UNIVERSITÀ TELEMATICA INTERNAZIONALE UNINETTUNO

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea Magistrale in

Processi Cognitivi e Tecnologie - Tecnologie di supporto clinico alla persona

Elaborato finale in

Metodi di intervento nei gruppi e nelle organizzazioni

Sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nella prima adolescenza: uno studio empirico sull'attaccamento e sulla regolazione emotiva

Relatrice: Prof.ssa Giulia Ballarotto

Candidata: Serafina Barbara Greco

Matr.:285HHHPCT

Sessione invernale

Anno Accademico

2018/2019

Ai miei genitori,

alla mia dolce metà

e a Gabriella.

Indice

Parte teorica

1 Approcci di studio e analisi dell'età adolescenziale.....11

1.1 Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza……....11

1.1.1 La diagnosi classificatoria…….....11

1.1.2 La Diagnosi dimensionale…….....13

1.2 L'infant Research e la Psicopatologia dello Sviluppo……...14

1.3 I mutamenti della fase pre-adolescenziale e adolescenziale nei suoi caratteri esteriori ed interiori……..……..……...16

1.4 Il corpo in adolescenza……..20

1.5 La relazione degli adolescenti con i propri genitori……...22

1.5.1 La relazione del figlio maschio con la figura paterna…….….23

1.5.2 La relazione della figlia con la figura materna……..24

1.6 La relazione con il gruppo dei pari…….25

2 Classificazione dei sintomi in internalizzanti vs esternalizzanti……...……..……..…27

2.1 Una prima classificazione dei sintomi in cluster internalizzanti vs esternalizzanti……...…….27

2.2 Diffusione nel mondo scientifico delle categorie internalizzante ed esternalizzante……...……..…..28

2.3 Studi empirici contemporanei sulla classificazione dei disturbi…….29

2.4 Distinzione delle problematiche in età evolutiva……31

2.5 Dati epidemiologici……..…….35

2.6 Approcci teorici di riferimento per i sintomi internalizzanti……..…..36

2.7 Possibile associazione tra attaccamento insicuro e sintomi internalizzanti…….….…37
2.8 Eziologia dei sintomi esternalizzanti…….39
2.9 La complessa eziologia dei disturbi mentali nella fase preadolescenziale…….…..40
2.10 Aspetti psicobiologici…….……41

3 Regolazione e disregolazione emotiva nel contesto dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti……...…....43
3.1 Regolazione e disregolazione affettiva……....43
3.2 La regolazione cognitiva delle emozioni nel contesto dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti……..….……..45
3.3 Internalizzare ed esternalizzare nella personalità come modalità di controllo cognitivo…….....47
3.4 La continuità dei sintomi fino all'età adulta…….49

Parte sperimentale

4 Ricerca sperimentale……....53
4.1 Introduzione al lavoro sperimentale e suoi obiettivi…….…….53

5 Descrizione della ricerca sperimentale…….....55

6 Gli strumenti utilizzati……....57
6.1 Lo Youth Self-Report/11-18 (YSR) del 2001…….57
6.2 L'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)……..61
6.3 La Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11)……...63

6.4 La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)…….64

7 Metodologia.....69

8 Risultati…….……..….71

8.1 Relazione tra il funzionamento emotivo-adattivo, il rapporto con le figure significative, l'impulsività e l'alessitimia……71

8.2 Differenze di genere rispetto al funzionamento emotivo-adattivo, al rapporto con le figure significative, all'impulsività e all'alessitimia…….....……..87

9 Discussione e conclusioni.....89

Bibliografia……...……95

.

Parte teorica

1 Approcci di studio e analisi dell'età adolescenziale

Adolescenza: la più delicata delle transizioni.
Victor Hugo

1.1 Diagnosi e valutazione clinica in adolescenza

Il tema della diagnosi nell'ambito della psicopatologia è controverso sia perché il termine pone un riferimento con il modello medico, sia perché la valutazione del disturbo mentale è collegata con diversi modelli teorici e di psicopatologia.

La diagnosi è importante ai fini del trattamento e per la prognosi. Rispetto ai problemi con la diagnosi bisogna aggiungere che in ambito psicanalitico è stata sottovalutata la diagnosi psichiatrica a favore della valutazione clinica.

Un altro aspetto da tenere in considerazione soprattutto nella diagnosi adolescenziale è che, in questo caso, la psicopatologia viene considerata in funzione dei compiti evolutivi da svolgere e del contesto familiare, gruppale e sociale (Ammaniti, 2002).

1.1.1 La diagnosi classificatoria

Storicamente il primo modello di diagnosi in psicopatologia è stato il modello medico sviluppato nel corso dell'Ottocento, secondo il quale le malattie mentali sono in relazione diretta con un problema organico (Ammaniti, 2002).

Il modello eziopatogenetico di tipo medico non si adatta alla psicopatologia, per lo meno in linea generale e fatti salvi casi specifici, in quanto non sono note le cause dei disturbi mentali e quindi non si può parlare di malattie. Alla natura non lineare della psicopatologia possono piuttosto applicarsi principi di equifinalità (percorsi diversi possono condurre allo stesso risultato in termini evolutivi) e di multifinalità (un determinato evento non ha necessariamente lo stesso esito

psicopatologico) (Rolf et al., 1990).

Secondo la recente nosografia in età evolutiva si individua il disturbo mentale in base ai modelli di adattamento personale e ai principi statistici elementari (Ammaniti, 2002).

Uno dei più noti sistemi diagnostici classificatori è il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, maggiormente conosciuto tramite il suo acronimo inglese DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders): è considerato un sistema ateorico, sviluppato per fini clinici e di ricerca, propone una diagnosi di tipo descrittivo-fenomenologico raggruppando in categorie distinte le condizioni patologiche (*Ibidem*).

La diagnosi è eseguita in base a criteri di inclusione, cioè in base alla presenza di segni e sintomi.

Un altro sistema nosologico classificatorio è l'International Classification of Diseases (ICD), a cura dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): esso è in molti aspetti in concordanza con il DSM, ma indica delle linee guida flessibili; presenta inoltre delle categorie miste e non incoraggia diagnosi multiple (comorbilità) come il DSM (*Ibidem*).

Uno delle critiche al DSM, in particolare alle versione precedenti a quella più recente del DSM 5 (APA, 2013)[1] è che la realtà clinica non corrisponde alle categorie del DSM. La psichiatria ha cercato di superare questo problema con l'introduzione dei concetti di comorbilità (la presenza di più disturbi in un arco di tempo definito) e di spettro psicopatologico (insieme di disturbi psichiatrici collegati da una base comune sottostante).

Nonostante questa modifica vengono mosse ancora critiche al DSM: esso risponde più a esigenze epidemiologiche e di ricerca che cliniche; la valutazione di disturbo mentale è inadeguata per valutare se determinate caratteristiche psicologiche

[1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

e comportamentali possono essere considerate manifestazioni psicopatologiche; un altro aspetto riguarda la definizione del criterio di soglia di ogni categoria del DSM in base al quale è possibile formulare una diagnosi. Secondo alcuni autori, il DSM 5 svilisce la psicopatologia a una "checklist" estremamente riduttiva; quindi, secondo questa visione comunque opinabile, sarebbe uno strumento inadeguato a orientare la diagnosi in psichiatria (Biondi et al., 2014).

1.1.2 La Diagnosi dimensionale

Esiste anche la diagnosi dimensionale che descrive l'individuo e le sue problematiche lungo una serie di dimensioni. Il sistema dimensionale si riferisce alle teorie della personalità e al concetto di disturbo della personalità; essa fa riferimento ad elementi bio-psicologici come caratteristiche invarianti di ciascun individuo (Ammaniti, 2002).

Queste diagnosi considerano la relazione fra dimensioni della personalità e disturbi come un continuum riuscendo a cogliere gli aspetti di transizione, che sono sfumati e presenti nei vari disturbi, avvicinandosi alla concezione psicoanalitica di disturbo mentale (*Ibidem*).

A partire dalla fine degli anni Sessanta molti psichiatri e psicologi dell'età evolutiva si trovarono d'accordo nell'affermare l'esistenza di alcune categorie di psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza, categorie che potevano essere fenomenologicamente descritte e che erano piuttosto comuni nella popolazione dei giovani: si fa riferimento alla categoria del disturbo del comportamento dirompente o disturbo esternalizzante e quella dei disturbi emotivi o disturbi internalizzanti (Rutter et al., 1969). Sono categorie di ordine alto che possono rappresentare più specificamente singole entità diagnostiche. (Cantwell, 1996). Di queste categorie si esporrà più dettagliatamente nel prosieguo del presente lavoro.

Tale classificazione internalizzante vs esternalizzante formulata da Achenbach, a partire dai suoi studi del 1966, ha avuto maggiore riconoscimento grazie alla prima pubblicazione, ad opera di Achenbach ed Edelbrock nel 1983, della *Child Behaviour*

Checklist - CBCL, un questionario *caregiver report form* che identifica problemi nel comportamento del bambino; la classificazione dimensionale di Achenbach elabora scale di valutazione del comportamento psicopatologico. La CBCL ad oggi fa parte del sistema ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment[2]. Questa concettualizzazione nella categorizzazione della psicopatologia, sebbene sia da alcuni ancora dibattuta, ha permesso un'indagine sistematica delle classificazioni diagnostiche utilizzate nei bambini e negli adolescenti e una differenziazione dei disturbi in base alle fasce d'età (Tandon et al., 2009).

La classificazione internalizzante/esternalizzante è utile e complementare per altri approcci che esaminano i temi della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza (Cantwell, 1996).

Non si può fare una contrapposizione tra le diverse classificazioni perché tutti i disturbi sono simultaneamente categoriali e dimensionali (Ammaniti, 2002).

1.2 L'infant Research e la Psicopatologia dello Sviluppo

La trattazione dei disturbi mentali nell'infanzia e nell'adolescenza per molto tempo non è stata considerata dai sistemi nosografici internazionali. Come per gli adulti anche per la psicopatologia adolescenziale l'applicazione del DSM suscita perplessità per la mancanza di un criterio di valutazione evolutivo, ovvero la considerazione di caratteristiche psicologiche di questa specifica fase. Inoltre il DSM non fornisce indicazioni per valutare le disfunzioni di personalità. Un altro problema riguarda l'identificazione di una psicopatologia in atto rispetto ai criteri del DSM.

Fino agli anni Settanta la teoria evolutiva derivava i suoi studi dalle ricerche condotte sugli adulti che stabilivano, inoltre, anche i criteri clinici per bambini e per

[2] Il sistema ASEBA imposta gli standard della valutazione *multi-informant* per la fascia d'età che va da un anno e mezzo a tutta la vita; ha più modalità di applicazione dal punto di vista culturale, infatti è stato tradotto in più di cento lingue; è largamente usato nei servizi di salute mentale, nella ricerca, nella scuola ed in molti altri ambiti (fonte: https://aseba.org/).

adolescenti. Grazie alle scoperte, da parte degli etologi, dell'importanza del legame negli animali e alla conseguente teoria dell'attaccamento del bambino al suo caregiver, sviluppata da Bowlby, cominciano i primi influssi della ricerca infantile sulla teoria evolutiva della psicanalisi (Rodini, 2004). Con il passare del tempo l'Infant Research sempre più è andata concentrandosi sullo studio, da un punto di vista relazionale, dei rapporti diadici (Beebe & Lachmann, 2003) che permettono al bambino di autoregolarsi continuamente (Stern, 1987). Infatti solo dopo il contributo dell'Infant Research si inizia a cogliere l'aspetto biunivoco della relazione tra figli e genitori, mentre le precedenti teorie classiche sull'infanzia e sull'adolescenza si limitavano allo studio del singolo individuo (Ammaniti, 2002).

Negli stessi anni Settanta queste ricerche sull'infanzia portano alla nascita dell'approccio della Psicopatologia dello Sviluppo, la quale metterà in discussione il concetto di salute mentale e ridefinirà la valutazione, la classificazione e l'intervento nei casi in cui i bambini e/o gli adolescenti presentino un maladattamento (Cicchetti, Cohen, 1995; Zenah, 1993). Si tratta di un modello di spiegazione della psicopatologia che tiene molto in considerazione la teoria, superando le critiche poste al DSM. È un approccio basato su metodologie per la comprensione dello sviluppo mentale e patologico di bambini e di adolescenti ed è comunque applicabile alle diverse fasce d'età. Secondo questo approccio il bambino e l'adolescente, nelle varie fasce d'età, affrontano dei compiti evolutivi: il fallimento di questi compiti porta ad una psicopatologia inquadrabile come un disadattamento. Quindi è essenziale identificare i fattori di vulnerabilità che possono essere sia endogeni (corredo genetico, processi neurobiologici) che di natura ambientale (ad es. il sistema di caregiving). Essi influenzano i vari sistemi evolutivi: fisiologico, affettivo, cognitivo e comportamentale-sociale, avendo un ruolo particolare nei diversi quadri clinici (Sameroff, Emde, 1989; Cicchetti, Cohen, 1995).

Al contrario dei tradizionali modelli di assessment, questo approccio considera importante il contesto familiare e ambientale, infatti si basa su una valutazione multidimensionale e multifattoriale (Cummings et al, 2000; Sparrow et al, 1995).

1.3 I mutamenti della fase pre-adolescenziale e adolescenziale nei suoi caratteri esteriori ed interiori

La pubertà è la fase evolutiva in cui sono presenti i prodromi di ciò che si manifesterà in futuro, per questo secondo alcuni autori bisogna cogliere nei ragazzi i segnali che preannunciano quanto potrà accadere (Milana, 2006).
Il periodo che si analizzerà è quello denominato della preadolescenza o pubertà e va dagli 11 ai 14 anni; è un tempo in cui si manifestano cambiamenti sia fisici che psichici. Sebbene le relazioni che riguardano i meccanismi che si manifestano su questi due piani non sono ancora del tutto note; sappiamo che questi cambiamenti preparano l'individuo alla vita adulta (Oliva, 2006). Non sempre però lo sviluppo del pensiero coincide con quello puberale; infatti si constata di frequente sia nei ragazzi che negli adulti la mancanza di un pensiero logico-formale nonostante sia già avvenuta la maturazione sessuale (Coleman, 1980a). La questione se i due piani, quello fisico e quello psichico, si sviluppano parallelamente, ognuno in modo autonomo o se l'uno incide sullo sviluppo dell'altro è ancora dibattuta (Oliva, 2006).

Con l'insorgere dell'adolescenza si instaura una trasformazione strutturale che tende a mantenere la continuità del senso di sé. I cambiamenti fisiologici e psichici in atto costringono il ragazzo a modificare il rapporto con se stesso, da qui prende il nome il processo di *crisi identitaria* (Tirelli, 2006), per cui le antiche identificazioni vengono messe in discussione e allo stesso tempo si ha l'esigenza di una proiezione verso il futuro (Micanzi Ravagli, 2006).

Secondo Freud (1905) l'esordio dell'adolescenza rappresenta un evento di importanza pari a quello della nascita; data questa considerazione lo sviluppo sessuale dell'individuo avrebbe due avviamenti diversi in due periodi diversi della vita. Sulla *scelta oggettuale in due tempi* si sono basati molti studi psicanalitici riguardanti l'adolescenza.

Rifacendosi agli studi di Margaret Mahler e collaboratori (1978) sulla relazione madre-bambino nei primi anni di vita, Blos (1993) considera l'adolescenza come una seconda fase del processo di separazione-individuazione (la prima fase si compie intorno ai tre anni di vita con l'acquisizione dell'identità di genere). Ambedue questi

processi sono caratterizzati sia da cambiamenti psicologici che da vulnerabilità della personalità, aspetti che possono sfociare in psicopatologie a causa dell'inadeguatezza nel riuscire ad integrare tali cambiamenti. Nel bambino il processo di separazione-individuazione si manifesta con il distacco dalla madre tramite l'internalizzazione dell'immagine di essa, mentre nell'adolescente tale processo si manifesta con il distacco dai propri oggetti internalizzati per poter rivolgersi ad oggetti esterni alla famiglia. Questo processo sia nell'infanzia che nell'adolescenza mostra l'emergere di cambiamenti sul piano psichico che rispecchiano cambiamenti sul piano corporeo.

Nel corso dell'adolescenza vi è la necessità di affrontare una serie di lutti: tale questione è stata presa in considerazione soprattutto dalla scuola psicoanalitica francese ed in particolare da Jeammet (1992) e da Birraux (1990). Tra questi cambiamenti si hanno:

- Il *lutto dell'immagine di sé infantile* il cui processo è messo in difficoltà dalla paura di perdere ciò che si è acquisito durante l'infanzia come la protezione da parte dei genitori;
- Il *lutto di una bisessualità trionfante* che impone il limite della scelta definitiva dell'identità di genere;
- Il *lutto degli oggetti edipici* comporta una nuova lettura ed interpretazione del rapporto con i genitori alla luce di un interesse verso questi che va cambiando e di un confronto identitario inerenti anche caratteristiche fisiche.

L'*Edipo* può favorire lo sviluppo o può provocarne il suo arresto, per questo diventa il punto di riferimento della patologia adolescenziale (Tirelli, 2006).

Sigmund Freud introdusse il concetto di complesso di Edipo nella sua opera *L'interpretazione dei sogni* del 1899 intendendo con tale termine il desiderio di un coinvolgimento sessuale con il genitore del sesso opposto ed un concomitante senso di rivalità con il genitore dello stesso sesso. Si tratta di una tappa cruciale nel normale processo di sviluppo del bambino. Il termine deriva dall'eroe tebano Edipo della mitologia greca, che inconsapevolmente uccise suo padre e sposò sua madre; il suo

analogo femminile, il complesso di Elettra, prende il nome da un'altra figura mitologica, che aiutò a uccidere sua madre. Freud attribuì il complesso di Edipo ai bambini di età compresa tra i tre e i cinque anni. Questo stadio di solito termina quando il bambino si identifica con il genitore dello stesso sesso e reprime i suoi istinti sessuali. Secondo l'autore la presenza di traumi in questa fase legati alla relazione con i genitori possono portare a psicopatologie nella vita adulta. Il Super-Io, il fattore morale che domina la mente cosciente attraverso il quale sviluppiamo l'autocritica e l'inibizione (Reda, 2016), ha la sua origine nel processo di superamento del complesso di Edipo; mentre l'Ideale dell'Io, il modello a cui l'istanza equilibratrice dell'Io tende, è l'erede del narcisismo originario, alimentato da libido narcisistica, che si origina in epoca precoce preedipica. Nella preadolescenza le oscillazioni umorali indicano quanto sia difficile il rapporto tra l'Io e l'Ideale dell'Io (Jeammet, 1992).

L'interesse per il proprio e per l'altrui corpo, e la possibilità della realizzazione di una relazione sessuale, possono conferire all'*Edipo* una caratteristica traumatica, che richiede agli adulti vicini al bambino di fornire una risposta adeguata che ne favorisca l'elaborazione, nonché di instaurare un'alleanza necessaria per affrontare le reazioni inaspettate, a volte sconvolgenti, dei ragazzi che cercano un equilibrio nell'oscillare tra sentimenti di idealizzazione e sentimenti di delusione. Freud, nel 1905, fece notare come l'instabilità che si riscontra nella pubertà sia indice di un processo fisiologico di ristrutturazione psichica. Questa mutevolezza comportamentale in alcuni casi rappresenta segnali di allarme di una psicopatologia, segnali che in questa fascia di età sono meno accentuati che nelle fasi successive (Tirelli, 2006).

I sentimenti di angoscia che il ragazzo prova quando si confronta con i suoi cambiamenti corporei potrebbero portare a ciò che i coniugi Laufer (1984) chiamano *adolescent developmental breakdown*, un evento dirompente che eserciterà un effetto cumulativo durante tutta l'adolescenza fino a diventare una psicopatologia. *L'integrazione del corpo sessuato* obbliga ad una rivisitazione dell'Edipo che si concluderà quando un'immagine corporea stabile consentirà all'adolescente di uscire

dalla sottomissione dai genitori edipici per cercare una relazione oggettuale (Tirelli, 2006).

Il concetto di *posizione depressiva* della Klein viene usato per spiegare alcuni fenomeni mentali che accadono nella preadolescenza. Come spiega la Klein (1935, 1940) anche il neonato è esposto all'istinto di morte: il pericolo è riconosciuto come se provenisse da un mondo esterno persecutore che egli combatte. Inizialmente il bambino classifica separatamente gli oggetti che collega al soddisfacimento dagli quelli che collega alla frustrazione. In seguito la capacità di percepire l'oggetto come unitario convince il bambino di poter amare e odiare la stessa persona; di conseguenza comprende il pericolo di poter distruggere ciò che ama con la sua aggressività. A questo punto può avvertire la sua colpa che lo porta, attraverso attività riparative, a fare del bene all'oggetto danneggiato. Il raggiungimento dell'atteggiamento depressivo sarebbe espressione di un importante processo maturativo ed è collegato alla perdita dell'oggetto. In questa fase il bambino percepisce il distacco dalla madre come dolore, perché corrisponde alla perdita di un mondo interno. La percezione più dolorosa consiste nel sentirsi responsabile della perdita a causa del proprio desiderio di distruttività. L'elaborazione della posizione depressiva inizia con un processo di integrazione, di introiezione dell'oggetto nella sua totalità sia degli aspetti amati che di quelli odiati, che permette a sua volta l'elaborazione dei sentimenti di colpa e di perdita, per arrivare infine alla crescita della capacità di percepire la realtà psichica del mondo interno ed esterno (Marzano, 2006).

Un concetto molto utilizzato dagli studiosi dell'adolescenza è quello dell'*après-coup*, il concetto di posteriorità, il quale si riferisce al recupero delle rappresentazioni risalenti ai primissimi anni di vita (Laplanche & Pontalis, 1967).

