentirle di affrontare le esperienze e rappresentazioni anche attuali dell'attaccamento (Di Riso & Lis, 2016). Come insito nella classificazione dei soggetti Insicuri-Preoccupati, la principale difesa utilizzata da Daria è la *Cognitive Disconnection* (E), che è presente in tutte le tavole, Alone e Dyadic. A causa di questi meccanismi difensivi, le storie, nel loro complesso, non sono organizzate e precise ma caratterizzate da ambivalenza, ambiguità, incertezza, come se Daria, per affrontare questi aspetti traumatici, avesse bisogno di “sconnetterli” dalla loro fonte affettiva entrando in confusione rispetto alla trama della storia. Altri marker di *Cognitive Disconnection* sono presenti sotto forma di ritiro e frustrazione. Il distress generato dagli stimoli collegati alla relazione di attaccamento non essendo adeguatamente contenuto, tende a diventare un “rumore di sottofondo” (Di Riso & Lis, 2016) dell'esperienza di Daria, spesso ansiosa, preoccupata, confusa.

Inoltre, possiamo notare come Daria utilizzi talvolta anche la difesa organizzata di *Deactivation* (DS), distogliendo l'attenzione dall'evento o dal sentimento che attivano l'attaccamento, evitando così all'individuo protagonista della storia di essere coinvolto nel distress dell'attaccamento. Si può però anche notare la presenza di processi di *Agency of Self* che descrivono la modalità attraverso la quale il personaggio della storia mette in atto degli aspetti produttivi allo scopo di affrontare le sfide introdotte nello svolgimento della storia. Questo indica che, nel momento in cui Daria si trova a dover

affrontare lo stress e il senso di minaccia da sola, qualche forma di *Agency* sia presente per risolvere il problema o comunque per modificare la situazione. Per quanto riguarda il contenuto delle storie, si rilevano, inoltre, in tutte le tavole Dyadic, elementi di *Synchrony*, processo che valuta se la storia includa una o l'altra delle due caratteristiche che Bowlby definisce essenziali nelle relazioni di attaccamento: il fatto che la relazione sia reciproca, caratterizzata dal piacere dello stare insieme, oppure, che la figura di riferimento sia in grado di essere sensibile e risponda in maniera immediata ed affettuosa al distress e alla vulnerabilità (Di Riso & Lis, 2016). Nelle tavole Alone, sono presenti elementi di *Connecteness*, che valuta la disponibilità di rappresentarsi relazioni intime nelle storie in cui il personaggio è rappresentato da solo.

Di seguito vengono riportate due trascrizioni *verbatim*, una riferita alla tavola Alone “*Window*” e l'altra alla tavola Dyadic “*Bed*”.

- **Tavola 2 “Window”:**

*“È una bambina che guarda fuori dalla finestra. Fino a poco fa si stava divertendo, o giocava con qualcun altro o era con i genitori e adesso è in casa e sta guardando fuori. Magari sta pensando a cosa può fare dopo e cerca qualcosa con cui si può divertire.*

“Cosa potrebbe succedere dopo?”

*Magari potrebbe essere chiamata dalla madre o dal padre per fare qualcosa. Oppure semplicemente se ne va e si mette a fare qualcos'altro.”*

- **Tavola 5 “Bed”:**

*Boh... sono due fratelli, comunque un bambino e un ragazzo quindi penso, si sono due fratelli e... magari può essere la madre e semplicemente potrebbe essere appunto una madre o un fratello o una sorella che dà la buonanotte all'altro e semplicemente dopo questa cosa il bambino andrà a dormire e l'altra persona se ne andrà.*

“Cosa stanno pensando o provando i personaggi?”

*Il bambino vuole penso abbracciare la madre, o comunque l'altra figura e probabilmente andrà a dormire. Penso sia molto stanco e che voglia semplicemente andare a dormire.*

“E cosa pensi possa accadere dopo?”

*Niente di troppo particolare. Semplicemente andrà a dormire e l'altra persona se ne andrà e magari andrà a dormire anche lei siccome potrebbe essere tardi.*

- **Impressioni qualitative al momento del test:** Daria entra nella stanza con le spalle ricurve e gli occhi bassi. Alla domanda “Sai perché siamo qui?” risponde scuotendo la testa. Dopo

averglielo spiegato le chiediamo se è pronta a cominciare ma non risponde. Alla prima tavola inizia a piangere, prima sommessamente poi diventa visibilmente scossa. Interrompiamo quindi il test. Esco dalla stanza lasciando soli Daria e lo psicologo che sta conducendo l'intervista per circa un quarto d'ora. Mi richiamano e iniziamo da capo il test. Daria sembra più tranquilla, ma la voce rimane molto bassa, sommessa e tremante; lo sguardo è sfuggente, quasi sempre rivolto verso il basso. Non tocca le tavole e rigira spesso le mani con fare ansioso e preoccupato. Si commuove altre due volte nel corso dell'intervista, ma preferisce continuare. La sua espressione non cambia durante tutta l'intervista e ogni risposta sembra uscire con difficoltà. Alla fine del test sembra sollevata. Le chiediamo come si è sentita durante questo tempo insieme ma preferisce non parlarne.

- Tabelle di codifica:

<b><u>Dyadic</u></b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Synchrony</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Depr (3)</i>	0	1		E	
<i>Bed (5)</i>	0	1	DS	E	
<i>Ambul (6)</i>	0	1		E	

<b><u>Alone</u></b>	<b>Agency</b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Connected</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Window (2)</i>	2	0	3		E	
<i>Bench (4)</i>	0	0	1		E	
<i>Cemtry (7)</i>	0	0			E	
<i>Corner (8)</i>	1	0			E	

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

### Child Behavior Checklist – Youth Self Report (Achenbach, 2001):

Dai risultati del questionario CBCL–YSR, che indaga la presenza di problematiche emotivo-comportamentali, emerge un punteggio in fascia clinica nei problemi totali (T=79), con un livello più alto nei sintomi internalizzanti (punteggio clinico, T= 80) rispetto a quelli esternalizzanti (punteggio clinico, T=69). Dall'analisi delle scale sindromiche emergono punteggi clinici nelle sottoscale relative ai problemi di ansia/depressione (T=100), problemi sociali (T=70), problemi di pensiero (T=86), problemi attentivi (T=91), comportamenti aggressivi (T= 70). Sono presenti, poi, punteggi borderline nelle scale relative a problemi somatici (T= 66) e a comportamenti di disregolazione comportamentale (T=65).

Sono presenti, invece, punteggi nella norma nella sottoscala relativa al ritiro (T=64).

Per quanto riguarda le scale DSM-oriented, emergono punteggi clinici nelle sottoscale di affettività (T=90), ansia (T=75), problemi di iperattività e deficit attentivi (T= 70) e problemi oppositivi (T= 73). Punteggi nella norma nelle scale di sintomi somatici (T=60) e problemi di condotta (T= 62).

Per quanto riguarda le scale di competenza, sono stati evidenziati livelli clinici sia nel punteggio totale di competenza (T=23), sia nelle sottoscale di competenza nelle attività (T=26) e nella socialità (T=28).

### Toronto Alexithymia Scale -20 (Taylor et al., 1992):

Al questionario TAS 20, volto ad indagare la presenza di alessitimia, ovvero l'incapacità di identificare e descrivere le emozioni, si rileva un punteggio totale di T=69 al di sopra del cut-off clinico (cut off= 61). In particolare, la dimensione relativa alla difficoltà di identificare sentimenti ha un punteggio di 26/35, quella relativa alla difficoltà di comunicare i sentimenti è di 19/25 e, infine, il livello di pensiero operatorio è di 24/40.

### Barratt Impulsiveness Scale-11 (Patton et al., 1995):

Nel questionario BIS-11, finalizzato ad indagare il costrutto di impulsività in termini comportamentali e di personalità, si rileva un punteggio totale di 74 [30-120] che secondo Barrat (2005) potrebbe indicare un tratto patologico di impulsività (punteggio clinico: tra 70-75; >75: disturbo del controllo degli impulsi). In particolare, l'impulsività motoria ottiene un punteggio di T=20 (11-44), l'impulsività cognitiva\attentiva di T= 26 (8-32) e infine l'impulsività da non pianificazione con T=28 (11-44).

