

Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica

Affective regulation and psychopathology in late adolescents: a clinical research

VITO MIRIZIO¹, FLAVIA LOMBARDI¹, GIUSEPPE LUONI¹, FRANCESCO CIOLFI¹,
MARIA ANTONIETTA FENU¹, GIULIANO FUORTES¹, PAOLO SENCZUK¹, GABRIELLA TOLINO¹,
FRANCESCO DE BEI², VALENTINA NASSISI¹, ANNA MARIA SPERANZA¹

¹Dipartimento di Salute Mentale ASL RMA

²Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma

RIASSUNTO: Premesse teoriche: I disturbi della regolazione affettiva, determinati da modelli insicuri di attaccamento infantile e frequentemente associati ad un funzionamento Alessitimico, possono rappresentare significativi fattori di rischio per lo sviluppo e gli esiti a lungo termine della psicopatologia in adolescenza. **Obiettivo:** Effettuare una valutazione della qualità della regolazione affettiva in un campione di adolescenti e giovani adulti che si rivolgono ad un servizio specialistico per il disagio mentale in adolescenza. **Metodo:** Un campione di 204 tardo adolescenti tra i 17 e i 25 anni sono stati valutati dai clinici secondo l'ICD-9 e una valutazione del funzionamento mentale (VGF); sono stati inoltre somministrati: l'SCL-90-R, l'Attachment Style Questionnaire, la TAS-20. Ad un sottogruppo di questi pazienti sono stati somministrati l'Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1984) e la SWAP-200 (Westen, Shedler, Lingiardi, 2003). **Risultati:** I risultati dello studio indicano l'esistenza di elevate correlazioni tra gli strumenti self-report che permettono di definire due profili di regolazione affettiva: uno stile *ansioso-sintomatico* e uno stile *evitante-alexitimico*. Questi stili mostrano significative correlazioni con alcuni disturbi di personalità e con stati mentali dell'attaccamento di tipo disorganizzato. **Conclusioni:** La possibilità di indagare queste variabili nella consultazione iniziale con adolescenti che presentano un disagio clinicamente significativo permette una più approfondita valutazione del loro funzionamento con significative implicazioni sul piano terapeutico.

PAROLE CHIAVE: Regolazione affettiva, Attaccamento, Disturbi di personalità, Tardo-adolescenza.

ABSTRACT: Background: In recent years, clinical research has highlighted the importance of considering the strategies of affect regulation and the quality of attachment. These are indeed key variables in determining possible psychological difficulties or even development of psychopathology in youth. Disorders of affect regulation, caused by insecure attachment patterns, frequently associated with an alexithymic functioning, may represent significant risk factors for the development and long-term outcomes of psychopathology in adolescence, especially if in presence of disorganized states of mind. **Objective:** Assessing the quality of affect regulation in a sample of adolescents and young adults who refer to a service for mental distress in adolescence. **Method:** A sample of 204 late adolescents between 17 and 25 years old were assessed by clinicians according to the ICD-9 (World Health Organization, 1992). Overall mental functioning (VGF), symptoms' level (Symptom Checklist-90-R; Derogatis, 1977), attachment style (Attachment Style Questionnaire; Feeney et al., 1994), level of alexythymia (Toronto Alexythymia Scale-20; Bagby et al., 1994a, 1994b) were also assessed. A subgroup of patients were administered the Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1984) and the SWAP-200 (Shedler Westen Assessment Procedure-200, Westen, Shedler, Lingiardi, 2003). **Results:** Results showed the existence of high correlations between self-report instruments that define two profiles of affect regulation: an *anxious-symptomatic* style, characterized by hyperactivation of the attachment system, high level of symptoms and difficulty in identifying emotional states; and an *alexithymic-avoidant* style, characterized by deactivation of attachment system, low self-esteem, emotional distance and difficulties to communicate internal states. These styles show significant correlations with some personality

disorders and with disorganized attachment states of mind. **Conclusions:** The possibility to investigate these variables in the initial consultation with adolescents who have a clinically significant distress allows a more thorough evaluation of their level of functioning with significant implications on treatment plan.

KEY WORDS: Affective regulation, Attachment, Personality disorders, Late adolescence.

■ Introduzione

I nuovi orientamenti della psicopatologia dello sviluppo hanno messo in luce negli ultimi anni la necessità di superare un approccio diagnostico caratterizzato dal semplice ricorso a quadri nosografici stabili o addirittura "cronici" in un'età, quale quella adolescenziale, soggetta a profondi cambiamenti e in cui la personalità e l'identità sono processi ancora in fieri. In particolar modo per quanto riguarda lo studio della patologia in età adolescenziale, va tenuto conto che la diagnosi di tipo psichiatrico (APA, 2000) implica un riferimento di tipo categoriale nella valutazione del disagio che non tiene conto dei complessi riassetti e delle diverse sfide a cui sono sottoposti i soggetti in questa fase evolutiva. La *Developmental Psychopathology* (Cicchetti, Cohen, 1995; Cicchetti, 2006) ha permesso, da questo punto di vista, un cambiamento concettuale importante proponendo un approccio alla diagnosi basato su concetti, principi e metodologie che vedono una continuità tra lo sviluppo normale e patologico del bambino e dell'adolescente (Bowlby, 1988; Sroufe, 1995). In base a questa prospettiva, il soggetto si confronta in ogni fase del suo sviluppo con diversi compiti adattativi ed è inserito in un flusso continuo di interazioni con l'ambiente, in relazione dinamica reciproca (Ammaniti, 2002). La psicopatologia viene considerata come espressione di un fallimento nella negoziazione dei compiti evolutivi, a cui può far seguito un disadattamento o una distorsione (Ammaniti, 2002). In quest'ottica, quello che risulta centrale è identificare i fattori di rischio e i fattori protettivi che interagiscono e indirizzano lo sviluppo del bambino e dell'adolescente verso percorsi adattativi o verso traiettorie patologiche (Speranza, Williams, 2009). Si tratta di un approccio che ha fornito un contributo centrale per la comprensione e la valutazione del disagio in età adolescenziale. Questa fase dello sviluppo presenta infatti delle caratteristiche piuttosto complesse e articolate del funzionamento mentale, caratterizzate da elementi di contraddittorietà e fluidità, che mettono l'adolescente di fronte a diversi registri mentali e a diversi "compiti evolutivi", come la costruzione dell'identità

(Erikson, 1968), un secondo processo di separazione-individuazione (Blos, 1962) e l'intensificarsi di bisogni di sicurezza e, insieme, di distacco dalle figure genitoriali (Bowlby, 1988). Rispetto a queste caratteristiche, che rendono intrinsecamente sfumato il confine tra "normalità" e "patologia", il problema di quali possano essere i criteri o le cornici di riferimento da utilizzare per la valutazione delle condizioni patologiche, transitorie o a rischio di cronicizzazione, è particolarmente complesso.

Nello studio del disagio adolescenziale risultano centrali le varie caratteristiche della personalità e le varie competenze dell'adolescente, quali le capacità sociali, la qualità del rapporto con i pari e in famiglia, la capacità di gestione e regolazione degli affetti. Si tratta di elementi in grado di facilitare o, viceversa, ostacolare lo svolgimento dei compiti evolutivi e per questo risultano essere variabili particolarmente significative rispetto al possibile esito psicopatologico del percorso evolutivo dell'adolescente.

In particolare, centrale per la predittività dell'esito del disagio in età adolescenziale, sembrerebbe essere la valutazione del tipo di attaccamento dell'adolescente. Numerose ricerche empiriche hanno confermato l'esistenza di una associazione inversamente proporzionale tra grado di sicurezza dell'attaccamento e livelli di gravità della psicopatologia adolescenziale (Kobak, Sceery, 1988; Rosenstein, Horowitz, 1996; Nakash-Eisikovits, Dutra, Westen, 2002). Nonostante la contraddittorietà di alcuni risultati nelle ricerche sui rapporti tra attaccamento e psicopatologia, si può ritenere con sufficiente certezza che nelle popolazioni cliniche solo un numero relativamente esiguo di persone presenti uno stato della mente sicuro (Speranza, 2006). Inoltre, sia le ricerche longitudinali (Carlson, 1998) che gli studi sullo stato mentale dell'attaccamento nei campioni clinici (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, et al., 1996; Patrick, Hobson, Castle, Howard, Maughan, 1994) sembrano convergere nel sostenere l'ipotesi che la disorganizzazione dell'attaccamento rappresenti un significativo fattore di rischio per patologie importanti come quelle dei disturbi dissociativi o dei disturbi borderline di personalità (Caviglia, 2003; Liotti, 2006).