Nella pubertà vi è una revisione dei modelli acquisiti soprattutto quando questi modelli rendono difficile l'attuazione di quei processi di pensiero che permettono all'individuo di accettare il proprio corpo (Tirelli, 2006). La revisione di tali modelli

porta all'aumento di sogni e rappresentazioni; le problematiche adolescenziali possono provocare dei blocchi dell'attività rappresentativa (*Ibidem*).

Ammaniti e collaboratori (2005), in un loro articolo, riportano ciò che potrebbe essere considerata una sintesi di quanto esposto in questo paragrafo:

> «Le modificazioni biologiche proprie della pubertà, a livello morfologico, fisiologico ed endocrinologico, accentuano la spinta delle pulsioni, che determinano la rottura degli equilibri precedenti e il rifiuto degli investimenti oggettuali e narcisistici dell'infanzia (Kestemberg; 1962). L'organizzazione psichica ne risulta sconvolta: l'adolescente deve fare lo sforzo non solo di accettare a livello psichico la sessualità, ma anche di costruire una propria identità di genere. Può accadere che l'adolescente rifiuti inconsciamente la maturazione sessuale, fino a giungere ad un break-down evolutivo, ovvero ad un arresto del processo di integrazione dell'immagine del corpo fisicamente maturo nella rappresentazione che ha di se stesso (Laufer & Laufer; 1984). In questa difficile età di passaggio, un trauma può compromettere il delicato processo di costruzione della propria identità e favorire l'esordio di disturbi psicopatologici (Terr; 1991).»

1.4 Il corpo in adolescenza

Al corpo dell'adolescente, almeno da un punto di vista clinico, si riconosce sempre più maggiore importanza (Carau & Fusacchia, 2010). La letteratura inerente il corpo puberale e adolescenziale offre vari significati e modi diversi per comprenderlo, ciò si riflette nei diversi orientamenti teorici che si occupano di questo ambito.

Le trasformazioni fisiche e psichiche che caratterizzano l'adolescenza possono prendere una direzione organizzante o disorganizzante e sfociare, quindi, nella psicopatologia; per questo sono molto importanti le risposte che gli adulti, ma soprattutto i clinici, possono dare all'adolescente (*Ibidem*).

La struttura della mente si costruisce in base al corpo e alle sue modificazioni, ma anche in base alla relazione che l'individuo istituisce con il proprio corpo; il corpo è contenuto e organizzatore della psiche del soggetto (Birraux, 1990). Nell'oscillazione tipica adolescenziale il corpo garantisce la continuità tra identità e cambiamento; rispetto all'identità il corpo è un punto di riferimento costante che da un lato offre sicurezza, ma dall'altro rappresenta una minaccia (Brusset, 2002). In

alcuni adolescenti può capitare di rimanere ancorati al proprio corpo, questo non è solo sintomo di una psicopatologia, ma esprime anche un tentativo di cambiamento (Carau & Fusacchia, 2010).

La sessualizzazione delle strutture psichiche genera stati mentali privi di rappresentazione o simbolizzazione, qualcosa nel campo psichico non è rappresentato né rappresentabile: in alcuni di questi casi il corpo può supplire questa mancanza e aiutare l'organizzazione simbolica. Infatti tramite il processo della *raffigurabilità*, la quale trasforma i pensieri in immagini visive e che poggia su basi corporee e sensoriali, si possono rimpiazzare oggetti interni mancanti (*Ibidem*).

Secondo Tirelli (2010) quando davanti alle trasformazioni pubertarie l'individuo non dispone di mezzi per affrontarle allora si verifica il breakdown. Questa situazione è causata dalle carenze e sofferenze che si rintracciano nei primissimi rapporti del neonato con la madre e nei modelli psichici, su di sé e su di sé in relazione all'oggetto, che si formano da tali rapporti. Una tale situazione provoca ripetuti tentativi fallimentari di aggiustamento da parte del soggetto con difficoltà a svolgere i compiti evolutivi che la sessualizzazione del corpo richiede: questa infatti reclama cambiamenti impossibili da attuare se i modelli originatisi durante le primissime relazioni con la madre non vengono connotati di nuovi significati.

L'evoluzione della sessualità favorisce il fenomeno dell'après-coup per cui viene rielaborato ciò che al momento in cui è stato vissuto non ha potuto integrarsi in modo adeguato; la maturazione organica permette di accedere a nuovi significati e alla rielaborazione di esperienze precedenti (Laplanche & Pontalis, 1967).

Mantenendo la continuità del senso di identità la pubertà deve permettere che i cambiamenti somatici e psichici avvengano (Tirelli, 2010).

Il corpo viene usato dall'adolescente per esprimersi, in quanto l'apparenza è una dimensione della nostra identità. Nel periodo adolescenziale l'aspetto fisico riveste una particolare importanza, soprattutto in termini di valutazione che il ragazzo fa del proprio corpo e delle valutazioni degli altri che lo guardano, o meglio come egli percepisce lo sguardo degli altri (Nicolò & Romagnoli, 2010). Della dimensione

fisica ciò che è oggetto di particolari processi psichici è la pelle che contiene sia ciò che è corporeo che ciò che è mentale (Anzieu, 1985). I segni sulla pelle possono essere interpretati come una simbolizzazione o come dinamiche auto- ed etero-distruttive dove il corpo è percepito come scisso ed estraneo a causa dell'incapacità di esprimere nello sviluppo sessuale significati da dare alla sensorialità, incapacità che risale a dinamiche inerenti le primissime relazioni significative (Nicolò & Romagnoli, 2010).

1.5 La relazione degli adolescenti con i propri genitori

Nel percorso che dall'infanzia all'adolescenza porta all'autonomia, lo sviluppo dell'Io richiede una continua ristrutturazione e una ridefinizione dei confini del Sé e dell'Altro (Westenberg et al., 2013). L'adolescenza è un ulteriore stadio di separazione dalle figure significative ed in questa fase il soggetto ha una maggiore difficoltà nell'esperire i propri confini personali (Josselson, 1980).

Nel corso dello sviluppo l'individuo sperimenta nuove modalità di relazionarsi affettivamente con gli altri, ciò gli permette di confrontare criticamente le nuove modalità relazionali con quelle apprese nella famiglia d'origine; da tale confronto possono emergere schemi relazionali che maggiormente soddisfano i propri bisogni (Carli & Santona, 2008). La revisione degli schemi mentali è un compito evolutivo che comincia dall'età adolescenziale e potenzialmente potrebbe continuare per tutto l'arco della vita. I ragazzi in parte mantengono gli schemi appresi in famiglia ed in parte se ne allontanano, l'acquisizione di una maggiore autonomia modifica la relazione con i genitori, rendendola più simmetrica e spinge l'intero gruppo famiglia a percorrere insieme un percorso evolutivo che interessa non solo il ragazzo, ma tutta la famiglia. (*Ibidem*).

Quando si vogliono spiegare i fenomeni adolescenziali, ma soprattutto la psicopatologia nell'adolescenza, i ricercatori osservano molto la famiglia, tenendo conto delle relazioni di cura dei figli e collocandola nel più ampio contesto sociale in cui essa è inserita (Mazzoni & Tafà, 2007). Nelle interazioni gli individui condividono significati e possono emotivamente regolarsi a vicenda (*Ibidem*)

Le ricerche sulla relazione adolescente-caregiver hanno suscitato un interesse tale da esser prodotte in maniera costante nel tempo. La prima adolescenza è un periodo importante per i cambiamenti nell'area dell'autonomia nel rapporto genitore-figlio; a tal proposito una considerazione sorprendente arriva dagli studi di Steinberg (2001), secondo cui l'intera transizione che vede tutta la famiglia andare verso l'adolescenza non sarebbe di per sé una fonte di stress per gli adolescenti. Lo stress negli adolescenti sarebbe maggiormente causato da eventi di vita o da difficoltà croniche indipendentemente dall'età dell'individuo. Tale relazione si basa sulle diversità di ogni membro della famiglia, ciascuno dei quali vede l'altro ed il suo rapporto con l'altro a proprio modo: per questo motivo, a dispetto di ciò che si pensa di conoscere al riguardo, il rapporto conflittuale tra adolescenti e genitori non è un fenomeno che accade con regolarità (*Ibidem*). Gli studi dimostrano che vi sono differenze nelle relazioni figli-genitori anche in dipendenza del sesso sia dei primi che dei secondi. Secondo uno studio di Collins e Russell del 1991 le relazioni tra la prole adolescente e le loro madri sono risultate in contrasto con le relazioni degli adolescenti rispetto ai loro padri e le differenze sono maggiori man mano che si avanza nel percorso adolescenziale.

1.5.1 La relazione del figlio maschio con la figura paterna

Nel proprio padre il figlio maschio trova un modello da seguire. Secondo Freud (1921) il padre costituisce per il bambino il prototipo dell'identificazione[3] e permette la strutturazione dell'identità maschile (Klein, 1932, 1945), inoltre egli rappresenta la base per la costruzione della fiducia che il figlio avrà di se stesso (Klein, 1945).

La funzione paterna può andare al di là del padre stesso, in quanto anche in assenza del padre, come in caso di morte, tale funzione potrebbe essere garantita attraverso la presenza del padre nella mente della madre, la quale fa da mediatrice

[3]L'identità è un sentimento soggettivo di unità e continuità personale (Cahn, 1998), mentre l'identificazione è un processo che permette la costruzione e la differenziazione dell'individuo (Marzano, 2006).

nella relazione che il proprio figlio ha con l'ideale del padre (Petrelli, 2006). Questo spiega come lo sviluppo dei processi di identificazione dipendano dalle interazioni tra la funzione materna e quella paterna; inoltre in questi processi un ruolo molto importante lo gioca anche la qualità della coppia genitoriale e come questa viene introiettata dal figlio (Marzano, 2006).

Il padre inoltre può avere un ruolo precoce nello sviluppo in quanto aiuta il figlio nell'elaborazione della posizione depressiva divenendo l'oggetto d'amore sostitutivo a causa della perdita della madre (Marzano 2006).

Il padre nel rapporto con il figlio riattiva i vissuti relazionali con il proprio padre. Infatti in questa relazione il genitore rivive anche situazioni irrisolte, che quindi si tramandano di generazione in generazione (Faimberg, 1993). La trasmissione psichica inconscia tra le generazioni è sempre una trasmissione che in primis parte da ciò che è negativo, da ciò che manca (Kaës, 1993). L'adolescenza è un momento importante nel passaggio dei compiti intergenerazionali perché nello stesso momento si verifica l'esigenza di allontanarsi dalle figure genitoriali per ricercare altre figure in cui identificarsi, diverse da quelle familiari (Petrelli, 2006). Per la seconda fase del processo di separazione-individuazione (Blos, 1993) è necessario che gli investimenti oggettuali si trasformino in identificazioni consolidando l'Ideale dell'Io, una struttura psichica che va modificandosi (Petrelli, 2006).

1.5.2 La relazione della figlia con la figura materna

Grazie all'identificazione con la madre si costituisce il primo nucleo identitario che permette il pensiero e l'elaborazione dell'esperienza (Bion, 2009), indispensabili per distaccarsi dal mondo infantile così come dovrebbe avvenire in adolescenza (Micanzi Ravagli, 2017).

Il distacco dalla figura materna è difficile soprattutto per le ragazze a causa della condivisione della stessa identità sessuale che genera una relazione speciale e profondissima (Freud, 1931). Ciò crea nelle ragazze una situazione di ambivalenza

che porta verso due estremi: il forte desiderio di vicinanza alla madre, ma, proprio per l'intensità di questo legame, dall'altra parte si ha un forte desiderio di distacco da essa (*Ibidem*).

L'identificazione con un buon oggetto materno, sia nei maschi che nelle femmine, è indispensabile per affrontare le ansie da separazione e permettere così le trasformazioni puberali e adolescenziali (Micanzi Ravagli, 2006). Il rapporto che la ragazza ha con il prototipo della madre, elaborato a partire dalle relazioni primarie con la figura materna, condizionerà il rapporto dell'adolescente con il proprio corpo (Corcos, 2006).

1.6 La relazione con il gruppo dei pari

La teoria di Bowlby sull'attaccamento (1969) e le successive ricerche empiriche mostrano, tra le altre cose, che i legami di attaccamento giocano un ruolo importante nella capacità dell'adolescente di sapersi relazionale con il gruppo dei pari (Zimmermann, 2004).

Sono molte le ricerche che indagano le influenze che l'attaccamento ha sul rapporto tra pari. Si nota come uno studio di Offer e dei suoi colleghi del 1922 pone l'attenzione sul fatto che l'attaccamento sicuro permetta di generare un atteggiamento maggiormente positivo verso se stessi e verso gli altri e di conseguenza favorisca la costruzione di rapporti amicali.

Secondo Baiocco e collaboratori (2009) sembrano individuarsi due teorie principali inerenti la relazione tra attaccamento ai genitori e tipo di relazioni amicali.

- La prima teoria spiega che l'attaccamento al caregiver organizza lo sviluppo e fornisce la base per le successive relazioni che il ragazzo avrà con il gruppo dei pari (Allen & Land, 1999; Ammaniti, Tambelli, Zavattini, Vismara & Volpi, 1999; Armsden, McCauley, Greenberg, Burke & Mitchell, 1990; Cassidy e Shaver, 1999; Fonagy & Target, 1996; Tambelli & Odorisio, 2007; Warren, Huston, Egeland & Sroufe, 1997).
- Una visione complementare alla precedente attesta che le capacità relazionali del ragazzo con i genitori e con i pari si trovano ad essere in

un legame reciproco in modo che una relazione influenzi l'altra (Collins & Gunnar, 1990; Lamb & Nash, 1989). Questi legami di attaccamento, secondo la suddetta teoria, influirebbero sullo sviluppo dell'adolescente (Baiocco et al., 2009) e tale influenza potrebbe propendere verso la conflittualità (Coleman, 1980b) oppure verso la complementarietà dei due tipi di relazione (Kandel, 1996). All'interno di questo approccio si aggiunge l'eventualità che questa influenza dipenda dalle situazioni, in quanto in alcuni contesti dominano i genitori ed in altri il gruppo dei pari (Brittain, 1968).

2 Classificazione dei sintomi in internalizzanti vs esternalizzanti

We need four hugs a day for survival. We need eight hugs a day for maintenance.
We need twelve hugs a day for growth.
Virginia Satir

2.1 Una prima classificazione dei sintomi in cluster internalizzanti vs esternalizzanti

Achenbach negli anni Sessanta nota come la nosografia dell'epoca, con particolare riferimento al DSM I del 1952, non applica molte differenziazioni tra la psicopatologia dell'infanzia e quella della vita adulta; inoltre l'autore si rende conto di quanto fosse necessario creare un sistema di classificazione guidato dai principi teorici e derivato dall'osservazione. A quel tempo il DSM dell'American Psychiatric Association forniva solo due categorie di disturbi dell'infanzia: Reazione di Adattamento dell'Infanzia e Reazione Schizofrenica (http://www.aseba.org).

Achenbach nel 1966 si interessò a studiare la diversità dei sintomi che potevano portare i bambini a cure psichiatriche. Furono analizzati dati raccolti su 1000 pazienti psichiatrici sulla base di casi di salute mentale documentati, descritti e disponibili in letteratura e che, in seguito al lavoro di Achenbach, portarono ad una preliminare checklist sul comportamento del bambino.

L'autore prende in considerazione alcuni lavori precedenti che mettevano in evidenza come i sintomi psichiatrici formassero cluster, ovvero raggruppamenti generali di sintomi che vennero inseguito denominati dall'autore "internalizzanti" vs "esternalizzanti". Nel suo lavoro del 1966 l'etichetta "esternalizzante" descrive problemi con l'ambiente, mentre quella "internalizzante" descrive problemi che l'individuo ha nei confronti di se stesso.

Achenbach trovò che i cluster dei sintomi generali, internalizzanti vs esternalizzanti, e sindromi specifiche come quelle tradizionali riscontrate nelle diagnosi degli adulti, esistono anche nel dominio dell'infanzia. Inoltre nello stesso lavoro si evidenzia come molte sindromi sembrano essere specifiche per l'infanzia e non sono invece riconosciute nelle diagnosi degli adulti.

Secondo Achenbach (1966), la dicotomia internalizzante/esternalizzante può essere usata come metodo di classificazione diagnostica: verranno assegnati alla categoria internalizzante, secondo l'autore, i casi che presentano almeno il 60% dei sintomi provenienti dal cluster internalizzante, e allo stesso modo si procede per quanto riguarda la categoria esternalizzante.

2.2 Diffusione nel mondo scientifico delle categorie internalizzante ed esternalizzante

Con il tempo i lavori di Achenbach e dei suoi collaboratori hanno portato alla distinzione, largamente accettata, di espressioni internalizzanti ed esternalizzanti della disfunzione in adolescenza (Achenbach & Edelbrock, 1987; McConaughy, Stanger & Achenbach, 1992).

La categoria internalizzante riguarda problemi diretti verso l'interno come l'umore disordinato, il ritiro, l'ansia, la depressione; sul versante dell'esternalizzazione si hanno problemi rivolti verso l'esterno come comportamenti disordinati, aggressività, delinquenza, iperattività (Achenbach & McConaughy, 1997).

Un segnale dell'accettazione delle categorizzazioni effettuate da Achenbach e dai suoi collaboratori è il fatto che vi sono molti studiosi che servendosi di questi concetti ne condividono l'essenza delle definizioni date dal suo autore.

- Cammarella, Lucarelli e Vismara (2001) riportano che le sindromi internalizzanti descrivono un'ampia classe di problemi che sono associati e che si riferiscono soprattutto a conflitti interni. Mentre le sindromi

esternalizzanti classificano problemi inerenti l'ambito interattivo e sociale.

- Molti altri autori suggeriscono che i problemi internalizzanti sono tipicamente associati con aspetti della personalità inerenti l'affettività negativa e il comportamento inibito collegato con un'iperattivazione ansiosa; mentre i problemi esternalizzanti sono tipicamente associati con la ricerca di novità e con un'intensa attivazione del comportamento collegata con una tendenza all'iperattività (Fowles, 1993; Rothbart & Bates, 1998; Widiger et al. 1999; Rothbart et al. 2000; Shiner & Caspi, 2003).
- Secondo Forns e collaboratori (2011) i problemi internalizzanti sono descritti come diretti verso l'interno e generano disagio nell'individuo, mentre i problemi esternalizzanti sono descritti come diretti verso l'esterno e generano disagio e conflitto nell'ambiente circostante.
- Levesque (2011) evidenzia come il framework teorico per i problemi internalizzanti ed esternalizzanti, inizialmente sviluppato concettualmente da Achenbach (1966), ha goduto di una lunga e fruttuosa eredità nello studio della psicologia e della psichiatria adolescenziale. Come concepito da Achenbach (1991a), i sintomi internalizzanti si riferiscono a disturbi somatici, all'ansia e alla depressione mentre i sintomi esternalizzanti si manifestano in comportamenti delinquenziali e aggressivi. Questa distinzione continua ad avere un significativo valore euristico in quanto guida la ricerca sulle classificazioni, descrizioni, eziologie, comorbilità, tratti di personalità sottostanti e sul trattamento relativo alla psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza. È uno dei framework più importanti nello studio della sindrome e dei disturbi del comportamento problematico dell'adolescente.

2.3 Studi empirici contemporanei sulla classificazione dei disturbi

Secondo alcuni ricercatori, tra cui Achenbach, l'approccio classificatorio

presenta dei limiti in quanto non considera la valutazione empirica e la co-occorrenza[4] fenomenologica, con riferimento particolare alla comorbilità, delle psicopatologie (McKay & Storch, 2011). La valutazione dei disturbi mentali sta assumendo una prospettiva multivariata grazie al lavoro di Achenbach e colleghi (1995), Krueger (1999) e Watson (2000). Questo approccio differisce dal sistema nosologico di tipo "top-down", caratteristico soprattutto delle prime edizioni del DSM, e tenta un approccio psicopatologico di tipo "bottom-up" (Achenbach et al., 2005) per organizzare la classificazione e derivare la tassonomia dei disturbi mentali in base a pattern empirici di co-occorrenza dei comportamenti disturbati o delle sindromi così come essi si presentano all'osservazione, senza ipotesi predeterminate riguardanti la struttura della sindrome. L'approccio classificatorio del DSM ha orientato anche molte ricerche scientifiche che quindi non hanno preso in considerazione i disturbi internalizzanti ed esternalizzanti derivanti da analisi statistiche (Achenbach et al., 2005; Krueger, 1999).

Come evidenziato da McKay e Storch nel 2011 sono stati proposti modelli di psicopatologia per concettualizzare i sintomi psicopatologici e ad essi è stata applicata una grande distinzione iniziale tra disturbi internalizzanti e disturbi esternalizzanti.

Inizialmente il lavoro per la creazione di questi modelli gerarchici è stato condotto da Achenbach e colleghi, e più recentemente la continuazione è stata ad opera di Watson, Krueger e dai loro rispettivi collaboratori. Seppure all'interno di questi modelli vi siano delle differenze, essi sono tutti basati sull'analisi di pattern di co-occorrenza di sintomi osservabili: queste dimensioni di co-occorrenza sono identificate come disturbi, tra questi chi ha l'ordine più elevato è posto all'interno di un sistema tassonomico.

Si tratta di un approccio che tende a raggruppare i sintomi, invece che a

[4] Il termine "co-occorrenza" viene così definito dall'APA Dictionary of Psychology: una relazione tra due o più fenomeni tali che tendono a verificarsi insieme

suddividerli, ed è sicuramente un'alternativa alla nosografia categoriale.

2.4 Distinzione delle problematiche in età evolutiva

Di Pietro e Bassi (2013) individuano un'importante distinzione che può servire come ulteriore passaggio chiarificatore nel percorso di analisi dei disturbi e/o sintomi internalizzanti ed esternalizzanti.