## 11.2. Secondo Caso – Alberto

### 11.2.1. Anamnesi e Breve Valutazione Clinica

Alberto (nome di fantasia) ha appena concluso il primo anno della scuola secondaria di secondo grado con profitto altalenante. Arriva all'attenzione clinica inizialmente per ansia libera, difficoltà di addormentamento, difficoltà di attenzione. Dopo la morte prematura della madre riporta di aver iniziato a sentire delle voci che gli davano “paranoie”, unite a IAC e condotte autolesive (self-cutting) con carattere di ritualità rispetto al numero. Si conclude per un quadro di **disturbo d'ansia con episodi autolesivi, tratti ossessivi, deficit di attenzione associata a iperattività motoria in un disturbo post-traumatico correlato al lutto della madre.**

### 11.2.2. Approfondimento Testistico

Durante il colloquio, previo consenso informato dei genitori, sono stati somministrati ad Alberto, **15 anni, (M)** i seguenti test:

Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2001), test proiettivo-narrativo, da cui emerge un profilo di attaccamento **Disorganizzato-Non Risolto (U)**.

Questo è particolarmente visibile nelle tavole che elicitano elementi legati ad una sensazione di profonda solitudine (tavole Alone); sembra, infatti, che questi aspetti richiamino un'esperienza di vuoto, rabbia e sensi di colpa che non riescono ad essere contenuti o comunque gestiti da parte di Alberto quando, trovandosi da solo, dovrebbe far riferimento ed utilizzare le proprie risorse interne psicologiche. Queste risorse, che dovrebbero aiutarlo nella risposta alle tavole Alone, infatti, sembrano essere poco strutturate, indicando una scarsa capacità nel far riferimento all'interiorizzazione delle figure di attaccamento, al fine di ottenere gli strumenti necessari per far fronte ai momenti di difficoltà, e la possibilità che emerga uno stato di disorganizzazione (Saltari, 2023). Tutto questo è individuabile nell'uso da parte di Alex di difese meno integrate, come i *Segregated System* (SS), la forma più estrema di esclusione difensiva, che confermerebbero il possibile stato di non regolazione/disorganizzazione a fronte dell'attivazione del sistema di attaccamento. L'assenza di contenimento è qui il criterio di codifica più forte per identificare “la mancanza di risoluzione” e il pattern di attaccamento non risolto (Main & Goldwyn, 1984/1998). Per esempio, nella narrazione di Alberto, sono spesso presenti personaggi descritti attraverso immagini riconducibili a situazioni di isolamento e a sensazioni di profondo vuoto interiore. Questo aspetto, quindi, potrebbe riflettere il fatto che l'assenza dell'altro significativo, a livello di disponibilità fisica e psicologica, generi nel ragazzo un forte senso di abbandono, di vuoto e di paura che si lega, di conseguenza, ad uno stato di vulnerabilità e di difficoltà nel far fronte a situazioni di stress in modo

autonomo senza cadere in uno stato di disorganizzazione (Saltari, 2022). In una tavola, Alberto, sembra inoltre svelare il nucleo traumatico principale (la morte della madre), attraverso una indiretta *Personal Experience*, codificata quando la risposta del soggetto include eventi che possono essere accaduti nella sua vita. L'incapacità, da parte di Alberto, di differenziare tra la storia ipotetica raccontata e le intrusioni della *Personal Experience*, è particolarmente rilevante per confermare la presenza di un pattern di attaccamento non risolto.

Nelle tavole Dyadic, invece, sembra essere preponderante l'uso di difese ambivalenti (E) che permettono ad Alberto di suddividere le informazioni relative all'attaccamento, in modo che gli affetti e lo stress risultino disconnessi dalla loro fonte (Bowlby, 1980). Si rileva comunque l'uso più o meno frequente di risorse individuabili nei processi di *Agency of Self*, che descrivono la modalità in cui il personaggio mette in atto degli step produttivi allo scopo di affrontare sfide introdotte nello svolgimento della scena (Di Riso & Lis, 2016). A livello di contenuti emergono temi legati alla rabbia e alla solitudine che vengono però contenuti da elementi di *Connecteness*, contenuto della storia che indica il desiderio e la capacità del personaggio di essere coinvolto in una relazione.

Di seguito vengono riportate le trascrizioni *verbatim*, una riferita alla tavola Alone "Bench" e l'altra alla tavola Dyadic "Bed".

- **Tavola 4 (Bench):** *Cioè... si può dire che questo ragazzo o ragazza si può... pare che sia visibilmente triste per qualcosa che gli può essere capitato. Sembra essere in un posto desolato quindi senza oggetti, senza persone; quindi, può essere che gli è capitato qualcosa in famiglia o comunque a delle persone a cui teneva molto. Ed è andato in un posto a cui lui normalmente ci va quando si sente a disagio, isolato da tutti, per pensare, per piangere, o per fare qualsiasi cosa lo faccia sfogare. Relativo a quello che è successo... lui probabilmente, o lei, sta... è molto dispiaciuto, è triste e magari arrabbiato se è successo qualcosa per cui appunto gli dà motivo di essere arrabbiato. Quello che potrebbe succedere dopo... lui una volta sfogato in questo posto desolato... magari va a parlare e a chiarire con la persona che l'ha fatto stare così e magari alla fine finisce che chiariscono e stanno di nuovo bene.*
- **Tavola 5 (Bed):** *Beh allora secondo me lei è la madre e quello è suo figlio. Il figlio vuole un abbraccio dalla madre... lei, però non sembra volerlo dare per qualche motivo. Infatti, ha le mani quasi incrociate e si tiene a distanza... ecco... da lui. Però in un altro senso lei non vuole neanche andarsene troppo da lui, infatti siede sul suo stesso letto. Ah, è proprio come se volesse fare una conversazione con lui, quindi secondo me lei... secondo me potrebbe per*

qualche motivo. Si sta separando dalla famiglia quindi da lei cioè da lui, cioè dal figlio o dalla figlia e dal marito. Non so per quale motivo, magari non vanno più d'accordo e lui rimane con il padre. Mentre lei se ne sta per andare... allora lui sta pensando che sua madre lo voglia abbracciare come al solito prima di andare a dormire, ma lei in realtà se ne sta... ecco... per andare appunto dalla famiglia. Quindi lei è triste, molto triste, mentre lui è molto felice, però questa felicità è temporanea. Quello che potrebbe succedere dopo è che il figlio, secondo me... se lei non gli dice che se ne sta per andare, il figlio potrebbe avere anche un trauma perché la madre scompare improvvisamente e la madre si sentirebbe in colpa per tutta la vita per questo.”

- Impressioni qualitative al momento del test: Alex entra nella stanza protetto da mascherina chirurgica che non vuole togliere. Alla domanda “Sai perché siamo qui?” risponde di no accennando un sorriso. Glielo spieghiamo e lui appare coinvolto. Lo sguardo sempre ben sostenuto all’inizio e durante tutta l’intervista. La voce è alta e profonda. Prende spesso le tavole tra le mani indicando con precisione alcuni dettagli delle immagini. Il pensiero è decisamente induttivo: da un particolare, Alex procede con il seguito della storia. Non sembra mai affaticato o scosso dal contenuto delle immagini. Solo la tavola 7, raffigurante un uomo davanti a una tomba, è preceduta da un silenzio più significativo rispetto alle altre tavole. Alla fine dell’intervista appare tranquillo; gli chiediamo come è andata e lui risponde “Tutto bene”.
- Tabelle di codifica:

<b><u>Dyadic</u></b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Synchrony</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Depr (3)</i>	0	1	DS	E	
<i>Bed (5)</i>	1	1		E	U
<i>Ambul (6)</i>	0	1		E	



<b><u>Alone</u></b>	<b>Agency</b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Connected</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Window (2)</i>	1		2	DS	E	R
<i>Bench (4)</i>	2		2	DS	E	R
<i>Cemtry (7)</i>	0	0			E	R
<i>Corner (8)</i>	1	0			E	

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

#### Child Behavior Checklist – Youth Self Report (Achenbach, 2001):

Dai risultati del questionario CBCL–YSR, che indaga la presenza di problematiche emotivo-comportamentali, emerge un punteggio in fascia borderline nei problemi totali (T=60), con un livello più alto nei sintomi internalizzanti (punteggio clinico, T= 66) rispetto a quelli esternalizzanti (punteggio, T=49). Dall’analisi delle scale sindromiche emergono punteggi clinici nelle sottoscale relative ai problemi di ritiro/depressione (T=70) e problemi attentivi (T=73). È presente un punteggio borderline nella scala relativa a problemi ansioso-depressivi (T= 67). Le altre scale risultano in norma.

Per quanto riguarda le scale DSM-oriented, emergono punteggi clinici nelle sottoscale di problemi post-traumatici da stress (T=70) e problemi ossessivo-compulsivi (T=70). Punteggio borderline nella scala relativa a problemi di attenzione e iperattività (T=69).

