



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA, SCIENZE
DELLA VITA E DELL'AMBIENTE

Dottorato di Ricerca in Scienze della salute e
dell'ambiente Curriculum in Neuroscienze
Psicosocioriabilitative XXXVIII ciclo

Titolo della tesi

**Fattori psicologici, comportamenti a rischio e benessere individuale:
una prospettiva psicomotricità**

SSD: M-PSI/07 - PSIC-04/A

Dottorando

Matteo Perazzini

Coordinatrice del corso

Prof.ssa Rita Roncone

Tutor

Prof. Enrico Perilli

Abstract

This thesis is situated within the field of contemporary dynamic psychology, with the aim of exploring the psychodynamic diagnosis of personality and the key constructs related to individual functioning. In particular, the work focuses on the development and application of theoretical and empirical tools useful for the formulation of the clinical case, understood as a process capable of reconciling generalisability with the uniqueness of the individual situation. A key contribution is the analysis of questionnaires inspired by Kernberg's structural model, designed to assess the level of personality organisation in a reliable and efficient manner. Subsequently, the construct of attachment will be explored, highlighting its theoretical and practical relevance, drawing on the contributions of leading authors and the assessment tools developed over time. The third chapter addresses the topic of psychological well-being, considered from a multidimensional perspective that goes beyond the mere absence of pathology, including subjective, relational and social aspects. Finally, the work analyses the interaction between psychological factors, risk behaviours and well-being, emphasising the importance of an integrated approach to health promotion. The thesis concludes with a discussion of recent scientific contributions consistent with the topics covered.

Indice

Introduzione	5
Capitolo I - Fattori psicologici: personalità, modelli e assesment	7
1.1 La diagnosi in psicologia dinamica: dal sintomo alla struttura, verso il DSM V: limiti e risorse di un sistema categoriale	8
1.2 Integrazione tra sistema categoriale e sistema dimensionale: la SWAP-200	12
1.3 Una diagnosi psicodinamicamente orientata: il PDM	15
1.4 Introduzione della diagnosi strutturale	19
1.5 Le tre organizzazioni strutturali della personalità	20
1.6 Il colloquio strutturale	27
1.7 Le fasi del colloquio	30
1.8 La fase centrale	32
1.9 La STIPO	33
Capitolo II - La teoria dell'attaccamento, i lavori pionieristici e l'evoluzione	39
2.1 John Bowlby, Mary Ainsworth e Mary Main	39
2.2 Dalla relazione madre-bambino all'attaccamento adulto	45
2.3 La questione stato-tratto	48
2.4 Dalla Strange Situation ai questionari self-report: La Strange Situation Procedure	53
2.5 L'Adult Attachment Interview	54
2.6 I questionari self-report	55

Capitolo III - Benessere, una prospettiva evolutiva	59
3.1 Misurazioni istituzionali di benessere	71
Capitolo IV - la relazione tra fattori psicologici, comportamenti a rischio e benessere	74
4.1 Personalità e Comportamenti a Rischio	74
4.2 Emozioni e Regolazione Emotiva	74
4.3 Autostima, Autoefficacia e Rischio	74
4.5 Il Ruolo dei Processi Cognitivi: la percezione del rischio	75
4.6 Impulsività e Controllo Inibitorio	75
4.7 Comportamenti a Rischio impatto e Conseguenze sul Benessere	75
4.8 Stress, Allostasi e Tutela della Salute	75
4.9 Fattori Contestuali e Sociali: Influenza Sociale e Norme di Gruppo	76
4.10 Stress Ambientale e Socioeconomico	76
4.11 Studi scientifici	76
4.12 Il ruolo mediatore dell'affettività nell'associazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale. Uno studio trasversale nell'adolescenza	77
4.13 Attaccamento negli adulti e paura di perdersi qualcosa: l'atteggiamento consapevole è importante?	87
Bibliografia	99

Introduzione

La diagnosi psicodinamica della personalità – e in particolare la messa a punto di strumenti concettuali ed empirici che permettano di organizzare la valutazione della suddetta e del funzionamento generale di una persona al momento della cosiddetta “presa in carico” per un progetto di intervento terapeutico – rappresenta una delle aree di ricerca più significative nella psicologia dinamica degli ultimi vent’anni. L’esigenza di raffinare la valutazione diagnostica per arrivare ad una “formulazione del caso” che presenti caratteristiche di generalizzabilità ma che tenti anche di evidenziare le condizioni praticamente uniche di ogni situazione clinica è stata sostenuta da più parti, con il duplice obiettivo di fornire ai clinici. Tra i principali obiettivi di questo lavoro di ricerca c’è stato quello di dare un contributo esplorativo dei questionari, messo a punto sulla base del modello strutturale di Otto Kernberg e dei successivi studi condotti dal suo gruppo di ricerca, che mira ad offrire in modo relativamente veloce e semplice informazioni valide e attendibili sul livello di “organizzazione strutturale della personalità”.

Nel secondo capitolo verrà esplorato il costrutto dell’attaccamento che è stato per la psicologia un crocevia fondamentale sia per la clinica che per la ricerca, fin dagli albori si è assistito ad un’espansione esponenziale delle ricerche a riguardo, si tratta di un campo in continua evoluzione ed estremamente dinamico per tutto ciò che concerne idee, strumenti ed applicazioni. Tra i pionieri di questo florido ambito di indagine troviamo John Bowlby, Mary Ainsworth e Mary Main, i quali, ognuno con il proprio apporto, hanno stimolato l’interesse di numerosi autori nel proseguire successivamente anche in altri settori. Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi strumenti per lo studio e la valutazione dell’attaccamento, Mary Ainsworth (1978) con il suo gruppo di lavoro aveva messo a punto la Strange Situation Procedure, un procedimento che prediceva lo stile di attaccamento infantile a partire da scale di punteggio continue, usate per codificare i comportamenti dei bambini; Mary Main e collaboratori (1984, 1985, 1996), invece, aveva elaborato uno strumento qualitativo narrativo che si propone di indagare le rappresentazioni mentali dell’adulto rispetto alle relazioni d’attaccamento infantili con le figure genitoriali, l’Adult Attachment Interview.

Nel terzo capitolo verrà preso in considerazione il concetto di benessere psicologico questo occupa una posizione centrale nelle scienze psicologiche e sociali, configurandosi come una dimensione fondamentale della qualità della vita individuale e collettiva. A differenza delle concezioni tradizionali di benessere inteso come semplice assenza di disagio o patologia, la psicologia contemporanea ha progressivamente adottato una prospettiva positiva, volta a comprendere le condizioni che favoriscono il funzionamento ottimale dell’individuo e la realizzazione del suo potenziale (Jahoda, 1958; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) allo sviluppo dei modelli teorici, si è

consolidato un crescente interesse verso la misurazione del benessere non solo a livello individuale, ma anche collettivo e istituzionale. Le tradizionali misure economiche, come il Prodotto Interno Lordo, si sono rivelate insufficienti a rappresentare adeguatamente il benessere delle popolazioni, poiché incapaci di cogliere dimensioni psicologiche, sociali e relazionali della vita umana (Kahneman & Krueger, 2006; Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2009). Ciò ha portato allo sviluppo di indicatori multidimensionali che includono misure soggettive di benessere.

Nel quarto e ultimo capitolo verranno esplorati sinteticamente i costrutti dei fattori psicologici, comportamenti a rischio e benessere, la salute e il benessere individuale non sono determinati unicamente da fattori biologici o ambientali, ma derivano da una complessa interazione tra dimensioni psicologiche, comportamentali e sociali (Engel, 1977). Negli ultimi decenni, la ricerca psicologica ha evidenziato come specifiche caratteristiche psicologiche possano influenzare la propensione a mettere in atto comportamenti a rischio e, di conseguenza, incidere sul livello di benessere percepito e reale. Comprendere queste relazioni è fondamentale per sviluppare interventi di prevenzione efficaci e promuovere uno stile di vita salutare. La letteratura scientifica converge sull'idea che i fattori psicologici non operano in isolamento, ma interagiscono dinamicamente con processi cognitivi, influenze sociali e contesti ambientali per determinare comportamenti a rischio. Questi ultimi, a loro volta, esercitano un impatto profondo sul benessere psicologico e fisico. Una visione integrata, che consideri la molteplicità di determinanti, è pertanto essenziale per comprendere appieno come promuovere stili di vita sani e ridurre la vulnerabilità individuale e collettiva. In conclusione, verranno trattati due recenti lavori scientifici che sintetizzano quanto esplorato all'interno del presente elaborato di tesi.

Capitolo I

Fattori psicologici: la personalità modelli e assesment

La personalità è stata definita come "l'organizzazione dinamica all'interno dell'individuo dei sistemi psicobiologici che modulano i suoi adattamenti unici a un ambiente interno ed esterno che cambia" (Cloninger & Svrakic, 2016, p. 538), e diversi autori hanno dimostrato che i tratti della personalità sono stabili in tutta l'età (Roberts et al., 2006; Soto et al., 2011). Con questo significato, alcuni autori si riferiscono anche alla stabilità ipsativa, che è la continuità della configurazione dei tratti all'interno dell'individuo, fornendo informazioni sulla modellazione dei tratti all'interno di una persona nel tempo (De Fruyt et al., 2006; Terracciano et al., 2010).

Una distinzione cruciale per quanto riguarda la stabilità dei tratti della personalità è la differenza fatta tra stabilità a livello medio e stabilità di ordine di rango (Donnellan & Lucas, 2008; Roberts et al., 2006; Soto et al., 2011; Terracciano et al., 2010; Twenge & Campbell, 2008). Il primo si riferisce alla quantità di cambiamento nei livelli assoluti dei tratti della personalità nel tempo o nell'età. Ad esempio, se tutti in una comunità mostrano una crescente gradevolezza con l'età, vedremmo aumenti dei livelli di gradevolezza individuale e del livello medio in tutta la popolazione (Edmonds & Hill, 2020).