Secondo gli autori le difficoltà dell'età evolutiva si distinguono in due grandi aree: i disturbi internalizzanti e i disturbi esternalizzanti[5]. Si sottolinea che i sintomi diventano disturbi quando assumono caratteristiche croniche, estreme con conseguenze negative per sé e per gli altri.

I disturbi internalizzanti sono caratterizzati da un ipercontrollo a cui può accompagnarsi una bassa stima di sé, problemi scolastici e scarse relazioni sociali. Possono riguardare:

- L'ansia: un'emozione caratterizzata da apprensione e sintomi somatici di tensione per cui l'individuo anticipa un pericolo; è una risposta orientata al futuro, aspetto che la differenzia dalla paura la quale è orientata al presente ed ha, inoltre, differenti risposte fisiologiche. Oltre determinati limiti l'ansia costituisce un disturbo. I Disturbi d'Ansia si contraddistinguono per un sentimento di pericolo imminente e di uno stato d'attesa che provoca smarrimento. Come spiega il DSM-5 (APA, 2013) i Disturbi d'Ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura ed ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati; sono disturbi diversi tra di loro ed hanno un livello alto di comorbilità. Il Disturbo d'Ansia di Separazione è caratterizzato da ansia e paure eccessive in relazione alla separazione dalle figure di

[5] Per la spiegazione dei disturbi si è fatto riferimento oltre alla già citata opera di Di Pietro e Bassi del 2013 anche ai Manuali di Psicopatologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Ammaniti (2001 e 2002); ogni disturbo è aggiornato in base a quanto dettato dal DSM-5. La suddetta letteratura è presente nella bibliografia finale.

attaccamento ad un livello di gravità inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo; i sintomi si sviluppano nell'infanzia, ma possono continuare nell'età adulta. Il Mutismo Selettivo è l'incapacità di parlare in situazioni sociali, mentre non è presente questa incapacità in altre situazioni; è un disturbo per il momento riscontrato maggiormente nell'infanzia. Gli individui con Fobia Specifica sono spaventati o ansiosi rispetto ad oggetti o situazione specifiche, oppure li evitano. Nel Disturbo d'Ansia Sociale (o fobia sociale) l'individuo è spaventato o ansioso oppure evita le situazioni sociali in cui potrebbe essere esaminato. Nel Disturbo di Panico l'individuo sperimenta ricorrenti attacchi di panico inaspettati ed è preoccupato o spaventato di avere ulteriori attacchi di panico, oppure modifica il proprio comportamento a causa di questi. Gli individui con Agorafobia temono alcune situazioni della vita quotidiana a causa della paura di non poter fuggire o di non ricevere soccorso in caso si verificassero sintomi simili al panico o altri sintomi invalidanti e imbarazzanti; queste situazioni richiedono quasi sempre la presenza di un accompagnatore. Il Disturbo d'Ansia Generalizzata è una modalità di apprensione più diffusa, che tiene il soggetto in costante stato di vigilanza; è accompagnata da preoccupazioni circa le proprie performance (come quelle scolastiche) e da attivazione del sistema nervoso autonomo. Infine è presente anche in questa categoria il Disturbo d'Ansia indotto da sostanze/farmaci, il Disturbo d'Ansia dovuto ad un'altra condizione medica, i Disturbi d'Ansia con e senza altra specificazione. La bozza dell'ICD-11[6] riporta una classificazione simile a quella dei Disturbi d'Ansia operata dal DSM-5 (Bucci, 2017).

- La depressione è uno stato affettivo negativo, costituito da un sentimento estremo di tristezza e abbattimento, che interferisce nella vita quotidiana; provoca cambiamenti fisiologici, cognitivi, sociali ed è sintomatico di una serie di disturbi mentali. I Disturbi Depressivi, secondo il DSM-5, sono

[6] L'ICD-11 è stato presentato all'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2019 per l'adozione da parte degli Stati membri; entrerà in vigore il 1 ° gennaio 2022.

accomunati da umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni cognitive e somatiche che incidono in modo significativo sul funzionamento dell'individuo; differiscono nella durata, nella distribuzione temporale e nell'eziologia. Il Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente è una forma cronica, grave e dirompente di irritabilità; si caratterizza per gli scoppi di collera e per l'umore cronicamente arrabbiato. Il Disturbo Depressivo Maggiore rappresenta la condizione classica in questo tipo di disturbi; è caratterizzato da episodi distinti che durano almeno due settimane e da modificazioni affettive, cognitive e neurovegetative. Il Disturbo Depressivo Persistente (distimia) è una forma di depressione più cronica della durata di almeno due anni negli adulti e di un anno nei bambini. Il Disturbo Disforico Premestruale comincia talvolta dopo l'ovulazione e si risolve entro pochi giorni dal ciclo mestruale con un impatto significativo sul funzionamento. Infine è presente in questa categoria il Disturbo Depressivo indotto da sostanze/farmaci, il Disturbo Depressivo dovuto ad un'altra condizione medica, i Disturbi Depressivi con e senza altra specificazione. L'ICD-11 seguirà questa classificazione, ma senza l'introduzione della nuova categoria del Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente (Bucci, 2017).

- Il Ritiro Sociale: contraddistingue ragazzi scarsamente attivi nel rispondere ad iniziative sociali e che hanno problematiche nell'ambito dell'amicizia con gli altri che tendono ad evitare.
- I Problemi Psicofisiologici i quali causano lamentele di fastidi e/o dolori fisici che non hanno un riscontro medico.

I disturbi esternalizzanti sono caratterizzati dalla pretesa della precedenza dei propri bisogni su quelli degli altri, dal ricorso all'aggressività per raggiungere i propri scopi e dalla trasgressione delle norme. Di seguito sono elencati i disturbi che

interessano questo cluster.

- Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività che nel DSM-5 si colloca fra i Disturbi del neurosviluppo. È caratterizzato da livelli invalidanti di disattenzione, disorganizzazione e/o iperattività-impulsività. La disattenzione e la disorganizzazione determinano l'incapacità di mantenere l'attenzione e l'apparente mancanza di ascolto a livelli inadeguati rispetto all'età o al livello di sviluppo. L'iperattività-impulsività determina un livello esagerato di attività, agitazione, intromissione nelle attività altrui eccessivi per l'età o il livello di sviluppo. Nell'ICD-11 questo disturbo è stato spostato all'interno dei disturbi del neurosviluppo (così come si trova nel DSM-5) ed è descritto come un disturbo che interessa tutto l'arco della vita (Reed et al., 2019).
- Il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, nel DSM-5, è compreso tra i Disturbi da Comportamento Dirompente, del Controllo, degli Impulsi e della Condotta; sono disturbi che interferiscono sull'autocontrollo di emozioni e comportamenti. Gli individui con questo disturbo hanno un umore collerico/irritabile e un comportamento polemico/provocatorio manifestato spesso nei confronti delle figure che rappresentano l'autorità (mentre nel caso dei bambini e degli adolescenti il comportamento si rivolge agli adulti in generale). Nell'ICD-11 il Disturbo Oppositivo-Provocatorio è raggruppato nei Disturbi Antisociali e del Comportamento Dirompente (Reed et al., 2019).
- Il Disturbo della Condotta, nel DSM-5, è anch'esso compreso tra i Disturbi da Comportamento Dirompente, del Controllo, degli Impulsi e della Condotta. Si tratta di comportamenti ripetitivi e persistenti che violano le principali norme sociali. Può essere contraddistinto da aggressione a persone ed animali, distruzione della proprietà, furto, quindi in generale gravi violazioni di regole. Nell'ICD-11 il Disturbo della Condotta è stato sostituito dal raggruppamento dei Disturbi Antisociali e del Comportamento Dirompente che includono al loro interno il Disturbo Oppositivo-Provocatorio (di cui sopra) e il Disturbo Antisociale della

Condotta (Reed et al., 2019).

2.5 Dati epidemiologici

L'esperienza di un disagio emotivo e/o di una cattiva condotta in adolescenza è considerata essere un'esperienza normale; la valutazione cambia quando tale esperienza inizia ad interferire con il funzionamento dell'adolescente per periodi lunghi di tempo (Oltmans & Emery, 1995). Sebbene sia difficile raggiungere l'esattezza nei dati epidemiologici esistenti, alcuni studi indicano che il 15-20% degli adolescenti soffre di gravi disturbi emotivi e/o comportamentali. Inoltre si riscontrano differenze di genere riguardo il modo in cui il disagio psicologico si manifesta: i ragazzi sviluppano maggiormente problemi comportamentali come: l'acting-out, l'abuso di droghe e di alcol; le ragazze hanno maggiori probabilità di sviluppare problemi emotivi come malumore, ansia, depressione e ideazione suicidaria (Offer & Schonert-Reichl,1992).

I dati provenienti dalle ricerche su sintomi, sindromi e disturbi mostrano che nell'adolescenza i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti tendono ad essere in una situazione di comorbilità con una probabilità relativamente elevata (Verhulst et al., 1993; Garnefski & Diekstra, 1997). I disturbi interiorizzanti coesistono con se stessi e con i disturbi esternalizzanti più frequentemente di quanto sia previsto (Caron & Rutter, 1991, Keiley et al., 2003).

È stato anche trovato supporto empirico per poter ipotizzare che comportamenti problematici adolescenziali possano essere inglobati in una singola sindrome (Donovan et al., 1988; McGee & Newcomb, 1992). Tuttavia altri studi non confermano questa ipotesi (Elliott et al 1989; Grube & Morgan, 1990). Il problema della comorbilità è un limite che spesso non permette di differenziare un disturbo da un altro; inoltre anche se il problema della sovrapposizione dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti è ampiamente riconosciuto, gran parte della ricerca da un lato è limitata da tale categorizzazione (Garnefski et al., 2005). Ad esempio sono state

trovate forti relazioni tra processi di pensiero negativo e problemi internalizzanti (Ronan & Kendall, 1997); tuttavia sono poche le ricerche effettuate tra tali costrutti cognitivi e i problemi esternalizzanti o sul confronto tra problemi di interiorizzazione ed esternalizzazione (Garnefski et al., 2005). Nei pochi studi che comparano le distorsioni cognitive (processi di pensiero negativo) con i gruppi Internalizzanti ed Esternalizzanti, gli Internalizzanti segnalano distorsioni cognitive più negative rispetto agli Esternalizzanti (ad es. Leung & Wong, 1998; Epkins, 2000).

2.6 Approcci teorici di riferimento per i sintomi internalizzanti

La cornice teorica dell'Infant Research e quella della Psicopatologia dello Sviluppo, sin dagli anni Settanta, evidenziano non solo come la relazione caregiver-bambino nei primi anni di vita sia centrale per lo sviluppo, ma anche che tale relazione costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza di problemi psicopatologici (Cerniglia & Cimino, 2017).

I problemi internalizzanti sono caratterizzati da sintomi nascosti, diretti dall'interno e da comportamenti eccessivamente controllanti (Achenbach & McConaughy, 1992), e nella letteratura sono espressi come sintomi, sindromi o diagnosi (Compas, Ey, & Grant, 1993; Fonseca & Perrin, 2001). Con il termine sintomi internalizzanti si indicano tipicamente i disturbi d'ansia e di depressione che sono tra le forme più comuni di psicopatologia che colpiscono bambini e adolescenti (Costello et al., 1996; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996).

Ciò che accomuna i disturbi d'ansia sono un'intensa paura e preoccupazione associate ad un comportamento evitante (Kendall, Hedtke, & Aschenbrand, 2006). I disturbi depressivi sono caratterizzati da sentimenti di tristezza, calo di energia e disturbi del sonno e dell'appetito (APA; 2000).

La comprensione dei disturbi internalizzanti nei più giovani sembra essere più difficile da raggiungere: una possibile spiegazione a ciò risiederebbe nel fatto che i disturbi internalizzanti tendono ad essere considerati meno problematici da genitori,

insegnanti ed altri operatori sanitari. La motivazione di tale valutazione si basa sulla spiegazione che tali disturbi sono caratterizzati da un disagio interno che può manifestarsi esternamente in modo "tranquillo", piuttosto che attraverso una modalità apertamente negativa dal punto di vista sociale. Queste caratteristiche insieme alle scarse capacità verbali dei giovanissimi e alla ancor più limitata capacità di esprimere i loro stati interni, rendono questi disturbi più difficili da rilevare (Tandon et al., 2009).

È importante comprendere l'eziologia dei sintomi internalizzanti. A tal proposito Bowlby (1973) fornisce una spiegazione tramite la sua Teoria dell'Attaccamento, secondo cui le cause dei problemi internalizzanti, in particolare dell'ansia e della depressione, sono da ricercarsi nelle strategie di adattamento messe in atto nel contesto dell'accudimento; per l'autore la qualità della relazione caregiver-bambino è importante per lo sviluppo della personalità futura di quest'ultimo. L'attaccamento (nel bambino) è definito come un legame emotivo di lunga durata che il bambino instaura con la persona che se ne prende cura. L'attaccamento è di tipo sicuro quando il bambino percepisce la responsività del caregiver rispetto ai propri bisogni, utilizzandolo come base sicura sia per la ricerca di protezione che per l'esplorazione; nel caso contrario si instaurerebbe un attaccamento insicuro (Ainsworth, 1989).

2.7 Possibile associazione tra attaccamento insicuro e sintomi internalizzanti

Sebbene riconosca l'influenza del temperamento e dei fattori genetici sullo sviluppo, Bowlby (1973) sottolinea che le credenze del bambino circa la disponibilità o meno del proprio caregiver (credenze che rappresentano predizioni maturate durante le esperienze passate nel contesto di accudimento) possono costituire le basi dell'ansia e della depressione. La mancanza di disponibilità da parte del caregiver che, tra le altre cose, contribuisce alla formazione di un attaccamento insicuro, promuove la percezione nel bambino di una debolezza del proprio Sé. Dunque

Bowlby fornisce delle ipotesi teoriche secondo cui l'attaccamento insicuro costituirebbe la base sia per l'ansia che per la depressione in bambini e adolescenti.

Con l'avvento della Psicopatologia dello Sviluppo le teorie di Bowlby vengono ulteriormente investigate; inoltre vengono riscontrati diversi tipi di attaccamento insicuro che provocano un adattamento maladattivo.

Ainsworth e collaboratori (2015) aggiungono due tipi di attaccamento insicuro: quello ambivalente per cui il caregiver ha difficoltà nel porre limiti al comportamento del bambino, nel rispondere al suo distress, nel promuovere la sua autonomia; quello evitante che è caratterizzato dal ritiro del caregiver quando il bambino mostra affetti negativi e da uno stile interattivo controllante, ciò porta il bambino a mascherare i suoi affetti negativi e a minimizzare il ricorso alla figura di attaccamento in caso di distress, così da avere con questi un'interazione affettiva neutrale ed evitare un rifiuto in caso di contatto.

Finnegan e colleghi (1996) suggeriscono che l'attaccamento ambivalente è rilevante per lo sviluppo di sintomi internalizzanti. Secondo questi ricercatori tale situazione è motivata dal fatto che l'attaccamento ambivalente è caratterizzato da un'inibizione dell'autonomia e dalla difficoltà di regolazione delle emozioni nei momenti di stress (queste sono le principali caratteristiche spesso associate ai sintomi internalizzanti).

Un terzo tipo di attaccamento insicuro viene riscontrato da Main e Solomon (1986), si tratta dell'attaccamento disorganizzato. Gli infanti con questo tipo di attaccamento non hanno una strategia coerente e organizzata per affrontare la presenza del loro caregiver, in quanto egli rappresenta allo stesso tempo sia una fonte di preoccupazione che di sicurezza.

Dato che i bambini con attaccamento disorganizzato percepiscono se stessi come vulnerabili nell'affrontare situazioni spaventose e considerano la figura di attaccamento incapace di proteggerli, secondo alcuni ricercatori questa disorganizzazione potrebbe essere il pattern di adattamento con più alta probabilità di esser associato allo sviluppo di sintomi internalizzanti (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998).

Secondo gli studi condotti da Brumariu e dai suoi collaboratori (2010) l'attaccamento insicuro è collegato maggiormente con l'ansia e la depressione, rispetto invece al suo collegamento con la globalità dei sintomi internalizzanti. Questa associazione è più forte nella preadolescenza e nell'adolescenza. Inoltre, nei suddetti studi, si evidenzia come l'attaccamento insicuro sia uno dei fattori che può contribuire allo sviluppo di sintomi internalizzanti, con particolare riferimento all'ansia e alla depressione. Quanto esposto è in accordo con le ipotesi di Bowlby (1973).

Brumariu e colleghi (2010) hanno inoltre analizzato l'impatto dell'attaccamento ai padri sullo sviluppo di sintomi internalizzanti. Secondo i ricercatori in molte culture le norme sociali hanno delineato i ruoli di caregiver della madre e i ruoli di capofamiglia e di compagno di giochi del padre. Dato il maggior coinvolgimento delle madri nella vita dei bambini, ci si può aspettare che l'attaccamento alla madre possa influenzare maggiormente lo sviluppo dell'internalizzazione dei sintomi rispetto all'attaccamento al padre. In merito a ciò le ricerche hanno dimostrato che i padri hanno una loro caratteristica influenza in molte aree dello sviluppo infantile. Ad esempio il coinvolgimento del padre nella vita dei bambini è stato associato alla competenza sociale (Amato, 1994), quindi è possibile che l'attaccamento al padre possa essere rilevante per l'internalizzazione dei sintomi quando i bambini affrontano situazioni che richiedono tale competenza (Brumariu et al., 2010). In definitiva le meta-analisi compiute da Brumariu e colleghi nel 2010 evidenziano come gli attaccamenti ai padri hanno un impatto paragonabile agli attaccamenti alle madri sullo sviluppo dei sintomi internalizzanti nell'adolescenza.

2.8 Eziologia dei sintomi esternalizzanti

Una ricerca di Achenbach condotta nel 1966 mostra che, per entrambi i sessi, la dicotomia internalizzante/esternalizzante discrimina casi psichiatrici in base a molte variabili biografiche. Tra le variabili biografiche più importanti per la discriminazione degli esternalizzanti lo studioso ha riscontrato la condotta antisociale

dei genitori dei bambini che appartengono a questo cluster, mentre si sono dimostrate ininfluenti variabili come l'intelligenza del bambino e il ceto sociale di appartenenza.

Gli internalizzanti vivono più frequentemente con genitori naturali e questi genitori hanno meno problemi sociali dei genitori degli esternalizzanti.

Nei genitori degli esternalizzanti sono stati riscontrati più problemi sociali e sono stati valutati come meno preoccupati, meno responsabili rispetto alle difficoltà dei loro figli; ciò ha suggerito che i sintomi esternalizzanti riflettono un regime di apprendimento nell'ambiente sociale del bambino legato ad un comportamento antisociale; mentre i sintomi internalizzanti presuppongono un apprendimento di un comportamento più socializzante.

Milana (2006) rintraccia alcune caratteristiche che contraddistinguono il comportamento antisociale nei ragazzi in età puberale e che si originano nei traumi per la maggior parte avvenuti nelle relazioni, spesso le primissime interazioni, con le figure di attaccamento. In questi ragazzi vi è la mancanza di un pensiero autoriflessivo a causa di traumi non adeguatamente elaborati e che sfociano nell'atto violento. Inoltre l'aver sperimentato vergogna, disprezzo, disgusto, prevaricazione costruisce un sé corporeo basato sul disprezzo.

2.9 La complessa eziologia dei disturbi mentali nella fase preadolescenziale

I fattori genetici sono determinanti, entro una certa misura, sia per quanto riguarda il temperamento, ma anche rispetto alla psicopatologia (Eaves et al. 1999; Plomin et al. 2003; Benjamin et al. 2002). Inoltre anche l'ambiente familiare, in riferimento ad aspetti non di tipo genetico, può operare sia sul temperamento che sulla psicopatologia (Rutter et al., 1997). Per cui per una analisi più ampia sulle cause della psicopatologia bisogna prendere in considerazione oltre al temperamento anche la situazione di salute mentale o meno dell'ambiente familiare (Ormel et al, 2005). Secondo Ormel e collaboratori (2005) la psicopatologia genitoriale, descritta in termini di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, produce un suo effetto sulla psicopatologia (descritta negli stessi termini) della prole preadolescenziale, per cui la

psicopatologia genitoriale rappresenta un fattore di rischio per la psicopatologia in età preadolescenziale. In particolare un'elevata presenza di sintomi internalizzanti nei genitori predice sintomi internalizzanti nella prole preadolescenziale, ed un'elevata presenza di sintomi esternalizzanti nei genitori predice sintomi esternalizzanti nei figli preadolescenti.

Un'altra possibilità è che il temperamento medii il ruolo delle influenze familiari sulla psicopatologia (Plomin, 1994; Rutter & Silberg, 2002). Su tale aspetto lo studio di Ormel e collaboratori (2005) ha evidenziato che il temperamento del preadolescente riduce gli effetti della psicopatologia genitoriale sulla psicopatologia della prole in fase preadolescenziale.

Gli effetti sulla salute mentale della progenie hanno origini genetiche ed ambientali; i disturbi psichiatrici familiari hanno una complessa eziologia in cui interagiscono fattori di natura diversa (Rutter et al. 1997; Rutter & Silberg, 2002).