Per quanto riguarda le scale di competenza, sono stati evidenziati livelli clinici sia nel punteggio totale di competenza (T=25), sia nella sottoscala di competenza nelle attività (T=28); punteggio borderline per la scala della socialità (T=33).

#### Toronto Alexitimia Scale -20 (Taylor et al., 1992):

Al questionario TAS 20, volto ad indagare la presenza di alessitimia, ovvero l’incapacità di identificare e descrivere le emozioni, si rileva un punteggio totale di T=58 rivelando un punteggio in fascia borderline (cut off >61). In particolare, la dimensione relativa alla difficoltà di identificare sentimenti ha un punteggio di 17/35, quella relativa alla difficoltà di comunicare i sentimenti è di 17/25 e, infine, il livello di pensiero operatorio è di 24/40.

### Barratt Impulsiveness Scale-11 (Patton et al., 1995):

Nel questionario BIS 11, finalizzato ad indagare il costrutto di impulsività in termini comportamentali e di personalità, si rileva un punteggio totale di 80 [30-120] che secondo Barrat (2005) potrebbe indicare un tratto patologico di impulsività (punteggio clinico: tra 70-75; >75: disturbo del controllo degli impulsi). In particolare, l'impulsività motoria ottiene un punteggio di T=23 (11-44), l'impulsività cognitiva\attentiva di T=25 (8-32) e infine l'impulsività da non pianificazione con T=32 (11-44).

### **11.3. Terzo Caso – Paola**

#### *11.3.1. Anamnesi e Breve Valutazione Clinica*

Paola (nome di fantasia) arriva all'attenzione clinica riferendo cattivo rapporto con il cibo a partire dalla terza elementare. In terza media avrebbe iniziato una dieta seguita da una nutrizionista per condurre un'alimentazione più sana, seppur Paola verbalizzi già da allora intento nel perdere del peso. Riferita poi restrizione alimentare ed iperattività fisica con calo ponderale importante. Dopo alcuni mesi, riferita perdita di controllo alimentare con abbuffate, sia soggettive che oggettive, prevalentemente dopo pranzo. Attualmente Paola attua body-checking pluriquotidiano e controllo del peso corporeo frequente. La ragazza verbalizza frequenti sbalzi d'umore e ansia libera. Recentemente la madre di Paola riferisce peggioramento della figlia sia dal punto di vista umorale che alimentare, con aumento delle abbuffate anche in termini di quantità e frequenza. Tale peggioramento sarebbe in parte legato anche alla recente situazione di stress familiare. Paola verbalizza senso di inefficacia e autosvalutazione per quanto riguarda il suo percorso alimentare, verbalizzando il desiderio di poter avere un normale rapporto con il cibo.

Si conclude la valutazione ipotizzando un **Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (NAS)**.

#### *11.3.2. Approfondimento Testistico*

Durante il colloquio, previo consenso informato dei genitori, sono stati somministrati a **Paola, 15 anni, (F)** i seguenti test:

Adult Attachment Projective Picture System (AAP; George & West, 2001), test proiettivo-narrativo, da cui emerge un profilo di attaccamento **Disorganizzato-Non Risolto (U)**.

Questo è particolarmente evidente, ancora una volta, nelle tavole Alone. Quando si trova da sola, Paola non riesce a fare riferimento a dei Modelli Operativi Interni (MOI) che le consentano di mantenere un attaccamento coerente ed organizzato in relazione all'attivazione dell'attaccamento:

tali MOI sembrano essere sopraffatti, in particolare, dalla paura e dal pericolo, che in altre tipologie di persone rappresentano dei normali attivatori del sistema di attaccamento e che dovrebbero consentire di innescare risorse e/o difese più evolute e costruttive al fine di contenere ed elaborare la minaccia (De Riso & Lis, 2016). Sono presenti, infatti, in tutte le tavole meno una, numerosissimi *Segregated System* (SS). La sollecitazione del sistema di attaccamento attiva in Paola una mole importante di materiale estremamente doloroso, che compare con forza nelle narrazioni. Siano essi consapevoli o meno, questi contenuti spaventosi e spaventanti si ripetono più volte e mettono in difficoltà la possibilità di una risoluzione e contenimento.

Le esperienze dolorose e i vissuti traumatici talvolta vengono, però, anche “dissociati” dalla coscienza. Questo è particolarmente evidente nelle tavole Dyadic, dove prevalgono difese più organizzate di tipo *Cognitive Disconnection* (E), quando Paola non riesce a prendere una decisione circa il decorso degli avvenimenti della storia, i sentimenti e le ragioni dei personaggi. Tutto appare confuso, frammentato, disperso in più trame che si intrecciano tra di loro in una spirale di attesa senza una chiara risoluzione. L’incertezza così disconnessa è qui spesso associata ad elementi della storia che riflettono una chiara preoccupazione del personaggio. A livello di contenuti, però, dobbiamo anche sottolineare la presenza frequente di elementi di *Connecteness* e *Synchrony*, fondamentali secondo Bowlby nelle relazioni di attaccamento.

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

- **Tavola 6 “Ambulance”:**

*In questa immagine vedo un ragazzo, con sua nonna. Possono sia essere all’ospedale, che invece che qualcuno venga magari a prendere un parente, il nonno, che sta male e... però non lo so. Non vedo nessuno dei due molto preoccupati. Magari sì invece sono preoccupati e il bambino sta cercando di asciugarsi le lacrime perché un parente è stato male. Però non lo so... potrebbero esserci tanti scenari. L’autoambulanza potrebbe essere lì per quella casa lì, per quella di fronte, potrebbe essere in ospedale. Non riesco a capire quel che possono provare perché ci sono troppi scenari (alza il tono). Potrebbe essere che lui sia triste e che la nonna stia cercando di non farlo preoccupare. Avrei bisogno di un qualcosa per dire cosa stiano provando, non avendocelo non so dirlo.*

“Cosa pensi possa succedere dopo?”

*Non sapendo la scena non so dirlo. Non sapendo se è il nonno che ha avuto un infarto, il vecchietto vicino svenuto, oppure l'altro che si è rotto la gamba, cioè non lo so, cioè posso immaginare che magari loro siano preoccupati. Cioè potrebbero essere un sacco di cose e dall'immagine non mi viene in mente altro.*

- **Tavola 8: “Corner”:**

*Mi sembra che ci sia un bambino. Mi sembra che sia spaventato, credo che abbia fatto qualcosa di sbagliato che suo padre credo abbia ritenuto grave e credo che sia come se si vuole proteggere dall'essere picchiato. È spaventato e verrà picchiato. Starà male e si sentirà molto in colpa, sbagliato e suo padre lo farà sentire ancora peggio (sospira) e basta, resterà un fatto come tutti gli altri. Un fatto accaduto in una giornata, che lo ha reso tanto triste ma poi continuerà ad andare avanti. Ovviamente non è che passa così, ma andrà avanti. È molto spaventato e questo... cioè prima avrà commesso qualcosa, ma non so cosa. Potrebbe aver commesso un sacco di cose, dalla più futile alla più grave e basta.*

“Cosa stanno pensando o provando i personaggi?”

*Boh, provando angoscia. Anzi non angoscia... boh è spaventato, prova tanta paura e boh probabilmente avrà il battito accelerato (sospira), il respiro accelerato. Non tipo ansia... è spaventato.*

“Cosa pensi possa aver condotto a questa scena?”

*Potrebbe aver rotto un vaso, o magari non ha fatto niente. Magari il genitore ha bevuto troppo, è tornato a casa e l'ha picchiato. Però boh potrebbe essere un sacco di cause. Potrebbe avere un genitore alcolizzato, potrebbe aver rotto un vaso e il genitore ha deciso di picchiarlo. Non so, magari è particolarmente aggressivo. Dopo... dopo avrà le ferite e i lividi. L'avvenimento resta, non riesco a immaginarmi un dopo. Non che questo qua muoia, ma non riesco a pensare ad altro.*

- **Impressioni qualitative al momento del test:** Paola entra con la testa alta, occhi lucidi di pianto ma sfidanti (esce da un colloquio definito dalla Dottoressa che la segue “complesso” dove la ragazza è scoppiata in una crisi di pianto e rabbia). Indossa la mascherina. Alla domanda “Sai perché siamo qui?” risponde di sì, che avrebbe dovuto guardare delle immagini e dire che cosa avrebbe visto. Iniziamo. Molto collaborativa e adeguata nei toni. Inizialmente tiene la voce molto bassa, poi nel corso del colloquio alza la voce, talvolta sfiorando il “risentimento” quando, a suo dire, le immagini non le permettevano di cogliere tutti gli aspetti utili a rispondere alle domande. A fine colloquio appare tranquilla, a tratti desiderosa di finire. Il ritmo dell'eloquio sempre incalzante, in qualche momento un po' sbrigativo e superficiale.