D'altra parte, la stabilità dell'ordine di rango corrisponde a una correlazione tra i tratti della personalità in due punti temporali (almeno): una diminuzione dell'entità correlazionale rivela cambiamenti sostanziali in un tratto di personalità e un aumento rivela livelli di stabilità più elevati. Ad esempio, da una prospettiva evolutiva, Specht et al. (2014) hanno osservato significativi cambiamenti di personalità nei bambini piccoli e negli adolescenti (cioè, la grandezza correlazionale è più piccola durante questi periodi di vita). Più tardi, la personalità diventa abbastanza stabile negli adulti e alla fine risulta essere di nuovo mutevole negli anziani. In altre parole, l'entità correlazionale dei tratti della personalità è più piccola nei bambini e negli adolescenti, aumenta in età adulta e diventa di nuovo più piccola negli anziani (Roberts & DelVecchio, 2000).

Strettamente correlato a quanto sopra, una meta-analisi ha mostrato che tutti i tratti della personalità hanno dimostrato piccoli cambiamenti a livello medio in tutti i punti della vita, suggerendo che non c'è un momento specifico in cui i tratti della personalità smettono di cambiare (Roberts et al., 2006). In un recente studio longitudinale di 50 anni, Damian et al. (2019) hanno trovato una stabilità media dell'ordine di rango in 50 anni di .31; in parallelo, circa il 98% dei partecipanti ha mostrato cambiamenti affidabili. Pertanto, la maggior parte delle persone ha mostrato cambiamenti affidabili

in uno o più tratti della personalità, ma sembra che le persone cambino in modo diverso nonostante alcune tendenze normative.

Cinquant'anni fa, Mischel (1969) ha sfidato la stabilità dei tratti della personalità attraverso le situazioni, e da allora, gli autori hanno affermato che è importante considerare la situazione per ottenere la previsione più accurata del comportamento umano (Funder, 2006; Ziegler & Horstmann, 2015). In effetti, la situazione in cui la persona vive e si evolve gioca un ruolo significativo nei comportamenti.

Modelli come i quadri DIAMONDS (Rauthmann et al., 2014), Situation Five (Ziegler et al., 2019) o CAPTION (Parrigon et al., 2017) hanno dato un ruolo specifico alla situazione e hanno dimostrato che prevede un'ampia gamma di risultati psicologici, compresa l'espressione della personalità. Più in particolare, le situazioni sono critiche quando si valuta la personalità (Rauthmann et al., 2014; Ziegler et al., 2019). Un altro studio ha dimostrato che le relazioni romantiche e il lavoro inducono cambiamenti di personalità (Bleidorn et al., 2018): sono stati trovati cambiamenti significativi nel nevroticismo e nell'estroversione nella situazione della relazione romantica e cambiamenti significativi nella gradevolezza, coscienziosità, apertura e nevroticismo sul lavoro.

Pertanto, nel complesso, possiamo considerare che una situazione è un ambiente attraverso il quale la persona interagisce, e segnali specifici presenti in questa situazione potrebbero produrre cambiamenti di personalità (Nasello et al., 2024)

1.1 La diagnosi in psicologia dinamica: dal sintomo alla struttura: verso il DSM V: limiti e risorse di un sistema categoriale

Quando si parla di diagnosi non si può non riflettere sull'etimologia della parola stessa, conoscere (gnosis) attraverso (dia), e questo rimanda all'idea di un processo di raccolta di informazioni per mezzo di strumenti e procedure apposite. In psicologia "fare diagnosi" si riferisce ad un percorso che mira a tracciare un profilo del funzionamento mentale del paziente attraverso l'analisi dei suoi comportamenti, credenze, qualità relazionali. Il DSM è insieme all'ICD, una delle fondamentali nosografie psichiatriche ampiamente utilizzate nella comunità internazionale per effettuare una diagnosi. Il DSM classifica le sindromi psicologiche sulla base delle loro descrizioni definendole come "raggruppamenti di segni e sintomi basati sulla loro frequente concomitanza che può suggerire una sottostante patogenesi, un decorso, una familiarità, e una indicazione di trattamento comuni" (APA, 2000 p. 875). È un sistema descrittivo-categoriale della malattia psicologico-psichiatrica che

segue una logica politetica. Il modello su cui si fonda ha come obiettivo principale la condivisione e il raggiungimento di un buon accordo tra professionisti con formazioni differenti, proprio per questo è stato costruito mantenendo una certa ateoreticità e limitando al minimo l'inferenzialità. Le prime due versioni (APA,1952; APA, 1968) sono state costruite con l'obiettivo di aggiornare il sistema diagnostico precedentemente in vigore, l'American Medical Association's Classified Nomenclature of Disease (APA,1933). Le prime due versioni del DSM erano state entrambe molto influenzate dal pensiero psicoanalitico e contenevano pochi disturbi caratterizzati da brevi descrizioni, che altro non erano che un elenco di segni e sintomi poco differenziati e abbastanza generici. Questa struttura rendeva le diagnosi lontane dalla pratica clinica e producevano uno scarso accordo tra i professionisti. Inoltre, le diagnosi non avevano un fondamento empirico.

Con la terza edizione e la terza edizione rivista del DSM (APA, 1980 a; APA, 1987) assistiamo ad un cambiamento nella formulazione delle diagnosi, principi come attendibilità, validità e utilità clinica caratterizzano queste e le successive edizioni del DSM. Importante contributo sono state le ricerche condotte da Robert Spitzer e l'elaborazione dei Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer, Endicott, Robins, 1975), costruiti proprio con l'idea che i criteri diagnostici potessero trovare una verifica empirica. Con la terza edizione vengono messi a punto anche strumenti per la formulazione delle diagnosi in DSM: la Structured Interview for DSM-III Axis I e Axis II (SCID-I e SCID-II, Spitzer, 1983) e il questionario autosomministrato a cui si appoggiano. Insomma, la terza edizione sancisce un cambiamento anche di prospettiva: la clinica comincia a integrarsi con la ricerca scientifica, si tende, anche nelle successive edizioni (DSM IV, DSM IV-TR), ad avere un maggiore accordo tra i clinici e una maggiore stabilità diagnostica. Il viraggio verso una maggiore possibilità di comunicare e di essere precisi nelle valutazioni lo sottolineano anche il tipo di esperti che hanno lavorato alle diverse edizioni: il DSM I e II sono stati costruiti da un gruppo di psichiatri, il DSM III e III-TR da un gruppo più allargato di psichiatri, psicologi, qualche assistente sociale e poche donne; per il DSM IV e IV-TR hanno contribuito un centinaio di clinici di formazione e provenienze differenti. Infatti, nelle ultime edizioni abbiamo anche una maggiore sensibilità rispetto al genere, razza e differenze culturali che influenzano una diagnosi. Con la quarta edizione è stata anche messa a punto la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder (SCID-D) che facilita la valutazione dei cinque sintomi nucleari della dissociazione. Il DSM-V-TR (APA, 2023) è l'ultima versione pubblicata ed è composta, come già a partire dal DSM III (APA, 1990 a), da cinque Assi che permettono la valutazione di un soggetto su diverse aree e dimensioni.

Questa classificazione è pensata prevalentemente per obiettivi di ricerca si è servita di numerosi studi sul campo progettati al fine di sciogliere i principali nodi e controversie posti dalle nosografie

precedenti. L'obiettivo della prossima versione (DSM-V) è quello di proporre una classificazione più vicina alla realtà clinica per rendere il manuale più agevole da applicare e più immediatamente utile per gli scopi clinici della pratica quotidiana. Possiamo sintetizzare i principali punti di forza del DSM esponendo le sue maggiori peculiarità:

- 1.Favorisce la comunicazione tra i clinici.
- 2.Agevola la comunicazione con il paziente: è importante dare, dopo i primi colloqui di valutazione, un feedback per mezzo di una breve formulazione narrativa e una proposta di trattamento all'utente.
- 3.Ha un valore predittivo rispetto all'uso dei farmaci.
- 4.È utile per promuovere la ricerca scientifica.