V. Mirizio et al.: *Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica*

Sul piano valutativo attaccamento, personalità e psicopatologia intrattengono rapporti complessi e articolati (Meyer, Pilkonis, 2005). Come scrivono Westen e collaboratori (Westen, Muderrisoglu, Fowler, Shedler, Koren, 1997, p.429), “se la personalità è costituita da pattern durevoli di pensiero, emozioni, motivazioni e comportamenti che si attivano in determinate circostanze, allora gli affetti sono una delle caratteristiche centrali della personalità”. I modelli di attaccamento rappresentano, dal canto loro, delle strategie di regolazione affettiva particolarmente complesse che permettono di comprendere i legami tra le rappresentazioni mentali nelle relazioni intime, i pattern di regolazione e la psicopatologia (Bowlby, 1969/1982, 1973). Un’affettività disturbata, significativa per definire un disturbo di personalità (Westen et al., 1997; 2006), può essere l’esito di strategie di attaccamento irrigidite e disfunzionali che compromettono le capacità dell’adolescente di confrontarsi con i compiti evolutivi che gli sono propri (Mikulincer, Shaver, 2008).

Un deficit nella regolazione affettiva può essere dovuto anche a tratti alessitimici che si sono stabilizzati nel corso dello sviluppo (Taylor, Bagby e Parker, 1997). L’alessitimia, che letteralmente significa non avere parole per i sentimenti, indica in realtà un insieme più ampio di caratteristiche, individuate da un’ormai imponente mole di ricerche empiriche, che fanno riferimento specificamente a tre fattori tra loro correlati, ma sufficientemente distinti: la capacità di riconoscere i propri sentimenti, la capacità di verbalizzarli e le caratteristiche di pensiero concreto o orientato all’esterno. Altre caratteristiche ulteriormente chiarificatrici sono la capacità di distinguere i sentimenti dalle sensazioni somatiche e la capacità immaginativa. Poiché le esperienze di attaccamento nella prima infanzia influenzano anche lo sviluppo degli schemi emotivi, l’immaginazione ed altre abilità cognitive implicate nella regolazione affettiva e considerato che le abilità di regolazione emozionale vengono potenziate da un contesto di attaccamento sicuro, è ragionevole attendersi che l’alessitimia sia associata a pattern insicuri di attaccamento. In tale ottica è quindi utile esplorare i differenti modelli di attaccamento o alternativamente le differenti strategie di regolazione affettiva sottostanti una disregolazione affettiva così come viene colta dal costrutto della alessitimia (Caretta, La Barbera, 2005; Hexel, 2003).

È all’interno della cornice teorica appena discussa che è stata pensata ed effettuata la ricerca clinica sul rapporto fra regolazione affettiva e psicopatologia in età giovanile presentata in questo lavoro. Essa è stata

possibile grazie alla collaborazione fra i clinici del Centro “Colpo d’Ala”¹ ed i ricercatori della Sapienza, Università di Roma. Gli scopi della collaborazione erano diversi: 1) conoscere lo stato della regolazione affettiva dei pazienti, misurato attraverso i costrutti citati; 2) conoscere i fattori di rischio presenti nella popolazione giovanile; 3) stabilire un nesso fra la disregolazione e la patologia; 4) ricevere indicazioni sui fattori di protezione; 5) osservare le correlazioni esistenti fra le misure dei diversi costrutti e di questi con le dimensioni della personalità; 6) infine testare la possibilità di collaborazione fra ambiti interdisciplinari spesso troppo isolati gli uni dagli altri, ma in grado di fornire preziose sinergie per l’irrinunciabile compito della promozione della salute delle giovani generazioni.

■ La ricerca

Il gruppo di lavoro ha avuto come obiettivo generale quello di effettuare una valutazione della qualità della regolazione affettiva in un campione di giovani fra i 17 ed i 25 anni che si rivolgono ad un servizio specialistico per il disagio mentale. La ricerca clinica negli ultimi anni ha infatti mostrato come un disturbo della regolazione affettiva, evidenziato da modelli di attaccamento insicuri o disorganizzati ed associato a modalità alessitimiche, costituisce un fattore di rischio per la salute mentale, specialmente in un’epoca della vita in cui l’individuo si confronta con compiti evolutivi significativi (Taylor et al., 1997; Speranza, 2006).

Lo studio è stato articolato in due fasi: 1) la prima ha riguardato l’intera popolazione dei pazienti che si sono rivolti al servizio con l’obiettivo di valutare, attraverso la diagnosi del clinico e l’autosomministrazione da parte dei pazienti di strumenti relativi alla sintomatologia, allo stile di attaccamento e all’alessitimia, la qualità della regolazione affettiva in relazione alla psicopatologia presentata; 2) la seconda fase, che ha riguardato un sottogruppo randomizzato di questi pazienti, ha previsto la somministrazione di strumenti più complessi in grado di valutare lo stato mentale relativo all’attaccamento e i diversi stili di personalità, con l’obiettivo di individuare specifici profili di regolazione affettiva associati alle diverse forme e gravità di psicopatologia.

¹ Colpo d’Ala”, una UOSD del DSM dell’ASL RMA esiste dal 2001 ed accoglie, con la modalità “a porte aperte” cioè senza lista d’attesa, giovani adulti dai 17 ai 25 anni per valutazione e trattamento. Il servizio si rivolge anche a genitori in difficoltà.

■ Metodologia

Procedura

La ricerca ha previsto due fasi distinte:

1. Accoglienza e valutazione clinica di tutti i pazienti che si rivolgevano al servizio attraverso:
 - a. Valutazione da parte del clinico: ICD-9 e VGF;
 - b. Somministrazione di self-report: SCL-90-R, ASQ, TAS-20;
2. Somministrazione dell'AAI e della SWAP-200 ad un sottogruppo di pazienti (1 su 4 con assegnazione randomizzata).

Soggetti

Tutti i giovani tra i 17 e i 25 anni che si sono rivolti al Servizio Trattamento psicologico degli adolescenti e dei giovani adulti "Colpo d'Ala", nell'ambito dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma A, Dipartimento di Salute Mentale, sono stati presi in carico per una fase di valutazione.

La ricerca ha coinvolto, da giugno 2006 a novembre 2010, 204 tardo-adolescenti e giovani adulti tra i 17 e i 25 anni, di cui 69 maschi (33.8%) e 135 femmine (66.2%). L'età media del campione è di 21 anni ($M=21.1$, $ds=2.4$), con una differenza significativa tra maschi ($M=20.6$, $ds=2.4$) e femmine ($M=21.4$, $ds=2.4$) [$t=2.49$, $p<.01$].

Nella seconda fase della ricerca sono stati selezionati, secondo un criterio randomizzato (1 su 4), i pazienti ai quali somministrare l'AAI e/o la SWAP-200. Ad un sottogruppo di 53 pazienti (26% dell'intero campione) è stata somministrata l'AAI: si tratta di 16 maschi (30%) e 37 femmine (70%), con un'età media di 21 anni (range tra 17 e 25 anni). Per un sottogruppo di 44 pazienti (21.5%) il clinico ha utilizzato la SWAP-200: sono 15 maschi (34%) e 29 femmine (66%), con un'età media di 21 anni (range tra 17 e 25 anni). Complessivamente 28 soggetti sono stati valutati sia con l'AAI che con la SWAP. I diversi sottogruppi non si differenziano dal campione generale in termini di età e genere.

Strumenti

Fase 1.a. Nella fase di accoglienza e valutazione clinica che ha riguardato tutti i soggetti della ricerca,

i clinici hanno effettuato colloqui di valutazione e di presa in carico alla fine dei quali è stata definita una diagnosi in base all'ICD-9 ed è stato attribuito un punteggio sul funzionamento globale attraverso la VGF.

ICD-9 (International Classification of Diseases; WHO, 1992): Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichiatrici e comportamentali.

VGF (Global Assessment of Functioning, APA, 2000): È una valutazione globale del funzionamento psicosociale e lavorativo del soggetto, indipendentemente dalla natura del disturbo psichiatrico. Si tratta di una scala da 1 a 100 punti, dove i punteggi 81-100 corrispondono ad assenza di psicopatologia e presenza di risorse, i punteggi 71-80 corrispondono alla presenza marginale di psicopatologia, i punteggi sotto 70 indicano la presenza di psicopatologia di varia gravità.

Fase 1.b. Contestualmente ai primi colloqui i pazienti hanno compilato i seguenti questionari:

SCL-90-R (Symptom Checklist 90-R; Derogatis, 1977): è un questionario self-report che rileva e quantifica 9 dimensioni sintomatiche e 3 indici generali di disagio psichico. Il cut-off clinico per ognuna delle scale è pari a 1.

ASQ (Attachment Style Questionnaire; Feeney, Noller e Hanrahan, 1994): è un questionario self-report composto da 40 item che indaga la qualità delle relazioni interpersonali attuali. I punteggi degli item (scala likert da 1 a 6 punti) vengono successivamente raggruppati in 5 scale: Fiducia, Disagio per l'intimità, Secondarietà delle relazioni, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni. L'ASQ ha dimostrato buoni punteggi di coerenza interna (α di Cronbach = 0.80) e di affidabilità test-retest dopo 10 settimane ($r = 0.76$) (Feeney et al., 1994; Fossati, Feeney, Grazioli, Borroni, Acquarini, Maffei, 2007).