Nota spesso delle contraddizioni nel racconto, o un alternarsi di ipotesi senza la possibilità di protendere per una o per l'altra.

- Tabelle di codifica:

<b><u>Dyadic</u></b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Synchrony</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Depr (3)</i>	0	1		E	
<i>Bed (5)</i>	0	2	DS	E	
<i>Ambul (6)</i>	0	1		E	

<b><u>Alone</u></b>	<b>Agency</b>	<b>Personal Exp</b>	<b>Connected</b>	<b>DS</b>	<b>E</b>	<b>SS</b>
<i>Window (2)</i>	0	0	2		E	U
<i>Bench (4)</i>	2	0	3	DS	E	
<i>Cemtry (7)</i>	1	0			E	R
<i>Corner (8)</i>	1	0				R

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

Child Behavior Checklist – Youth Self Report (Achenbach, 2001):

Dai risultati del questionario CBCL–YSR, che indaga la presenza di problematiche emotivo-comportamentali, emerge un punteggio in fascia clinica nei problemi totali (T=67), con un livello più alto nei sintomi internalizzanti (punteggio clinico, T=75) rispetto a quelli esternalizzanti (punteggio, T=48). Dall'analisi delle scale sindromiche emergono punteggi clinici nelle sottoscale relative ai problemi ansioso\depressivi (T=73) e problemi di pensiero (T=70). Sono presenti punteggi borderline nella scala relativa a problemi somatici (T= 67), problemi sociali (T=68) e problemi attentivi (T=66). Le altre scale risultano in norma.

Per quanto riguarda le scale DSM-oriented, emergono punteggi clinici nelle sottoscale dei problemi affettivi (T=78) e dei problemi somatici (T=73).

Per quanto riguarda le scale di competenza, non sono stati evidenziati livelli clinici. È tutto in norma.

Toronto Alexitimia Scale -20 (Taylor et al., 1992):

Al questionario TAS 20, volto ad indagare la presenza di alessitimia, ovvero l'incapacità di identificare e descrivere le emozioni, si rileva un punteggio totale di T=62 rivelando un punteggio in fascia clinica (cut off >61). In particolare, la dimensione relativa alla difficoltà di identificare sentimenti ha un punteggio di 21/35, quella relativa alla difficoltà di comunicare i sentimenti è di 19/25 e, infine, il livello di pensiero operatorio è di 22/40.

Barratt Impulsiveness Scale-11 (Patton et al., 1995):

Nel questionario BIS 11, finalizzato ad indagare il costrutto di impulsività in termini comportamentali e di personalità, si rileva un punteggio totale di 56 [30-120] che secondo Barrat (2005) non sembra indicare un tratto patologico di impulsività (punteggio clinico: tra 70-75; >75: disturbo del controllo degli impulsi). In particolare, l'impulsività motoria ottiene un punteggio di T=18 (11-44), l'impulsività cognitiva\attentiva di T=17 (8-32) e infine l'impulsività da non pianificazione con T=21 (11-44).

## DISCUSSIONE

Con la mia tesi ho voluto studiare il legame tra l'attaccamento e la regolazione emotiva. In particolare, ho approfondito la relazione tra l'attaccamento della persona, nel mio caso adolescente, e due costrutti in particolare: l'impulsività e l'alessitimia. Per entrambe ho mostrato, attraverso le evidenze scientifiche più recenti, come l'attaccamento insicuro e quindi la relazione primaria del ragazzo, prima bambino, con la sua figura di riferimento primaria, siano un fattore di rischio importante. Ho poi approfondito i disturbi alimentari e i comportamenti autolesivi, due condizioni il cui cuore risiede nella difficoltà nella regolazione emotiva e nei legami primari. Per farlo ho utilizzato, in particolare, l'*Adult Attachment Projective Picture System* insieme a una batteria testale che indaga la psicopatologia e la presenza di tratti alessitimici e impulsivi. L'obiettivo, inserito all'interno del più ampio progetto "Impulsività, Alessitimia e Sistemi Relazionali in Adolescenza con Problematiche Psicopatologiche", era quello di coinvolgere alcuni pazienti afferenti alla Neuropsichiatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dove ho potuto svolgere il mio tirocinio pre-laurea. Purtroppo, ho riscontrato alcune difficoltà nel reclutamento in quanto i pazienti ricoverati sono stati giudicati in molte occasioni troppo fragili e instabili per la somministrazione di un test, come l'AAP, che smuove contenuti molto profondi. In altre occasioni, sono stati i genitori a negare il consenso all'audio registrazione del colloquio. Per questo, abbiamo poi scelto di individuare pazienti ambulatoriali, i cui genitori hanno dato il consenso. Sono riuscita a coinvolgere tre pazienti in particolare, ai quali sono stati somministrati l'AAP e gli altri test self report. Quello che è emerso conferma le premesse teoriche iniziali. Tutti e tre i miei pazienti non sono risultati sicuri nella loro storia di attaccamento e, nello specifico, due sono stati classificati come disorganizzati (U) e uno come insicuro-preoccupato (E). I risultati dei test confermano, inoltre, la presenza di alessitimia, in due pazienti a livello clinico e in un caso a livello borderline, ed evidenziano tratti impulsivi marcati in tutti e tre i pazienti. Ho scelto di coinvolgere pazienti con difficoltà nella regolazione emotiva, in particolare con storie di autolesionismo o condotte alimentari disfunzionali. Come espresso dalla letteratura questi pazienti alle spalle hanno storie multiproblematiche che non hanno permesso l'instaurarsi di un legame di attaccamento sicuro. Gli AAP prima presentati, non solo hanno permesso l'attribuzione di un pattern di attaccamento specifico, ma hanno anche fatto emergere contenuti importanti, utili nel percorso terapeutico, che non sarebbero in altro modo emersi e tutto questo senza obbligarli a condividere storie autobiografiche personali. Per questo credo che il test AAP sia un proiettivo utilissimo al lavoro clinico, che dovrebbe essere condiviso tra sempre più professionisti. Spesso è nella fantasia che si nascondono gli elementi della realtà e questo strumento è in grado di farli emergere. Devo però sottolineare alcune difficoltà di somministrazione. In primo luogo, la necessità di un training specifico per poter somministrare il test, in secondo luogo le tempistiche e le modalità di codifica, piuttosto

lunghe e ad opera unicamente di professionisti che hanno seguito un particolare training. Inoltre, ho notato un po' di diffidenza da parte dei professionisti verso questo strumento, giudicato da alcuni particolarmente invasivo e destabilizzante per alcuni pazienti. Credo invece che proprio la richiesta di raccontare storie a partire da uno stimolo visivo possa essere un metodo efficace per far parlare i pazienti senza obbligarli a svelare apertamente una parte di sé. Sta a noi la capacità di cogliere attraverso le loro narrazioni elementi più profondi e caratterizzanti. Per questo vorrei avere la possibilità di diffondere il più possibile questo strumento sia in ambito ospedaliero, che comunitario, che privato, con l'augurio che possa aprire una finestra ancora più ampia sulla storia dei nostri pazienti.



## CONCLUSIONE

*Tre punti, anche lontani, ai confini del mondo visibile, suscitano il desiderio di unirli con una linea, così si formano le costellazioni. Questa linea è inestesa e inconcepibile; noi possiamo dunque immaginarci l'inesistente – tuttavia, per poterlo fare abbiamo bisogno di punti d'appoggio.*

Ernst Junger

Come raccontato nel corso di questa tesi, gli ideatori dell'*Adult Attachment Projective Picture System* (George & West, 2012) assumono come cornice generale di riferimento teorico il modello evolutivo dell'attaccamento basato sulla tradizione Bowlby-Ainsworth. Tuttavia, come più ampiamente descritto in altre loro pubblicazioni, ne estendono i costrutti ad un quadro teorico metodologico più ampio che, pur continuando ad inserirsi in tale modello evolutivo, consente di caratterizzare in modo più specifico i pattern dell'attaccamento adulto e adolescenziale. È proprio questa prospettiva più ampia di estensione concettuale e metodologica a rappresentare la grande rivoluzione di senso nell'analisi clinica dei nostri pazienti.