Accanto alle risorse di una diagnosi con il DSM la comunità scientifica ha rilevato dei limiti che si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- 1.Il problema dell'etichettamento (labeling). La questione risale agli anni Sessanta e al problema della stigmatizzazione degli individui con una diagnosi psichiatrica, in particolare quella di schizofrenia. Attualmente, preoccupa che l'etichetta attivi nel clinico degli schemi tali per cui egli vede nella relazione col paziente ciò che si aspetta di vedere. Inoltre, un altro inconveniente è che spesso categorizzare un paziente diventa un espediente per ridurre l'ansia del diagnosta che non riesce a comprendere il funzionamento psicodinamico del paziente.
- 2.La diagnosi psichiatrica non aggiunge informazioni alla conoscenza del paziente che si costruisce durante i colloqui e non dà indicazioni sulle modalità di trattamento da proporre.
- 3.Il problema della comorbidità: spesso un paziente con diagnosi di Asse II presenta tra 4 e 9 altre diagnosi in Asse II del DSM-IV e diagnosi in Asse I (Green & Curtis, 1988; Shea et al.,1987).
- 4.Per quanto riguarda i disturbi di personalità, il Manuale Diagnostico, non dà indicazioni sull'intensità dei criteri, che possono essere considerati solo rispetto alla loro presenza/assenza. Così molti pazienti che effettuano una psicoterapia per patologie "nevrotiche" di personalità non soddisfano i criteri per alcuna diagnosi né su Asse II che su Asse I (Westen, 1997 a). A questo proposito, Westen e Arkovitz (1998) hanno scoperto che il 60% dei pazienti trattati nella pratica clinica per pattern disadattivi di personalità non possono ricevere una diagnosi in Asse II. Discriminare il funzionamento della personalità utilizzando l'Asse II del DSM non permette, infatti,

di distinguere un tratto forte di personalità da una diagnosi di disturbo di personalità. Alla luce dei limiti dell'approccio categoriale che sempre più sono al centro di numerosi dibattiti, nel 1999 è stata tenuta la Conferenza di Pianificazione di Ricerca del DSM-V con la priorità di definire i cambiamenti e le variazioni che andranno poi ad incidere sul futuro delle classificazioni. Il punto di partenza nella formulazione della quinta edizione è la valutazione dei vantaggi e degli svantaggi nel basare il Manuale su dimensioni piuttosto che su categorie (Rounsaville et al., 2002). Secondo i clinici, i ricercatori e i professionisti di diversi orientamenti che stanno lavorando alla stesura del Manuale, apportare cambiamenti significativi in una direzione dimensionale, pur mantenendo una struttura descrittiva, offrirebbe la possibilità di ovviare a problemi di utilità clinica e di fruibilità nei diversi campi della salute mentale. Gli obiettivi delle ricerche che si stanno svolgendo per la stesura del DSM-V sono volti a: minimizzare le diagnosi multiple e porre maggiore attenzione alle dimensioni comuni delle diverse patologie integrando al meglio il modello dimensionale dei disturbi di personalità in una struttura gerarchica comune allo scopo di rendere la comorbidità un'eccezione e non la norma (Widiger, Samuel, 2005); una classificazione dimensionale dei disturbi di personalità richiede informazioni circa i fattori eziologici responsabili dei pattern osservati. La ricerca genetica comportamentale, che ha lo scopo di esplicitare i fattori genetici e ambientali e la struttura sottostante la variazione fenotipica, si sta muovendo per conseguire importanti risultati al fine di ottenere un'immediata rilevanza per lo sviluppo di una classificazione dimensionale della personalità; i disturbi di personalità, nel DSM-IV-TR sono distinti dalle altre sindromi cliniche e vanno a comporre il secondo Asse. Nel DSM-V questa divisione andrà scomparendo in quanto i disturbi di personalità saranno inclusi nella Asse I. La direzione della futura ricerca sarà comprendere perché ed in quale modo la personalità e le sindromi cliniche siano interconnesse e come queste si possano integrare con le strutture di personalità; nel tentativo di superare il problema dei cut-off i ricercatori si interrogano sulla modalità di distinzione tra presenza o assenza di patologia nel modello dimensionale poiché prevede una certa flessibilità nella decisione clinica; le categorie diagnostiche attuali godono di un'elevata attendibilità tra valutatori ma non di un buon livello di attendibilità nella pratica clinica in generale. La ricerca ha dimostrato come le classificazioni dimensionali ottengano un punteggio più elevato di attendibilità. Dalle considerazioni e valutazioni presentate, principalmente, le edizioni future del DSM mirano a diminuire lo stato esistente tra rigore scientifico e realtà clinica: ad integrare queste due prospettive, senza abbandonare l'efficace chiarezza e oggettività del modello DSM, poiché sembra importante considerare anche una validità esterna ed ecologica delle tassonomie. Proprio a questo proposito nel panorama diagnostico sono sorti degli specifici contributi teoricamente orientati che hanno cercato di operazionalizzare i loro concetti: diversi studi condotti per mezzo di strumenti come la SWAP-200, l'OPD e il PDM hanno sottolineato l'esigenza di valutare la persona nella sua

globalità, considerandone aspetti sani e patologici, le sue capacità complessive di funzionamento, peculiarità cognitive, emotive, motivazionali, comportamentali, difensive e relazionali. Come sottolinea Lingiardi alla luce di queste valutazioni “più che chiedersi se usare o meno il DSM, oggi lo psicologo deve decidere quando, perché e con quali altri strumenti affiancarlo” (2009, p.207).

1.2 Integrazione tra sistema categoriale e sistema dimensionale: la SWAP-200

La SWAP-200 è uno strumento per la valutazione di stili e tratti della personalità sana e patologica di adulti e adolescenti, frutto di lavori condotti negli ultimi quindici anni da Drew Westen e Jhonatan Shedler con obiettivi clinici e di ricerca (Westen, Shedler, 1999 a, 1999b; Westen, Shedler, Lingiardi, 1998). Attualmente esistono quattro versioni della SWAP-200: la versione per adulti disponibile anche in Italia (Westen, Shedler, Lingiardi, 1998), la versione per adolescenti, validata ma non ancora commercializzata in Italia e le versioni SWAP-II e SWAP-II-A in corso di validazione negli Stati Uniti. La metodologia SWAP coniuga una certa chiarezza scientifica ed empirica all’obiettivo di fornire strumenti vicini ed utilizzabili nella pratica clinica quotidiana. Inoltre, è ancorata alla tradizione descrittivo-categoriale di fare diagnosi ma cerca di integrarla ad una prospettiva dimensionale di valutazione della personalità. Sintetizzando, i principali presupposti assunti dagli Autori per costruire questo strumento clinico e di ricerca sono:

1. I tratti di personalità sono intesi come tendenze a reagire, condizionati dai contesti intrapsichico e interpsichico, piuttosto stabili.
2. Gli stili, i tratti e i disturbi di personalità vengono considerati seguendo una logica dimensionale: la valutazione è effettuata non definendone presenza/assenza ma considerandone con quanta intensità si presentano o si avvicinano a dei prototipi diagnostici.
3. Sono ritenuti fondamentali quattro domini funzionali su cui deve basarsi una diagnosi adeguata: motivazioni, standard ideali, valori morali, paure e conflitti; stili cognitivi, strategie e capacità di regolazione delle emozioni, meccanismi di difesa, risorse psichiche; rappresentazioni di sé, degli altri e delle relazioni sé e altri; modalità di sviluppo dei domini precedenti.
4. La diagnosi deve poter essere funzionale, dunque ad una chiara e condivisa etichetta dovrebbe poter essere accompagnata una formulazione del caso che possa sufficientemente informare e tracciare le principali linee diagnostiche di un soggetto, espressa con un linguaggio semplice e comprensibile da professionisti di formazione e orientamento differenti. Questo permetterebbe di

trovare un accordo tra le tendenze a categorizzare propria di un approccio, ancora troppo ancorata ad una visione prettamente idiosincratica.

5. Un altro importante presupposto degli Autori è colmare lo iato esistente tra clinica e ricerca. Sottolineano l'importanza di allontanarsi dalle auto valutazioni da parte dei pazienti affinché possano essere riconosciuti processi inconsci ed impliciti controllando scientificamente l'inferenzialità e la soggettività spesso associata alle valutazioni emesse dai clinici: "lasciamo fare ai clinici ciò che sanno fare meglio, cioè ascoltare, osservare e trarre inferenze; e lasciamo che la statistica faccia ciò che sa fare meglio, cioè aggregare i dati in modo affidabile".

6. Un' ulteriore caratteristica che distingue il metodo SWAP è la procedura diagnostica matching prototype (Westen, Shedler, 2000 a) che fonda la valutazione non più sul conteggio di un certo numero di criteri ma da quanto il quadro clinico tracciato di un paziente sia vicino a quello di un prototipo di un determinato disturbo. Ripercorrendo i passi principali che Westen e Shedler hanno compiuto per arrivare alla messa a punto della SWAP-200, appare chiaro come abbiano cercato di riconciliare i loro presupposti teorici e metodologici. La SWAP conta 200 affermazioni chiare e dal linguaggio semplice, frutto di sette anni di selezione, con un livello medio di astrazione e liberi da gergalità e diretti a comportamenti esplicitamente osservabili. Il clinico distribuisce le affermazioni sulla base di quanto vicine siano alla modalità del soggetto in esame, secondo la procedura Q-sort che adotta una logica ipsativa (si valuta quanto l'item descriva il soggetto non in confronto ad altri soggetti ma in confronto alle altre affermazioni applicate al soggetto stesso). Il valutatore è comunque legato ad una distribuzione fissa che mira ad ovviare i bias derivati dalla soggettività del valutatore stesso. Il pool di item deriva dai criteri dell'Asse II del DSM, da alcuni criteri dell'Asse I, dalla letteratura clinica ed empirica degli ultimi cinquant'anni sulla personalità. Circa mille sono i clinici a cui sono stati sottoposte le 200 affermazioni ed hanno sottoscritto l'adeguatezza con cui permettono di descrivere i loro pazienti reali. La valutazione SWAP può essere effettuata dopo 3-5 colloqui con un paziente o dopo aver condotto l'Intervista Clinico Diagnostica (CDI; Westen, Mudderrisoglu, 2003). Questo è il compito del clinico, in quanto successivamente un calcolatore statistico, in modo automatico, dalla distribuzione effettuata elabora la diagnosi del soggetto. Per quanto riguarda la diagnosi degli adulti il calcolatore effettuerà delle correlazioni tra il profilo del soggetto in esame e dei prototipi. I prototipi sono di due tipi: 10 sono quelli derivati dalle diagnosi di Asse II del DSM più un prototipo di paziente senza disturbo di personalità. Questi prototipi sono il frutto delle descrizioni emesse da 237 clinici che avevano più di 18 anni di pratica clinica e con formazioni e orientamento diversi a cui è stato chiesto di descrivere per mezzo delle affermazioni SWAP dei pazienti ideali con un certo disturbo di personalità diagnosticabile in DSM e un paziente sano dal