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale; Bagby, Parker e Taylor, 1994a; Bagby, Taylor e Parker, 1994b): è un questionario autosomministrato per la valutazione dell'alestitimia. È composto da 20 item da valutare su una scala likert a 5 punti a seconda del livello di accordo (1 = per nulla d'accordo, 5 = assolutamente d'accordo). L'analisi fattoriale degli item della TAS-20 ha individuato l'esistenza di 3 fattori: F1) difficoltà a identificare i senti-

menti e distinguerli dalle sensazioni somatiche, F2) difficoltà a comunicare emozioni e sentimenti, F3) pensiero orientato all'esterno. Il punteggio globale della TAS-20 va da 20 (minimo) a 100 (massimo). Sono considerati Alessitimici i soggetti che totalizzano un punteggio tra 61 e 100, sub-clinici quelli con punteggio tra 51 e 60 e normali quelli con punteggi inferiori a 51. Il questionario fornisce quindi un punteggio totale di Alessitimia e tre punteggi parziali connessi ai fattori considerati. La TAS-20 è uno strumento molto apprezzato sia in campo sperimentale, sia in campo clinico. Ha dimostrato una buona coerenza interna (alfa di Cronbach = 0.81) e una buona affidabilità test-retest dopo tre mesi ($r=0.77$) (Bressi, Taylor, Parker, Brambilla, Aguglia et al., 1996; Taylor et al., 1997).

Fase 2. Nel corso dei primi due mesi di presa in carico, ai pazienti selezionati in maniera randomizzata per un approfondimento diagnostico è stata somministrata l'Adult Attachment Interview e il clinico ha compilato la SWAP-200.

AAI (Adult Attachment Interview; George, Kaplan, Main, 1984): L'Adult Attachment Interview è un'intervista semi-strutturata, della durata di circa un'ora, che esplora le esperienze e le rappresentazioni dell'adulto nei confronti delle figure di attaccamento della propria infanzia e il modo in cui queste hanno influenzato gli stati mentali attuali rilevanti per l'attaccamento. Scopo di tale metodo narrativo è quello di fornire una valutazione e una classificazione dello "stato mentale" dell'adulto rispetto all'attaccamento. L'analisi dei trascritti delle interviste prevede l'assegnazione di punteggi da 1 a 9 su diverse scale che si riferiscono da un lato alla "probabile esperienza durante l'infanzia" e dall'altro allo "stato attuale della mente nei confronti dell'attaccamento". I trascritti delle interviste vengono classificati in base al sistema di codifica messo a punto da Main e Goldwyn (1998) secondo le seguenti categorie: Sicuro-autonomo (F), Distanziante (Ds), Preoccupato/Invischiato (E), Irrisolto nei confronti del lutto o del trauma (U), Cannot Classify (CC) (Hesse, 1996).

SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200; Westen, Shedler, Lingardi, 2003): È uno strumento di classificazione Q-sort composto da 200 item che descrivono le caratteristiche

principali della personalità normale e patologica. Il valutatore deve ordinare i 200 item della SWAP in 8 categorie che rispondono a un criterio di descrittività del paziente in esame e ciascuna categoria (0-7) deve contenere un numero specifico e prefissato di item. Per mezzo della SWAP-200 è possibile ottenere una diagnosi della personalità dei pazienti sia secondo la categorizzazione dell'Asse II del DSM-IV sia secondo i fattori Q (stili di personalità derivati empiricamente), con in più una categoria per il funzionamento sano. La diagnosi così ottenuta è sia dimensionale (ogni soggetto riceve un punteggio relativo a tutte le categorie prese in considerazione) sia categoriale (ogni soggetto ha o meno un certo disturbo).

■ Risultati

Caratteristiche cliniche del campione

La valutazione clinica secondo la classificazione ICD-9 ha indicato che 158 soggetti hanno una diagnosi di Nevrosi (77.5%), 37 soggetti presentano un Disturbo di Personalità (18.1%) e 9 un quadro psicotico (4.4%). Nel funzionamento mentale alla VGF più del 92.6% dei soggetti ha un punteggio inferiore al cut-off di 71. I valori si distribuiscono secondo una curva *normale* intorno ad una media di 59.4 ($ds = 8.5$), punteggio che indica la presenza di sintomi moderati (affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico, ecc.) o moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro, ecc.). Le femmine hanno un miglior funzionamento generale con un punteggio medio significativamente più alto di quello dei maschi ($M=60.7$ vs $M=56.9$; $t = -3.12$, $p = .002$).

Per quanto riguarda la sintomatologia riferita (SCL-90-R) su tutti gli indici globali (GSI, PST, PSDI) sono stati rilevati punteggi superiori alla media (Tabella 1). In tutte le scale sintomatiche, tranne che nell'ansia fobica, la media è risultata superiore al valore di cut-off di 1. I punteggi più elevati si trovano nelle scale della depressione, dell'ossessione-compulsione, dell'ansia generalizzata, dell'ideazione paranoide e della sensibilità interpersonale. Le femmine descrivono una sintomatologia più grave rispetto ai maschi con differenze statisticamente significative, evidenziate in tabella.

Tabella 1 – Medie e deviazioni standard dei punteggi dell'SCL-90-R.

SCL-90-R	Totale (N=204)		Maschi (N=69)		Femmine (N=135)		t	p
	media	ds	media	ds	Media	ds		
SOM (Somatizzazione)	1,10	0,80	0,79	0,61	1,26	0,84	-4,187	0,001
O_C (Obsessione-Compulsione)	1,64	0,78	1,48	0,70	1,73	0,81	-2,180	0,05
I_S (Sensibilità Interpersonale)	1,35	0,83	1,17	0,75	1,45	0,85	-2,329	0,05
DEP (Depressione)	1,71	0,82	1,49	0,70	1,82	0,85	-2,769	0,01
ANX (Ansia)	1,54	0,85	1,35	0,75	1,64	0,88	-2,326	0,05
HOS (Ostilità)	1,20	0,86	1,10	0,83	1,29	1,03	-1,365	ns
PHOB (Ansia fobica)	0,84	0,83	0,75	0,75	0,88	0,87	-1,060	ns
PAR (Ideaazione paranoide)	1,49	0,88	1,39	0,90	1,53	0,86	-1,098	ns
PSY (Psicoticismo)	1,09	0,69	1,09	0,67	1,09	0,70	-0,032	ns
GSI	1,35	0,66	1,19	0,55	1,44	0,70	-2,547	0,05
PSDI	2,07	0,53	1,95	0,46	2,13	0,56	-2,305	0,05
PST	56,07	16,55	52,87	15,34	57,70	16,96	-1,988	0,05

L'intero campione è stato in seguito suddiviso, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, in base alla gravità della sintomatologia (SCL-90-R), al funzionamento globale (VGF) e alla presenza di familiarità per la patologia psicotica², secondo i seguenti gruppi:

- Gruppo "disagio"** (N=12; 5.9%): vi rientrano quei pazienti che presentano punteggi sottosoglia all'SCL-90-R.
- Gruppo "disturbo"** (N=151; 74%): vi rientrano quei pazienti che presentano punteggi sopra soglia all'SCL-90-R, ma che non presentano una caduta nel funzionamento alla VGF né una familiarità per la patologia psicotica.
- Gruppo "stato mentale a rischio"** (N=41; 20.1%): vi rientrano quei pazienti che presentano punteggi sopra soglia all'SCL-90-R, una caduta nel funziona-

mento alla VGF e/o una familiarità per la patologia psicotica.

Alessitimia e stili di attaccamento

A 161 pazienti (53 maschi e 108 femmine) sono state somministrate anche TAS e ASQ.

Dal punteggio globale della TAS è risultato che il 28% dei pazienti sono alessitimici, il 37.3% subclinici e il 34.7% non alessitimici. Questo dato si differenzia da quanto riportato in letteratura per i campioni non clinici, dove la prevalenza di alessitimia oscilla tra l'8.2 e il 15.9% negli adolescenti e tra il 7.1 e il 20.7% negli adulti (Bressi et al., 1996). Le femmine hanno riportato punteggi più elevati dei maschi solo sulla scala TAS-F1 (difficoltà a identificare i sentimenti e distinguerli dalle sensazioni somatiche) ($t=2.24$, $p<.02$).

Come evidenziato nella Tabella 2, abbiamo confrontato i punteggi sulle scale della TAS-20 dei maschi e delle femmine con i dati di un campione di giovani adulti italiani della stessa età (Montebarocci, Codispoti, Baldaro, Rossi, 2004). I risultati del confronto hanno mostrato che i nostri soggetti presentano punteggi più elevati su tutte le scale della TAS-20, con l'eccezione della TAS-F3 (Pensiero orientato all'esterno).