L'interpretazione dei casi clinici sopra presentati, che hanno sostanziato questa seconda parte della mia tesi, si basa sulla lettura di variabili che derivano sicuramente da una operazionalizzazione dei concetti classici bowlbiani, ma che tiene anche conto di una visione più estesa proposta da George e West (2012); questo consente un'interpretazione più dinamicamente orientata dei casi clinici, al di là della semplice classificazione in termini di pattern di attaccamento. In particolare, l'analisi complessa dei processi difensivi e delle risorse presenti credo siano il grande contributo dell'*Adult Attachment Projective Picture System* nell'assessment di valutazione del paziente. Nella pratica clinica, infatti, alle persone afferenti ai nostri studi o ai nostri servizi, vengono somministrati una serie di strumenti che mirano ciascuno ad indagare una singola parte della loro costellazione psicologica. È come se cercassimo di guardare il disegno di una costellazione nel cielo a partire dalle singole stelle e non dalla relazione che intercorre tra esse. Ecco, io credo che l'*Adult Attachment Projective Picture System* sia un proiettivo in grado di dipingere costellazioni. Attraverso le narrative dei pazienti possiamo avere un'immagine globale della loro storia, raccontata attraverso le loro parole, i loro significati, i loro costrutti di senso come direbbe Kelly nella sua "Psicologia dei costrutti personali". Dalla somministrazione dell'AAP, infatti, non emerge unicamente il pattern di attaccamento della persona, preso come caratteristica a sé stante, ma, attraverso le narrative del singolo paziente possiamo entrare nelle dinamiche interne che muovono la sua interiorità. Questo credo sia un contributo unico alla pratica clinica, in particolar modo nelle realtà ospedaliere delle UOC di Neuropsichiatria, dove la "frammentazione" dei pazienti è all'ordine del giorno per impostazione

metodologica e per prassi organizzativa. In particolare, il tipo di valutazione che offre *l'Adult Attachment Projective Picture System* si inserisce in un'ottica clinica e metodologica che non può concepire l'individuo a prescindere dal suo contesto di crescita. Le dinamiche familiari, i contenuti immaginativi, diventano il terreno su cui poter piantare semi utili al percorso clinico e terapeutico. In questo modo lo strumento è strumento vero e proprio e non “produttore” di risultati aridi e sconnessi tra loro. Credo che *l'Adult Attachment Projective Picture System* fornisca un accesso privilegiato all'interiorità del paziente, utile in particolare all'inizio del percorso terapeutico e alla fine dello stesso per valutarne l'outcome, sia in ambito privato che pubblico. Per questo spero che la mia tesi possa essere un passo di un lungo cammino verso una condivisione più ampia e profonda possibile tra i professionisti della salute mentale tutti.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adan, A. (2012) Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones*, 24(1), 17-22. <https://doi.org/10.20882/adicciones.113>
- Adshead, G. (2016) Written on the body: deliberate selfharm and violence. In *A Practical Guide to Forensic Psychotherapy* (eds Weldon E, Van Velsen C): 110–114. *Jessica Kingsley publishers*
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969) Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 113–136), *London: Methuen*
- Ainsworth, M. S. (1989) Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Allen, J. P. & Erin, M. Miga (2012) Attachment in adolescence: A move to the level of emotion. *Regulation Journal of Social and Personal Relationships* Vol. 27(2): 181–190. DOI: 10.1177/0265407509360898
- Allen, J. P. (2010) in *Manuale dell'attaccamento*. Cap. 19. Giovanni Fioriti Editore.
- Alonso-Arbiol I., Shaver P. & Yáñez, S. (2002) Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationships*, 9, 479-490. doi:10.1111/1475-6811.00030
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anzieu D. (1974) Le Moi-peau. *Nouvelle Revue Psychoanalyse*, 9: 195–208: Skin ego. In *Psychoanalysis in France* (eds S Lebovici, D Widlocher). *International Universities Press*.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A metaanalysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997) Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 453-68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345>
- Barroso, O. (2014) El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004) Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51.
- Beebe, B., & Steele, M. (2013) How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 583–602. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.84105>

- Beebe, B., Lachmann, F. M., Markese, S., Buck, K. A., Bahrick, L. E., Chen, H., ... Jaffe, J. (2012) On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper II. An empirical microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3), 352–374. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>
- Beijers, R.; Miragall, M.; van den Berg, Y.; Konttinen, H.; van Strien, T (2021) Parent–Infant Attachment Insecurity and Emotional Eating in Adolescence: Mediation through Emotion Suppression and Alexithymia. *Nutrients* , 13, 1662. <https://doi.org/10.3390/nu13051662>
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014) Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 352–362. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.671>
- Bick E (1968) The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 558–66.
- Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss: Vol. 3. Sadness and Depression. *New York: Basic Books*
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss: Vol. 1: Attachment. *New York: Basic Books*.
- Bowlby, J. (1973) Attachment and loss: Vol. 2: Separation. *New York: Basic Books*.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent–child attachment and healthy human development. *New York: Basic Books*.
- Bozanoğlu I., Şimşek O., Altıntaş E., Kocayörük E. (2019) Revisiting Attachment to Parents and Depression Link in Adolescence: the Importance of Language Use and Emotion Regulation *Curr Psychol* 38:599–607 <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9714-5>
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017) Explicit and implicit emotion regulation: A multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545–1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- Brenning, K. M. & Braet, C. (2013) The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20 (2013), 107–123. Printed in the United States of America.
- Brumariu, L. E. (2015) Parent–child attachment and emotion regulation. In G. Bosmans, & K. A. Kerns (Eds.), *New directions for child and adolescent development* (Vol. 148, 31–45). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brumariu, L. E., Kerns K. A., Giuseppone K. R., Lysons-Ruth K. (2021) Disorganized/controlling attachments, emotion regulation, and emotion communication in later middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology* 76
- Buckmaster R., McNulty M., Guerin S. (2019) Family factors associated with self-harm in adults: a systematic review. *Journal of Family Therapy* (2019) 41: 537–558 doi: 10.1111/1467-6427.12232
- Cancrini L. (2006) L'oceano borderline. Racconti di viaggi. Raffaello Cortina Editore

Carlson, E. A. (1998) A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107–1128.

Cascino G., Ceres R., Donato S., Barone E., Tretola L., Del Vecchio A., Monteleone P., Monteleone A. M. (2023) Emotional non-acceptance mediates the relationship between insecure attachment and specific psychopathology in women with eating disorders. Wiley DOI: 10.1002/erv.2982

Casey, B.J., Galvan, A., Hare, T.A. (2005) Changes in cerebral functional organization during cognitive development. *Current Opinion in Neurobiology*, 15, 239–244

Cassels M., Baetens I., Wilkinson P., Hoppenbrouwers K., Wiersema J. R., Van Leeuwen K. & Kiekens G. (2018) Attachment and non-suicidal self-injury among young adolescents: The indirect role of behavioral problems, *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2018.149465

Cassels M., Neufeld S., Harmelen A., Goodyer I. & Wilkinson P. (2022) Prospective Pathways From Impulsivity to Non- Suicidal Self-Injury Among Youth, *Archives of Suicide Research*, 26:2, 534-547, DOI: 10.1080/13811118.2020.1811180

Cassidy, J. (1994) Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–249. <https://doi.org/10.2307/1166148>

[Cassidy & Shaver \(2010\)](#) *Manuale dell'attaccamento*. Giovanni Fioriti Editore.

Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988) Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Shaver & Hazan, 1993

Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001) Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275–298.

Cerutti, R., Zuffiano, A., & Spensieri, V. (2018) The role of difficulty in identifying and describing feelings in non-suicidal self-injury behavior (NSSI): Associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. *Frontiers in Psychology*, 9 (MAR), 318–319. doi:10.3389/fpsyg.2018.00318

Christoforou R., Ferreira N. (2022) The serial mediational role of attachment and emotion regulation in the relationship between early life adverse experiences and self-harm in a group of individuals engaging in self-harm who interact in self-harm focused online platforms. *European Journal of Trauma & Dissociation* 6 (2022) 100259

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2010) Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87–108.