funzionamento elevato. Le descrizioni così sono state aggregate per formare i prototipi diagnostici PD. Dunque un soggetto valutato in fattori PD verrà osservato rispetto al grado di somiglianza che presenta con questi prototipi. Per quanto riguarda i fattori PD è da sottolineare che i prototipi riprendono la tassonomia DSM ma la ridescrivono in modo più ampio e sofisticato per mezzo degli item SWAP; la validità concorrente e discriminante rispetto al DSM è buona (Westen, Shedler, 1999 a; Bradley, Hilsenroth, Guarnaccia et al., 2007); il profilo PD di buon funzionamento correla in modo positivo con la GAF del DSM; per ottenere prototipi diagnostici è bastato aggregare mediamente 15-20 profili, ciò è indice dell'affidabilità delle capacità di osservazione e di inferenza dei clinici. Un secondo modo per valutare gli adulti con il metodo SWAP è quello di evidenziare il grado di somiglianza tra i profili dei soggetti esaminati e i fattori Q. Sono un ulteriore pool di prototipi diagnostici empiricamente derivati: sono state utilizzate 500 descrizioni per mezzo della SWAP effettuate da clinici esperti sui loro pazienti reali che mostravano i requisiti per una diagnosi di disturbo della personalità per mezzo dell'Asse II del DSM. Alle descrizioni è stata applicata la procedura statistica Q-factor analysis, procedura di analisi fattoriale che permette di aggregare gruppi di prototipi con caratteristiche simili e dunque rimanda ad una stessa congregazione di tratti di personalità. Questa procedura sperimentale ha permesso di emettere i 7 fattori Q attraverso i quali può essere effettuata una diagnosi con la SWAP-200 e i 5 sottofattori della categoria disforico. Allo stesso tempo, oltre all'individuazione di una categoria diagnostica, la procedura SWAP permette di effettuare una formulazione del caso mettendo insieme, in un elaborato coerente, le prime 30 descrizioni che risultano maggiormente descrittive del soggetto in esame ed integrandole con degli aspetti anamnestici ed evolutivi. Un'altra alternativa di impiego della SWAP è di tipo prettamente clinico: si valuta su una scala a 5 punti il grado di somiglianza tra la descrizione di un paziente e i prototipi PD e Q. Le ricerche hanno messo in evidenza che l'uso clinico della SWAP produce un inter-rater reliability pari a $r=.80$ ed elevate correlazioni tra le categorie diagnostiche e una vasta gamma di criteri esterni (Westen, Muderrisoglu, 2003; Marin-Avellan, McGauley, Campbell et al., 2005; Shedler & Westen, 2006). Inoltre, dalle prime analisi (Westen, Shedler, 2007) condotte su un campione statunitense valutato con la II edizione della SWAP è emersa una nosografia empiricamente derivata differente da quella conosciuta anche in Italia: emergono 10 disturbi raggruppabili in 4 cluster: interiorizzante, esteriorizzante, borderline, stile di alto funzionamento. La SWAP-II pare metta in evidenza non solo le caratteristiche comuni a diversi pazienti con gli stessi tratti ma anche le differenze che caratterizzano uno stile in confronto a tutti gli altri. La SWAP è uno strumento di ricerca e valutazione clinica che si è mostrata adeguata a diverse indagini empiriche: la ritroviamo in studi sui fattori di rischio condotti su popolazioni di uomini con disturbi della personalità; in campo forense in Gran Bretagna (Marin-Avellan et al., 2005); per l'individuazione di tre diversi sottotipi di

uomini che picchiano le donne in lavori e studi sul decorso delle psicoterapie nel caso di pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Weste & Harnden-Fischer, 2001; Thompson-Brenner, Westen, 2005; Thompson –Brenner, Eddy, Satir et al., 2008) e in caso di pazienti con disturbi d'ansia (Peart, Westen, in preparazione); ulteriori ricerche hanno adottato la SWAP per la valutazione di pazienti adolescenti che hanno permesso di identificare dei sottotipi tra i casi di ADHD (Levin, Westen, in preparazione) e tre sottotipi nel caso di adolescenti con disturbo da comportamento ricorrente (Di Lallo, Jones, Westen, 2009); inoltre studi sui pazienti con disturbo narcisistico hanno confermato le distinzioni presenti in letteratura tra sottitipi overt e covert (Cooper, 1989), a pelle spessa e a pelle sottile (Rosenfeld, 1987), ipervigili o inconsapevoli (Gabbard, 2005b); anche rispetto ai pazienti istrionici la SWAP ha permesso di evidenziare tre sottotipi (Blagov, Westen, 2007). E' importante citare che esistono due studi italiani che mettono in evidenza come la procedura SWAP possa essere utilizzata anche negli studi single-case per la valutazione del processo e dell'esito delle psicoterapie (Lingiardi, Shedler, Gazzillo, 2006). Oltre a costruire uno strumento diagnostico, pare chiaro, che gli Autori della metodologia SWAP hanno cercato di introdurre una nuova modalità di intendere la valutazione della personalità di un paziente: hanno coniugato una logica categoriale e descrittiva ad una dimensionale, integrando rigore e chiarezza scientifica ad utilità clinica.

1.3 Una diagnosi psicodinamicamente orientata: il PDM

Il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM; PDM Task Force, 2006) è nato dal lavoro della Alliance of Psychoanalytic Organization, una rete di clinici e ricercatori ad orientamento psicoanalitico, tra cui Greenspan, McWilliams, Wallerstein, Kernberg, Westen, Blatt, Fonagy. Il Manuale è una conquista politica e scientifica poiché è la prima nosografia esplicitamente orientata ad una lettura psicodinamica della psicopatologia. Pubblicato per la prima volta nel 2006 vede la sua traduzione italiana nel 2008: si propone come manuale da affiancare alle nosografie descrittive classiche come il DSM. Un' importante peculiarità del PDM è che ha cercato di ovviare e superare i limiti di quell'atteggiamento psicoanalitico, distruttivo e critico verso la diagnosi, proponendosi come uno strumento clinico ma con solide basi empiriche e di ricerca. (Lingiardi & Dazzi, 2009). Dunque, il PDM è anche il primo tentativo di nosografia psicologica sistematica che coniuga clinica psicodinamica a risultati empiricamente fondati. L'uso del Manuale, infatti, rende evidente, quali siano le sue principali fonti di ispirazione: la teoria di Kernberg sulle organizzazioni strutturali della personalità e i relativi strumenti di ricerca messi a punto per operationalizzare questo costrutto (Lenzenweger et al., 2001; Clarkin et al., 2004); il modello diagnostico e di formulazione del caso di Nancy Mc Williams; le ricerche di Blatt che confermano la sua teoria sulle linee evolutive della personalità anaclitica e introiettiva (Blatt, 1990, 1995, 2006); le ricerche condotte sulla SWAP dagli

Autori Westen e Shedler; le ricerche condotte con l'OPD e con altri strumenti di valutazione strutturale della personalità e delle sue funzioni come il Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP; Wenryb, Rossel, Asberg, 1991 a, 1991b) e come la Social Cognition and Object Relational Scale (SCORS; Westen et al., 1995; Abbate, Massaro, 2007).

La diagnosi in PDM vuole perciò coniugare un approccio nomotetico ad uno idiografico: alla diagnosi come categoria si affianca la formulazione del caso che consente di elaborare una proposta di trattamento specifica che sia attenta al contesto del soggetto in esame. Inoltre, il PDM mira alla classificazione delle persone più che delle malattie: viene data per scontata infatti la comorbidità e la possibilità che una stessa malattia possa esprimersi in forme variegata. Dunque, come ci proponeva la diagnosi SWAP, il PDM mira a confrontare il paziente con una Gestalt o con un tipo ideale di malattia e non alla categorizzazione di singoli sintomi slegati tra loro. Il manuale tiene anche in considerazione, a differenza delle nosografie classiche, l'esperienza soggettiva dei pazienti rispetto ai loro sintomi e tratti: la struttura della personalità come organizzazione che contiene differenti sintomi e sindromi; i differenti livelli di funzionamento mentale; la dimensione evolutiva della diagnosi; l'importanza di un certo grado di inferenzialità per la valutazione dei processi impliciti e la possibilità di ottenere sia una diagnosi categoriale che dimensionale. Il PDM si articola in tre parti: la prima si occupa della diagnostica degli adulti; la seconda sezione è rivolta alla diagnostica di bambini e adolescenti; la terza propone i principali articoli teorici e di ricerca su cui si basa la nosografia del PDM. Le classificazioni del PDM propongono una valutazione multi-assiale: la sezione per adulti si articola in tre Assi, l'Asse P sui pattern e disturbi di personalità, l'Asse M fornisce un profilo del funzionamento mentale e l'Asse S valuta l'esperienza soggettiva dei pattern sintomatici dei vari disturbi; la sezione per l'età evolutiva ha una struttura analoga a quella degli adulti ma considera prima la valutazione del funzionamento mentale e successivamente permette una valutazione dei pattern della personalità considerando un continuum che va da pattern sani in formazione a pattern gravemente disfunzionali in formazione. In particolare, la sezione per adulti si articola cominciando con l'Asse P che permette una valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità, seguendo il modello di Kernberg e distinguendo personalità sane, nevrotiche e borderline di alto e basso funzionamento. Per effettuare questa prima valutazione si considerano sette criteri psicologici: identità, relazioni oggettuali, tolleranza agli affetti, regolazione degli impulsi e degli affetti, integrazione del Super-Io, Ideale dell'Io e Io Ideale, esame di realtà, forza dell'Io e resilienza. In secondo luogo, l'Asse P fornisce un'indicazione per la valutazione dei pattern caratteristici del soggetto, questa nosografia risente delle ricerche di Westen e Shedler sui tipi di personalità, del lavoro di Blatt e della distinzione tra personalità anaclitiche e introietive e del modello di formulazione del caso della Mc Williams, così i tipi elencati sono: schizoidi, paranoidi, psicopatici, narcisistici, sadici