2.10 Aspetti psicobiologici

La disfunzione cerebrale è attualmente considerata un fattore significativo nello sviluppo psicopatologico. In merito a ciò bisogna dire che sottili anormalità nelle funzioni del sistema nervoso centrale, definite in inglese *soft signs*, sono state collegate sia con disturbi internalizzanti che con disturbi esternalizzanti (Kendell, Juszczak, Cole, 1996; Neumann, Walker, 1996). Il sistema limbico è stato identificato come l'area specifica deputata al controllo affettivo dell'esperienza (Papez, 1937); in particolare è l'amigdala ad avere un ruolo centrale nella significazione dei sentimenti e nel controllo emotivo agli stimoli ambientali. L'amigdala attiva l'arousal la cui modulazione è operata dalla corteccia prefrontale media; infatti danni a questa corteccia comportano difficoltà nella regolazione dell'arousal (Mersulam, 1985; LeDoux & Phelps,1993; LeDoux 1996).

3 Regolazione e disregolazione emotiva nel contesto dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti

Attraverso gli altri diventiamo noi stessi

Lev. S. Vygotskij

3.1 Regolazione e disregolazione affettiva

La regolazione delle emozioni è definita come la capacità di gestire le proprie risposte emotive; si tratta di una serie di strategie che agiscono sulla modalità di espressione delle emozioni (Koole, 2009). Durante lo sviluppo il modo di gestire le emozioni subisce dei cambiamenti.

Nella prima infanzia le emozioni sono frequentemente espresse e richiedono un aiuto esterno per essere regolate, primo fra tutti quello del caregiver (Kopp, 1989).

La teoria di Bowlby sull'attaccamento (1969) e le ricerche empiriche ad essa correlata hanno evidenziato come le relazioni di attaccamento siano importanti per la regolazione emotiva (Buist et al., 2004).

Un caregiver ricettivo è importante per la soggettivazione[1] dei due sessi (Cahn, 1998), per il rapporto che il bambino avrà con se stesso e con gli altri (Micanzi Ravagli, 2006). Molti quadri psicopatologici presentano distorsioni del processo di soggettivazione, in particolare, come spiega Ruggiero (2014), nel funzionamento psichico caratterizzato da disinvestimento oggettuale per cui c'è difficoltà a stabilire qualsiasi forma di relazione (come il funzionamento autistico, schizoide e narcisistico) e in quelli caratterizzati da un uso intenso di meccanismi scissionali e

[1] Secondo Cahn (1998) la soggettivazione è il processo che permette la costruzione di un Io autonomo che rappresenta il nucleo stesso del soggetto. La relazione del caregiver con il bambino può ostacolare o favorire tale processo. Per Ruggiero (2014) la soggettivazione è la capacità di riconoscersi e di riconoscere gli altri come soggetti, agenti di impulsi.

proiettivi (come le organizzazioni borderline di personalità).

I fallimenti nella relazione primaria ostacolano gravemente lo sviluppo e possono causare un breakdown così come attestarono i Laufer nel 1984.

Secondo autori come Cahn (1998) il concetto di posizione depressiva si collega agli stati mentali di perdita che compaiono all'esordio dell'adolescenza e che si manifestano attraverso oscillazioni dell'umore. Inoltre, proprio in questa fase della vita, la deidealizzazione dei genitori riporta il soggetto alla coesistenza del buono e del cattivo riconosciuti nello stesso oggetto (Tirelli, L. C., 2006).

Determinati andamenti della fase depressiva (o posizione depressiva) nello sviluppo del bambino possono determinare un disturbo depressivo, perché il bambino collega la perdita alla propria distruttività. Un numero molto alto di ricerche dimostra l'importanza del processo di attaccamento nella regolazione affettiva; inoltre gli studi evidenziano come attaccamenti insicuri o disorganizzati rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi affettivi (Ammaniti, 2001).

Nell'adolescenza si riduce la dipendenza dai genitori e la regolazione delle emozioni comincia ad essere regolata dall'interno, ma in particolare nella prima fase dell'adolescenza queste strategie presentano ancora dei limiti (Zimmermann & Iwanski, 2014).

Alcuni studi mostrano come una ridotta capacità di regolazione delle emozioni sia connessa con l'insorgere dell'ansia e della depressione e del loro mantenimento (Hofmann et al., 2012). Secondo questi studi l'incapacità di regolare gli affetti negativi acuti è comune sia all'ansia che alla depressione, mentre la scarsa gestione degli affetti positivi interessa maggiormente la depressione (Werner-Seidler, 2013).

Le capacità di regolazione delle emozioni si sviluppano sostanzialmente attraverso l'adolescenza, un periodo caratterizzato da cambiamenti sociali e da cambiamenti nella struttura del cervello, infatti è in questa fase che avviene lo

sviluppo di circuiti neurali regolatori (Young et al., 2019).

L'adolescenza è il periodo della vita che richiede le maggiori sfide emotive, ciò è associato ad uno sviluppo neurobiologico dei circuiti implicati nella gestione delle emozioni. L'adolescenza è anche un periodo di rischio per la nuova insorgenza di ansia e di disturbi depressivi: psicopatologie che sono state a lungo associate a interruzioni nella regolazione delle emozioni positive e negative (*Ibidem*). Lo stress e le avversità infantili sono un fattore di rischio per la psicopatologia futura (Kessler et al., 2010).

Nello sviluppo neurale adolescenziale, la maturazione delle regioni prefrontali che sostengono la regolazione delle emozioni è in ritardo rispetto alle regioni limbiche coinvolte nella generazione delle emozioni (Ahmed et al., 2015). I dati provenienti da molte ricerche mostrano che con il progredire dell'età si ha una diminuzione della reattività dell'amigdala (Gee et al., 2013; Decety et al., 2011) parallelamente all'aumento delle aree prefrontali (Silvers et al., 2017). Studi che hanno utilizzato la Risonanza Magnetica funzionale suggeriscono che le interruzioni del circuito cortico-limbico durante la regolazione delle emozioni sono implicate nell'ansia e nella depressione degli adolescenti (Young et al., 2019).

3.2 La regolazione cognitiva delle emozioni nel contesto dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti

Ci sono fattori cognitivi specifici che si sono dimostrati essere molto importanti nella psicopatologia internalizzante, si tratta di modalità, strategie cognitive di regolazione di emozioni che provocano un'eccessiva stimolazione, tali strategie sono utilizzate dagli adolescenti durante eventi di vita stressanti (Thompson, 1991).

Durante la pubertà non solo i cambiamenti biologici, ma anche quelli cognitivi hanno implicazioni importanti sullo sviluppo dei giovani. Come già accennato in

precedenza[2] una caratteristica importante del pensiero adolescenziale è la capacità di considerare le cose in termini ipotetici e astratti e di monitorare la propria attività cognitiva durante il processo di pensiero. Questi processi cognitivi sono molto importanti perché risultano intrinsecamente collegati alle gestione delle emozioni, dei sentimenti e permetto di non essere da questi sopraffatti. Sebbene si tratti di capacità universali, esistono differenze individuali nella regolazione delle emozioni attraverso il pensiero (Garnefski et al., 2005).

Uno studio di Garnefski et al. (2005) mostra che vi è un differente uso delle strategie di regolazione delle emozioni.

Gli adolescenti internalizzanti fanno un maggiore uso di strategie cognitive come l'auto-colpevolizzazione e la ruminazione[3] rispetto agli esternalizzanti. Queste modalità di gestione delle emozioni potrebbero indicare che i sintomi internalizzanti provino l'esistenza di strategie maladattive di regolazione emotiva. Le strategie di regolazione spiegano meglio la varianza dei problemi di internalizzazione piuttosto che di quelli di esternalizzazione, perché tali strategie sono maggiormente legate ai primi tipi di problemi (*Ibidem*). Ciò conferma studi precedenti secondo cui gli internalizzanti segnalano distorsioni cognitive più negative rispetto agli esternalizzanti (ad es. Leung & Wong, 1998).

Gli adolescenti esternalizzanti invece fanno un maggiore uso della ri-focalizzazione positiva, vale a dire concentrarsi su questioni gioiose anziché su quelle negative accadute.

Ciò suggerisce che mentre i problemi internalizzanti potrebbero essere più specificatamente correlati con strategie cognitive collegate all' evento, i problemi esternalizzanti potrebbero essere più specificatamente correlati con strategie di

---

[2] Vedi Capitolo 1, paragrafo: 1.3 I mutamenti della fase pre-adolescenziale e adolescenziale nei suoi caratteri esteriori ed interiori

[3] La ruminazione è una strategia di coping che serve per far fronte alle emozioni negative tramite l'autoriflessione ed una focalizzazione ripetitiva e passiva su di esse (Nolen-Hoeksema, 2000).

evitamento dell’evento (Garnefski et al., 2005).

3.3 Internalizzare ed esternalizzare nella personalità come modalità di controllo cognitivo

Nonostante gli importanti cambiamenti qualitativi cui va incontro lo sviluppo della psicopatologia durante l’adolescenza e nella giovane età adulta, i disturbi della personalità nell’età adulta possono riflettere forme cristallizzate di pattern internalizzanti ed esternalizzanti che si sono mostrati prima nel cluster dei sintomi della psicopatologia infantile (Tucker et al., 2015).

La dimensione internalizzante-esternalizzante della psicopatologia può essere considerata sia in termini di aspetto, cioè come il comportamento del bambino appare agli altri, ma può anche catturare le caratteristiche essenziali dell'autoregolazione neuropsicologica (*Ibidem*).

Considerando il comportamento disturbato in relazione alla teoria psicologica dello sviluppo normale, Tucker e collaboratori (2015) interpretano l’esternalizzazione come una modalità di autoregolazione in cui la cognizione e la motivazione si basano su un forte contatto con l’ambiente; al contrario l’internalizzazione è vista come una modalità di autoregolazione che comporta un maggiore controllo interno.

Secondo quanto originariamente enunciato da Jung la personalità normale si sviluppa attraverso una modalità di estroversione, in cui la mente fa affidamento su fonti esterne per i suoi contenuti. Dall’altra parte si ha l’introversione, per cui il processo mentale è generato più interiormente. Si tratta di due tipi psicologici, ossia strutture della personalità (Jung 1921/1971). Molti dei modelli comportamentali pensati per differenziare gli estroversi dagli introversi nella teoria della personalità degli adulti si possono porre sullo stesso livello dei problemi comportamentali del bambino che differenziano l'esternalizzazione dai disturbi interiorizzanti (Eysenck, 1973).

La ricerca moderna sulla personalità ha dato maggiore importanza ai metodi psicometrici, piuttosto che alle teorie generali della personalità (DeYoung, 2013;

Saucier & Goldberg, 1998), anche se le dimensioni di introversione ed estroversione rimangono ancora importanti. Ad esempio le cinque grandi dimensioni (*Big Five*) della personalità si raggruppano in due dimensioni di ordine superiore che comportano forti carichi di nevroticismo o introversione e plasticità o estroversione (DeYoung, 2015).

Nell'analisi dello sviluppo i disturbi internalizzanti ed esternalizzanti potrebbero essere interpretati come esagerazioni o interruzioni dei normali schemi di autoregolazione. I modelli teorici sul temperamento e sull'autoregolazione, compresi quelli che utilizzano le spiegazioni in termini di sistemi neurali, hanno sottolineato la continuità dei disturbi psicopatologici insieme agli sforzi dei bambini normali di raggiungere un'auto-organizzazione del comportamento (Cicchetti & Tucker, 1994; Derryberry & Rothbart, 1984; Derryberry & Tucker, 2006).

Gli approcci sull'autoregolazione e sul controllo cognitivo delle emozioni sono stati inizialmente formulati dalla teoria psicanalitica nel contesto della psicoterapia (Tucker & Luu, 1998). L'analisi psicologica classica dei disturbi di personalità degli adulti riteneva che il controllo cognitivo fosse associato a pattern internalizzanti ed esternalizzanti che caratterizzerebbero i processi mentali dell'individuo durante il corso della sua vita (Tucker et al., 2015). Anche se questi studi hanno riguardato principalmente la valutazione clinica con gli adulti, l'analisi teorica spesso descriveva i modelli cognitivi come risultato dello sviluppo infantile e adolescenziale compresi i bias esternalizzanti ed internalizzanti intesi come modelli evolutivi di autoregolazione.

Nell'analisi psicologica i concetti di internalizzazione e di esternalizzazione sono modalità fondamentali di controllo cognitivo delle emozioni, essi riflettono come un sistema di autoregolazione modella il processo cognitivo in corso (Tucker et al., 2015).

Seguendo questa analisi teorica si nota che i disturbi isterici psicopatici e impulsivi mostrano un modello esternalizzante. Il pensiero della persona è altamente reattivo alle influenze ambientali (Shapiro, 1965). Un modello interiorizzante si osserva invece, ad esempio, nelle personalità ossessivo-compulsive e paranoiche: il

pensiero della persona è altamente controllato, il tono affettivo negativo crea aspettative di minaccia e apprensione vigile per il pericolo (*Ibidem*).

3.4 La continuità dei sintomi fino all'età adulta

La continuità dei problemi mentali, compresi quelli comportamentali ed emotivi nell'infanzia e/o nell'adolescenza è ampiamente riconosciuta (Rutter, 1995). Anche se sono stati analizzati diversi percorsi di ricerca, si riscontra che i problemi comportamentali sia internalizzanti che esternalizzanti persistono anche nell'età adulta. In riferimento al decorso della psicopatologia durante la vita è stato messo in luce che l'internalizzazione dei problemi comportamentali abbia una continuità "omotipica", cioè predice lo stesso disturbo nel tempo, mentre l'esternalizzazione dei problemi comportamentali abbia una continuità "eterotipica", ovvero predice un disturbo diverso nel corso del tempo (Hofstra et al., 2002; Copeland et al., 2009).

Molte ricerche indagano la continuità dei sintomi in fasi successive in base alle prestazioni lavorative.

Sono state riscontrate forti associazioni tra problemi di salute mentale in adolescenza e cure mediche ricevute a causa di un'incapacità lavorativa (Sagatun et al., 2015). Un altro studio riporta un rischio elevato di ricevere cure mediche nella giovane età adulta tra coloro che hanno manifestato livelli alti di ansia e depressione nell'adolescenza (Pape et al., 2012). In accordo con questi studi una ricerca del 2017 condotta in Svezia da parte di Narusyte e collaboratori ha dimostrato che il rischio di future disabilità lavorative tende ad essere elevato quando si riscontrano problemi comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza: più precisamente la pensione di invalidità nella giovane età adulta è stata predetta dai problemi internalizzanti durante l'infanzia e l'adolescenza, mentre i problemi esternalizzanti sono stata associati all'assenza sul lavoro a causa di malattia.

Parte sperimentale

4 Ricerca sperimentale

4.1 Introduzione al lavoro sperimentale e suoi obiettivi

La letteratura, precedentemente esposta, ha messo in rilievo come i problemi internalizzanti ed esternalizzanti siano connessi con il funzionamento emotivo-adattivo e con le relazioni significative per l'adolescente. Sulla base di ciò tale ricerca sperimentale intende indagare il funzionamento emotivo e comportamentale di ragazzi nella prima adolescenza, e le loro esperienze relazionali in questo periodo della vita.

Questo lavoro è svolto all'interno della cattedra di Metodi di Intervento nei Gruppi e nelle Organizzazioni, sotto la supervisione della Professoressa Giulia Ballarotto, Docente della Facoltà di Psicologia, presso l'Università Telematica Internazionale Uninettuno.

Alla luce di quanto esposto nella parte teorica il lavoro sperimentale si propone nello specifico gli obiettivi di seguito elencati.

1. Indagare la relazione tra il funzionamento emotivo-adattivo del ragazzo, il rapporto di questi con le figure importanti nel suo ambiente di vita, l'impulsività e l'alessitimia.
2. Verificare le differenze di genere rispetto al funzionamento emotivo-adattivo, al rapporto che l'adolescente ha con i genitori e con il gruppo dei pari, all'impulsività e all'alessitimia.

5 Descrizione della ricerca sperimentale

Il campione in esame è composto da 104 ragazzi di cui 52 maschi e 52 femmine di età compresa fra i 10 e i 14 anni, la cui età media è 11,99 anni.

La ricerca è stata svolta nei mesi di gennaio e febbraio del 2019 e oggetto di tale indagine sono stati gli studenti della scuola secondaria di I grado di un istituto nella provincia di Cosenza.

Durante l'orario scolastico, ottenuto il consenso informato dal ragazzo e dai genitori, con l'ausilio degli insegnanti, si è proceduto alla somministrazione dei questionari self-report.

All'intervistato è stato chiesto di fornire una risposta sul suo accordo o meno con ciascuna affermazione dei questionari: la somministratrice ha sottolineato che non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma le risposte sono soggettive in quanto legate ai vissuti personali. I questionari sono stati compilati in forma anonima. Gli studenti sono stati informati che potevano rinunciare alla compilazione dei questionari in qualsiasi momento e che potevano chiedere delucidazioni rispetto alla ricerca.

Per non sovraccaricare ulteriormente gli intervistati si è cercato di ridurre all'essenziale le informazioni date ai ragazzi su ciò che ogni questionario va a misurare.

6 Gli strumenti utilizzati

Sono stati somministrati ai ragazzi i questionari self-report che di seguito vengono spiegati.

6.1 Lo Youth Self-Report/11-18 (YSR) del 2001

La valutazione del funzionamento emotivo-adattivo riguarda sia i sintomi internalizzanti che quelli esternalizzanti, la cui presenza o assenza può essere evidenziata da alcuni questionari.

Per questo lavoro è stato utilizzato, tra gli altri, il questionario per il comportamento del giovane nella fascia d'età tra gli 11 e i 18 anni, conosciuto con la sua denominazione inglese Youth Self-Report/11-18 (YSR), formulato da Thomas M. Achenbach e Rescorla nella versione del 2001.

Lo Youth Self-Report è inserito nel sistema ASEBA insieme agli altri strumenti dell'area che indaga l'età scolare, è un questionario compilato dall'adolescente; gli altri questionari del sistema sono la Child Behaviour Checklist (CBCL) compilata dai genitori e il Teacher's Report Form (TRF) compilato dagli insegnanti (http://www.aseba.org/). Si tratta di misure di screening standardizzate e di alta qualità che indagano problemi emotivi e comportamentali nell'infanzia e nell'adolescenza e le competenze sociali (*Ibidem*).

Il sistema ASEBA venne ideato negli anni Sessanta per la gran parte grazie all'impegno di Achenbach per sviluppare un panorama più differenziato della psicopatologia infantile e adolescenziale rispetto a ciò che veniva proposto dal sistema diagnostico prevalente in quell'epoca. La preliminare checklist sul comportamento del bambino ideata da Achenbach nel 1966 è stata successivamente adattata per raccogliere informazioni dai genitori al fine di rappresentare una base per lo sviluppo della CBCL(*Ibidem*). Nel 2001 Achenbach e Rescorla hanno creato scale

orientate rispetto al DSM (in questa versione dello strumento si è preso come riferimento il DSM-IV vigente all'epoca) per aiutare gli utenti a coordinare la valutazione empirica con le categorie diagnostiche del DSM; inoltre è stato introdotto il software per Windows in modo da facilitare l'accesso ai dati, il calcolo del T-score e la stampa del profilo (Bordin et al., 2013).

Lo YSR può essere somministrato insieme ad altri questionari. È utile per studi epidemiologici, per gli interventi di valutazione e per la pratica clinica che interessa la saluta mentale degli adolescenti.

Le voci dello YSR/11-18 che riguardano la competenza sociale forniscono punteggi per: tre scale a banda stretta (I. Coinvolgimento nell'Attività; II. Interazione Sociale, III Prestazioni Scolastiche) e una scala a banda larga per la Competenza Sociale Totale (Achenbach, 1991b).

Gli item problematici del comportamento forniscono punteggi per otto scale o sindromi a banda stretta (Ammaniti et al., 2005):

I. L'*Ansia/Depressione* (stati depressi e stati ansiosi) si indaga tramite gli item:14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91 e 112.

II. Il *Ritiro* (atteggiamenti di isolamento e di scarsa ricerca di contatto con gli altri) misurato dalla somma degli item: 5, 42,65, 69, 75, 102, 103 e 111.

III. Le *Lamentele somatiche* (malesseri fisici che non hanno una causa medica riconosciuta) sono misurate dagli item: 47, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f e 56g.

IV. I *Problemi Sociali* (difficoltà a rapportarsi con gli altri) interessa gli item: 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64 e 79.

V. I *Problemi del Pensiero* (problemi dell'ideazione) dati dalla somma dei seguenti item: 9, 18, 40, 46, 58, 66, 70, 76, 83, 84, 85 e 100.

VI. I *Problemi di Attenzione* (instabilità motoria e difficoltà attentive) è inerente agli item: 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61 e 78.

VII. Il *Comportamento Delinquenziale o Condotta Oppositiva* (condotte

antisociali) è individuato dagli item: 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 99, 101 e 105.

VIII. Il *Comportamento Aggressivo* (condotte e atteggiamenti caratterizzati da scarso controllo dell'aggressività) si indaga tramite gli item: 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 89, 94, 95, 97, e 104.

Gli Altri Problemi riguardano gli item: 7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93 e 110.

e per tre scale sindromiche a banda larga:

1. Problemi del Comportamento Internalizzante o dei problemi di personalità, che corrispondono alla somma delle sottoscale del Ritiro, delle Lamentele Somatiche e dell'Ansia/Depressione;
2. Problemi del Comportamento Esternalizzante o problemi di condotta, che corrispondono alla somma delle sottoscale del Comportamento Delinquenziale o Condotta Oppositiva e del Comportamento Aggressivo;
3. Altri tipi di Problemi: sono problemi di natura né internalizzante né esternalizzante; si riferiscono ai Problemi Sociali, Problemi del Pensiero e Problemi di Attenzione (Lancini & Turuani, 2009).

Lo YSR ha adeguate qualità psicometriche (Achenbach 1991b).

Il periodo di tempo a cui si riferisce questo questionario riguarda gli ultimi sei mesi precedenti la somministrazione, ma tale periodo può variare in base agli obiettivi di studio. Nonostante questo strumento sia stato progettato per essere auto-somministrato, può capitare ad esempio che l'adolescente è carente nell'attività di lettura, dunque in questo caso il soggetto deve essere supportato da un intervistatore qualificato (Bordin et al., 2013).