Civilotti, C.; Franceschinis, M.; Gandino, G.; Veglia, F.; Anselmetti, S.; Bertelli, S.; D'Agostino, A.; Redaelli, C.A.; del Giudice, R.; Giampaolo, R.; et al. (2022) State of Mind Assessment in Relation to Adult Attachment and Text Analysis of Adult Attachment Interviews in a Sample of Patients with Anorexia Nervosa. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 2022 12, 1760–1779. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12120124>

- Cleare S., Wetherall, Clark A., Ryan C., Kirtley O. J., Smith M., O'Connor R. C. (2018) Adverse Childhood Experiences and Hospital-Treated Self-Harm. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1235; doi:10.3390/ijerph15061235
- Coifman, K. G., & Almahmoud, S. Y. (2016) Emotion flexibility in psychological risk and resilience. In U. Kumar (Ed.), *Handbook of resilience: A psychosocial perspective* (pp. 148–161). Routledge.
- Cooke J. E., Kochendorfer L. B, Stuart-Parrigon K.L., Koehn A. K., Kerns K. A. (2019) Parent–Child Attachment and Children’s Experience and Regulation of Emotion: A Meta-Analytic Review. *Kent State University* 2019, Vol. 19, No. 6, 1103–1126 1528-3542/19/\$12.00 <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000504>
- Cortes-Garcia, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019) Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(3), e0213099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- [Deborde A. S., Miljkovitch R., Roy C., Speranza M., Corcos M. \(2012\)](#) Alexithymia As A Mediator Between Attachment And The Development Of Borderline Personality Disorder In Adolescence *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 676–688, 2012  
© 2012 The Guilford Press
- Decarli A, Pierrehumbert B, Schulz A, Schaan VK, Vögele C (2022) Disorganized attachment in adolescence: Emotional and physiological dysregulation during the Friends and Family Interview and a conflict interaction. *Development and Psychopathology* , 431–445. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001352>
- Del Casale A., Adriani B., Modesti M. N., Virzi S., Parmigiani G., Vento A. E., Speranza A. M. (2023) Anorexia nervosa and familial risk factors: a systematic review of the literature. *Current Psychology* <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03563-4>
- Di Riso D., Lis A. (2016) *Psicodinamica dei pattern di attaccamento in età adulta e adolescenza. L’Adult Attachment Projective Picture System*. FrancoAngeli
- Estevez A., Chavez-Vera M. D., Momene J., Olave L., Vazquez D., Iruarrizag I. (2018) The role of emotional dependence in the relationship between attachment and impulsive behavior. *Annals of psychology* 2018, Vol. 34, No. 3, 438-445
- Estevez A., Chavez-Vera M. D., Momene J., Olave L., Vazquez D., Iruarrizag I. (2021) Role of attachment and early maladaptive schemas in the impulsive behaviour of adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2021, No. 53, 143-153
- Faber, A., Dube, L., & Knauper, B. (2018) Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410–438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.043>
- Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D. C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M. C. (2017) Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: The mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in Psychiatry*, 8(MAR), 36–39. doi: 10.3389/fpsy.2017.00036

- Fearon P., Roisman G. I. (2017) Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology* 2017, 15:131–136
- Feyzioglu, A., Sayiner, A. C. T., Ozcelik, D., Altun, F. T., & Budak, E. N. (2022) The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between early childhood trauma and alexithymia. *Current Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02988-1>
- Fonagy, P., Lorenzini, N., Campbell, C., & Luyten, P. (2014) Why are we interested in attachments? In P. Holmes, & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge handbook of attachment: Theory* (pp. 31–48). *New York: Routledge*.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. *New York: Other Press*.
- Fossati A., Acquarini E., Feeney J. A., Borroni S., Grazioli F., Giarolli L. E., Franciosi G. & Maffei C. (2009) Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression, *Attachment & Human Development*, 11:2, 165-182, DOI: 10.1080/14616730802625235
- Freud, A. (1936/2001) *The ego and the mechanisms of Defence*. Abingdon Routledge
- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G., Casey, B. J. (2007) Risk taking and the adolescent brain: Who is at risk? *Developmental Science*, 10, F8–F14
- Corte's-Garci'a L, Takkouche B, Seoane G, Senra C (2019) Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 14(3): e0213099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- Gabbard G. O. (2015) *Psichiatria Psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore
- Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T. F., Maitra, S., ... Luyckx, K. (2016) Non-suicidal self-injury and adolescent attachment with peers and mother: The mediating role of identity synthesis and confusion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1735–1745. doi:10.1007/s10826-015-0350-0
- Gatta, M.; Balottin, L.; Mannarini, S.; Chesani, G.; Del Col, L.; Spoto, A.; Battistella, P.A. (2017) Familial factors relating to alexithymic traits in adolescents with psychiatric disorders. *Clin. Psychol.* 2017, 21, 252–262.
- George, C., & West, M. (2011) The Adult Attachment Projective Picture System: Integrating Attachment Into Clinical Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93:5, 407-416
- George, C., & West, M. (2003) The Adult Attachment Projective: Measuring Individual Differences in Attachment Security using Projective Methodology. In Hilsenroth, M.J & Segal, D. (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment: Vol. 2. Personality Assessment*. M. Hersen (Editor-in-Chief of volume series) Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984/1985/1996) Attachment interview for adults. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

Green, J.; Berry, K.; Danquah, A.; Pratt, D. (2021) Attachment Security and Suicide Ideation and Behaviour: The Mediating Role of Reflective Functioning. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 3090. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063090>

Gross, J. J. (Ed.). (2007) *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.

Guntermann, A. (2015) "The Clinical Utility of the Adult Attachment Projective Picture System: A Clinician's Perspective". Graduate School of Professional Psychology: Doctoral Papers and Masters Projects.67.

Guo Y., Ji Y., Huang Y., Lin Y., Chen Y., Zhang L., Zhu C., Yu F., Wang K. (2021) The relationship between suicidal ideation and parental attachment among adolescents: the mediator of anhedonia and peer attachment. *Frontiers in Psychology*.

Hazan C., Shaver P. R. (1994) Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationship. *Psychological Inquiry*, Vol. 5, No. 1. (1994), pp. 1-22

Hesse, E., & Main, M. (2006) Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309–343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2009) The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.08.007>

Iwansky, A.; Liechtenstein, L.; Muhling, LE; Zimmermann, P. (2021) Effects of Father and Mother Attachment on Depressive Symptoms in Middle Childhood and Adolescence: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Brain Sci.* 2021 Aug 30;11(9):1153. doi: 10.3390/brainsci11091153.

Jaakko Tammilehto J., Bosmans G., Kuppens P., Flykt M., Peltonen K, Kerns K. A. & Lindblom J. (2022) Dynamics of attachment and emotion regulation in daily life: uni- and bidirectional associations, *Cognition and Emotion*, 36:6, 1109-1131, DOI: 10.1080/02699931.2022.2081534

James J. Gross (2015) Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26:1, 1-26, DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781

Janssens, J. J., Myin-Germeys, I., Lafit, G., Achterhof, R., Hagemann, N., Hermans, K. S. F. M., Hiekkaranta, A. P., Lecei, A., & Kirtley, O. J. (2022, November 2). Lifetime and Current Self-Harm Thoughts and Behaviors and Their Relationship to Parent and Peer Attachment. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000878>

Jewell t., Herle M., Serpell L., Eivors A., Simic M., Fonagy P., Eisler I. (2023) Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* (2023) 32:1241–1251 <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01930-3>



- Jewell T., Apostolidou E., Sadikovic K., Tahta-Wraith K., Liston S., Simic M., Eisler I., Fonagy P., Yoerke I. (2023). Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2023;56:888–908.
- Jewell T, Collyer H, Gardner T, Tchanturia K, Simic M, Fonagy P, et al. (2016) Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2016; 49: 354–373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473> PMID: 26691270
- Keating L., Tasca G. A., Hill R. (2013) Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors* 14 (2013) 366–373
- Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022) Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child. Psychology and Psychiatry*, 63, 963–972. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13616>
- Khosravi M. (2020) The mediating role of alexithymia in the association between attachment styles and borderline personality symptomatology. *Health Psychology Research*, vol.8
- Kidd, C., & Loxton, N. J. (2021) A narrative review of reward sensitivity, rash impulsivity, and food addiction in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109, 110265. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110265>
- Klein E. M., Benecke C., Kasinger C., Brahler E., Ehrental J. C., Strauss B., Ernst M. (2022) Eating disorder psychopathology: The role of attachment anxiety, attachment avoidance, and personality functioning. *Journal of Psychosomatic Research*
- Kindsvatter A., Tansey M. (2018) Attachment Disorganization in Childhood. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 2018, Vol. 26(2) 143-149
- Kobak R., Zajac K., Smith C. (2009) Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: Implications for the development of personality disorders. *Development and Psychopathology* 21 (2009), 839–851
- Kohut, H. (1971) *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders.* University of Chicago Press.
- Krug I., Delgado Arroyo M., Gilles S., Dang A. B., Kiropoulos L., De Paoli T., Buck K., Treasure J. (2021) A new integrative model for the co-occurrence of non-suicidal self-injury behaviours and eating disorder symptoms. *Krug et al. Journal of Eating Disorders* (2021) 9:153 <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00508-3>
- Krvavac S. & Jansson B. (2021) The role of emotion dysregulation and alexithymia in the link between types of child abuse and neglect and psychopathology: A moderated mediation model. *European Journal of Trauma & Dissociation* 5 (2021) 10021
- [Lacan J. \(1972-1973\) \*The Seminar of Jacques Lacan, Book XX: Encore, On Feminine Sexuality, The Limits of Love and Knowledge 1972-1973\*](#)
- Lecompte, V., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2014) Preschool attachment, self-esteem and the development of preadolescent anxiety and depressive symptoms. *Attachment and Human Development*, 16, 242–260.