Nella Tabella 3 sono riportati i valori alla ASQ per maschi e femmine del nostro campione e il confronto con la popolazione di Montebarocci e collaboratori (2004). Anche in questo caso i risultati indicano differenze significative su tutte le dimensioni (escluso il Disagio per l'intimità nei maschi), confermando la

²Nella definizione di McGorry (McGorry e Jackson, 1999), attualmente condivisa nella letteratura internazionale, si definiscono **stati mentali a rischio** quelle situazioni "ad alto rischio per lo sviluppo di un disturbo psicotico nell'immediato futuro". Sono considerati ad alto rischio i pazienti con:

- Tratti psicotici con sintomi attenuati o sottosoglia - presenza di sintomi psicotici (quali idee di riferimento, pensiero magico, disturbi percettivi, idee paranoide, pensiero o linguaggio bizzarro) con una intensità non sufficiente a fare diagnosi di psicosi;
- Brevi episodi psicotici transitori - presenza di sintomi psicotici (anche gravi) che durano meno di una settimana e si risolvono spontaneamente;
- Vulnerabilità - presenza di un familiare di primo grado con un disturbo psicotico, accompagnata da un cambiamento nello stato mentale e un grave calo nel funzionamento generale della durata di almeno un mese (calo di almeno 30 punti alla VGF).

V. Mirizio et al.: Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica

Tabella 2 – Medie e deviazioni standard dei punteggi della TAS-20 e confronto con un campione di giovani adulti (Montebarocci et al., 2004).

Alessitimia TAS – 20	Campione Colpo d'ala N=53		Montebarocci et al. (2004) N=148		t	p
	M	ds	M	ds		
<i>Maschi</i>						
TAS – Totale	53,5	10,3	45,8	10,0	4,78	.01
TAS – F1	20,2	6,3	13,8	5,2	7,19	.01
TAS – F2	15,1	3,6	13,7	4,4	2,02	.05
TAS – F3	18,2	4,2	18,2	4,2	0,07	n.s.
<i>Femmine</i>	N=108		N=153			
TAS – Totale	54,5	11,6	44,6	9,9	7,33	.01
TAS – F1	22,5	5,9	15,8	5,3	9,49	.01
TAS – F2	15,1	4,7	12,7	4,3	4,27	.01
TAS – F3	16,8	4,5	16,0	4,0	1,48	n.s.

Tabella 3 – Medie e deviazioni standard dei punteggi dell'ASQ e confronto con un campione di giovani adulti (Montebarocci et al., 2004).

Attaccamento ASQ	Campione Colpo d'ala N=50		Montebarocci et al. (2004) N=148		t	p
	M	ds	M	ds		
<i>Maschi</i>						
Fiducia	30,2	6,8	33,3	4,9	3,44	.01
Disagio per l'intimità	34,1	8,5	34,3	6,0	0,25	n.s.
Secondarietà delle relazioni	19,6	5,6	16,8	5,1	3,18	.01
Bisogno di approvazione	25,8	5,9	20,6	4,9	6,11	.01
Preoccupazione per le relazioni	31,3	6,1	27,1	6,0	4,17	.01
<i>Femmine</i>	N=110		N=153			
Fiducia	29,1	7,1	34,1	4,8	6,79	.01
Disagio per l'intimità	37,2	8,4	33,9	6,9	3,90	.01
Secondarietà delle relazioni	17,2	6,3	14,6	4,3	3,84	.01
Bisogno di approvazione	27,5	6,5	21,5	4,8	8,64	.01
Preoccupazione per le relazioni	33,8	5,7	20,3	5,4	19,38	.01

maggiore problematicità del nostro campione anche nella dimensione dell'attaccamento. Il confronto interno tra maschi e femmine ha indicato che i maschi presentano punteggi più elevati delle femmine nella Secondarietà delle relazioni ($t=2.32$, $p<.03$), mentre le femmine mostrano maggiore Preoccupazione per le relazioni ($t=2.59$, $p<.01$) e Disagio per l'intimità ($t=2.15$, $p<.05$).

Disturbi e stili di personalità

I dati relativi alla SWAP riguardano 44 pazienti, di cui N=29 (65.9%) appartengono al gruppo "Disturbo" e N=15 (34.1%) al gruppo "Stato mentale a rischio". La distribuzione dei soggetti in base alle categorie DSM-oriented della SWAP indica che complessivamente 16 pazienti (36%) presentano un Disturbo di personalità di Cluster A (N=4), B (N=7) o C (N=5).

Abbiamo in seguito confrontato il gruppo "Disturbo" e il gruppo "Stato mentale a rischio" sulla base dei punteggi alle scale DSM-oriented e agli stili di personalità (fattori Q). Come è possibile osservare dalla Tabella 4, il gruppo "Stato mentale a rischio" ha presentato punteggi significativamente più elevati sui Disturbi di personalità Schizoide, Schizotipico e Evitante e sugli Stili di personalità Schizoide, Narcisistico e Evitante. Al contrario il gruppo "Disturbo" ha presentato punteggi più elevati rispetto al gruppo "Stato mentale a rischio" negli Stili di personalità Ossessivo e Depressivo e nella Personalità Sana ad Alto Funzionamento.

Stato mentale dell'attaccamento

Per quanto riguarda la distribuzione dello stato della mente nei confronti dell'attaccamento nei 53 soggetti del sottogruppo a cui è stata somministrata l'AAI, il 30.2% degli adolescenti (N=16) è stato classificato come Sicuro, il 15.1% (N=8) Distanziante, il 17% (N=9)

Preoccupato e il 37.7% (N=20) con un attaccamento Ir-risolto/Disorganizzato (U/CC).

Per comprendere le caratteristiche del nostro campione in termini di attaccamento, lo abbiamo confrontato con i dati relativi alle distribuzioni a quattro vie degli adolescenti, degli studenti e dei campioni clinici riportati nella meta-analisi di Bakermans-Kranenburg e van Ijzendoorn (2009). Dalle analisi del χ^2 è emerso che il nostro campione si differenzia in maniera significativa sia dai campioni di adolescenti normali ($\chi^2=34.4$, $p<.001$) che da quelli di studenti non clinici ($\chi^2=24.5$, $p<.001$), mentre non mostra una distribuzione diversa dai campioni clinici ($\chi^2=4.4$, n.s.) e questo in particolare per l'alta frequenza di soggetti classificati U/CC.

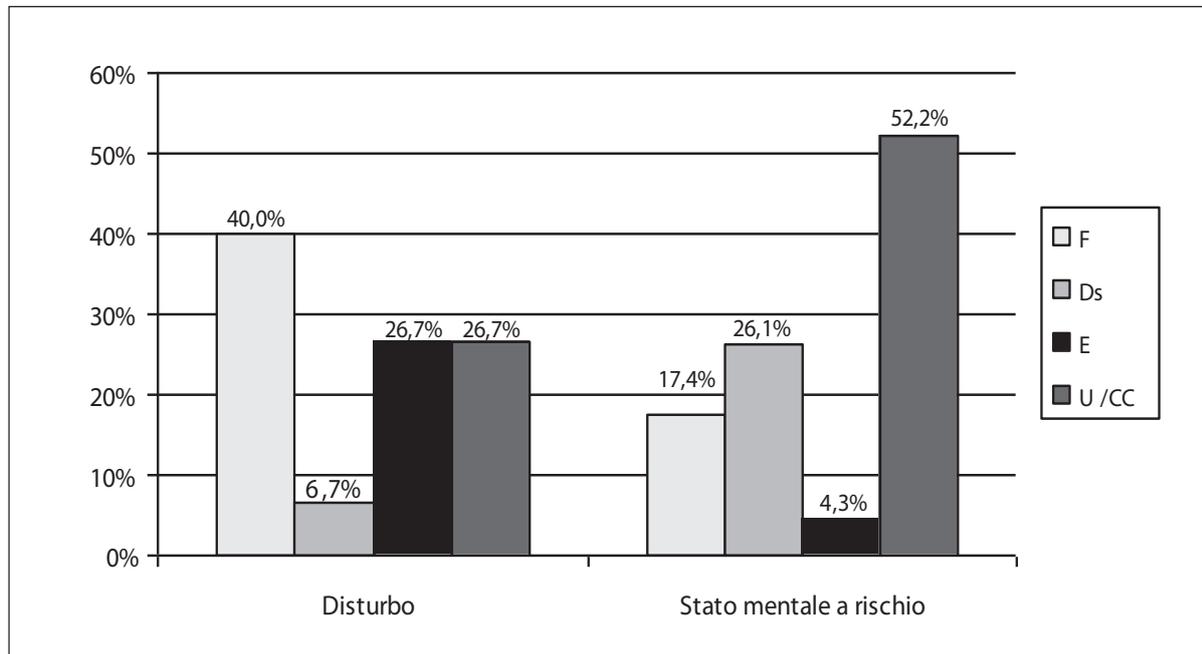
All'interno del campione abbiamo inoltre rilevato una differenza significativa ($\chi^2=11.5$, $p<.01$) nella distribuzione dell'attaccamento tra il gruppo "Disturbo" e il gruppo "Stato mentale a rischio" (Figura 1), dove si evidenzia un'alta frequenza (oltre il 50% dei soggetti) di disorganizzazione dell'attaccamento (U/CC) nel gruppo "Stato mentale a rischio".