e sadomasochistici, masochistici, depressivi, somatizzanti, dipendenti, ansiosi, ossessivo-compulsivi, isterici, dissociati, misti/altro. Le categorie sono riportate al plurale proprio per sottolineare la variegata possibilità delle manifestazioni cliniche di uno stesso disturbo; per ogni tipo vengono descritte le caratteristiche più rilevanti, le principali linee guida per il trattamento, le manifestazioni possibili di transfert e controtransfert. Inoltre, per ogni disturbo vengono specificati: pattern costituzionali-maturativi, tensione-preoccupazione principale, affetti principali, credenza patogena caratteristica relativa a sé stessi, credenza patogena caratteristica relativa alle altre persone, modi principali di difendersi, i diversi sottotipi. L'Asse M successivamente permette la valutazione del funzionamento mentale del soggetto in esame su una scala a otto livelli: da Capacità mentali ottimali, appropriate all'età e alla fase, con un grado di flessibilità e integrità adeguato all'età a Gravi lacune nel funzionamento mentale di base. Il funzionamento viene valutato considerando nove funzioni specifiche:

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento;
2. Capacità di relazioni e intimità;
3. Qualità dell'esperienza interna (livello di sicurezza e rispetto di sé);
4. Esperienza, espressione e comunicazione degli affetti;
5. Pattern e capacità difensive;
6. Capacità di formare rappresentazioni interne;
7. Capacità di differenziazione e integrazione;
8. Capacità di auto-osservazione;
9. Capacità di costruire o ricorrere a standard e ideali interni.

Il PDM fornisce per ciascuna funzione una descrizione sintetica ed una guida alla

valutazione. L'Asse S, infine, l'ultimo da valutare per pazienti adulti, riprende la descrizione dei sintomi e dei disturbi dell'Asse I del DSM IV riformulando le diverse sindromi in termini di Gestalt complessive arricchendole con l'esperienza soggettiva dell'individuo rispetto a sé stesso ed alla sua malattia. L'esperienza soggettiva viene descritta in termini di stati affettivi, pattern cognitivi, stati

somatici e pattern relazionali. L'obiettivo è integrare l'ateoreticità e l'oggettività del DSM ad una visione olistica imperniata di aspetti di valutazione soggettiva dell'esperienza.

I disturbi contemplati dall'Asse S sono:

1. Disturbo dell'adattamento;
2. Disturbo d'ansia: Traumi psichici o disturbi post traumatici da stress; Fobie; Disturbi ossessivo-compulsivi;
3. Disturbi dissociativi;
4. Disturbi dell'umore: Disturbi depressivi; Disturbi bipolari;
5. Disturbi somatoformi;
6. Disturbi dell'alimentazione;
7. Disturbi psicogeni del sonno;
8. Disturbi sessuali e dell'identità di genere: Disturbi sessuali; Parafilie; Disturbi dell'identità di genere;
9. Disturbi fittizi;
10. Disturbi del controllo degli impulsi;
11. Disturbo da uso di sostanze/dipendenze;
12. Disturbi psicotici;
13. Disturbi mentali su una condizione medica generale.

L'Asse S è il terzo da considerare per una diagnosi in PDM proprio perché principio guida del manuale è che i sintomi vengano compresi all'interno di una struttura, di un'organizzazione della personalità e di un certo tipo di funzionamento mentale. Alla luce di questo principio uno stesso sintomo può avere significati ed essere inserito in una cornice di comprensione dell'individuo molto differenti. L'Asse S contempla anche la possibilità di componenti biologiche ad influire sui differenti pattern mentali disfunzionali. Analizzate tutte le peculiarità e risorse che questo innovativo modello

diagnostico può fornire è importante sottolinearne anche i limiti: l'Asse P necessita sicuramente di ulteriori approfondimenti empirici a sostegno della sua validità e attendibilità; sarebbe auspicabile la costruzione di colloqui strutturati o altri strumenti che permettano una diagnosi in PDM; l'influenza del DSM, soprattutto per l'Asse S, produce una sottovalutazione di alcuni aspetti psicopatologici clinicamente rilevanti come l'ipocondria e il panico, senza considerare il loro status di tratti, sintomi o sindromi (Lingiardi & Del Corno, 2008); anche aspetti come le psicosi o le dissociazioni connesse a sintomi psicosomatici e ai disturbi alimentari non sono particolarmente considerati, nonostante riflettano un'ampia porzione della realtà clinica (Speranza, 2009; Porcelli, 2009).

Sicuramente la pubblicazione del PDM ha sancito un punto notevolmente importante per la diagnostica ad orientamento psicodinamico che si propone di coniugare la realtà clinica alle evoluzioni empiriche e scientifiche del settore. L'auspicio è che il manuale venga usato e si diffonda in setting sia di natura clinica che empirica affinché possa essere migliorato, in quanto strumento diagnostico, in modo sempre più valido e attendibile (Lingiardi, Dazzi, 2009).

1.4 Introduzione della diagnosi strutturale

Otto Kernberg (1975, 1984 e 1996) è il primo autore che ha proposto una diagnosi strutturale della personalità associata a un'intervista semistrutturata che ne permette la valutazione. La teoria di Kernberg propone un modello di sviluppo della mente che integra concetti della psicoanalisi freudiana e kleiniana, la psicologia dell'Io e il pensiero di Autori come la Mahler e la Jacobson, la teoria delle relazioni oggettuali, le ricerche sull'infanzia e sulla biologia delle emozioni (Kernberg, 1975, 1981, 1984). All'inizio degli anni '50 iniziano i rapporti tra la psicoanalisi classica e il mondo accademico. La psicologia dell'Io, che si diffuse negli Stati Uniti, e l'influenza di autori come Hartmann, hanno contribuito a costruire un terreno fertile per il cambiamento culturale che vede il proliferare di studi empiricamente fondati sulla clinica psicoanalitica. David Rapaport insieme a Karl Menninger furono tra coloro che avviarono, già negli anni '40, un programma di ricerca e di insegnamento che mirava a riformulare i concetti della teoria psicoanalitica in termini più vicini alla psicologia scientifica (Jervis & Dazzi, 1999). L'apertura verso lo studio scientifico e di ricerca della clinica e dei processi mentali porta già lo stesso Rapaport a sottolineare l'importanza della valutazione del funzionamento strutturale, cercando di ampliare la meta psicologia freudiana di riferimento, che vedeva la mente come risultato di un gioco di forze tra le tre istanze psichiche Io, Es e Super-Io (Freud, 1922). Lo sforzo di questo Autore fu quello di sistematizzare le modalità con cui ciascuna persona utilizza i processi cognitivi per "organizzare" i processi funzionali che si trasformano in affetti. La sua

formulazione strutturale è stata sempre influenzata e prodotta anche in virtù di una possibile verifica empirica e sperimentale (Rapaport & Gill, 1959; Rapaport, 1960). In questa cornice storica può essere iscritto il lavoro di Kernberg che si focalizza, in particolare, sull'importanza di una diagnosi psicoanaliticamente fondata dei disturbi della personalità. Per tentare di superare il modello psicoanalitico classico che distingue essenzialmente due grandi categorie: nevrosi e psicosi. Obiettivo dell'Autore è quello di aumentare complessità all'inquadramento strutturale dei pazienti con la finalità di una adeguata indicazione di trattamento. In particolare, il modello di Kernberg nasce negli anni '70 con l'obiettivo di studiare quella categoria psicopatologica che sta tra le nevrosi e le psicosi differenziandosi per caratteristiche strutturali. L'indagine e l'approfondimento dell'organizzazione borderline di personalità ha visto proliferare la produzione teorico scientifica dell'Autore. Kernberg, ritiene necessaria una diagnosi strutturale sia per una comprensione psicodinamica del funzionamento del paziente sia per formulare una modalità di intervento adeguata ai suoi pattern stabili. "Le strutture sono configurazioni relativamente stabili di processi psichici (..). Ho usato l'espressione analisi strutturale per descrivere il rapporto tra i derivati strutturali delle relazioni oggettuali interiorizzate e i vari livelli di organizzazione del funzionamento psichico (..). L'organizzazione strutturale assolve la funzione di stabilizzare l'apparato psichico, mediando tra fattori etiologici e le dirette manifestazioni della malattia e del comportamento. Indipendentemente da quali sono i fattori genetici, costituzionali, biochimici, familiari, psicodinamici o psicosociali che concorrono nel dare origine alla malattia, gli effetti di tutti questi fattori vanno a confluire nella struttura psichica individuale, che poi diventa matrice da cui si sviluppano i sintomi osservabili nel comportamento" (Kernberg, 1984, p. 17).