Lyvers M., Ryan N., Thorberg D. A., (2022) Alexithymia, attachment security and negative mood, *Australian Psychologist* 2022, VOL. 57, NO. 2, 86–94 <https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2045173>

Lyvers, M., Mayer, K., Needham, K., & Thorberg, F. A. (2019) Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1288–1304. <https://doi.org/10.1002/jclp.22772>

Main, M., & Solomon, J. (1990) Procedures for identifying disorganized/ disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. (1995) Recent studies in attachment. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 467-474). Hillsdale NJ: The Analytic Press.

Mannarini, S.; Balottin, L.; Toldo, I.; Gatta, M. (2016) Alexithymia and psychosocial problems among Italian preadolescents. A latent class analysis approach. *Scand. J. Psychol*, 57, 473–481

McHugh L. & Egan J. (2023) Psychological and somatic manifestations of dissociation: The role of childhood trauma, attachment, and alexithymia. *European Journal of Trauma & Dissociation* 7 (2023) 1003

Melanie J. Zimmer-Gembeck, Haley J. Webb, Christopher A. Pepping, Kellie Swan, Ourania Merlo, Ellen A. Skinner, Elbina Avdagic, and Michelle Dunbar (2017) Review: Is Parent–Child Attachment a Correlate of Children’s Emotion Regulation and Coping?

Messina I., Maniglio R., Spataro P. (2023) Attachment Insecurity and Depression: The Mediating Role of Interpersonal Emotion Regulation. *Cognitive Therapy and Research* <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10386-5>

Mikulincer M., Shaver P. R: *Attachment in Adulthood: Structure* (2016) A comprehensive review of the structure, dynamics, and cognitive, emotional, and interpersonal manifestations of attachment orientations in adulthood. *Dynamics, and Change*. 2. New York: Guilford Press; 2016.

Mikulincer M., Shaver P. R., Pereg D. (2003) Attachment Theory and Affect Regulation:

Mikulincer, M., & Florian, V. (1998) The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143–165). The Guilford Press.

Miljkovitch R, Deborde A-S, Bernier A, Corcos M, Speranza M and Pham-Scottez A (2018) Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of Disorganized Attachment. *Front. Psychol.* 9:1962. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01962

Mintz L.B & Beth N. E. (1988) Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 463–471. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.35.4.463>

- Mirkovic B., Delvenne V., Robin M. Pham-Scottet A., Corcos M., Speranza M. (2021) Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. & Swann, A. C. (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Momene, J., Estevez, A., Perez-Garcia, A. M., Jimenez, J., Chavez- Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021) El consumo de sustancias y su relacion con la dependencia emocional, el apego y la regulacion emocional en adolescentes [Substance use and its relationship to emotional dependence, attachment and emotional regulation in adolescents]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(1), 121–132. [https:// doi. org/ 10. 6018/ anale sps. 404671](https://doi.org/10.6018/analesps.404671)
- Montebarocci O., Codispoti M., Baldaro B., Rossi N. (2022) Adult Attachment Style and Alexithymia. *Personality and Individual Differences* 36, 499-507
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012) The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A populationbased cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243. doi:10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011) Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavior outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195–210.
- Musetti A., Gagliardini G, Lenzo V., Cella S. (2023) From Childhood Emotional Maltreatment to Disordered Eating: A Path Analysis. *Psychoanalytic Psychology* 2023, Vol. 40, No. 2, 90–98
- Muzi S., Pace C. S. (2022) Attachment and alexithymia predict emotional–behavioural problems of institutionalized, late-adopted and community adolescents: An explorative multi-informant mixed-method study. *Wiley* DOI: 10.1002/cpp.2862
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009) Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). Washington: American Psychological Association. 10.1037/11875-001.
- Obeldobel C. A. (2023) Parent–Child Attachment and Dynamic Emotion Regulation: A Systematic Review. *Department of Psychological Sciences, Kent State University, USA*
- Ortiz, M. J., Gómez, J., & Apodaca, P. (2002) Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475.
- Oskis A., Clow A., Hucklebridge F., Bifulco A., Jacobs C., Loveday C. (2013) Understanding alexithymia in female adolescents: The role of attachment style. *Personality and Individual Differences* 54 (2013) 97–102
- Pace C. S., Cavanna D., Guiducci V., Bizzi F. (2015) When parenting fails: alexithymia and attachment states of mind in mothers of female patients with eating disorders. *Frontiers in Psychology*. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01145

Palmieri, A., Fernandez, K. C., Cariolato, Y., Kleinbub, J. R., Salvatore, S., Gross, J. J. (2022) Emotion Regulation in Psychodynamic and Cognitive-Behavioural Therapy: An Integrative Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(2), 103-113.

Pascuzzon K., Cyr C. & Moss E. (2013) Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies, *Attachment & Human Development*, 15:1, 83-103

Pellerone M., Tomasello G., Migliorisi S. (2017) Relationship Between Parenting, Alexithymia And Adult Attachment Styles: A Cross-Sectional Study On A Group Of Adolescents And Young Adults. *Clinical Neuropsychiatry* 14, 2 125-134

Pereira, R. F., & Alvarenga, M. (2007) Disordered eating: Identifying, treating, preventing and differentiating it from eating disorders. *Diabetes Spectrum*, 20(3), 141–148. <https://doi.org/10.2337/diaspect.20.3.141>

Petkova H (2019) Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: a national surveillance study. *BMJ Open* 9:e027339

Pinquart M., Feussner C., Ahnert L. (2013) Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attach Hum Dev*. 2013; 15: 189–218. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257> PMID: 23210665

Pollard C., Bucci S., Berry K. (2023) A systematic review of measures of adult disorganized attachment. *British Journal of Clinical Psychology* 10.1111/bjc.12411

Recalcati M. (2015). *Le mani della madre*. Feltrinelli, La serie bianca

Redondo I. & Luyten P. (2021) Alexithymia Mediates the Relationship Between Insecure Attachment and Eating Disorder Symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* (2021) 39:491–508 <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00381-0>

Robin M, Surjous L, Belbèze J, Bonnardel L, Lamas C, Silva J, Peres V and Corcos M. (2023) Four attachment-based categories of emotion regulation in adolescent psychic troubles. *Front. Psychol.* 14:1133980. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1133980

Rogers C. R, Chen X., Kwon S., McElwain N. L., Telzer E. H. (2022) The role of early attachment and parental presence in adolescent behavioral and neurobiological regulation. *Developmental Cognitive Neuroscience* 53 (2022) 101046

Rossi, E., Cassioli, E., Martelli, M., Melani, G., Hazzard, V. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Ricca, V., & Castellini, G. (2022) Attachment insecurity predicts worse outcome in patients with eating disorders treated with enhanced cognitive behavior therapy: A one-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 55, 1054–1065. <https://doi.org/10.1002/eat.23762>

Salbach-Andrae H. (2008) Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev* 39:261–272. Arcelus J, Mitchell

Saltari Sara (2022-2023) Adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare e Condotte Autolesive; il contributo dell'Adult Attachment Projective Picture System in uno studio multimetodo. Tesi di laurea magistrale. *Università degli Studi di Padova*

Salvo, G., L., & Castro, S. (2013). A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes [Reliability and validity of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) in adolescents]. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(4), 245–254. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

Scigala D. K., Fabris M. A., Ribera-Badenes L., Longobardi C. (2022) Alexithymia and Adult Attachment: Investigating the Mediating Role of Fear of Intimacy and Negative Mood Regulation Expectancies. *Psychological Reports* 2022, Vol. 125(4) 1896–1914

Sechi C., Vismara L., Lucarelli L., (2020) Attachment to Parents and Peers and Adolescent Mental Health: The mediating Role of Alexithymia, *Community Mental Health Journal* (2020) 56:894–905 <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00553-3>

Selvini Palazzoli M. (1963) *L'anoressia mentale, dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Feltrinelli.