Tabella 4 – Confronto tra gruppi sui punteggi alla SWAP-200

	Disturbo N=29	Stato mentale a rischio N=15	t-test	p
<i>Disturbi di personalità (DSM-oriented)</i>				
DP Paranoide	43.1 (8.1)	45.7 (5.7)	-1.10	n.s.
DP Schizoide	43.9 (8.2)	52.1 (8.0)	-3.14	.01
DP Schizotipico	43.6 (7.5)	53.5 (6.4)	-4.28	.001
DP Antisociale	46.7 (6.2)	45.9 (3.9)	0.45	n.s.
DP Borderline	48.3 (8.9)	49.5 (6.9)	-0.43	n.s.
DP Istrionico	51.6 (9.7)	50.9 (6.1)	0.23	n.s.
DP Narcisistico	46.4 (6.4)	45.4 (6.4)	0.44	n.s.
DP Evitante	46.5 (8.1)	52.6 (8.4)	-2.32	.05
DP Dipendente	50.1 (7.3)	53.5 (7.4)	-1.46	n.s.
DP Ossessivo-Compulsivo	46.7 (6.5)	45.6 (5.0)	0.54	n.s.
<i>Stili di personalità (Fattori Q)</i>				
Q1: Disforico	50.1 (7.4)	52.9 (9.1)	-1.08	n.s.
Q2: Antisociale	47.0 (6.4)	46.8 (4.8)	0.12	n.s.
Q3: Schizoide	44.2 (7.3)	52.9 (7.6)	-3.65	.001
Q4: Paranoide	46.0 (8.0)	44.8 (5.6)	0.50	n.s.
Q5: Ossessivo	52.9 (9.2)	46.9 (5.6)	2.31	.02
Q6: Istrionico	55.4 (9.3)	52.4 (7.9)	1.06	n.s.
Q7: Narcisistico	43.9 (6.0)	50.3 (10.2)	-2.61	.01
Q1a: Evitante	46.8 (7.2)	53.9 (7.3)	-3.02	.01
Q1b: Depressivo (nevr) ad alto funz	56.5 (7.7)	51.1 (4.8)	2.44	.05
Q1c: Con disregolazione emotiva	48.7 (9.5)	51.7 (8.2)	-1.04	n.s.
Q1d: Dipendente-masochista	50.2 (8.4)	52.3 (7.4)	-0.81	n.s.
Q1e: Con esternalizzazione dell'ostilità	45.1 (8.8)	44.4 (6.7)	0.25	n.s.
Alto funzionamento	57.6 (10.1)	50.7 (4.5)	3.09	.01

V. Mirizio et al.: Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica

Figura 1 - Distribuzione dei modelli di attaccamento in base al gruppo clinico di appartenenza



Per quanto riguarda la sintomatologia espressa, i risultati indicano che i pazienti con attaccamento Distanziante hanno presentato i punteggi più bassi su tutte le scale dell'SCL-90-R mentre i pazienti con disorganizzazione (U/CC) hanno mostrato la più alta sintomatologia (Tabella 5).

Stili di regolazione affettiva

Uno degli obiettivi che ci proponevamo in questo lavoro era quello di definire dei profili di regolazione affettiva sulla base dell'autodescrizione fatta dal paziente relativamente al suo funzionamento mentale.

Tabella 5 – Confronto sui punteggi della sintomatologia (SCL-90-R) in base al modello di attaccamento (ANOVA).

SCL-90-R*	Ds (N=8)	F (N=16)	E (N=9)	U/CC (N=20)	F	p	Duncan post-boc
SOM	0.62 (0.51)	1.03 (0.48)	1.36 (1.09)	1.50 (0.94)	2.64	0.05	Ds<E, U/CC
O_C	0.97 (0.58)	1.66 (0.70)	1.92 (1.05)	2.00 (0.65)	3.90	0.01	Ds<F,E,U/CC
I_S	0.86 (0.60)	1.67 (0.77)	1.45 (0.98)	1.75 (0.76)	2.67	0.05	Ds<F, U/CC
DEP	1.18 (0.58)	1.72 (0.83)	1.83 (0.76)	2.13 (0.71)	3.19	0.03	Ds<U/CC
ANX	1.16 (0.64)	1.41 (0.50)	1.47 (0.76)	1.96 (0.81)	3.33	0.02	Ds<U/CC
HOS	0.52 (0.49)	1.36 (0.92)	1.46 (1.01)	1.70 (0.81)	3.71	0.01	Ds<F,E,U/CC
PHOB	0.44 (0.46)	0.72 (0.66)	0.53 (0.51)	1.27 (0.87)	3.93	0.01	Ds,E<U/CC
PAR	0.58 (0.21)	1.55 (0.87)	1.81 (0.65)	1.90 (0.83)	6.02	0.001	Ds<F,E,U/CC
PSY	0.42 (0.32)	1.16 (0.73)	1.16 (0.65)	1.63 (0.84)	5.43	0.003	Ds<F,E,U/CC
GSI	0.81 (0.34)	1.34 (0.60)	1.48 (0.65)	1.79 (0.62)	5.51	0.002	Ds<F,E,U/CC
PSDI	1.72 (0.41)	1.95 (0.64)	2.22 (0.31)	2.35 (0.46)	3.78	0.01	Ds<E, U/CC
PST	40.8 (10.3)	59.9 (13.3)	58.3 (18.8)	67.1 (13.3)	6.69	0.01	Ds<E,F,U/CC

*Nota: SOM=Somatizzazione, O_C=Obsessione-Compulsione, I_S=Sensibilità Interpersonale, DEP=Depressione, ANX=Ansia, HOS=Ostilità, PHOB=Ansia fobica, PAR=Ideazione paranoide, PSY=Psicoticismo, GSI=General Symptomatic Index, PSDI=Positive Symptom Distress Index, PST= Positive Symptom Total.

Abbiamo pertanto utilizzato un modello di analisi fattoriale, includendo i tre self-report compilati nella fase di valutazione iniziale (SCL-90-R, TAS-20, ASQ) allo scopo di individuare le variabili latenti.

I valori delle 9 scale dell'SCL-90-R, delle 3 sottoscale della TAS-20 e delle 5 scale dell'ASQ sono stati sottoposti all'analisi fattoriale con il metodo delle componenti principali e rotazione ortogonale Varimax. Dopo aver eseguito un'analisi fattoriale esploratoria ed aver esaminato il grafico degli autovalori, si è ritenuto opportuno estrarre 2 fattori che delineavano la soluzione fattoriale più appropriata ad interpretare i dati (vedi Tabella 6). La varianza totale spiegata dai 2 fattori è risultata pari a 53.8%.

Il 1° fattore, che abbiamo denominato *Ansioso-sintomatico*, è composto da tutte le scale dell'SCL-90-R, dalle scale "Preoccupazione per le relazioni" e "Bisogno di approvazione" dell'ASQ e dalla scala "Difficoltà ad identificare le emozioni" (F1) della TAS-20. Questo fattore spiega il 38.5% della varianza e descrive un funzionamento psicologico, che potremmo definire tipico dello stile di attaccamento ansioso-ambivalente, caratterizzato da un'iperattivazione del sistema di attaccamento, con percezione di forte ansia e di alta sintomatologia in generale, da una difficoltà ad identificare gli stati emozionali distinguendoli dalle sensazioni somatiche e dalla forte preoccupazione per

le relazioni con gli altri che vengono percepiti come inattendibili e critici.

Il 2° fattore, denominato *Evitante-alessitimico*, è composto dalle scale "Difficoltà a comunicare le emozioni" (F2) e "Pensiero orientato all'esterno" (F3) della TAS-20 e dalle scale "Secondarietà delle relazioni", "Disagio per l'intimità" e "Fiducia" (quest'ultima correlata in maniera inversa) dell'ASQ. Questo fattore spiega il 15.3% della varianza e definisce un funzionamento psicologico tipico degli individui con stile di attaccamento evitante in cui è presente poca fiducia in se stessi, distanza emotiva e scarsa responsività nelle relazioni con gli altri e una difficile comunicazione dei propri stati interni sia per la scarsa percezione che ne ha il soggetto sia per la concretezza del pensiero.