1.5 Le tre organizzazioni strutturali della personalità

La nosografia costruita da Kernberg può essere osservata considerando la dimensione della gravità (Kernberg, 1975): egli ritiene infatti che principalmente le organizzazioni strutturali possano essere di tipo psicotico, borderline o nevrotico. Queste organizzazioni possono essere individuate osservando degli specifici criteri strutturali, quali l'identità e dunque il suo grado di diffusione, i meccanismi di difesa e il loro livello di immaturità e l'esame di realtà e la sua compromissione. Accanto a questi tre criteri, che sono le principali linee guida per una diagnosi strutturale, Kernberg identifica degli indicatori aggiuntivi che, all'interno della stessa organizzazione borderline ad esempio, permettono di comprenderne il grado di compromissione e poter esprimere una prognosi affidabile. I criteri aggiuntivi sono: il livello di integrazione del Super-Io, la

presenza di aggressività primitiva e il grado di forza o debolezza dell'Io, in particolare la tolleranza dell'angoscia, il controllo degli impulsi e la capacità di sublimazione (Kernberg, 1984).

L'identità è l'insieme delle rappresentazioni che ogni individuo ha di sé e degli altri. Una certa diffusione dell'identità è propria dei casi in cui aspetti differenti o opposti dell'esperienza di sé e dell'altro non possono essere integrati, dunque vengono mantenuti separati, caratterizzando così le rappresentazioni di sé e dell'altro come bidimensionali, povere e rapidamente mutevoli (Kernberg, 1984). Anche la chiara distinzione tra il sé e l'altro è compromessa nei casi di identità diffusa, tanto che, a volte, non c'è capacità di discriminare ciò che è proprio del sé da ciò che è proprio dell'altro. Così gli affetti e gli impulsi provati verso sé stessi e gli altri sono labili, rapidamente mutevoli, poco complessi ed estremi. Spesso un soggetto con identità diffusa lamenta un certo vuoto interiore, un senso di discontinuità nell'esperienza di sé, manifesta forte aggressività, presenta comportamenti spesso contraddittori e non affettivamente integrabili. Le relazioni che intesse con gli altri mancano spesso di intimità, sono superficiali e nel racconto dell'altro al clinico il soggetto non trasmette una reale immagine di come e chi siano effettivamente le persone importanti per lui. Spesso la capacità empatica è bassa se non assente ed è presente caoticità nei rapporti. Una struttura ben integrata, al contrario, è tipica di coloro che hanno un'immagine di sé caratterizzata da diversi aspetti, ricchi di complessità e sfumature, che coesistono e sono ben organizzati tra loro. Allo stesso modo anche dell'altro si ha una rappresentazione chiara e vicina alla realtà, articolata e multiforme. Proprio per questa ricchezza delle loro rappresentazioni interne riescono a descrivere al clinico chi sono loro e chi sono gli altri permettendogli di costruirsi un'immagine veritiera e tridimensionale. Un'identità ben integrata, dunque, è propria di coloro che riescono a tollerare e a mettere insieme aspetti "buoni" e "cattivi" dell'esperienza e a mantenere chiaro il confine affettivo ed emotivo tra sé e altro. Così un'identità integrata è propria di coloro che sono in grado effettivamente di stabilire e mantenere relazioni con gli altri caratterizzate da calore e intimità e presentano anche un'adeguata differenziazione tra passato e presente. I meccanismi di difesa sono operazioni mentali più o meno consapevoli volti a risolvere un conflitto affettivo – emotivo intra o extra psichico. Questi modi di organizzarsi della mente sono più o meno stabili e determinano il modo del soggetto di trattare e ovviare a situazioni che lo coinvolgono emotivamente. I meccanismi di difesa immaturi detti anche primitivi si caratterizzano per una scarsa capacità di riflettere e accettare i propri conflitti psichici, tipici di modalità infantili di funzionamento mentale, si organizzano attorno alla scissione delle rappresentazioni di sé e dell'altro; dunque, affetti o emozioni in conflitto tra loro non vengono integrate dalla mente dell'individuo ma parzialmente negate o comunque allontanate dalla consapevolezza (Kernberg, 1984). Così le immagini di sé stessi e degli altri oscillano tra l'essere totalmente "buone" o totalmente "cattive", tra queste difese le principali sono l'identificazione

proiettiva, il diniego, la svalutazione, l'idealizzazione, l'onnipotenza e l'acting out (Lingiardi, Madeddu, 2002). I conflitti che scaturiscono dalla propria ambivalenza sono negati: sentimenti quali la dipendenza e la colpa non vengono esperiti dai soggetti che adottano massicciamente meccanismi di difesa immaturi. Le difese mature, invece, sono le strategie psichiche più creative e funzionali per trattare i conflitti emotivi ed affettivi, denotano una capacità del soggetto di tollerare i propri sentimenti contraddittori e ambivalenti e di trovare soluzioni di compromesso. Le difese mature, dunque, si distinguono da quelle primitive perché mantengono una visione della realtà adeguata e non ne comportano una massiccia distorsione, sono operazioni mentali che, principalmente allontanano dalla consapevolezza del soggetto affetti e rappresentazioni dolorose. Le principali difese mature sono la rimozione, lo spostamento, la formazione reattiva, l'intellettualizzazione, l'isolamento, la razionalizzazione e l'annullamento retroattivo. Il terzo criterio strutturale considerato dal modello kernberghiano è l'esame di realtà. Questa funzione psichica si riferisce alla capacità di discriminare i sentimenti, gli affetti, le emozioni e le rappresentazioni proprie da quelle altrui e percepire correttamente quella che è la realtà condivisa. In caso di una compromissione dell'esame di realtà il soggetto perde la capacità di percezione adeguata del mondo esterno e ne altera il rapporto sulla base di una sua visione soggettiva che tratta come se fosse oggettiva e condivisibile (Kernberg, 1984). Sintomi come i deliri, le allucinazioni e le altre forme di disorganizzazione del pensiero e del comportamento sono una chiara manifestazione della perdita dell'esame di realtà. Al contrario un adeguato rapporto con la realtà permette al soggetto di comprendere il punto di vista dell'altro e di mantenere separati aspetti soggettivi dell'esperienza da aspetti più oggettivi, inoltre gli permette di comprendere il punto di vista dell'altro e di distinguerlo dal proprio. Dalla valutazione dei tre criteri principali si possono distinguere le tre principali organizzazioni della personalità individuate da Kernberg: organizzazione psicotica, organizzazione borderline o al limite e organizzazione nevrotica (Vedi Tabella 1).

Tabella 1 Le organizzazioni della personalità (da Kernberg, 1984, p. 33).

Criteri strutturali	Personalità nevrotica	Personalità al limite	Personalità psicotica
Integrazione dell'identità	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono nettamente delimitate	Dispersione dell'identità: gli aspetti contraddittori del Sé e degli altri sono scarsamente integrati e sono tenuti separati	Le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto sono scarsamente delimitate oppure è presente un'identità delirante
Operazioni difensive	Rimozione e difese di alto livello: formazione reattiva, isolamento, annullamento retroattivo, razionalizzazione e intellettualizzazione Le difese proteggono il paziente dal conflitto intrapsichico. L'interpretazione migliora il funzionamento	Per lo più scissione e difese di basso livello: idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza, svalutazione	Le difese proteggono il paziente dalla disintegrazione e dalla fusione del Sé con l'oggetto. L'interpretazione provoca regressione
Esame di realtà	È mantenuta la capacità di esaminare la realtà: differenziazione del Sé dal non-Sé, delle origini intrapsichiche da quelle esterne di percezioni e stimoli Esiste la capacità di valutare il Sé e gli altri realisticamente e in profondità	Si verificano alterazioni nei rapporti con la realtà e nei sentimenti di realtà	La capacità di esaminare la realtà è persa

L'organizzazione psicotica della personalità è caratterizzata dalla diffusione dell'identità, dunque dalla scarsa integrazione delle immagini di sé e dell'altro, da un uso massiccio di meccanismi di difesa centrati sulla scissione e dalla perdita dell'esame di realtà. Le difese immature utilizzate dall'organizzazione psicotica hanno come scopo quello di mantenere separate le rappresentazioni buone da quelle persecutorie poiché queste ultime potrebbero annientare e distruggere le immagini interne idealizzate. Dunque, queste difese permettono al soggetto di proteggere una certa parte buona dei propri oggetti interni. Questi meccanismi immaturi assolvono la medesima funzione nel caso dell'organizzazione borderline ma, per la struttura psicotica c'è un ulteriore uso di queste operazioni mentali, quella di compensare la perdita dell'esame di realtà. Caratteristica principale, infatti, della struttura psicotica è la presenza di deliri e allucinazioni; la perdita dell'esame di realtà è la manifestazione della loro. Indifferenziazione interna tra rappresentazioni di sé e rappresentazioni dell'altro in presenza di affetti ed emozioni particolarmente intensi, come a sottolineare una mancanza di evoluzione dallo stato simbiotico dello sviluppo (Kernberg, 2004). L'organizzazione strutturale psicotica è tipica dei pazienti che presentano una schizofrenia o altra forma psicotica; dunque, è un criterio differenziale per la diagnosi di disturbo della personalità e il trattamento elettivo è una terapia supportiva.