L'YSR comprende due sezioni: una per la competenza sociale/adattamento funzionale ed un'altra per i problemi del comportamento (profilo del comportamento).

Dato il notevole impegno richiesto ai ragazzi, durante la fase empirica del presente lavoro, di compilare non solo questo questionario, ma anche gli altri, si è scelto di non somministrare la prima parte dello YSR che è appunto relativa alle

competenze dei soggetti nei diversi ambiti. A dispetto dell'istruzione fornita ai ragazzi, molti di loro hanno comunque scelto di compilare tale sezione. Ad ogni modo questa parte non verrà valutata per il presente lavoro.

È stata richiesta, quindi, la sola somministrazione della seconda parte dello YSR inerente il profilo comportamentale, composta da 112 item che misurano le otto sottoscale o scale a banda stretta o sindromi e per le tre scale a banda larga di cui sopra.

I nomi dati a queste sindromi riflettono il contenuto dei loro item e sono stati scelti da un vocabolario familiare per facilitare la comunicazione tra professionisti della salute mentale e per tutti gli altri utenti del questionario (Bordin et al., 2013). Si tratta di sindromi di derivazione empirica che sono identificate dall'analisi fattoriale e che non devono essere utilizzate come diagnosi psichiatriche.

I punteggi grezzi vengono trasformati in T-score che indicano se i soggetti presentano comportamenti devianti o competenze carenti in relazione allo sviluppo normale in base all'età e al genere, per consentire il confronto con ragazzi della stessa età (Achenbach, 1991b).

I punti di cut-off per le scale a banda stretta e larga determinano il grado di deviazione dalla normalità e classificano i ragazzi come clinici, borderline o non clinici. I clinici corrispondono a punteggi bassi nella competenza sociale e a punteggi alti nei problemi emotivi/comportamentali; il contrario si applica alla categoria non clinica. I borderline coprono un intervallo intermedio del T-score ed indicano la necessità di un follow-up dell'adolescente per identificare un possibile aumento dei sintomi e/o diminuzione della competenza sociale nel tempo (*Ibidem*).

Gli item problematici possono essere calcolati in base a scale orientate al DSM così come alle sindromi basate su dati empirici. Le scale orientate al DSM permettono ad esperti di culture diverse di identificare gli item problematici dello YSR che loro hanno giudicato essere molto coerenti con determinate categorie diagnostiche del DSM-IV. Gli item che avevano questa coerenza furono utilizzati per costruire una scala DSM orientata che rappresentava quella particolare categoria (http://www.aseba.org).

Secondo Achenbach e Rescorla (2001) le scale DSM orientate sono le seguenti.

- Problemi Affettivi: item classificati come molto coerenti con la Distimia e il Disturbo Depressivo Maggiore.
- Problemi di Ansia: coerenza con il Disturbo d'Ansia Generalizzata, l'Ansia da Separazione e la Fobia Specifica.
- Problemi di deficit di attenzione/iperattività sono associati al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.
- Problemi della Condotta, Problemi Oppositivi Provocatori e Problemi Somatici: item molto coerenti con i Disturbi Somatici.

Le scale orientate al DSM vengono classificate sommando i punteggi dei relativi item, i punteggi grezzi vengono trasformati in T-score basato su dati normativi, i T-score sono visualizzati nei profili e nelle comparazioni cross-informant (http://www.aseba.org). In questo caso i punteggi dell'intervallo clinico non sono equivalenti ad una diagnosi del DSM, ma piuttosto suggeriscono problemi in aree specifiche e identificano gli adolescenti che hanno bisogno di un'ulteriore valutazione per un'eventuale visita psicologica e/o psichiatrica.

6.2 L'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)

L'Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) di Armsden e Greenberg del 1987 è uno strumento utilizzato in ambito internazionale per valutare allo stesso tempo l'intensità dell'attaccamento nei confronti dei genitori (in generale denominato IPPA-G, si sviluppa in due questionari, ovvero l'IPPA-Padre e l'IPPA-Madre) e quello verso il gruppo dei pari (IPPA-P o IPPA-Pari). L'IPPA-G si compone della versione che valuta il rapporto con il padre e di quella che valuta il rapporto con la madre, entrambe queste versioni sono composte da 28 item; l'IPPA-P è composto da 25 item. Le risposte al questionario sono misurate attraverso una scala Likert a 5 punti, che va da 1 che corrisponde alla scelta «Mai vero» a 5 equivalente a «Sempre vero».

È uno strumento utilizzato in alcuni studi sull'attaccamento in adolescenza (Armsden & Greenberg, 1989; Brack, Gay & Metheny, 1993; McCarty, Moller &

Fouladi, 2001).

L'IPPA, un tipo di misura self-report, consente di ottenere informazioni lungo un continuum che va da un basso ad un alto livello di attaccamento, dove "alto" indica una percezione positiva del legame con i genitori e/o con i pari in termini di buona comunicazione e fiducia nei loro confronti (Baiocco et al., 2009). Lo strumento ha le sue radici teoriche nella Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, (1969), con particolare riferimento alle dimensione affettive-cognitive della fiducia che sono influenzate dalla relazione con i caregiver (*Ibidem*).

In conformità con la teoria che ne sta alla base l'IPPA misura la sicurezza psicologica rispetto alle relazioni con i genitori e con i pari.

L'IPPA è composto da tre scale o dimensioni.

1. La Fiducia misura la comprensione reciproca ed il rispetto nella relazione di attaccamento. Nella versione per i genitori è misurata dagli item: 1, 2, 3*, 4, 10*, 13, 14, 21, 23, 24; dagli item: 5*, 6, 8, 12, 13, 14, 15*, 19, 20, e 21 nella versione dei pari.
2. La Comunicazione misura l'estensione e la qualità della comunicazione parlata. È valutata nella versione dei genitori dagli item:
3. 5*, 6, 7*, 8, 15*, 16, 17, 20, 26 e 28; nella versione dei pari dagli item: 1, 2, 3, 7, 16, 17, 24, 25.
4. L'Alienazione misura i sentimenti di rabbia e di alienazione interpersonale. È valutata nella versione dei genitori dagli item: 9, 11, 12, 18, 19, 22, 25, 27; nella versione dei pari dagli item: 4, 9, 10, 11, 18, 22, 23.

L'asterisco sopra alcuni item indica che essi devono essere invertiti.

Per tutte e tre le versioni, ovvero IPPA-Padre, IPPA-Madre e IPPA-Pari, si calcola il Punteggio Totale di Scala sommando le dimensioni Fiducia e Comunicazione e sottraendo la dimensione Alienazione.

Queste tre scale in ognuno dei questionari sono fortemente correlate tra di loro. In particolare la scala della Fiducia e quella della Comunicazione sono positivamente

correlate in entrambe le versioni, mentre la scala dell'Alienazione è fortemente correlata con quella della Comunicazione (Armsden & Greenberg, 1987). Inoltre punteggi alti in entrambe le versioni sono positivamente correlati con la percezione positiva di sé all'interno della propria famiglia e con un'elevata autostima. Diversi studi hanno mostrato una buona validità convergente con altri strumenti che valutano l'attaccamento come il Parental Bonding Intrumental e il Parental Attachment Questionnaire (Heiss, Berman & Sperling, 1996; McCarthy, Moller & Fouladi, 2001; Gullone & Robinson, 2005).

6.3 La Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11)

Una delle caratteristiche rilevanti del cluster esternalizzante, il quale è maggiormente osservabile rispetto a quello internalizzante in quanto coinvolge l'ambiente esterno dell'individuo (Thackery & Harris, 2002), è l'impulsività (Nezhad et al., 2011).

Uno degli strumenti maggiormente utilizzati per lo studio dell'impulsività è la Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) di Patton, Stanford e Barratt (1995); secondo gli autori l'impulsività è l'incapacità a controllare pensieri e atti.

Lo strumento è stato costruito in base all'ipotesi che l'impulsività appartenga alla dimensione psichica dell'istintualità e che quindi si comporti in maniera indipendente dall'ansia, la quale appartiene alla dimensione psichica dell'emozione (Barratt & Stanford, 1995).

È composto da 30 item, è autosomministrato e valuta la dimensione dell'impulsività come variabile comportamentale o di personalità (Patton, Stanford & Barratt, 1995).

La BIS-11 individua tre costrutti dell'impulsività (Di Genova et al., 2004):

1. L'impulsività attentiva: disattenzione ed instabilità cognitiva;
2. L'impulsività motoria: instabilità motoria e mancanza di perseveranza;
3. L'instabilità non pianificativa: mancanza di autocontrollo e intolleranza

alla complessità cognitiva.

La struttura della BIS-11 individua sei fattori di primo ordine (Moretti et al., 2011):

a. Attenzione (item: 5, 9*, 11, 20* e 28);
b. Comportamento Motorio (item: 2, 3, 4, 17, 19, 22 e 25);
c. Autocontrollo (item:1*, 7*, 8*, 12*, 13* e 14);
d. Complessità Cognitiva (item: 10*, 15*, 18, 27 e 29*);
e. Perseveranza (item:16, 21, 23 e 30*);
f. Instabilità Cognitiva (item: 6, 24 e 26).

Inoltre i tre costrutti di cui sopra rappresentano i tre fattori di secondo ordine. In particolare *l'Impulsività Attentiva* è calcolata come somma di Attenzione e Instabilità Cognitiva, l'*Impulsività Motoria* è in riferimento al Comportamento Motorio e alla Perseveranza ed infine l'*Impulsività Non Pianificativa* è collegata con l'Autocontrollo e con la Complessità Cognitiva.

Il Punteggio Totale esprime l'impulsività generale ed è calcolato dalla somma dei fattori di secondo ordine. Ogni item è calcolato sulla base di una scala a 4 punti:

1. Mai/Raramente;
2. Occasionalmente;
3. Spesso;
4. Quasi sempre/Sempre.

Gli item con l'asterisco (*) vengono valutati in modo inverso ad esempio: 4: mai/raramente, 1: quasi sempre/sempre.

6.4 La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Si indagherà il rapporto che ogni ragazzo ha con le sue emozioni attraverso la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), lo strumento che misura l'alessitimia,

concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva, in particolare come un deficit cognitivo-esperenziale della risposta emotiva e della regolazione interpersonale delle emozioni (Taylor et al., 1997, 2000). La disregolazione affettiva, infatti, secondo Wills e collaboratori (2016), ha effetti diretti sulla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante. Per tale ragione si indagheranno correlazioni tra alessitimia e problemi internalizzanti e esternalizzanti.

La Toronto Alexithymia Scale si configura come una scala autosomministrata, inizialmente sviluppata a metà degli anni Ottanta. Nel tempo è stata oggetto di alcune modifiche fino all'ultima, risalente al 1994: una versione formulata da Bagby e colleghi (1994a; 1994b), composta da 20 item.

Nel 1973 Sifneos coniò il termine "alessitimia" (dal greco a=mancanza; léxis=parola; thymós= emozione; significa quindi "emozione senza parola" o "mancanza di parola per le emozioni").

L'alessitimia è caratterizzata da: difficoltà ad esprimere verbalmente le emozioni; limitata attività fantasmatica che si collega con una scarsa creatività; stile comunicativo incolore che non permette di cogliere le caratteristiche personologiche del soggetto che ne è affetto, infatti chi ha forti tratti alessitimici tende a raccontare gli eventi con distacco emotivo. L'alessitimia riflette un deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni; in questo caso si ha un'incapacità di simbolizzazione delle emozioni (Taylor, 2005). Secondo Lane e colleghi (1997) l'alessitimia consiste in una limitata, se non assente, capacità di esperire consciamente le emozioni.

La TAS-20 è basata su una scala Likert a 5 punti in cui ogni valore coincide con un'espressione: Non sono per niente d'accordo '1'; Non sono molto d'accordo '2'; Non sono né d'accordo né in disaccordo '3'; Sono d'accordo in parte '4'; Sono completamente d'accordo '5'.

Nel valutare i dati, oltre alle informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item

delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alessitimia:

1. Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti (confusione nell'identificare emozioni e sentimenti e nel saperli distinguere dalle sensazioni somatiche - F1): item 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14;
2. Difficoltà nel Comunicare i Sentimenti agli altri (si valuta la capacità di esprimere verbalmente le emozioni e di utilizzare il linguaggio per comunicare i propri sentimenti - F2): item 2, 4, 11, 12 e 17;
3. Pensiero Orientato all'Esterno (pensiero operatorio orientato più sugli eventi esterni, persone e luoghi, che sulle esperienze interne; gli alessitimici sono portati a considerare gli eventi in base a caratteristiche esterne che non hanno alcun riferimento con i propri vissuti emotivi - F3): item 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20.

Attribuzione dei punteggi ai singoli item:

- Agli item 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 si attribuisce un punto se la risposta è '1', due punti se la risposta è '2', tre punti se la risposta è '3', quattro punti se la risposta è '4', cinque punti se la risposta è '5';
- Agli item 4, 5, 10, 18, 19, l'attribuzione dei punteggi è invertita, cioè: un punto se la risposta è '5', due punti se la risposta è '4', tre punti se la risposta è '3', quattro punti se la risposta è '2', cinque punti se la risposta è '1'.

Si possono ottenere punteggi che vanno da un minimo di 20 ad un massimo di 100.

Nel calcolo totale dei punteggi ottenuti al test vengono considerati:

- *Non alessitimici* i soggetti che ottengono punteggi inferiori a 51;
- *Borderline* i soggetti che ottengono punteggi compresi tra 51 e 60;
- *Alessitimici* i soggetti che ottengono punteggi superiori o uguali a 61.

La TAS-20 ha confermato delle buone caratteristiche psicometriche, probabilmente la minore efficienza della scala del terzo fattore è dovuta all'inversione dei punteggi (Caretti et al., 2005).

7 Metodologia

I dati provenienti dai questionari sono stati precedentemente inseriti in una griglia Excel e poi, per elaborarli ed analizzarli, è stato utilizzato il programma SPSS, acronimo di *Statistical Package for Social Science*, si tratta di un pacchetto statistico per le scienze sociali.

Dopo l'inserimento dei dati nel programma sono state calcolate le varie scale e sottoscale di ciascun questionario in base alle istruzioni contenute nella letteratura scientifica di riferimento. Il programma ha restituito una sintesi delle migliaia di dati inseriti permettendone la descrizione e la comprensione.

In riferimento al primo obiettivo una possibile associazione tra i questionari è stata indagata tramite la correlazione che misura il grado in cui due variabili si muovono insieme. È stata presa in considerazione la correlazione lineare momento-prodotto di Pearson o coefficiente di correlazione di Pearson indicato con "*r*" che è appunto una misura della forza di un'associazione lineare tra due variabili. Il coefficiente *r* può assumere un intervallo di valori compresi fra -1 e +1. Il valore 0 indica che non esiste alcuna associazione fra le variabili. Un valore positivo indica un'associazione positiva: all'aumentare del valore di una variabile, aumenta anche il valore dell'altra. Un valore inferiore a 0 indica un'associazione negativa: all'aumentare del valore di una variabile, il valore dell'altra diminuisce. Più forte è l'associazione delle due variabili, più vicino il coefficiente di Pearson sarà a +1 o a -1 a seconda se la relazione sia rispettivamente positiva o negativa. Il test più comune di significatività di una correlazione è quello a due code, in cui si verifica la presenza di una differenza tra gruppi o relazioni in entrambe le direzioni. Il valore "*p*", che sta per valore di probabilità, è una misura statistica tra 0 e 1. Un risultato è quindi statisticamente significativo se ha un valore p uguale o inferiore al livello di

significatività. Nel presente studio prenderemo in considerazioni solo i valori con $p<0,01$.

Nella correlazione bivariata, operazionalizzata tramite SPSS, le variabili su cui si è lavorato sono state le scale dei diversi questionari.

Per raggiungere il secondo obiettivo, ovvero individuare le differenze di genere rispetto a ciascun questionario, è stata utilizzata l'Anova (Analysis of variance), l'Analisi della varianza, una tecnica statistica che, confrontando due o più gruppi fra di loro, analizza le variabili dipendenti da uno o più fattori, per decidere quali fattori sono rilevanti e per stimarne gli effetti.

In questo caso le variabili dipendenti quantitative sono rappresentate dalle scale dei questionari, mentre la variabile indipendente qualitativa è una sola, infatti si parla di Anova ad una via o Anova univariata, ed è rappresentata dal genere. La variabile indipendente, inserita nel riquadro "fattore" di SPSS, ha dunque due valori: "0" per i maschi e "1" per le femmine. L'analisi univariata della varianza determina se esistono differenze statisticamente rilevanti tra le medie del gruppo dei maschi e del gruppo delle femmine. Le differenze statisticamente significative nelle tabelle restituite dall'Anova sono da ricercarsi in quelle che hanno un valore inferiore a 0,05 (per cui si scriverà "$p<0.05$"), inoltre le suddette tabelle permettono di capire quale gruppo riporta in modo maggiore o minore una differenza rispetto a ciò che le scale dei questionari vanno a misurare. Informazioni importanti saranno ricavate anche dall'indice di Fisher (abbreviato con "F") una procedura statistica che si usa per determinare se due variabili categoriali (caratteristica utilizzata per classificare le unità ai fini dello studio; nel nostro caso gli individui sono stati classificati in maschi e femmine) sono correlate;

Infine si è proceduto alla discussione dei risultati ottenuti, confrontandoli con i dati provenienti dalla letteratura scientifica del settore.

8 Risultati

In riferimento agli obiettivi che hanno guidato la presente ricerca si esporranno qui i risultati raggiunti.

8.1 Relazione tra il funzionamento emotivo-adattivo, il rapporto con le figure significative, l'impulsività e l'alessitimia

Per indagare tale relazione si è misurata, come spiegato nella metodologia, la correlazione dei questionari tra di loro. Per ogni correlazione viene riportata la relativa tabella contenente i valori da analizzare.

Correlazione tra lo YSR e l'IPPA Padre

Tab.1

	IPPA P Fiducia	IPPA P Comunicazione	IPPA P Alienazione	IPPA P Totale Di Scala
YSR Ansia Depressione	-,235*	**-,275****	**,511****	**-,377****
YSR Ritiro	**-,404****	**-,319****	**,492****	**-,454****
YSR Lamentele Somatiche	-,245*	-,215*	**,418****	**-,325****
YSR Problemi Sociali	**-,460****	**-,328****	**,480****	**-,476****
YSR Problemi Del Pensiero	-,239*	**-,274****	**,435****	**-,352****
YSR Problemi Di Attenzione	**-,302****	**-,276****	**,420****	**-,372****
YSR Condotta Oppositiva	**-,376****	-,247*	**,388****	**-,379****
YSR Comportamento Aggressivo	**-,286****	**-,309****	**,460****	**-,393****
YSR Altri Problemi	-,194*	-,138	**,285****	-,230*
YSR Internalizzanti	**-,321****	**-,303****	**,539****	**-,432****
YSR Esternalizzanti	**-,359****	**-,315****	**,478****	**-,430****
YSR né INT né EST	**-,394****	**-,348****	**,531****	**-,475****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

È stata trovata una forte correlazione positiva tra tutte le scale dello YSR e la scala Alienazione dell'IPPA-Padre (con valori di r che vanno dallo 0,285 allo 0,539; p<0,01), e correlazioni nel complesso fortemente negative tra quasi tutte le scale dello YSR e le altre scale dell'IPPA-Padre (con valori di r che vanno dallo 0,274 allo 0,476; p<0,01).

Correlazione tra lo YSR e l'IPPA-Madre

Tab.2

	IPPA M Fiducia	IPPA M Comunicazione	IPPA M Alienazione	IPPA M Totale Di Scala
YSR Ansia Depressione	-,118	-,245*	**,481****	**-,324****
YSR Ritiro	-,107	**-,270****	**,430****	**-,310****
YSR Lamentele Somatiche	-,171	-,239*	**,339****	**-,288****
YSR Problemi Sociali	**-,308****	**-,387****	**,491****	**-,455****
YSR Problemi Del Pensiero	**-,303****	**-,396****	**,494****	**-,458****
YSR Problemi Di Attenzione	**-,263****	-,235*	**,413****	**-,348****
YSR Condotta Oppositiva	**-,301****	**-,338****	**,429****	**-,410****
YSR Comportamento Aggressivo	**-,354****	**-,363****	**,560****	**-,489****
YSR Altri Problemi	**-,275****	**-,269****	**,374****	**-,352****
YSR Internalizzanti	-,150	**-,283****	**,477****	**-,350****
YSR Esternalizzanti	**-,369****	**-,392****	**,563****	**-,507****
YSR né INT né EST	**-,348****	**-,408****	**,558****	**-,504****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Le correlazioni che si andranno ad esaminare sono simili alle precedenti: infatti risulta esserci una forte correlazione positiva tra tutte le scale dello YSR e la scala Alienazione dell'IPPA-Madre (con valori di r che vanno dallo 0,339 allo 0,563; $p<0,01$), e correlazioni nel complesso fortemente negative tra quasi tutte le scale dello YSR e le altre restanti scale dell'IPPA-Madre (con valori di r che vanno dallo 0,263 allo 0,507; $p<0,01$).