Come passo successivo all'individuazione dei fattori abbiamo utilizzato questi profili di regolazione affettiva per verificare le loro relazioni con il funzionamento psicopatologico, le caratteristiche della personalità e lo stato mentale relativo all'attaccamento. Ogni soggetto ha ottenuto, attraverso il metodo della regressione, un punteggio fattoriale su ognuno dei due fattori estratti, consentendo in questo modo l'assegnazione di valori che rappresentano una misura dell'adesione soggettiva alle dimensioni latenti (fattori). Questi punteggi fattoriali sono stati utilizzati per le successive analisi.

Relativamente al fattore *Ansioso-sintomatico*, circa il 17.2% (27 su 157) dei soggetti ha ottenuto punteggi fattoriali superiori ad una deviazione standard, ovvero riferisce un numero maggiore di sintomi, ha più difficoltà ad identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche, è preoccupato dalle relazioni e desideroso di approvazione. Le femmine (N=107, M=1.16, ds=1.04) hanno presentato punteggi più alti dei maschi (N=50, M= -.35, ds=.77) su questo fattore (t=3.52, p<.001). Punteggi più elevati sono stati riportati anche dai soggetti che presentavano un attaccamento disorganizzato (U/CC) (N=20, M=.53, ds=.95) rispetto a coloro che avevano un modello di attaccamento organizzato (sicuro o insicuro) (N=32, M= -.18, ds=.89) (t=2.76, p<.01). Non sono emerse invece differenze relativamente ad altri aspetti dell'attaccamento. Come è possibile osservare dalla Tabella 7, sono emerse correlazioni significative del fattore *ansioso-sintomatico* con il DP borderline e con gli stili di personalità paranoide e con disregolazione emotiva e, in maniera inversamente proporzionale, con lo stile narcisistico.

Per quanto riguarda invece il fattore *Evitante-alessitimico*, 23 soggetti su 157 (14.6%) hanno ottenuto un punteggio fattoriale superiore ad una deviazione stan-

Tabella 6 – Soluzione fattoriale a 2 fattori, saturazioni e percentuale di varianza spiegata.

Scale	1° Fattore	2° Fattore
SCL-90-R: Ansia (ANX)	.896	
SCL-90-R: Depressione (DEP)	.865	
SCL-90-R: Psicoticismo (PSY)	.792	
SCL-90-R: Somatizzazione (SOM)	.789	
SCL-90-R: Ossessivo-compul (OC)	.760	
SCL-90-R: Sensibilità interper (I_S)	.742	
SCL-90-R: Ideazione paran (PAR)	.722	
SCL-90-R: Ansia fobica (PHOB)	.671	
SCL-90-R: Ostilità (HOS)	.618	
ASQ: Preoccup. per le relazioni	.615	
TAS_F1	.612	
ASQ: Bisogno di approvazione	.484	
TAS_F2	.651	
TAS_F3		.637
ASQ: Relazioni secondarie		.635
ASQ: Disagio per l'intimità		.625
ASQ: Fiducia		-.610
Varianza spiegata	38.5	15.3

Tabella 7 – Correlazioni tra i fattori estratti e le variabili di personalità della SWAP-200.

	<i>Ansioso-sintomatico</i>	<i>Evitante-alessitimico</i>
VGF (N=155)	-.156	-.254**
<i>Disturbi di personalità (DSM-oriented) (N=45)</i>		
DP Paranoide	.157	.191
DP Schizoide	-.118	.490**
DP Schizotipico	-.152	.422**
DP Antisociale	-.040	-.181
DP Borderline	.336*	.190
DP Istrionico	.052	-.226
DP Narcisistico	-.085	-.212
DP Evitante	.080	.529**
DP Dipendente	.056	.404**
DP Ossessivo-Compulsivo	.127	.172
<i>Stili di personalità (Fattori Q) (N=45)</i>		
Q1: Disforico	.204	.488**
Q2: Antisociale	-.050	-.032
Q3: Schizoide	-.223	.408**
Q4: Paranoide	.483**	.103
Q5: Ossessivo	-.203	-.403**
Q6: Istrionico	-.007	-.452**
Q7: Narcisistico	-.313*	.073
Q1a: Evitante	-.096	.523**
Q1b: Depressivo ad alto funz	.027	-.245
Q1c: Con disregolazione emotiva	.397**	.427**
Q1d: Dipendente-masochista	.039	.006
Q1e: Con ostilità	.107	.247
Alto funzionamento	-.147	-.355*

dard, caratterizzandosi come gruppo meno fiducioso e sicuro, che sperimenta disagio nell'intimità affettiva e tende a considerare le relazioni come poco significative, con maggiori difficoltà a comunicare emozioni e sentimenti e con una tendenza al pensiero orientato all'esterno. Il gruppo "Stato mentale a rischio" (N=35, M=.41, ds=1.03) ha presentato punteggi più elevati rispetto al gruppo "Disturbo" (N=115, M=-.07, ds=.92) su questo fattore (t=2.66, p<.01). Non sono emerse differenze significative relativamente ai modelli di attaccamento, né per quanto riguarda la sicurezza né la disorganizzazione. Questo fattore è risultato invece fortemente correlato, come è possibile osservare dalla Tabella 7, ai disturbi di personalità Schizoide, Schizotipico, Evitante e Dipendente e a diversi stili di personalità. Interessante notare inoltre che questo fattore correla in maniera inversamente proporzionale all'Alto funzionamento e anche ai valori della VGF.

■ Discussione

Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare le caratteristiche psicopatologiche e la qualità della regolazione affettiva in un campione di adolescenti e giovani adulti che avevano richiesto una consultazione ad un servizio specialistico per il disagio mentale.

Il primo obiettivo della ricerca era quello di definire la gravità del funzionamento psichico e sintomatico della popolazione in esame, attraverso una valutazione multistrumentale che coniugasse il punto di vista del clinico con la percezione del disagio riferita dai pazienti.

I risultati emersi hanno indicato che ci troviamo di fronte ad una popolazione con caratteristiche di gravità significativa. Innanzitutto, nella quasi totalità dei casi i soggetti hanno presentato una sintomatologia clinicamente rilevante, di tipo soprattutto depressivo, ossessivo e ansioso, e un funzionamento scolastico, sociale o lavorativo problematico. Le ragazze, che si sono rivolte al servizio con frequenza decisamente maggiore, hanno presentato più sintomi, ma un funzionamento globale meno compromesso. Complessivamente solo una piccola percentuale degli utenti si colloca nell'area "disagio", in contrasto con l'aspettativa che riteneva più facile l'accesso al servizio anche per adolescenti con difficoltà tipiche di questa fase dello sviluppo. Al contrario, la maggioranza si colloca in un'area di disturbo definito di tipo nevrotico, mentre circa un 20% presenta uno "stato mentale a rischio" (McGorry e Jackson, 1999), ovvero un quadro con indicatori significativi di possibili esiti psicotici.

Per quanto riguarda sia i tratti alessitimici che gli stili insicuri di attaccamento i pazienti hanno mostrato punteggi più elevati a confronto con una popolazione di giovani adulti non clinici della stessa età (Montebarocci et al., 2004), confermando i dati emersi in letteratura che rilevano nelle popolazioni cliniche la presenza di un funzionamento alessitimico e di una insicurezza nelle relazioni significative come fattori di rischio aspecifici rispetto alla psicopatologia. Le difficoltà di elaborazione cognitiva delle emozioni possono rappresentare fin dall'adolescenza dei fattori di rischio per una varietà di comportamenti patologici, espressione di vissuti emozionali non simbolizzati (Hexel, 2003; La Ferlita, Bonadies, Solano, De Gennaro, Gonini, 2007) che sottolineano la dimensione psicologica "transnosografica" dell'alessitimia (Taylor et al., 1997).

Dal nostro studio sono emerse anche alcune differenze di genere nell'espressione del disagio. Le femmi-

ne, che avevano mostrato punteggi più elevati nella sintomatologia riferita, sono anche coloro che con maggiore difficoltà identificano i sentimenti e li distinguono dalle sensazioni somatiche e percepiscono le relazioni in maniera ambivalente, con senso di delusione, frustrazione e solitudine, ma anche con la difficoltà di potersi fidare degli altri e la paura di sperimentare confusione nell'entrare in contatto. Sembrano dunque utilizzare il corpo, attraverso la somatizzazione e una diffusa sintomatologia, per segnalare ed esprimere la loro sofferenza. I maschi, al contrario, mostrano un'apparente autosufficienza che li porta a svalutare l'importanza delle relazioni e a mettere l'accento sulla necessità di raggiungere obiettivi ambiziosi anche a scapito dei rapporti con gli altri. Il loro disagio si esprimerebbe quindi in una maggiore preoccupazione per le prestazioni e l'affermazione personale. Analoghe differenze di genere sono confermate da altri studi (La Ferlita et al., 2007; Montebanocci, et al 2004).