L'organizzazione borderline della personalità è caratterizzata principalmente da una certa diffusione dell'identità, dall'uso di difese immature centrate sulla scissione e da un adeguato esame di realtà. L'esame di realtà, infatti, è adeguato perché, a differenza di una struttura psicotica, quella al limite riesce a mantenere differenziate le rappresentazioni di sé da quelle dell'altro nelle due polarità persecutore e idealizzato. Nonostante ciò, in momenti particolarmente stressanti o conflittuali, le difese potrebbero attivarsi massicciamente tanto da provocare una certa alterazione nella comprensione e percezione oggettiva dell'altro e della realtà esterna (Kernberg, 1984). Questo tipo di organizzazione strutturale comprende, prevalentemente, tutti i disturbi della personalità rilevabili nella pratica clinica ma, sono distinguibili personalità al limite "di basso funzionamento" da personalità "ad alto funzionamento". Tra le organizzazioni maggiormente compromesse sono rilevabili le personalità borderline, schizoide, schizotipica, paranoide, ipomaniacale, ipocondriaca, narcisistica e antisociale. Questi disturbi presentano spesso, oltre ad una grave diffusione dell'identità e a manifestazioni di meccanismi di difesa primitivi, una certa compromissione del Super-Io, in particolare per quanto riguarda le personalità narcisistiche e antisociali. Tutti i pazienti con organizzazione borderline di basso funzionamento presentano gravi distorsioni e compromissioni nelle relazioni interpersonali, non riescono a stabilire e mantenere relazioni intime; sono persone che non riescono a impegnarsi professionalmente, sono spesso incerte e non hanno dei chiari scopi in diverse aree della loro vita e manifestano anche differenti problematiche per quel che concerne la sessualità in genere. Spesso sono individui che non riescono a integrare la sessualità con la tenerezza e l'affetto positivo, mostrano comportamenti caotici e hanno tendenze infantili perverse e polimorfe. Nei casi più gravi si nota un'inibizione generalizzata della sessualità per uno schiacciante predominio dell'aggressività. Un altro parametro che caratterizza le organizzazioni più gravi della sfera borderline è una chiara debolezza dell'Io, dunque l'incapacità di tollerare l'angoscia, controllare gli impulsi e sublimarli, tanto che spesso sono individui incoerenti, incostanti e poco creativi sul lavoro (Kernberg, 2004). Le organizzazioni strutturali borderline di alto funzionamento, invece, comprendono le personalità ciclotimiche, sadomasochistiche, infantili e istrioniche, dipendenti e narcisistiche con un maggior grado di funzionamento. Sono individui che hanno sicuramente un adattamento migliore alla realtà sociale hanno alcune relazioni vagamente intime e a volte riescono a integrare la sessualità a comportamenti teneri. Hanno, infatti, alcune aree dell'Io meno compromesse, un Super-Io meglio integrato, stabiliscono una certa forma di dipendenze e sono più costanti sul lavoro tanto da riuscire a mantenere un adattamento migliore nella società (Kernberg, 2004). L'organizzazione nevrotica della personalità è caratterizzata da un'identità non diffusa, dall'uso di meccanismi di difesa maturi centrati sulla rimozione e hanno un saldo rapporto con la realtà. Sono individui capaci di relazioni profonde, che hanno una certa forza dell'Io che gli permette di tollerare l'angoscia e di sublimare i

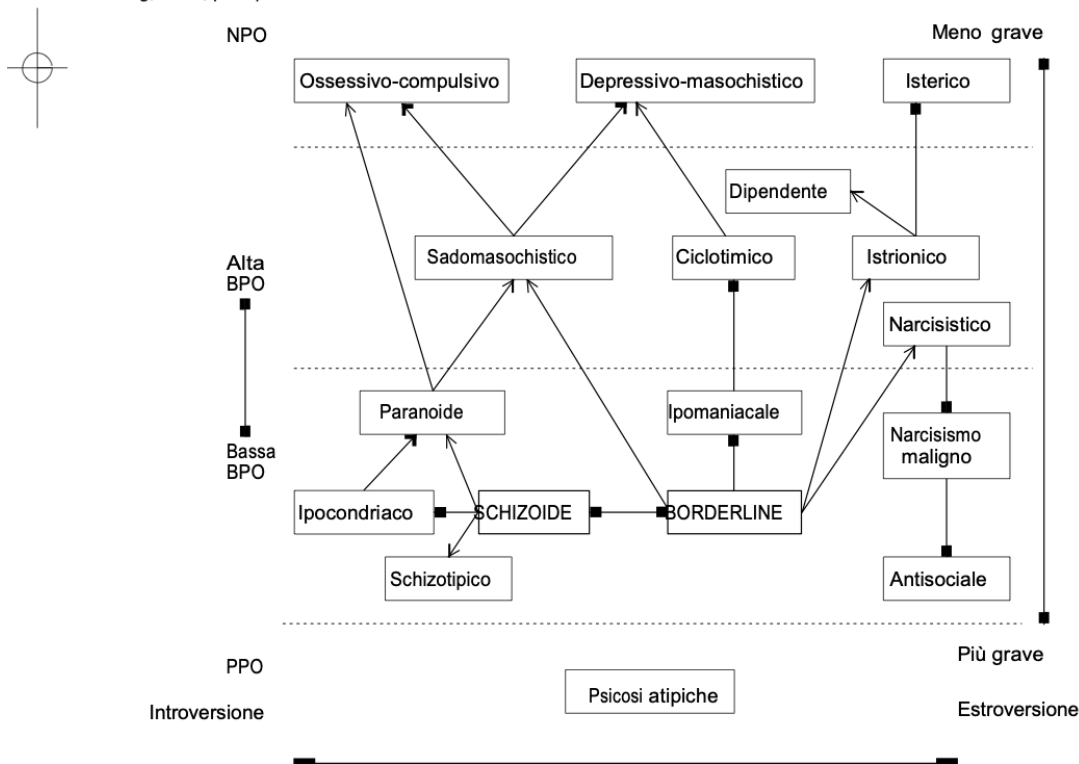
propri impulsi. Sono persone spesso efficaci e creative sul lavoro e hanno la capacità di integrare amore e sessualità. La loro vita è a volte disturbata da sensi di colpa inconsci che possono essere connessi all'intimità sessuale. Questo tipo di struttura spesso si ritrova in manifestazioni cliniche quali le personalità isteriche, depressivo-masochistiche, ossessive, evitanti e, più in generale, nei così detti "caratteri fobici". A volte si incontrano casi che presentano inibizioni o fobie specifiche. Dopo la sua teorizzazione della diagnosi strutturale e dell'organizzazione borderline di personalità, avvenuta tra gli anni '70 e '80, Kernberg insieme a Clarkin e al suo gruppo di ricerca cercano di arricchire il modello delle tre organizzazioni e ne indagano le relazioni con i disturbi della personalità e con le dimensioni di personalità. Così dagli anni '90 iniziano gli studi clinici e di ricerca che mirano ad integrare la visione strutturale a quella sintomatica e dei tratti, da questi lavori nasce la distinzione tra l'organizzazione borderline di "alto funzionamento" e quella di "basso funzionamento": quasi tutti i disturbi di personalità, infatti, mostrano una struttura di tipo borderline, ma appare chiaro un differente livello di funzionamento che oscilla talvolta verso modalità più nevrotiche, altre volte verso organizzazioni più psicotiche. Le proposte del gruppo di Kernberg mirano ad integrare la teoria dell'organizzazione strutturale alle valutazioni diagnostiche e di personalità che vengono maggiormente adottate e a mantenere un atteggiamento scientifico prestando attenzione al dialogo tra pratica clinica e verifica empirica. Il modello alternativo, proposto da Kernberg, alla diagnosi psichiatrica classica, categoriale e descrittiva, propria dei principali manuali, DSM-5 e ICD-11, in quanto il tentativo di classificazione e distinzione netta di precise costellazioni sintomatiche se da un lato è servito a chiarire e differenziare i diversi disturbi di personalità, dall'altro ha favorito l'aumento della comorbidità e la politicizzazione dei processi decisionali sull'attribuzione delle "etichette" a questi disturbi. In particolare, l'Autore, sostiene che uno stesso comportamento sintomatico può iscriversi in diverse organizzazioni strutturali di personalità (Kernberg, 1984). I sistemi di classificazione di matrice categoriale, così come quelli di tipo dimensionale, hanno, secondo l'Autore (Kernberg, 2004), anche la tendenza ad ancorare la ricerca empirica ai comportamenti manifesti e quindi superficiali dell'individuo che, invece, potrebbero essere espressione e asservire funzioni molto distanti e differenti sulla base del tipo di organizzazione strutturale che ne sottende. Uno dei modelli dimensionali ampiamente diffusi ad esempio è quello dei Big Five Factor Model che spiega la personalità attraverso la commistione di cinque fondamentali elementi, frutto di numerose analisi fattoriali: nevroticismo, estroversione, apertura all'esperienza, gradevolezza e coscienziosità, che pare riescano a descrivere tutti i disturbi presenti nel DSM 5 (Costa & Widiger, 1994; Widiger et al., 1994). Ma Kernberg cerca di rispondere alla domanda se questo modello possa davvero produrre una comprensione clinica determinante della personalità sia normale che patologica. L'Autore sottolinea quanto uno stesso comportamento, come ad esempio la timidezza sociale o la fobia sociale, possa

essere manifestazione di differenti funzionamenti strutturali, infatti al livello categoriale la fobia sociale può essere parametro diagnostico per un disturbo schizoide o uno evitante; ma al di là della classificazione del sintomo l'economia psichica soggiacente potrebbe essere mantenuta da una massiccia ideazione paranoide, oppure dalla paura di essere smascherato propria di un pensiero grandioso narcisistico, oppure potrebbe anche essere un meccanismo di formazione reattiva contro tendenze esibizionistiche proprie di personalità isteriche. Kernberg (2004) sottolinea anche che il pensiero e l'approccio psicoanalitico non possono risolvere tutti i problemi diagnostici esistenti. Infatti, un recente contributo di Clarking, Kenberg e Somavia (1998) per la valutazione dei pazienti con Disturbo