Sharp, C., and Fonagy, P. (2015) Practitioner review: borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J. Child Psychol. Psychiatry* 56, 1266–1288. doi: 10.1111/jcpp.12449

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002) Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human*

Shenkman G., Aviv L. P., Hain D., Goren O., Shapira S., Klomek A. B., Berant E. (2021) The moderation of attachment in the association between depressive symptoms and self-harm among a clinical sample. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH* 2021, VOL. 30, NO. 1, 58–65 <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630723>

Sifneos, P. E. (1973) The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a) Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014) Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610–619. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>

Spear, L. P. (2000) The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417–463. [http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)

- Stagaki M., Nolte T., Feigenbaum J., King-Casas B., Lohrenz T., Fonagy P. (2022) The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect* 128 (2022) 105576
- Steinberg, L., Icenogle, G., Shulman, E. P., Breiner, K., Chein, J., Bacchini, D., Chang, L., Chaudhary, N., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Fanti, K. A., Lansford, J. E., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., Tirado, U., ... Takash, H. M. (2018) Around the world, adolescence is a time of heightened sensation seeking and immature self-regulation. *Developmental Science*, 21(2), e12532. [https:// doi. org/ 10. 1111/ desc. 12532](https://doi.org/10.1111/desc.12532)
- Sugarman A., Kurash C. (1982) The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders Volume 1, Issue 4* p. 57-67
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999) Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge University Press*.
- Tasca, G. A. (2019) Attachment and eating disorders: A research update. *Curr Opin Psychol*, 25, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.03.003>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014) Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- [Theodore E. A. Waters](#), [Guy Bosmans](#), [Eva Vandevivere](#), [Adinda Dujardin](#), and [Harriet S. Waters](#). (1998) Secure Base Representations in Middle Childhood Across Two Western Cultures: Associations with Parental Attachment Representations and Maternal Reports of Behavior Problems. *Dev Psychol*. 2015 Aug; 51(8): 1013–1025. Published online 2015 Jul 6. doi: [10.1037/a0039375](https://doi.org/10.1037/a0039375)
- Tyrer, P. (2014) “The likely classification of borderline personality disorder in adolescents in ICD-11,” in *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, eds C. Sharp, J. L. Tackett, C. Sharp, and J. L. Tackett (New York, NY: Springer Science C Business Media), 451–457. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 250–283
- Thompson, N. M., Uusberg, A., Gross, J. J., and Chakrabarti, B. (2019) Empathy and emotion regulation: an integrative account. *Prog. Brain Res.* 247, 273–304. doi: [10.1016/bs.pbr.2019.03.024](https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024)
- Turgeon J., Milot T., St-Laurent D., Dubois-Comtois K. (2023) Association between childhood maltreatment and attachment disorganization in young adulthood: The protective role of early mother-child interactions. *Child Abuse & Neglect* 143 (2023) 106281
- Varley, D., Fenton, C., Gargan, G., Taylor, O., Taylor, A., Kirby, N., [Morton, M.](#), Barrow, J., Hatton, C. and Wright, B. (2022) A systematic review of systematic reviews exploring the factors related to child and adolescent self-harm. *Adolescent Psychiatry*, 12(2), pp. 79-114. (doi: [10.2174/2210676612666220721101210](https://doi.org/10.2174/2210676612666220721101210))
- Vegetti Finzi S. (1990) *Il bambino della notte. Divenire donna divenire madre*, Oscar Mondadori, Milano



Verzeletti et al. (2016) Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology*, 3: 1199294 <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2016.1199294>

Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019) Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 1. doi:10.1186/s13034-018-0261-0

Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001) Validity and reliability of the Bermond-Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413–434. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00033-7)

Whiteside S.P., Lynam D.R. (2001) The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669-689

Winnicott D. W. (1970) *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Ed, Roma

Winnicott D.W. (1971) *Gioco e realtà*. Fabbri Editore: Milano

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*, DOI: 10.1080/13811118.2020.1804024

Wrath, A. J., & Adams, G. C. (2019) Self-injurious Behaviors and Adult Attachment: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(4), 527–550. doi:10.1080/13811118.2018.1486251

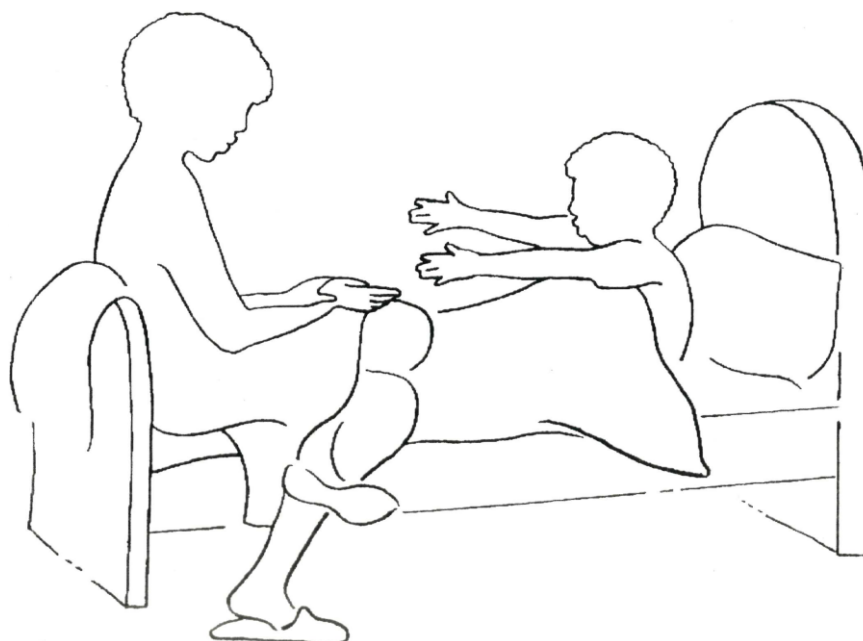
Yakeley J., Burbridge-James W. (2018) Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJPsych Advances* (2018), vol. 24, 37–45 doi: 10.1192/bja.2017.6

Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>

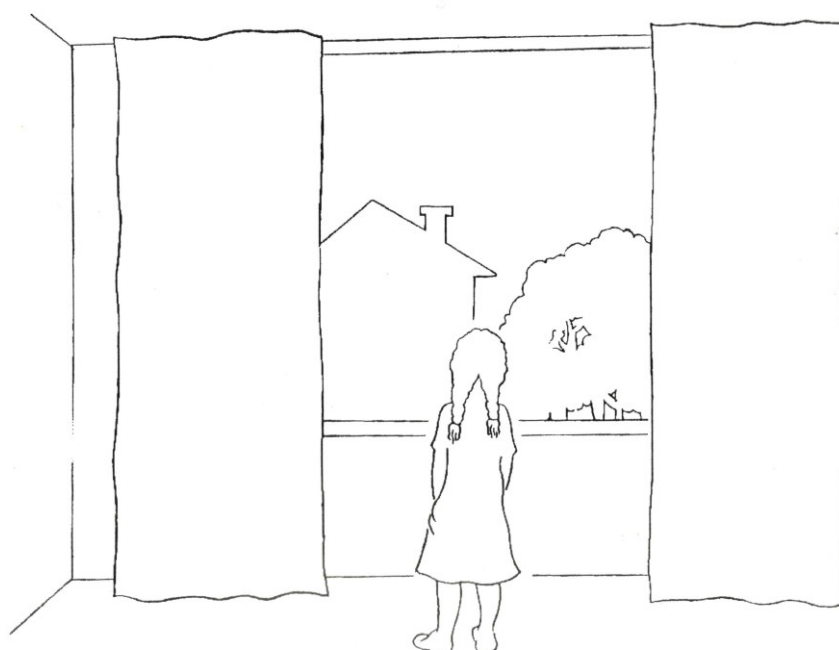
Zhang J., Zhang Y., Mao Y., Wang Y. (2023) The relationship between insecure attachment and alexithymia: A meta-analysis. *Current Psychology* <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04749-0>

## APPENDICE

Di seguito due tavole esempio del protocollo AAP. La prima è un esempio di tavola *dyadic*, la seconda di tavola *alone*.



**Figura 5 - "Bed", Tavola AAP (George & West, 2011)**



**Figura 6 - "Window", Tavola AAP (George & West, 2011)**