Una seconda fase della ricerca aveva come obiettivo quello di valutare il funzionamento della personalità e lo stato mentale dell'attaccamento in un sottogruppo di pazienti. Le valutazioni effettuate dai clinici hanno permesso di rilevare che più di un terzo di questi pazienti presenta un disturbo di personalità secondo l'Asse II del DSM e che nel gruppo con "stato mentale a rischio" si rilevano punteggi più elevati specificamente nei DP schizoide, schizotipico e evitante, negli stili di personalità schizoide ed evitante e il più basso punteggio nella personalità sana ad alto funzionamento. Questo dato conferma l'ipotesi secondo la quale una caduta significativa nel funzionamento generale (VGF) in questa fase di sviluppo e/o la presenza di patologia psichiatrica familiare, criteri definiti a priori per la suddivisione dei gruppi, rappresentano fattori di rischio importanti per l'emergere di patologie in cui isolamento, chiusura e diffidenza verso le relazioni sono i tratti caratteristici. Il gruppo "Disturbo" invece non presenta punteggi significativi nell'area dei disturbi di personalità, mentre si caratterizza per punteggi più elevati sugli stili di personalità ossessivo e depressivo ad alto funzionamento.

La valutazione dello stato della mente relativamente all'attaccamento ha indicato, nel sottogruppo di pazienti esaminati, una percentuale estremamente elevata di modelli insicuri e in particolare disorganizzati, caratterizzati cioè da mancate risoluzioni di lutti o traumi (U) o da uno stato della mente CC in cui strategie contraddittorie coesistono, indicando la presenza di modelli multipli del sé. Questo risultato, e il confronto non significativo con popolazioni cliniche (Baker-

mans-Kranenburg e van Ijzendoorn, 2009), oltre a collocare questo gruppo in un'area di forte rischio, mette in rilievo l'importanza di considerare le esperienze di attaccamento traumatiche sia per la diagnosi che per il trattamento del disagio. La ricerca sui pazienti con disturbi dissociativi o borderline (Carlson, 1998, Fonagy et al., 1996; Patrick et al., 1994; Barone, 2003; Liotti, 2006) ha confermato infatti che la disorganizzazione dell'attaccamento rappresenta un fattore di rischio significativo anche per il deficit di mentalizzazione conseguente ad esperienze traumatiche che è possibile rilevare in questi pazienti (Fonagy e Target, 2001). Il disturbo di personalità borderline, in particolare, è stato associato ormai da numerose ricerche all'attaccamento disorganizzato in cui sono presenti sia dinamiche di invischiamento e rifiuto sia lapsus cognitivi e linguistici indicativi di uno stato mentale incoerente relativamente ad esperienze traumatiche (Westen et al., 2006).

Nel nostro studio sono sempre i pazienti del gruppo "stato mentale a rischio" a presentare la più alta frequenza di attaccamenti disorganizzati. Tuttavia, probabilmente a causa della scarsa numerosità, non sono emerse associazioni significative tra disturbi di personalità e attaccamento disorganizzato. È possibile ipotizzare che queste due dimensioni cliniche rilevino aspetti differenti del funzionamento mentale, entrambe significative per il lavoro clinico.

Un altro degli obiettivi che il lavoro si proponeva era quello di individuare dei profili di regolazione affettiva che potessero costituire degli indicatori di rischio per traiettorie evolutive patologiche. I risultati dell'analisi fattoriale hanno mostrato che è possibile rintracciare due fattori, che abbiamo denominato rispettivamente *ansioso-sintomatico* e *evitante-alestitimico*, sulla base dei questionari self-report compilati dai pazienti durante la consultazione iniziale. I pazienti che presentano punteggi elevati sul fattore *ansioso-sintomatico* si caratterizzano per la più alta sintomatologia riferita, ma anche per una difficoltà a identificare le emozioni e a distinguerle dalle sensazioni somatiche, con una probabile confusione a livello della percezione del sé tra stati affettivi e somatici. Non a caso questi pazienti, che potremmo collocare sul versante ansioso-preoccupato dell'attaccamento, con la sua tipica iperattivazione, sono anche coloro che percepiscono le relazioni con gli altri in maniera più conflittuale e invischiata, vittime del bisogno di compiacere gli altri e ricevere la loro approvazione, ma al tempo stesso sfiduciati circa la possibilità di ottenere la loro attenzione e vicinanza (Wallin, 2007). Al

contrario, i pazienti *evitanti-alesitimici* esprimono una forma marcata di stile insicuro-evitante dell'attaccamento. Come i Distanzianti riferiscono un scarso numero di sintomi (Dozier, Lee, 1995) e ritengono di non essere in grado di descrivere i propri sentimenti o sfuggono dal contatto con le proprie emozioni soprattutto se implicate nella relazione con gli altri; la concretezza del pensiero e il rifiuto di entrare in rapporto con le emozioni si coniugano, nella tipica strategia di disattivazione dell'attaccamento, con una pseudo-autosufficienza che tende a minimizzare il bisogno relazionale e a sottolineare difensivamente la necessità di occuparsi di cose concrete piuttosto che di affetti e relazioni. Come afferma Wallin (2007), questi pazienti mostrano una fiducia compulsiva (e difensiva) in se stessi che li costringe a tenere lontani sentimenti, pensieri o desideri che possano indurli a cercare sostegno negli altri.

Questo risultato ci conforta innanzitutto nell'ipotesi secondo la quale le dimensioni indagate dai diversi self-report relativi agli stili di attaccamento, all'alesitimia e alla sintomatologia dei pazienti siano tra loro correlati in maniera significativa e permettano di definire degli stili di regolazione emotiva coerenti. In secondo luogo questo risultato ci ha permesso di definire un parametro di rischio associato ad altri indicatori significativi quali la disorganizzazione dell'attaccamento e alcuni specifici disturbi e stili di personalità. Secondo i teorici dell'attaccamento, la qualità delle esperienze relazionali precoci influisce sulle modalità di regolazione affettiva degli individui determinando, in caso di attaccamenti insicuri, una disregolazione emozionale che implica una difficoltà nel processare le informazioni emotive e regolarle sulla base degli stati interni. Il processo di sviluppo comporta l'interiorizzazione dei modelli appresi nell'infanzia e la trasmissione da un livello di regolazione interpersonale ad uno intrapsichico. L'affettività e la sua regolazione viene quindi a essere una dimensione fortemente influenzata dalle esperienze di caregiving e dalla loro interiorizzazione (Bretherton, Munholland, 1999). La disregolazione associata a modelli di attaccamento insicuro si rivela dunque un indicatore estremamente utile del disagio e della psicopatologia (Bretherton, Munholland, 1999; Dazzi, Speranza, 2005; Sroufe, 1997; Speranza, 2006).

Da questa prospettiva, un risultato significativo che emerge dai dati della nostra ricerca è stata la possibilità di individuare, a partire da questi stili di regolazione, la qualità del rischio psicopatologico. Da quanto emerso sembrerebbe possibile definire lo stile *ansioso-*

sintomatico come un fattore di rischio per un funzionamento maggiormente disregolato sul piano sintomatico e del funzionamento caratterologico, essendo risultato associato sia alla disorganizzazione dell'attaccamento sia al disturbo di personalità borderline e allo stile paranoide e disforico con disregolazione emotiva. Questo dato è parzialmente in linea con quanto emerso in altri studi (Patrick et al., 1994; Fossati, Feeney, Donati, Donini, Novella, Bagnato, Acquarini, Maffei, 2003a; Fossati, Feeney, Donati, Donini, Novella, Bagnato, Carretta, Leonardi, Mirabelli, Maffei, 2003b) che hanno riscontrato associazioni significative tra i disturbi di personalità borderline e l'attaccamento ansioso o preoccupato. Viceversa, lo stile *evitante-alesitimico* ha mostrato significative correlazioni con i DP schizoide, schizotipico, evitante e dipendente, così come il gruppo con "stato mentale a rischio" che sembrerebbe essere più vulnerabile a questo tipo di funzionamento. Questo fattore, con i suoi tratti di evitamento e concretezza, indica anche un funzionamento molto meno adeguato, come evidenziato dalla correlazione inversa con la VGF e l'alto funzionamento. Anche in questo caso abbiamo una parziale conferma di quanto rilevato da Fossati e collaboratori (2003b) relativamente all'associazione tra DP evitante, schizoide e schizotipico e il fattore evitante tratto dall'ASQ. Questi disturbi di personalità sembrerebbero caratterizzati da una significativa restrizione delle interazioni sociali che tipicamente è associata con un attaccamento evitante (West, Rose e Sheldon-Keller, 1994, 1995).