Correlazione tra lo YSR e l'IPPA-Pari

Tab.3

	IPPA PAR Fiducia	IPPA PAR Comunicazione	IPPA PAR Alienazione	IPPA PAR Totale Di Scala
YSR Ansia Depressione	-,141	,124	**,375****	-,124
YSR Ritiro	-,183	-,041	**,419****	-,236*
YSR Lamentele Somatiche	-,022	,159	,222*	-,006
YSR Problemi Sociali	**-,259****	-,123	**,401****	**-,302****
YSR Problemi Del Pensiero	-,100	,090	**,253****	-,083
YSR Problemi Di Attenzione	-,068	,033	,209*	-,082
YSR Condotta Oppositiva	**-,262****	-,068	,240*	-,225*
YSR Comportamento Aggressivo	-,099	,086	,178	-,060
YSR Altri Problemi	-,012	,139	,180	,003
YSR Internalizzanti	-,129	,103	**,382****	-,131
YSR Esternalizzanti	-,185	,026	,226*	-,142
YSR né INT né EST	-,168	,004	**,342****	-,182

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

La tabella 3 evidenzia forti correlazioni positive tra la scala Alienazione dell'IPPA-Pari e le seguenti sottoscale e scale dello YSR: Ansia/Depressione (r=0,375; p<0,01); Ritiro (r=0,419; p<0,01); Problemi Sociali (r=0,401; p<0,01); Problemi del Pensiero (r =0,253; p<0,01); Problemi Internalizzanti (r=0,382; p<0,01); Problemi Né Internalizzanti Né Esternalizzanti (r=0,342; p<0,01).

Correlazioni significativamente negative risultano esservi tra la scala Fiducia dell'IPPA-Pari e le sottoscale Problemi Sociali (r=-0,259; p<0,01) e Condotta Oppositiva (r=-0,262; p<0,01) dello YSR.

Infine il Totale di Scala dell'IPPA-Pari è correlato negativamente con la sottoscala Problemi Sociali (r=-0,302; p<0,01) dello YSR.

Correlazione tra lo YSR e la BIS-11

Le correlazioni fortemente significative che emergono fra questi due strumenti hanno solo il segno positivo (vedi Tab. 4).

In particolare le scale Instabilità Cognitiva e Impulsività Attentiva della BIS-11 correlano, in modo positivo, quasi con la maggior parte delle scale dello YSR (con valori di r che vanno dallo 0,256 allo 0,595; $p<0,01$).

Un minore numero di correlazioni risulta tra le scale Attenzione e Totale di Scala della BIS-11 con la maggior parte delle scale dello YSR (l'intervallo dei valori di r va dallo 0,256 allo 0,551; $p<0,01$).

La sottoscala Comportamento Motorio della BIS-11 correla solo con le seguenti scale dello YSR: Problemi di Attenzione ($r=0,421$; $p<0,01$), Condotta Oppositiva ($r=0,288$; $p<0,01$), Comportamento Aggressivo ($r=0,420$; $p<0,01$), Problemi Esternalizzanti ($r=0,406$; $p<0,01$) e Problemi né Internalizzanti né Esternalizzanti ($r=0,319$; $p<0,01$).

La dimensione Autocontrollo della BIS-11 correla unicamente con la scala Condotta Oppositiva ($r=0,297$; $p<0,01$) dello YSR.

Il fattore di secondo ordine Impulsività Motoria della Bis-11 correla con le scale Problemi di Attenzione ($r=0,403$; $p<0,01$), Condotta Oppositiva ($r=0,272$; $p<0,01$), Comportamento Aggressivo ($r=0,352$; $p<0,01$), Problemi Esternalizzanti ($r=0,355$; $p<0,01$) e Problemi né Internalizzanti né Esternalizzanti ($r=0,326$; $p<0,01$) dello YSR.

Il fattore di secondo ordine Impulsività Non Pianificativa della BIS-11 correla esclusivamente con le scale Condotta Oppositiva ($r=0,356$; $p<0,01$) e Problemi Esternalizzanti ($r=0,268$; $p<0,01$) dello YSR.

Tab.4

	BIS Attenzione	BIS Comportamento Motorio	BIS Autocontrollo	BIS Complessità Cognitiva	BIS Perseveranza	BIS Instabilità Cognitiva	BIS Impulsività Attentiva	BIS Impulsività Motoria	BIS Impulsività Non Pianificativa	BIS Totale
YSR Ansia Depressione	,098	,143	,037	,067	,121	**,303****	,235*	,181	,070	,217*
YSR Ritiro	,164	,060	,148	,011	,180	**,371****	**,320****	,134	,107	,246*
YSR Lamentele Somatiche	,112	,061	,128	-,123	-,002	**,256****	,220*	,053	,005	,117
YSR Problemi Sociali	**,256****	,178	,128	,039	,141	**,332****	**,370****	,221*	,112	**,311****
YSR Problemi Del Pensiero	**,327****	,212*	,077	,023	,039	**,313****	**,415****	,206*	,067	**,300****
YSR Problemi Di Attenzione	**,504****	**,421****	,248*	,105	,065	**,397****	**,595****	**,403****	,238*	**,551****
YSR Condotta Oppositiva	**,510****	**,288****	**,297****	,234*	,036	**,346****	**,572****	**,272****	**,356****	**,532****
YSR Comportamento Aggressivo	**,394****	**,420****	,167	,074	-,047	**,398****	**,511****	**,352****	,161	**,456****
YSR Altri Problemi	**,328****	,186	,093	,166	,119	**,328****	**,423****	,219*	,173	**,360****
YSR Internalizzanti	,136	,107	,109	-,011	,110	**,347****	**,287****	,144	,067	,218*
YSR Esternalizzanti	**,490****	**,406****	,244*	,155	-,015	**,419****	**,595****	**,355****	**,268****	**,542****
YSR né INT né EST	**,430****	**,319****	,177	,065	,095	**,413****	**,546****	**,326****	,162	**,458****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Correlazione tra lo YSR e la TAS-20

Tab. 5

	TAS Difficoltà Identificare Sentimenti	TAS Difficoltà Comunicare Sentimenti	TAS Pensiero Orientato Esterno	TAS Totale
YSR Ansia Depressione	**,563****	**,481****	,033	**,554****
YSR Ritiro	**,412****	**,461****	,058	**,463****
YSR Lamentele Somatiche	**,363****	**,278****	-,016	**,330****
YSR Problemi Sociali	**,347****	**,263****	,174	**,388****
YSR Problemi Del Pensiero	**,501****	**,315****	,123	**,485****
YSR Problemi Di Attenzione	**,482****	**,335****	,153	**,493****
YSR Condotta Oppositiva	,245*	,185	,230*	**,316****
YSR Comportamento Aggressivo	**,416****	**,315****	,121	**,432****
YSR Altri Problemi	**,356****	,158	,056	**,306****
YSR Internalizzanti	**,519****	**,464****	,027	**,518****
YSR Esternalizzanti	**,385****	**,291****	,184	**,427****
YSR né INT né EST	**,532****	**,363****	,178	**,545****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Nella connessione tra lo YSR e la TAS-20, rispetto ai valori evidenziati in tabella 5, si trovano correlazioni unicamente positive.

La scala Totale della TAS-20 correla con tutte le scale dello YSR (con valori di r che vanno dallo 0,306 allo 0,554; $p<0,01$).

In modo quasi totale correlano le scale Difficoltà ad Identificare i Sentimenti (con valori di r che vanno dallo 0,347 allo 0,563; $p<0,01$; esclusa la relazione poco significativa con la scala Condotta Oppositiva dello YSR) e Difficoltà a Comunicare i Sentimenti (con valori di r che vanno dallo 0,263 allo 0,481; $p<0,01$; escluse le relazioni poco significative con le scale Condotta Oppositiva e Altri Problemi dello YSR) della TAS-20 con le dimensioni dello YSR.

Correlazione tra la BIS-11 e l'IPPA Padre

Tab. 6

	IPPA P Fiducia	IPPA P Comunicazione	IPPA P Alienazione	IPPA P Totale Di Scala
BIS Attenzione	-,173	-,166	,217*	-,208*
BIS Comportamento Motorio	-,174	-,194*	,225*	-,222*
BIS Autocontrollo	-,224*	**-,253****	,096	-,219*
BIS Complessità Cognitiva	-,060	-,140	,094	-,111
BIS Perseveranza	-,131	-,144	,078	-,134
BIS Instabilità Cognitiva	**-,254****	-,174	**,444****	**-,322****
BIS Impulsività Attentiva	**-,265****	-,218*	**,399****	**-,328****
BIS Impulsività Motoria	-,213*	-,236*	,235*	**-,257****
BIS Impulsività Non Pianificativa	-,191	**-,263****	,127	-,221*
BIS Totale	**-,303****	**-,330****	**,337****	**-,364****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Il segno negativo contraddistingue le correlazioni tra:

- La scala Fiducia dell'IPPA-Padre e le scale della BIS-11: Instabilità Cognitiva (r=-0,254; p<0,01), Impulsività Attentiva (r=-0,265; p<0,01) e il Totale di Scala (r=-0,303; p<0,01);
- La scala Comunicazione dell'IPPA-Padre e le scale Autocontrollo (r=-0,253; p<0,01), Impulsività Non Pianificativa (r=-0,263; p<0,01) e il Totale di Scala (r=-0,330; p<0,01) della Bis-11;
- Il Totale di Scala dell'IPPA-Padre e le scale della BIS-11: Instabilità Cognitiva (r=-0,322; p<0,01), Impulsività Attentiva (r=-0,328; p<0,01), Impulsività Motoria (r=-0,257; p<0,01) e il Totale di Scala (r=-0,364; p<0,01).

Correlazioni positive si riscontrano tra la scala Alienazione dell'IPPA-Padre e le scale Instabilità Cognitiva (r=0,444; p<0,01), Impulsività Attentiva (r=0,399; p<0,01) e il Totale di Scala (r=0,337; p<0,01) della BIS-11.

Correlazione tra la BIS-11 e l'IPPA Madre

Tab. 7

	IPPA M Fiducia	IPPA M Comunicazione	IPPA M Alienazione	IPPA M Totale Di Scala
BIS Attenzione	-,148	-,129	,249*	-,201*
BIS Comportamento Motorio	-,190	-,141	,197*	-,202*
BIS Autocontrollo	-,139	-,197*	,061	-,153
BIS Complessita Cognitiva	-,045	-,036	,178	-,099
BIS Perseveranza	-,093	-,129	,091	-,121
BIS Instabilita Cognitiva	-,107	-,120	**,339****	-,216*
BIS Impulsivita Attentiva	-,169	-,162	**,369****	**-,267****
BIS Impulsivita Motoria	-,211*	-,183	,216*	-,234*
BIS Impulsivita Non Pianificativa	-,124	-,157	,160	-,169
BIS Totale	-,231*	-,230*	**,331****	**-,303****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Associando la BIS-11 e l'IPPA-Madre emergono correlazioni positive tra la scala Alienazione dell'IPPA-Madre e le seguenti scale della BIS-11: Instabilità Cognitiva (r=0,339; p<0,01); Impulsività Attentiva (r=0,369; p<0,01) e il Totale di Scala (r=0,331; p<0,01).

Relazioni negative si individuano tra il Totale di Scala dell'IPPA-Madre e le scale: Impulsività Attentiva (r=-0,267; p<0,01) e Totale di Scala (r=-0,303; p<0,01) della BIS-11.

Correlazione tra la BIS-11 e l'IPPA Pari

Tab.8

	IPPA PAR Fiducia	IPPA PAR Comunicazione	IPPA PAR Alienazione	IPPA PAR Totale Di Scala
BIS Attenzione	-,121	-,023	,152	-,113
BIS Comportamento Motorio	-,242*	-,026	,025	-,127
BIS Autocontrollo	-,101	-,232*	,184	-,215*
BIS Complessità Cognitiva	-,132	-,014	,146	-,112
BIS Perseveranza	-,138	-,156	,161	-,187
BIS Instabilità Cognitiva	-,167	-,051	,207*	-,165
BIS Impulsività Attentiva	-,181	-,044	,225*	-,173
BIS Impulsività Motoria	**-,277****	-,093	,094	-,196*
BIS Impulsività Non Pianificativa	-,156	-,166	,221*	-,219*
BIS Totale	**-,284****	-,143	,241*	**-,271****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Dalla tabella 8 emergono unicamente significative correlazioni negative. In particolare tra la scala Fiducia dell'IPPA-Pari e le scale Impulsività Motoria (r=-0,277; p<0,01) e Totale di Scala (r=-0,284; p<0,01) della BIS-11 e tra quest'ultima scala e il Totale di Scala dell'IPPA-Pari (r=-0,271; p<0,01).

Correlazione tra la BIS-11 e la TAS-20

Tab.9

	TAS Difficoltà Identificare Sentimenti	TAS Difficoltà Comunicare Sentimenti	TAS Pensiero Orientato Esterno	TAS Totale
BIS Attenzione	**,292****	,108	,209*	**,306****
BIS Comportamento Motorio	**,309****	,234*	,180	**,356****
BIS Autocontrollo	,035	,097	,179	,131
BIS Complessità Cognitiva	,225*	,099	**,279****	**,288****
BIS Perseveranza	,135	,048	,053	,123
BIS Instabilità Cognitiva	**,360****	**,299****	,044	**,360****
BIS Impulsività Attentiva	**,412****	,240*	,183	**,423****
BIS Impulsività Motoria	**,335****	,230*	,183	**,371****
BIS Impulsività Non Pianificativa	,173	,131	**,306****	**,280****
BIS Totale	**,414****	**,273****	**,309****	**,487****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

La tabella 9 mostra, ove presenti, soltanto forti correlazioni positive tra la BIS-11 e la TAS-20.

La scala della TAS-20 denominata Difficoltà ad Identificare i Sentimenti correla con le seguenti scale della BIS-11: Attenzione (r=0,292; p<0,01), Comportamento Motorio (r=0,309; p<0,01), Instabilità Cognitiva (r=0,360; p<0,01), Impulsività Attentiva (r=0,412; p<0,01), Impulsività Motoria (r=0,335; p<0,01) e il Totale di Scala (r=0,414; p<0,01).

La difficoltà a Comunicare i Sentimenti correla solo con la scale Instabilità Cognitiva (r=0,299; p<0,01) e il Totale di Scala (r=0,273; p<0,01) della BIS-11.

Il Pensiero Orientato all'Esterno correla con la Complessità Cognitiva (r=0,279; p<0,01), l'Impulsività Non Pianificativa (r=0,306; p<0,01) e il Totale di Scala (r=0,309; p<0,01) della BIS-11.

Il Totale di Scala della TAS-20 correla significativamente con quasi tutte le scale della BIS-11 (ad esclusione delle scale Autocontrollo e Perseveranza); in questo caso r assume valori che vanno dallo 0,280 allo 0,487; p<0,01).

Correlazione tra la TAS-20 e l'IPPA-Padre

Tab. 10

	IPPA P Fiducia	IPPA P Comunicazione	IPPA P Alienazione	IPPA P Totale Di Scala
TAS Difficoltà Identificare Sentimenti	-,179	**-,269****	**,499****	**-,349****
TAS Difficoltà Comunicare Sentimenti	-,203*	**-,296****	**,347****	**-,316****
TAS Pensiero Orientato Esterno	-,200*	-,205*	,214*	-,233*
TAS Totale	**-,271****	**-,365****	**,532****	**-,434****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Si evidenziano correlazioni negative significative tra:

- La Scala Totale della TAS-20 e la scala Fiducia (r=-0,271; p<0,01) dell'IPPA-Padre;
- La scala Comunicazione dell'IPPA-Padre e tutte le scale della TAS-20 (ad eccezione della scarsa correlazione con la scala Pensiero Orientato all'Esterno); r si trova in un intervallo di valori che vanno da -0,365 a -0,269 (p<0,01);
- Il Totale di Scala dell'IPPA-Padre e le scale della TAS-20 (fatta eccezione per la scarsa correlazione con la scala Pensiero Orientato all'Esterno) che registrano valori di r tra -0,434 e -0,316 (p<0,01).

Si evidenziano correlazioni positive tra la scala Alienazione dell'IPPA-Padre e quasi tutte le scale della TAS-20 (non è presente una forte correlazione con la scala Pensiero Orientato all'Esterno); i valori di r si trovano tra lo 0,347 e lo 0,532 (p<0,01).

Correlazione tra la TAS-20 e l'IPPA-Madre

Tab. 11

	IPPA M Fiducia	IPPA M Comunicazione	IPPA M Alienazione	IPPA M Totale Di Scala
TAS Difficoltà Identificare Sentimenti	-,138	-,153	**,480****	**-,295****
TAS Difficoltà Comunicare Sentimenti	-,121	-,106	**,340****	-,216*
TAS Pensiero Orientato Esterno	-,131	-,202*	,232*	-,217*
TAS Totale	-,185	-,217*	**,525****	**-,354****

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Sono state individuate forti relazioni positive tra la scala Alienazione dell'IPPA-Madre e quasi tutte le scale della TAS-20 (eccetto che per la scala Pensiero Orientato all'Esterno) con valori di r che vanno dallo 0,340 allo 0, 525 ($p<0,01$).

Relazioni di segno opposto si ritrovano tra la scala Difficoltà ad Identificare i Sentimenti della TAS-20 e il Totale di Scala dell'IPPA-Madre ($r=-0,295$; $p<0,01$), ma anche tra il Totale di Scala della TAS-20 ed il Totale di Scala dell'IPPA-Madre ($r=-0,354$; $p<0,01$).

Correlazione tra la TAS-20 e l'IPPA-Pari

Tab. 12

	IPPA PAR Fiducia	IPPA PAR Comunicazione	IPPA PAR Alienazione	IPPA PAR Totale Di Scala
TAS Difficoltà Identificare Sentimenti	-,076	,184	**,404****	-,076
TAS Difficoltà Comunicare Sentimenti	-,022	,044	**,314****	-,090
TAS Pensiero Orientato Esterno	-,191	-,207*	,130	-,225*
TAS Totale	-,131	,051	**,427****	-,172

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

Forti correlazioni riguardanti la TAS-20 e l'IPPA-Pari sono presenti, unicamente nella forma positiva, tra la dimensione Alienazione dell'IPPA-Pari e la maggior parte delle scale della TAS-20 (fatta eccezione per la scala Pensiero Orientato all'Esterno), con valori di r che vanno dallo 0, 314 allo 0, 427 ($p<0,01$).

Correlazioni tra l'IPPA-Padre, l'IPPA-Madre e l'IPPA-Pari

Come si può leggere dalla tabella 13 le tre versioni dell'IPPA (Padre, Madre e Pari) sono fortemente correlate tra di loro sia positivamente che negativamente. Questo è un risultato atteso in quanto le tre tipologie condividono la stessa struttura (questo è vero soprattutto per quanto riguarda l'IPPA-Padre e l'IPPA-Madre): infatti si tratta, in tutte e tre i casi, dello stesso questionario che misura il legame di attaccamento e che viene declinato in modo diverso a seconda della figura significativa a cui si riferisce.

Nel campione che ha interessato questa ricerca si riscontra un maggior numero di correlazioni significative, sia nella direzione positiva che in quella negativa, tra le dimensioni dell'IPPA-Padre e quelle dell'IPPA-Madre.

Tab. 13

	IPPA P Fiducia	IPPA P Comunicazione	IPPA P Alienazione	IPPA P Totale Di Scala	IPPA M Fiducia	IPPA M Comunicazione	IPPA M Alienazione	IPPA M Totale Di Scala	IPPA PAR Fiducia	IPPA PAR Comunicazione	IPPA PAR Alienazione	IPPA PAR Totale Di Scala
IPPA P Fiducia					**,686****	**,615****	**-,520****	**,698****	**,337****	**,365****	**-,334****	**,430****
IPPA P Comunicazione					**,582****	**,656****	**-,570****	**,695****	,251*	**,347****	**-,270****	**,363****
IPPA P Alienazione					**-,426****	**-,486****	**,829****	**-,667****	**-,278****	-,115	**,463****	**-,327****
IPPA P Totale Di Scala					**,643****	**,664****	**-,714****	**,776****	**,327****	**,317****	**-,398****	**,424****
IPPA M Fiducia	**,686****	**,582****	**-,426****	**,643****					,228*	**,314****	-,099	**,282****
IPPA M Comunicazione	**,615****	**,656****	**-,486****	**,664****					,216*	**,320****	-,212*	**,316****
IPPA M Alienazione	**-,520****	**-,570****	**,829****	**-,714****					-,227*	-,099	**,420****	**-,283****
IPPA M Totale Di Scala	**,698****	**,695****	**-,667****	**,776****					**,257****	**,282****	**-,281****	**,338****
IPPA PAR Fiducia	**,337****	,251*	**-,278****	**,327****	,228*	,216*	-,227*	**,257****				
IPPA PAR Comunicazione	**,365****	**,347****	-,115	**,317****	**,314****	**,320****	-,099	**,282****				
IPPA PAR Alienazione	**-,334****	**-,270****	**,463****	**-,398****	-,099	-,212*	**,420****	**-,281****				
IPPA PAR Totale Di Scala	**,430****	**,363****	**-,327****	**,424****	**,282****	**,316****	**-,283****	**,338****				

**. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,01 (a due code).

*. La correlazione di Pearson è significativa a livello 0,05 (a due code).

8.2 Differenze di genere rispetto al funzionamento emotivo-adattivo, al rapporto con le figure significative, all'impulsività e all'alessitimia.

L'Anova rispetto allo YSR riporta una differenza di genere significativa nelle scale: Problemi Sociali ($F=5,017$; $p<0,05$; la media dei maschi è pari a 5,3462, quella delle femmine è pari a 3,8846), Condotta Oppositiva ($F= 13,932$; $p<0,05$; la media dei maschi è 5,5577, quella delle femmine è 2,7692) e Problemi Esternalizzanti ($F= 6,614$; $p<0,05$; la media dei maschi è 15,8077, quella delle femmine è 11,4423).

Per quanto riguarda le scale di tutte e tre le versioni dell'IPPA non sono state riscontrate differenze di genere significative.