Questi dati sembrerebbero confermare la premessa di base della teoria dell'attaccamento secondo la quale l'esperienza affettiva con i caregiver primari conduce allo sviluppo di modelli di attaccamento sicuri o insicuri e la sicurezza dell'attaccamento è a sua volta associata con l'abilità individuale di entrare in contatto con gli altri e di far fronte agli eventi stressanti sul piano emozionale (per es., Kobak, Sceery, 1988). La regolazione affettiva si associa dunque in maniera significativa ad indicatori di salute e/o di patologia che si esplicano nell'utilizzo di strategie di coping funzionale o al contrario attraverso strategie di evitamento/dipendenza e di esternalizzazione (Westen et al., 1997). In quest'ottica è possibile sostenere che disturbi di personalità, modelli di attaccamento e strategie di regolazione affettiva sono variabili centrali per determinare l'esito del disagio giovanile. Se fattori di rischio, tra cui una storia evolutiva difficile, hanno contribuito a rendere particolarmente esigue le risorse psicologiche di un individuo, come la capacità di mentalizzare e la funzione riflessiva, si assisterà ad un fal-

limento della regolazione che potrà esprimersi attraverso abuso di alcool e di sostanze, ritiro sociale, dipendenza dalla rete, abbandono scolastico, condotte delinquenziali, ricerca del rischio, tentativi di padroneggiare il dolore psichico procurandosi quello fisico, disturbi dell'alimentazione.

A questo proposito, è importante sottolineare che, nonostante la letteratura evidenzi scarse correlazioni tra gli strumenti self-report sull'attaccamento e gli stati mentali valutati attraverso le narrative come l'AAI (Crowell, Treboux, Waters, 1999; Simpson, Rholes, Orina, Grich, 2002; Waters, Crowell, Elliott, Corcoran, Treboux, 2002), questo studio sembra supportare l'ipotesi che le dimensioni di ansia e di evitamento, se coniugate con altre dimensioni significative come l'alesitimia e la sintomatologia presentata, possono fornire utili indicazioni ai clinici circa le strategie di funzionamento mentale dei pazienti e le loro implicazioni per i disturbi di personalità e l'attaccamento disorganizzato, rappresentando significativi elementi di screening nelle valutazioni iniziali.

■ Conclusioni

Come è ben noto, la diagnosi in adolescenza pone al clinico non poche difficoltà, sia per la presenza di condizioni patologiche transitorie che possono regredire in un breve arco di tempo sia per il rischio di cronicizzazione o ancora per l'importanza che possono assumere alcuni indicatori clinici per l'esordio di una patologia psicotica. Questa complessità rende necessaria una valutazione di aree del funzionamento psichico che non possono essere ricondotte esclusivamente alla presenza di sintomi o di sindromi ben definite. Negli ultimi trent'anni la Developmental Psychopathology ha indicato la necessità di considerare i fattori di rischio e i fattori protettivi che possono rendere conto delle diverse traiettorie evolutive, sottolineando l'importanza di includere nella valutazione clinica la qualità della regolazione affettiva e delle relazioni di attaccamento (Speranza, Williams, 2009).

Lo studio presentato, frutto della collaborazione fra un servizio dedicato al disagio giovanile della ASL RMA e la Sapienza, Università di Roma, ha permesso di approfondire l'area del disagio giovanile fornendo utili indicatori sia ai clinici che ai ricercatori impegnati nel progetto. Il gruppo di lavoro integrato ha condiviso la formulazione del progetto, la scelta dei riferimenti teorici e degli strumenti di indagine, la discussione dei casi clinici del campione di ricerca e la va-

lutazione in itinere, favorendo una integrazione proficua in grado di arricchire il lavoro clinico e di promuovere una ricerca e una clinica di qualità nell'ambito dei servizi di salute mentale.

■ Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV-TR*. Masson: Milano, 2002.
- Ammaniti M (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994a), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1994b), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH (2009), The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11, 3, 223-263.
- Barone L (2003), Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5, 64-67.
- Blos P (1962), *L'adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 1986.
- Bowlby J (1969/1982), *Attaccamento e perdita, vol.1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, II ed. 1989.
- Bowlby J (1973), *Attaccamento e perdita. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975.
- Bowlby J (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.
- Bressi C, Taylor GJ, Parker JDA, Brambilla V, Aguglia E, Allegranti I, Buongiorno A, Giberti F, Bucca M, Todarello O, Callegari C, Vender S, Gala C, Invernizzi G (1996), Cross validation of the factor structure of the Twenty-items Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-59.
- Bretherton I, Munholland KA (1999), Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento: una revisione teorica. In J Cassidy e PR Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2002.
- Caretti V, La Barbera D (2005) (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.
- Carlson EA (1998), A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- Caviglia G (2003), *Attaccamento e psicopatologia*. Roma: Carocci.
- Cicchetti D (2006), Development and psychopathology. In D Cicchetti & DJ Cohen (a cura di), *Developmental Psycho-*

V. Mirizio et al.: Regolazione affettiva e psicopatologia nei giovani adulti: una ricerca clinica

- pathology. Vol.1 Theory and Method.* 2nd edit. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cicchetti D, Cohen J (1995), Perspectives on developmental psychopathology. In D Cicchetti, J Cohen (a cura di), *Developmental Psychopathology. Vol. I. Theory and Methods* (pp. 3-23). New York: John Wiley.
- Crowell JA, Treboux D, Waters E (1999), The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partners. *Personal Relationships*, 6, 1-18.
- Dazzi N, Speranza AM (2005), Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e Adolescenza*, 4, 1, 18-30.
- Derogatis L (1977), *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: J.Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Dozier M., Lee S. (1995), Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies, *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- Erikson EH (1968), *Gioventù e crisi di identità*. Tr.it. Roma: Armando, 1974.
- Feeney JA, Noller P, Hanrahan M (1994), *Assessing Adult Attachment*. In MB Sperling e WH Berman (a cura di), *Attachment in Adults: clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.
- Fonagy P, Target M (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. (1996), The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fossati A, Feeney JA, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Acquarini E, Maffei C (2003a). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20-55-79.
- Fossati A, Feeney JA, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Carretta I, Leonardi B, Mirabelli S, Maffei C. (2003b). Personality disorders and Adult Attachment dimension in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 30-37.
- Fossati A, Feeney JA, Grazioli F, Borroni S, Acquarini E, Maffei C (2007), L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In Barone L, Del Corno F (a cura di) *La valutazione dell'attaccamento adulto. I questionari autosomministrati*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- George C, Kaplan N, Main M (1984), *Adult Attachment Interview Protocol*. Manoscritto non pubblicato. Università di California, Berkeley.
- Hesse E (1996), Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4-11.
- Hexel M (2003), Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-1270.
- Kobak RR, Sceery A (1988), Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- La Ferlita V, Bonadies M, Solano L, De Gennaro L, Gonini P (2007), Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani, *Infanzia e adolescenza*, 6, 3, 131-144.
- Liotti G (2006), La disorganizzazione dell'attaccamento. In N Dazzi, V Lingardi, A Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Main M, Goldwyn R (1998), *Adult attachment scoring and classification system*, Manoscritto non pubblicato. Berkeley: University of California.
- McGorry PD, Jackson HJ (1999), *Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio*. Tr. it. Torino: Centro Scientifico Editore, 2001.
- Meyer B, Pilkonis PA (2005), *An attachment model of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer M, Shaver PR (2008), L'attaccamento adulto e la regolazione delle emozioni. In J Cassidy PR Shaver (a cura di) *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Seconda edizione*. Tr. it. Roma: Giovanni Fioriti, 2010.
- Montebarocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N (2004), Adult attachment style and alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D (2002), Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1111-1123.
- Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughan B (1994), Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-388.
- Rosenstein D, Horowitz HA (1996), Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Simpson JA, Rholes W, Orina M, Grich J (2002), Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 598-608.
- Speranza AM (2006), La valutazione dell'attaccamento. In N Dazzi, V Lingardi, A Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Speranza AM, Williams R (2009), Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza. In N Dazzi, V Lingardi, F Gazzillo (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sroufe LA (1995), *Lo sviluppo delle emozioni. I primi anni di vita*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Sroufe LA (1997), Psychopathology as outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Taylor GJ, Bagby RM e Parker JDA (1997), *I disturbi della regolazione affettiva*. Tr.it. Roma: Giovanni Fioriti, 2000.
- Wallin DJ (2007), *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento* Tr. it. Bologna: Il Mulino, 2009.
- Waters E, Crowell J, Elliott M, Corcoran D, Treboux D (2002), Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment & Human Development*, 4, 230-242.
- West M, Rose SM, Sheldon-Keller A (1994), Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 249-256.

Infanzia e adolescenza, 10, 2, 2011

- West M, Rose SM, Sheldon-Keller A (1995), Interpersonal disorders in schizoid and avoidant personality disorders: An attachment perspective. *Canadian Journal Psychiatry*, 40, 411-414.
- Westen D, Muderrisoglu S, Fowler C, Shedler J, Koren D (1997), Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 429-439.
- Westen D, Nakash O, Thomas C, Bradley R (2006), Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1065-1085.
- Westen D, Shedler J, Lingardi V (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- World Health Organization (1992), *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*. Tr. it. Masson: Milano, 1996.

Indirizzo per la corrispondenza:
Prof. Anna Maria Speranza
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica
Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma
Via dei Marsi, 78
00185 Roma
E-mail: annamaria.speranza@uniroma1.it