Analizzando la BIS-11 si evidenziano delle differenze di genere nelle seguenti scale: Attenzione ($F=6,233$; $p<0.05$; la media dei maschi è 10,8654, quella delle femmine è 9,5192); Impulsività Attentiva ($F=6,462$; $p<0,05$; la media dei maschi è 17,3654, quella delle femmine è 15,5769).

Infine dalla TAS-20 emergono differenze di genere solamente nella scala Pensiero Orientato all'Esterno ($F=4,803$; $p<0,05$; la media dei maschi è 23,5577, quella delle femmine è 21,8077).

9. Discussione e conclusioni

Si procederà adesso ad un'analisi dei risultati ottenuti, confrontandoli con la relativa letteratura scientifica e cercando allo stesso tempo di operare una sintesi che renda conto degli innumerevoli dati emersi.

Rispetto alle possibili associazioni tra lo YSR e i tre questionari IPPA, bisogna fare una premessa circa l'interpretazione dei dati provenienti da quest'ultimi. Infatti Baiocco e i suoi collaboratori (2009), rispetto all'utilizzo dell'IPPA nel contesto italiano, consigliano, in campioni di adolescenti, di usare solo il punteggio Totale di Scala per interpretare i risultati. Questa motivazione è giustificata da alcuni lavori italiani (San Martini e Zavattini, 2004; Ronconi, 2005), i quali non confermando le tre dimensioni di Fiducia, Comunicazione e Alienazione, hanno considerato il Totale di Scala come unico fattore indicante la dimensione generale di «Qualità delle relazioni di attaccamento».

Data questa considerazione, si nota come i problemi internalizzanti dei preadolescenti, caratterizzati da ritiro, lamentele somatiche, ansia e depressione, abbiano una relazione indiretta con la qualità delle relazioni di attaccamento con la figura paterna, ovvero all'aumentare (o diminuire) dei problemi internalizzanti, diminuisce (o aumenta) la qualità dell'attaccamento alla figura paterna.

I problemi esternalizzanti, che si manifestano tramite la condotta oppositiva (un comportamento antisociale) e il comportamento aggressivo (atteggiamenti caratterizzati da scarso controllo dell'aggressività), sono stati, in media, maggiormente individuati nei maschi. Quanto trovato è in linea con le ricerche scientifiche, secondo le quali negli adolescenti si riscontrano differenze di genere riguardo il modo in cui il disagio psicologico si manifesta, ed in particolare i maschi propendono per lo più verso comportamenti esternalizzanti (Offer & Schonert-Reichl,1992; Helstelä, 2001; Heyerdahl; 2004).

Anche i problemi esternalizzanti registrano una relazione negativa rispetto alla qualità del rapporto con la figura paterna.

Nel caso dell'attaccamento alla figura materna si presenta lo stesso scenario di relazione indiretta sia con i problemi internalizzanti che con quelli esternalizzanti.

Infine rispetto al gruppo dei pari non sono state riscontrate relazioni con problemi psicopatologici.

Da questo campione sembra emergere come le psicopatologie nei preadolescenti e la fiducia, la comunicazione, i sentimenti di rabbia e alienazione nei confronti dei propri genitori si trovino in stretta relazione tra di loro.

Inoltre i soggetti esaminati riportano fortissime relazioni tra la qualità dell'attaccamento alla figura paterna e la qualità dell'attaccamento alla figura materna; questi tipi di relazioni sono molto più strette che non quella rispetto al gruppo dei coetanei. Vari autori hanno sottolineato l'importanza del rapporto con i caregiver rispetto ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti negli adolescenti (Achenbach 1966; Bowlby 1973; Finnegan et al., 1996; Moss et al., 1998; Milana, 2006; Brumariu et al., 2010). Bowlby (1973) trova le cause di questi sintomi nell'attaccamento maladattivo messo in atto nel contesto di accudimento. Anche secondo Cerniglia e Cimino (2017) la relazione con il caregiver costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza di problemi psicopatologici.

Durante l'adolescenza l'impulsività sembra comparire maggiormente (Casey et al., 2002; Galvan et al., 2007); ciò potrebbe esser dovuto ai cambiamenti strutturali che interessano tale periodo della vita. Infatti in questa fase si ha uno sviluppo precoce del sistema limbico che anticipa la successiva maturazione delle regioni corticali prefrontali; inoltre si ha un incremento della sostanza bianca ed un decremento della sostanza grigia (Casey et. al., 2008; Giedd, 2008). Le regioni prefrontali, in particolare la corteccia prefrontale, sono deputate al controllo del comportamento, quindi, tra le altre cose, inibiscono le risposte impulsive: l'adolescente che presenta un disquilibrio nei collegamenti reciproci tra aree frontali e sistema limbico, può attuare comportamenti impulsivi (Migliarese et al., 2012). Alcuni autori ritengono il comportamento impulsivo un fenomeno costituito da più aspetti (Patton et al., 1995; Barratt et al., 1997;). L'impulsività sul piano motorio è la tendenza ad agire senza

pensare; essa è anche la tendenza a prendere rapide decisioni con uno scarso uso della concentrazione (piano cognitivo); un altro aspetto che la contraddistingue è la mancanza di pianificazione. Ciò su cui molti studiosi trovano un punto in comune, tra le molte definizioni fornite di impulsività, è nel concepire l'impulsività come una tendenza ad agire rapidamente, senza pianificare, quindi con una mancanza di valutazione consapevole delle conseguenze del proprio agire (Moeller et al., 2001).

Questa ricerca mette in luce come gli esternalizzanti riportino una relazione positiva significativa con l'impulsività generale. Inoltre rispetto all'effetto del genere i maschi, in media, sono risultati essere più impulsivi rispetto alle femmine. Ciò è in linea con gli studi dai quali è emerso che le ragazze riescono ad avere maggiori capacità di autocontrollo, quindi ad essere meno impulsive dei ragazzi (Chapple et al., 2005; Chapple and Johnson 2007).

I dati mostrano che gli esternalizzanti hanno un'incapacità a controllare pensieri e azioni e presentano soprattutto disattenzione, instabilità motoria ed in minor prevalenza riportano una mancanza di autocontrollo e un'intolleranza alla complessità cognitiva. Vi sono studi che confermano il legame tra impulsività e sintomi esternalizzanti, in particolare l'impulsività costituisce una dimensione di alcune psicopatologie come il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Pelham, 1992), che, come spiegato precedentemente, è uno dei disturbi rientrante nel cluster delle psicopatologie esternalizzanti.

L'impulsività si trova anche in stretta relazione, di segno negativo, con la qualità del rapporto con i genitori (configurandosi in questo caso soprattutto come un'impulsività attentiva, ovvero come disattenzione e instabilità cognitiva) e con i pari (in quest'ultima l'associazione, anche se significativa, è minore). Vi sono studi che riscontrano una diminuzione dell'impulsività negli adolescenti che hanno genitori che si prendono maggiormente cura di loro, in termini di monitoraggio delle attività svolte dall'adolescente (Stattin & Kerr, 2000; Chen & Jacobson, 2013).

Uno studio di Taylor e collaboratori del 1997 spiega come gli individui con alessitimia sperimentano alti livelli di disregolazione affettiva. Ritornando alla presente ricerca, la misura dell'effetto del genere sull'alessitimia evidenzia una maggiore alessitimia maschile rispetto a quella femminile, in particolare nel pensiero

orientato all'esterno, ovvero in un pensiero caratterizzato da distacco emotivo rispetto agli eventi. In riferimento a questi risultati si trovano alcuni studi che identificano alti livelli di alessitimia nelle ragazze (Joukamaa et al., 2007; Honkalampi et al., 2009; Ling et al., 2016;), mentre altri la riscontrano nei ragazzi (Levant et al., 2009) ed altri ancora non riportano differenze fra i generi.

La ricerca mette in luce come all'aumentare (o diminuire) dei problemi internalizzanti e di quelli esternalizzanti (anche se in questo caso la correlazione è più bassa) aumenta (o diminuisce) la presenza di alessitimia. Le psicopatologie di questo campione di preadolescenti assumono un rapporto reciproco con la disregolazione affettiva ed in particolare con la difficoltà ad identificare i sentimenti e a comunicarli. Quanto emerso è accostabile allo studio, sopra citato, di Wills e collaboratori (2016) secondo cui la disregolazione affettiva ha effetti diretti sulla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante.

In merito all'alessitimia bisogna sottolineare che i preadolescenti attraversano una fase di neurosviluppo in cui la maturazione delle regioni prefrontali, che sostengono la regolazione delle emozioni, è in ritardo rispetto alle regioni limbiche coinvolte nella generazione delle emozioni (Ahmed et al., 2015).

Ciò può essere confrontato con quanto affermato da Werner-Seidler (2013) secondo cui l'incapacità di regolare gli affetti negativi acuti è comune a molte psicopatologie. Il deficit di regolazione ha anche una dimensione cognitiva in quanto, soprattutto negli esternalizzanti, genera la tendenza a liberarsi di stati mentali spiacevoli mediante azioni alla base delle quali c'è scarsa (se non assenza di) riflessione (Grimaldi Di Terresena et al., 2010). Uno studio di Gatta e collaboratori (2012) ha riscontrato una forte correlazione tra alessitimia e disturbi esternalizzanti. Mentre un altro studio attesta che esiste una correlazione tra i punteggi dei problemi internalizzanti e l'alessitimia (Gatta et al., 2015).

Rispetto ai deficit nel gestire l'affettività si constata che chi ha problemi a regolare le proprie emozioni ha per di più problemi di impulsività. Secondo uno studio di Jakubczyk e collaboratori del 2008 l'alta impulsività può essere associata con bassi livelli di regolazione emotiva. Tale legame può individuarsi anche a livello neurobiologico: infatti come mostrato dalla risonanza magnetica funzionale (Brown et al., 2012), così come dagli studi sul potenziale legato agli eventi (Benvenuti et al.,

2015), la regolazione delle emozioni e l'impulsività si basano su reti parzialmente sovrapposte, situate principalmente nella corteccia prefrontale.

Sempre nell'ambito dell'alessitimia si nota come questa è in stretto legame, di segno negativo, con la qualità del rapporto con la figura materna, ma maggiormente con quella paterna. In letteratura vi sono studi che evidenziano il legame tra l'alessitimia e il rapporto con le figure significative. Molta importanza nella regolazione affettiva viene data al processo di attaccamento; è stato dimostrato come attaccamenti insicuri o disorganizzati rappresentino un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi affettivi (Ammaniti, 2001). Secondo alcune ricerche l'alta qualità dell'attaccamento è un fattore protettivo contro lo sviluppo dell'alessitimia (Spangler e Zimmermann, 1999; Craparo, 2011; Bolat et al., 2017). Uno studio di Honkalampi e collaboratori del 2009 mette in luce come gli adolescenti alessitimici abbiano relazioni affettivamente povere con i propri genitori. Inoltre l'attaccamento insicuro e l'alessitimia sono associati con problemi emotivi come l'umore depresso e l'ansia, bassi livelli di fiducia in se stessi ed evitamento nelle relazioni interpersonali (Bolat et al., 2017).

Il presente lavoro ha riscontrato associazioni tra il funzionamento emotivo-adattivo, la qualità del rapporto con le figure significative per il preadolescente, l'impulsività e l'alessitimia.

Infine si evidenzia che è emersa una significativa differenza di genere, rispetto ai sintomi esternalizzanti, all'impulsività e all'alessitimia. Tale differenza registra una prevalenza dei maschi nel riportare le suddette problematiche.

BIBLIOGRAFIA

A

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1–37. https://doi.org/10.1037/h0093906

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. [ISBN] 0938565087

Achenbach, T. M. (1991b) *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M., Bernstein, A., & Dumenci, L. (2005). A snark or a boojum? Exploring multitaxonomic possibilities and building on Widiger's commentary. *Journal of Personality Assessment*, *84*(1), 66-69. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8401_12

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the youth self-report and profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., McConaughy, S. H., & Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: II. Signs of disturbance. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, *34*(4), 488-498.

https://doi.org/10.1097/00004583-199504000-00016

Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1987). *Developmental clinical psychology and psychiatry, Vol. 13. Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications*. Sage Publications, Inc.

Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1992). *Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence*. In W. M. Reynolds (Ed.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 19–60). New York: Wiley. [ISBN] 9780471506485.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms e profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. ASEBA, Burlington, VT. [ISBN]: 9780938565734

Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental cognitive neuroscience*, 15, 11-25. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716. DOI: 10.1037//0003-066x.44.4.709

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press. [ISBN] 9781135016173. http://parentalalienationresearch.com/PDF/2015ainsworth.pdf

Allen, J.P., Land, D. (1999). *Attachment in adolescence*. In J. Cassidy e P. R. Shaver (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford, pp. 319-336.

Amato, P. R. (1994). Father–child relations, mother–child relations, and offspring

psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1031–1042. DOI: 10.2307/353611

American Psychiatric Association - APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author. https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271

American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Ammaniti, M. (Ed.). (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina. [ISBN] 88-7078-684-6

Ammaniti, M. (Ed.). (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Cortina. [ISBN] 88-7078-782-6

Ammaniti, M., Cimino, S., & Petrocchi, M. (2005). Adolescenza ed esperienze traumatiche: influenze sul funzionamento emotivo-adattivo. *Infanzia e adolescenza*, *4*(3), 145-155. https://tinyurl.com/wggjufe

Ammaniti, M., Tambelli, R., Zavattini, G.C., Vismara, L., Volpi B. (1999). Attaccamento e funzione riflessiva in adolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3 (1), 155-175. DOI: 10.1449/551

Anzieu, D. (1985). *L'Io-pelle*. 1987. Borla. Roma. EAN: 9788826305967

Armsden, G.C., & Greenberg, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.

Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). The inventory of parent and peer

attachment: Preliminary test manual. *Available from GC Armsden, Department of Community Health Care Systems, University of Washington, Seattle, WA, 98195*, 517-545.

Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P.M., Mitchell, J.R. (1990). Parent and Peer Attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (6), 683-697. DOI: 10.1007/bf01342754

B

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Taylor, G. J. (1994a). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure", *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23-32.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1994b). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale Ð II. Convergent discriminant, and concurrent validity", *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 33-40.

Baiocco, R., Laghi, F., & Paola, R. (2009). Le scale IPPA per l'attaccamento nei confronti dei genitori e del gruppo dei pari in adolescenza: un contributo alla validazione italiana. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *13*(2), 355-384. [DOI]: 10.1449/30135

Barratt, E. S. & Stanford, M. S. (1995). *Impulsiveness*. In: Costello CG, ed. *Personality characteristics of the personality disordered.* Chichester: John Wiley e Sons Inc. 91-119.

Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Alan, F. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological psychiatry*, *41*(10), 1045-1061. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00175-8

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2003). *Infant research e trattamento degli adulti:*

un modello sistemico-diadico delle interazioni. R. Cortina, pagg. XIII-XIV. [ISBN] 88-7078-811-3

Benjamin, J., Ebstein, R. P. & Belmaker, R. H. (2002). Personality genetics, 2002. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 39, 271–279. https://www.questia.com/read/1P3-305092401/personality-genetics-2002

Benvenuti, S. M., Sarlo, M., Buodo, G., Mento, G., & Palomba, D. (2015). Influence of impulsiveness on emotional modulation of response inhibition: An ERP study. *Clinical Neurophysiology*, 126(10), 1915-1925. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2014.12.012

Bion, W., R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore. [ISBN] 9788860815231

Biondi, M., Bersani, F. S., & Valentini, M. (2014). IL DSM-5: l'edizione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 49(2), 57-60. DOI: 10.1708/1461.16137.

Birraux, A. (1990), *L'adolescente e il suo corpo*. Borla, Roma, 1993. [ISBN] 88-263-0953-1

Blos, P. (1993), *L'adolescenza come fase di transizione. Aspetti e problemi del suo sviluppo*. Armando Editore. [ISBN] 9788871443409

Bolat, N., Yavuz, M., Eliaçık, K., & Zorlu, A. (2017): The relationships between problematic internet use, alexithymia levels and attachment characteristics in a sample of adolescents in a high school, Turkey, *Psychology, Health e Medicine*, DOI:10.1080/13548506.2017.1394474

Bordin, Isabel A., Rocha, Marina M., Paula, Cristiane S., Teixeira, Maria Cristina T. V., Achenbach, Thomas M., Rescorla, Leslie A., & Silvares, Edwiges F. M.. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and

Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*(1), 13-28. https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books. https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation. Anxiety and danger*. New York: Basic Books. https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Separation-Anxiety-And-Anger-Attachment-and-Loss-Vol-2-1976.pdf

Brack, G., Gay, M. F., & Matheny, K. B. (1993). Relationships between attachment and coping resources among late adolescents. *Journal of College Student Development*.

Brittain, C.V. (1968). An exploration of the bases of peer-compliance and parent-compliance in adolescence. *Adolescence*, 13, 445-458.

Brown, M. R., Lebel, R. M., Dolcos, F., Wilman, A. H., Silverstone, P. H., Pazderka, H., ... & Zedkova, L. (2012). Effects of emotional context on impulse control. *Neuroimage*, 63(1), 434-446. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.06.056

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and psychopathology*, 22(1), 177-203. DOI: https://doi.org/10.1017/S0954579409990344

Brusset, B. (2002). *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, Roma, Borla. [ISBN]

88-263-1417-9

Bucci, P. (2017). Il draft del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-11: un aggiornamento per il clinico. *Rivista di Psichiatria*, *52*(3), 95-100. http://dx.doi.org/10.1708/2722.27760

Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., & van Aken, M. A. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of adolescence*, *27*(3), 251-266. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.11.012

C

Cahn, R. (1998), *L'adolescente nella psicanalisi. L'avventura della soggettivazione*. Borla, Roma, 2000. [ISBN] 8826313342.

Cammarella A., Lucarelli L., & Vismara L. (2001). *L'osservazione del bambino nel contesto di sviluppo*. In Ammaniti, M. (Ed), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. R. Cortina, Milano. [ISBN] 88-7078-684-6.

Cantwell, D. P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*(1), 3-12. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01377.x

Carau, B., & Fusacchia, M. G. (2010). *Metapsicologia del corpo in adolescenza*. In Carbone, P. (a cura di). *L'adolescente prende corpo*. Il Pensiero Scientifico Editore. 9-24. [ISBN] 978-88-490-0321-5.

Caretti, V., La Barbera, D. & Craparo, G. (2005). *La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*. In Caretti, V., & La Barbera, D. (eds). *Alessitimia, valutazione e trattamento* (pp. 1-208). Astrolabio. Ubaldini Editore, Roma.

http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/caretti-labarbera1.htm

Carli, L. L., & Santona, A. M. R. (2008). Il legame di attaccamento lungo il ciclo di vita: lo snodo critico del giovane adulto. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane, 2008*(50).
URL: https://tinyurl.com/intersoggettivita-attaccamento

Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of child Psychology and Psychiatry, 32*(7), 1063-1080. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00350.x

Casey BJ, Jones RM, Hare TA. (2008). *The adolescent brain*. Ann NY Acad Sci; 1124:111-26.

Casey, B. J., Tottenham, N., & Fossella, J. (2002). Clinical, imaging, lesion, and genetic approaches toward a model of cognitive control. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, *40*(3), 237-254. https://doi.org/10.1002/dev.10030

Cassidy, J., Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

Cerniglia L., Cimino S. (2017). *Definizione dei disturbi alimentari nell'infanzia*. In Tambelli, R., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino, Bologna. [ISBN] 978-88-15-27210-2.

Chapple, C. L., Hope, T. L., & Whiteford, S. W. (2005). The direct and indirect effects of parental bonds, parental drug use, and self-control on adolescent substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 17-38. https://doi.org/10.1300/J029v14n03_02

Chapple, C. L., & Johnson, K. A. (2007). Gender differences in impulsivity. *Youth*

Violence and Juvenile Justice, 5(3), 221-234. https://doi.org/10.1177%2F1541204007301286

Chen, P., & Jacobson, K. C. (2013). Impulsivity moderates promotive environmental influences on adolescent delinquency: A comparison across family, school, and neighborhood contexts. *Journal of abnormal child psychology*, 41(7), 1133-1143. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9754-8

Cicchetti D., Cohen D.J., (1995) *Perspectives on developmental psychopathology*. In: D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds) *Developmental psychopathology, (Vol. 1, Theory and Methods)*, Wiley, New York, 3-20. [ISBN] 0471532576

Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and psychopathology*, 6(4), 533-549. https://doi.org/10.1017/S0954579400004673

Coleman, J. C., (1980a). *La natura dell'adolescenza.* Il Mulino. Bologna. 1983. [ISBN] 88-15-00006-2

Coleman, J.C. (1980b). *Friendship and the peer group in adolescence*. In J. Adelson (a cura di), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley, pp. 408-431

Collins, W.A., Gunnar, M.R. (1990). Social and personality development. *Annual Review in Psychology*, 41, 387-416. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002131

Collins, W. A., & Russell, G. (1991). Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: A developmental analysis. *Developmental Review*, *11*(2), 99-136. https://doi.org/10.1016/0273-2297(91)90004-8

Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and

diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114, 323–344. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.323

Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, *66*(7), 764-772. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85

Corcos, M. (2006). *I disturbi del comportamento alimentare ad esordio precoce*. In Tirelli, L. C., (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129–1136. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830120067012

Craparo, G. (2011). Internet addiction, dissociation, and alexithymia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *30*, 1051-1056. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.205

Cummings E.N., Davies P.T., Campbell S.B., (2000) *Developmental Psychopathology and family process. Theory, research and clinical implications*. The Guilford Press, New York. [ISBN] 157230779X

D

Decety, J., Michalska, K. J., & Kinzler, K. D. (2011). The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study. *Cerebral cortex*, 22(1), 209-220. https://doi.org/10.1093/cercor/bhr111

Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1984). *Emotion, attention, and temperament.*

Emotions, cognition, and behavior, 132-166. https://bit.ly/34GPvqR

Derryberry, D., & Tucker, D. M. (2015). Motivation, self-regulation, and self-organization. Developmental Psychopathology: Volume Two: *Developmental Neuroscience*, 502-532. https://doi.org/10.1002/9780470939390.ch12

DeYoung, C. G. (2013). The neuromodulator of exploration: A unifying theory of the role of dopamine in personality. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 762. https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00762

DeYoung, C. G. (2015). Cybernetic big five theory. *Journal of Research in Personality*, 56, 33-58. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.004

Di Genova A, Rinaldi O, Tomassini A., Stratta P, Marinelli M., Aniello M., Rossi A. (2004). Studio dell'impulsività in una popolazione affetta da disturbo dell'umore. *Giornale Italiano di Psicopatologia*; 10:331-335.

Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva*. Trento, IT: Erickson. [ISBN]: 9788859004257

Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(5), 762. DOI: 10.1037/0022-006X.56.5.762

E

Eaves, L., Heath, A., Martin, N., Maes, H., Neale, M., Kendler, K. S., Kirk, K. & Corey, L. (1999). Comparing the biological and cultural inheritance of personality and social attitudes in the Virginia 30000 study of twins and their relatives. *Twin Research and Human Genetics.* 2 (2), 62–80. DOI: https://doi.org/10.1375/twin.2.2.62

Elliott, D. S., Huizinga, D., & Menard, S. (1989). *Multiple-problem youth:*

delinquency, substance use, and mental health. NewYork: Springer.

Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 199-208. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2902_6

Eysenck, H. J. (1973). *Personality, learning, and "anxiety"*. In Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 390–419). London: Pitman

F

Faimberg, H. (1993), *Il "telescopage" delle generazioni*, in Kaës et al., *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Dunod, Paris, trad. it. Borla, Roma, 1995. [ISBN] 88-263-1060-2

Finnegan, R. A., Hodges, E. V. E., & Perry, D.G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development*, 67, 1318–1328. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01798.x

Fonagy, P., Target M. (1996). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479

Fonseca, A. C., & Perrin, S. (2001). *Clinical phenomenology, classification and assessment of anxiety disorders in children and adolescents*. In Silverman W. K. & Treffers P. D. A. (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (pp. 126–158). Cambridge: Cambridge University Press. [ISBN] 0521789664

Forns M., Abad J., Kirchner T. (2011) *Internalizing and Externalizing Problems*. In: Levesque R.J.R. (eds) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer, New York,

NY. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_261

Fowles, D. C. (1993). *Biological variables in psychopathology: a psychobiological perspective*. In *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (ed. P. B. Sutker and H. E. Adams), pp. 57–82. Plenum Press: New York. https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4615-3008-4_4

Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. O.S.F., vol. 3. Musatti, C., L., (a cura di) Bollati Boringhieri, Torino.1989. [ISBN] 9788833904733

Freud, S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in Opere. Vol.4, Bollati Boringhieri, Torino. 1989. [ISBN] 9788833904740

Freud, S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Boringhieri, Torino. 1975. EAN: 9788833902098

Freud, S. (1931). *Scritti sulla sessualità femminile*. Candreva S. (a cura di) Boringhieri, Torino. 2013. [ISBN] 9788833972138

G

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*(2), F8-F14. https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2006.00579.x

Garnefski, N., & Diekstra, R. F. W. (1997). 'Comorbidity' of emotional and behavioral problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 321–328. https://doi.org/10.1007/s10964-005-0005-3

Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of adolescence*, 28(5), 619-631.

doi:10.1016/j.adolescence.2004.12.009

Gatta, M., Impollino, N., Del Col, L., Testa, P. C., & Svanellini, L. (2012). Alessitimia e psicopatologia in adolescenza: studio caso-controllo. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, *79*(3), 547-567.

Gatta, M., Simonelli, A., Sudati, L., Sisti, M., Svanellini, L., Stucchi, M., Spoto, A. & Battistella, P. A. (2015). Emotional difficulties in adolescence: psychopathology and family interactions. *Int. Neuropsychiatr. Dis. J*, *4*, 47-54. DOI: 10.9734/INDJ/2015/17789

Gee, D. G., Humphreys, K. L., Flannery, J., Goff, B., Telzer, E. H., Shapiro, M., Hare, T.A.; Bookheimer, S.Y.; Tottenham, N. (2013). A developmental shift from positive to negative connectivity in human amygdala–prefrontal circuitry. *Journal of Neuroscience*, 33(10), 4584-4593. DOI: https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3446-12.2013

Giedd, J. N. (2008). The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of adolescent health*, *42*(4), 335-343. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.007

Grimaldi Di Terresena L., Borzì I., Inga F. (2010), Il Parenting Stress ...malattia o fenomeno sociale?. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 2.

Grube, J. W., & Morgan, M. (1990). The structure of problem behaviours among Irish adolescents. *British Journal of Addiction*, 85(5), 667-675. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb03529.x

Gullone, E., & Robinson, K. (2005). The inventory of parent and peer attachment—Revised (IPPA-R) for children: a psychometric investigation. *Clinical Psychology e Psychotherapy: An International Journal of Theory e Practice*,

12(1), 67-79. https://doi.org/10.1002/cpp.433

H

Heiss, G. E., Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1996). Five scales in search of a construct: Exploring continued attachment to parents in college students. *Journal of personality Assessment*, *67*(1), 102-115. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6701_8

Helstelä, L. (2001). Self-reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(6), 381-385. https://doi.org/10.1080/08039480152693264

Heyerdahl, S., Kvernmo, S. & Wichstrøm, L. Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13, 64–72 (2004). https://doi.org/10.1007/s00787-004-0359-1

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409-416. https://doi.org/10.1002/da.21888

Hofstra, M. B., Van Der Ende, J. A. N., & Verhulst, F. C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, *41*(2), 182-189. https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00012

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Kylmä, 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

J

Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Kobyliński, P., Suszek, H., Fudalej, S., ... & Wojnar, M. (2018). The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 49-56. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.004

Jeammet, Ph. (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*. Borla, Roma. [ISBN] 88-263-0874-8

Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 188-210.

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 373-376. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018

Jung, C. G. (1971). *Psychological types (Vol. 6).* Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1921).

K

Kaës, R. (1993). *Il soggetto dell'eredità*, in Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., Baranes, J. J., *Trasmissione della vita psichica tra le generazioni*. Borla, Roma, 1995. [ISBN] 978-8826310602

Kandel, D., Lesser, G. (1969). Parental and peer influences on educational plans of adolescents. *American Sociological Review*, 34, 213-223. DOI: 10.2307/2092178

Keiley, M. K., Lofthouse, N., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003).

Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(3), 267-283. DOI: 10.1023/A:1023277413027

Kendall, P. C., Hedtke, K. A., & Aschenbrand, S. G. (2006). *Anxiety disorders*. In Wolfe, D. A. & Mash, E. J. (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 259–299). New York: Guilford Press. [ISBN] 9781606231159

Kendell, R.E., Juszczak, E., Cole, S.K. (1996) Obstetric complications and schizophrenia: A casa control study based on standardized obstetric records. *British Journal of Psychiatry*, 168, pp.556-561. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.556

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499

Kestemberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez les adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, *5*(2), 441.

Klein, M. (1932). *Primi stadi del conflitto edipico e della formazione del Super-Io*, in *La psicoanalisi dei bambini*. Pearson Italia S.p.a., 2003. [ISBN] 9788842491187

Klein, M. (1935). *Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*. In *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978. [ISBN] 88-339-5042-5

Klein, M. (1940). *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi*. In

Scritti 1921-1958, Boringhieri, Torino, 1978. [ISBN] 88-339-5042-5

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41. https://doi.org/10.1080/02699930802619031

Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, 25(3), 343. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.25.3.343

Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of general psychiatry*, *56*(10), 921-926. https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.56.10.921

L

Lamb, M.E., Nash, A. (1989). Infant-mother attachment, sociability, and peer competence. In T.J. Bemdt e G.W. Ladd (a cura di), *Peer relationships in child development*. New York: Wiley, pp. 219-246.

Lancini, M., & Turuani, L. (2009). *Sempre in contatto: relazioni virtuali in adolescenza*. FrancoAngeli. [ISBN]: 9788856809466

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., Kaszniak, A. W. (1997), "Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?", *Biological Psychiatry*, 42, pp. 834-844. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0006-3223(97)00050-4

Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1967). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza, 2008. [ISBN] 9788842084327

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 31, 1070–1076.

https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00012

Laufer M., & Laufer, M. E. (1984), *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Bollati Boringhieri, Torino, 1986. [ISBN] 9788833953939

LeDoux, J. E. (1996) *Il cervello emotivo*. Dalai Editore, 1998. [ISBN] 9788880893110

LeDoux, J. E., & Phelps, E. A. (1993) *Emotional networks in the brain*. In M. Lewis e J. Haviland-Jones, L.F. Barrett (eds.). *Handbook of Emotions*. Guilford Press. 2010. [ISBN] 9781609180447

Leung, P. W., & Wong, M. M. (1998). Can cognitive distortions differentiate between internalizing and externalizing problems? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(2), 263-269. https://doi.org/10.1017/S0021963097001868

Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of men & masculinity*, 10(3), 190. DOI: 10.1037/a0015652

Levesque R.J.R. (2011) *Externalizing and Internalizing Symptoms*. In: Levesque R.J.R. (eds) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer, New York, NY. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_539

Ling, Y., Zeng, Y., Yuan, H., & Zhong, M. (2016). Cross-cultural validation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in Chinese adolescents. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(3-4), 179-187. https://doi.org/10.1111/jpm.12298

M

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A., Ammaniti, M. (1978). *La nascita psicologica*

del bambino: simbiosi e individuazione. Boringhieri, Torino. [ISBN] 978-88-339-5269-7.

Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of a new, insecure–disorganized/disoriented attachment pattern*. In T. B. Brazelton e M. V. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood: Ablex. [ISBN] 0893913456.

Marzano, E., M. (2006). *"Che abito indossare?" Lo sviluppo dei processi di identificazione alla pubertà*. In Tirelli, L. C., (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

Mazzoni, S., & Tafà, M. (Eds.). (2007). *L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multi-metodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari* (Vol. 8). FrancoAngeli. ISBN: 978-88-464-8644-8

McCarthy, C. J., Moller, N. P., & Fouladi, R. T. (2001). Continued attachment to parents: Its relationship to affect regulation and perceived stress among college students. *Measurement and evaluation in counseling and development*, *33*(4), 198.

McConaughy, S. H., Stanger, C., & Achenbach, T. M. (1992). Three-Year Course of Behavioral/Emotional Problems in a National Sample of 4− to 16-Year-Olds: I. Agreement among Informants. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 31(5), 932-940. https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00023

McGee, L., & Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 766. DOI: 10.1037//0022-

006x.60.5.766

McKay, D., & Storch, E. A. (Eds.). (2011). *Handbook of child and adolescent anxiety disorders*. Springer Science e Business Media. [ISBN]: 9781441977847. https://tinyurl.com/ulmb22u

Mersulam, M.M. (1985). *Principles of Behavioral Neurology*. Devis, Philadelphia. [ISBN] 0803661517

Micanzi Ravagli, B. (2006). *L'identificazione con la madre*. In Tirelli, L. C., (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

Migliarese, G., Longo, M. G., & Mencacci, C. (2012). Suicide and impulsiveness in adolescence: a systematic literature review. *Journal of Psychopathology*, *18*, 344-351.

Milana, G. L. (2006). *Pubertà e violenza*. In Tirelli, L. C., (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

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. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783

Moretti, P., De Giorgio, G., Lucenteforte, E., Pauselli, L., & Quartesan, R. (2011). La valutazione delle variabili impulsività, aggressività e personalità negli automobilisti mediante STAXI, BIS-11 e TCI. *Giorn Ital Psicopat*, *17*, 425-434.

Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother–child

interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390–1405. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06219.x

N

Narusyte, J., Ropponen, A., Alexanderson, K., & Svedberg, P. (2017). Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *52*(9), 1159–1168. DOI: 10.1007/s00127-017-1409-6

Neumann, C.S., Walker, E.F. (1996). *Childhood neuromotor soft signes, behavior problems, and adult psychopatology*. In: Ondlenduck, R.H., Prinz, RJ. (a cura di) *Advances in Clinical Child Psychology*. Plenum Press, New York, pp. 173-203. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0323-7_5

Nezhad, M. A. S., Khodapanahi, M. K., Yekta, M., Mahmoodikahriz, B., & Ostadghafour, S. (2011). Defense styles in internalizing and externalizing disorders. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *30*, 236-241.

Nicolò, A., M., & Romagnoli, M. (2010). *Corpo per comunicare, corpo per danneggiare*. In Carbone, P. (a cura di). *L'adolescente prende corpo*. Il Pensiero Scientifico Editore. 9-24. [ISBN] 978-88-490-0321-5.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504. https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504

O

Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., Dolan, S. (1992). *Manual for Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) - Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services

Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence:

findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1003–1014. https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00001

Oliva, S. (2006). *Alcune considerazioni sullo sviluppo cognitivo all'esordio dell'adolescenza*. In Tirelli, L. C., (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

Oltmans, T. F., & Emery, R. E. (1995). *Abnormal psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ormel, J., Oldehinkel, A. J., Ferdinand, R. F., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R., ... & Verhulst, F. C. (2005). Internalizing and externalizing problems in adolescence: general and dimension-specific effects of familial loadings and preadolescent temperament traits. *Psychological Medicine*, 35(12), 1825-1835. DOI: https://doi.org/10.1017/S0033291705005829

P

Pape, K., Bjørngaard, J. H., Holmen, T. L., & Krokstad, S. (2012). The welfare burden of adolescent anxiety and depression: a prospective study of 7500 young Norwegians and their families: the HUNT study. *BMJ open*, *2*(6), e001942. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001942

Papez, J.W. (1937). A prosed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, pp. 217-224. doi:10.1001/archneurpsyc.1937.02260220069003

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774. [DOI]: https://tinyurl.com/rk7arul

Pelham Jr, W. E., Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher

ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, *31*(2), 210-218. https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00006

Petrelli, D. (2006). *Padre e figlio: vicissitudini dell'identificazione*. In Tirelli, L. C., (ed). Pubertà ed adolescenza. *Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, 2006, [ISBN] 88-464-7240-3.

Plomin, R. (1994). *Genetics and Experience. The Interplay Between Nature and Nurture*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA. [ISBN] 0803954204

Plomin, R., DeFries, J. C., Craig, I. W., & McGuffin, P. (2003). *Behavioral genetics*. In R. Plomin, J. C. DeFries, I. W. Craig, e P. McGuffin (Eds.), *Behavioral genetics in the postgenomic era* (p. 3–15). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10480-001

R

Reda, G. (2016). *Quando l'Io si ammala*. URL: https://romasapiens.it/che-fine-ha-fatto-lio/

Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., … Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(1), 3–19. doi:10.1002/wps.20611

Rodini, C. (2004). Infant Research e nuove prospettive su teoria e tecnica della psicoterapia e della psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 1, 91-122. https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/06/RP_2004-1_6_Rodini_Infant-Research-e-nuove-prospettive-su-teoria-e-tecnica-della-psicoterapia-e-della-

psicoanalisi.pdf

Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. H., Weineintraub, S. (1990) (a cura di), *Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology*. University Press, Cambridge. https://doi.org/10.1017/S0033291700020729

Ronan, K. R., & Kendall, P. C. (1997). Self-talk in distressed youth: States-of-mind and content specificity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 330-337. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2604_1

Ronconi, S. (2005). Il questionario per l'attaccamento ai genitori e ad ai pari: uno strumento per la comprensione delle relazioni significative in adolescenza. In *Poster presentato al VII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica dell'AIP, Cagliari*.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 78, 122–135. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.78.1.122

Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). *Temperament*. In *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development* (ed. W. Damon). Wiley: New York.

Ruggiero, I. (2014). Dinamiche adolescenziali nelle analisi degli adulti e riapertura del processo di soggettivazione. *Rivista di Psicoanalisi*, 60(4), 827-846. https://www.pep-web.org/document.php?id=RPSA.060.0827A

Rutter, M. (1995). Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *91*(2), 73-85.

https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09745.x

Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J. & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 9, 335–364. DOI: 10.1017/s0954579497002083

Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, E., & Lin, T. Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood: An international study. *Journal of child psychology and psychiatry*, *10*(1), 41-61. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1969.tb02067.x

Rutter, M. & Silberg, J. (2002). Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. *Annual Review of Psychology* 53, 463–490. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135223

S

Sagatun, Å., Heyerdahl, S., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2015). Medical benefits in young adulthood: a population-based longitudinal study of health behaviour and mental health in adolescence and later receipt of medical benefits. *BMJ open*, *5*(5), e007139. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007139

Sameroff, A.J., Emde, R.N., (1989) (a cura di), *I disturbi della relazione nella prima infanzia*. Tr. It Bollati Boringhieri, Torino 1991.

San Martini, P., & Zavattini, G. C. (2004). Relazioni con i genitori e qualità dei rapporti con i coetanei. In *Poster presentato al VI Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica dell'AIP, Aosta*.

Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1998). What is beyond the big five?. *Journal of*

personality, 66(4), 495-524. DOI: 10.1111/1467-6494.00022

Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books

Shiner, R. & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44, 2–32. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00101

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

Silvers, J.A.; Insel, C.; Powers, A.; Franz, P.; Hellon, C.; Martin, R.E.; Weber, J.; Mischel, W.; Casey, B.J.; Ochsner, K.N. (2017). The transition from childhood to adolescence is marked by a general decrease in amygdala reactivity and an affect-specific ventral-to-dorsal shift in medial prefrontal recruitment. *Developmental cognititive neuroscience*, 25, 128–137. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.06.005

Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment e Human Development*, *1*(3), 270-290. https://doi.org/10.1080/14616739900134151

Sparrow, S. S., Carter, A. S., Racusin, G., & Morris, R. (1995). Comprehensive psychological assessment through the life span: A developmental approach. In D. Cicchetti, D. J. Cohen (eds). *Developmental psychopathology vol.1*: Theory and methods, Wiley, New York, pp. 81-105.

Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child*

development, 71(4), 1072-1085. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00210

Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of research on adolescence*, *11*(1), 1-19. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1532-7795.00001

Stern, D., N., (1987) *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino. [ISBN] 978-88-339-5412-7

T

Tambelli, R., Odorisio, F. (2007). *Indicatori di adattamento-disadattamento in preadolescenza e relazioni di attaccamento con i genitori e i coetanei*. In M. D'Alessio e F. Laghi (a cura di), *Preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*. Padova: Piccin Nuova Libraria

Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *18*(3), 593-610. DOI: 10.1016/j.chc.2009.03.004

Taylor, G. J. (2005). *Introduzione*. In Caretti, V., e La Barbera, D. (eds). *Alessitimia, valutazione e trattamento* (pp. 1-208). Astrolabio. Ubaldini Editore, Roma. http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/caretti-labarbera1.htm

Taylor, G. J., Bagby, R., & Parker (1997). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Roma: Fioriti,2000. [ISBN]: 9788887319125

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American journal of psychiatry*, *148*(1), 10-20. https://tinyurl.com/u2bk22b

Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development

educational. *Psychology Review*, 3, 269–307. DOI: 10.1007/BF01319934

Tirelli, L. C., (2006) (ed). *Pubertà ed adolescenza. Il tempo della trasformazione: segnali di disagio tra gli 11 e 14 anni*. Vol. 12. FrancoAngeli, [ISBN]: 88-464-7240-3.

Tirelli, L. C., (2010). *Pubertà, area dell'après-coup e crocevia dell'edipo*. In Carbone, P. (a cura di). *L'adolescente prende corpo. Il Pensiero Scientifico Editore*. 25-46. [ISBN]: 978-88-490-0321-5.

Tucker, D. M., & Luu, P. (1998). Cathexis Revisited: Corticolimbic Resonance and the Adaptive Control of Memory a. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 843(1), 134-152. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08211.x

Tucker, D. M., Poulsen, C., & Luu, P. (2015). Critical periods for the neurodevelopmental processes of externalizing and internalizing. *Development and psychopathology*, 27(2), 321-346. DOI: https://doi.org/10.1017/S0954579415000024

V

Verhulst, F., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de youth self report (YSR) (Manual for the youth self-report (YSR))*. Rotterdam, The Netherlands: Erasmus University/Departemnt of Child and Adolescent Psychiatry, Sophia Children's Hospital.

W

Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B., Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644. https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014

Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. *Emotions and social behavior*.

Guilford Press. [ISBN]: 9781572305267

Werner-Seidler, A., Banks, R., Dunn, B. D., & Moulds, M. L. (2013). An investigation of the relationship between positive affect regulation and depression. *Behaviour research and therapy*, 51(1), 46-56. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.001

Westenberg, P. M., Blasi, A., & Cohn, L. D. (Eds.). (2013). *Personality development: Theoretical, empirical, and clinical investigations of Loevinger's conception of ego development*. Psychology Press. URL: https://books.google.it/books?id=Ht2o2aGQYM8C

Widiger, T. A., Verheul, R. & van den Brink, W. (1999). *Personality and psychopathology*. In *Handbook of Personality: Theory and Research* (ed. L. A. Pervin and O. P. John), pp. 347–366. Guilford: New York. [ISBN] 978-1572304833

Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug and alcohol dependence*, *163*, S37-S45. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.039

Y

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: links to anxiety and depression. *Brain sciences*, 9(4), 76. https://doi.org/10.3390/brainsci9040076

Z

Zenah C. H. (Eds), (1993), *Handbook of infant mental health*, Guilford Publication.

[ISBN] 9780898629965

Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of experimental child psychology*, *88*(1), 83-101. https://doi.org/10.1016/j.jecp.2004.02.002

Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*. Dev. 2014, 38, 182–194