Borderline della Personalità (DBP) propone un protocollo multistrumentale per l'assessment che integra tre livelli di comprensione: comportamentale, dei tratti e della struttura. Il livello comportamentale comprende la valutazione degli atteggiamenti ripetitivi e frequenti, soprattutto quelli che implicano interazioni con altre persone. Ciò può essere diagnosticato per mezzo dell'Asse II e di una intervista semistrutturata come la Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (Endicott & Spitzer, 1978) e l'International Personality Disorder Examination (PDE; Loranger, 1997). Il livello dei tratti, descritto come disposizioni a sentire e comportarsi indipendentemente dai cambiamenti ambientali, che può essere approfondito con strumenti come la Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (Clark, 1993) e il Neo Personalità Inventory Revised (Costa & McCrae, 1992). Infine, a livello strutturale, propongono la diagnosi per mezzo dell'intervista strutturale di Kernberg e lo strumento autosomministrato, messo a punto dagli stessi Autori, Inventory of Personalità Organization (IPO; Kernberg & Clarking, 1995; Foelsch et al., 2000). Questo protocollo fornisce informazioni utili per la condivisione di segni e sintomi riportati dal paziente borderline e per la comprensione della sua struttura di personalità, al fine di stabilire il trattamento terapeutico ad esso più consono. Dai suoi primi contributi fino ai più moderni tentativi di integrazione, le teorie psicodinamiche e le rispettive pratiche terapeutiche degli ultimi decenni, hanno visto la struttura psichica e il funzionamento mentale due concetti diagnostici fondamentali, insieme ai pattern interpersonali e ai conflitti intrapsichici tipici di un certo paziente (Horowitz et al., 1993). "Il concetto di struttura psichica e di funzionamento mentale descrive le disposizioni o pattern tipici dell'esperienza e del comportamento di un individuo che si palesano per lo più nell'interazione interpersonale" (Gruppo OPD, 2006, p. 6).

Nella Tabella 2 riportiamo schematicamente in che modo Kernberg associ i disturbi della personalità alle organizzazioni strutturali e quali siano le interrelazioni tra loro.

Tabella 2: I disturbi di personalità e le loro interrelazioni (da Kernberg, 2004, p. 17).



Così come il concetto di struttura coniato da Kernberg si è modificato e adattato alle scoperte cliniche e scientifiche degli ultimi anni, anche gli strumenti che l'Autore, insieme al suo gruppo di ricerca, hanno messo a punto per ottenere una diagnosi di organizzazione strutturale sono stati perfezionati e modificati nel tempo. Partendo dal colloquio clinico strutturale di Kernberg esploreremo gli strumenti più recenti di matrice empirica, STIPO e IPO, tentativi di operationalizzare i criteri psicodinamici del modello kernberghiano.

1.6 Il colloquio strutturale

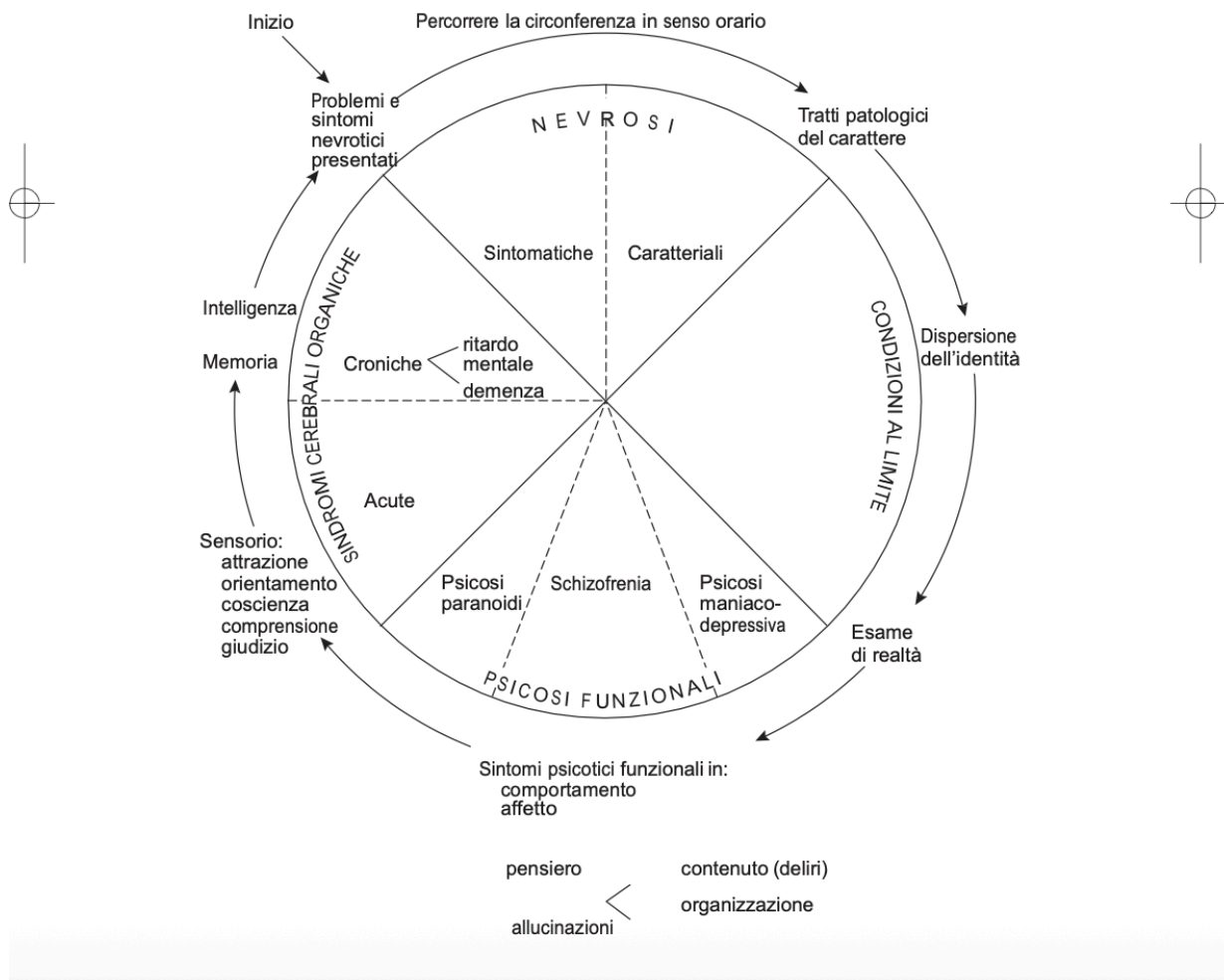
Di pari passo con l'evoluzione del suo modello diagnostico e delle riflessioni sulle caratteristiche strutturali implicite in una diagnosi di "disturbo di personalità", Kernberg ed il suo gruppo di lavoro mettono a punto una serie di strumenti che, pur rispettando le influenze cliniche di costruire una "relazione diagnostica" presentino caratteristiche che cerchino di seguire degli standard e quindi risultino sufficientemente affidabili. Il suo primo tentativo in tal senso è quello di mettere a punto delle linee guida relativamente standardizzate per la conduzione del colloquio diagnostico tradizionalmente considerato lo strumento principe per la valutazione psicodinamica di un paziente.

Nasce così il “colloquio strutturale”, che presenta indicazioni tecniche generali e deve essere valutato seguendo o specifici indicatori che “segnalano” la presenza di una delle tre “organizzazioni tipo”. Nel 1981 Kernberg teorizza il suo colloquio clinico strutturale. L’intervista che l’Autore ha messo a punto ha come obiettivo quello di tracciare un profilo diagnostico e di differenziare le organizzazioni strutturali borderline della personalità. Sugerendone l’applicazione standard in tutti i contesti istituzionali, Kernberg insiste sulla necessità di operare, fin dalle primissime battute dell’incontro, una valutazione dello stato mentale del paziente: qualora si evidenzi una sindrome psicotica o organica si procede alla raccolta anamnestica in modo simile ad un tradizionale colloquio psichiatrico, abbandonando l’approfondimento introspettivo richiesto da questa intervista. Kernberg, infatti, sottolinea quanto possa essere utile avere prima un’anamnesi psichiatrica classica del paziente stesso soprattutto per i clinici non esperti. Questo modo di procedere ha dei vantaggi e degli svantaggi: la valutazione psichiatrica classica diminuisce l’angoscia iniziale del paziente poiché riproduce una modalità tradizionale di interazione medico-paziente, questo tipo di approccio controlla ed evita la messa in moto di difese primitive; nei casi di struttura nevrotica, però, precedere una raccolta dei dati classica potrebbe indurre il soggetto ad adattarsi in modo difensivo al colloquio stesso, oscurando la sua angoscia e dunque i suoi conflitti prevalenti. Alla luce di queste osservazioni Kernberg propone di utilizzare il pre-accertamento psichiatrico nei casi in cui non si disponga di molto tempo e qualora il clinico non sia particolarmente esperto; mentre, qualora si avesse un adeguato tempo a disposizione e si fosse abbastanza esperti per gestire l’angoscia che potrebbe emergere da un’indagine di tipo strutturale, sarà più proficuo, soprattutto per una buona diagnosi differenziale tra organizzazione nevrotica e borderline, partire direttamente con l’indagine strutturale. I principali tipi di interventi da utilizzare durante il colloquio sono la chiarificazione, la messa a confronto, l’interpretazione e l’interpretazione della traslazione. La chiarificazione è l’esplorazione di tutti i contenuti vaghi, contraddittori, ambigui, poco chiari che si evincono dall’enunciato del paziente; il contenuto riportato dal paziente viene trattato senza essere messo in discussione con l’unico scopo di rilevare quanto ciò che il soggetto dice sia effettivamente oscuro o confuso per lui. Il paziente, essendo indotto a chiarire, porrà in evidenza quanto sia consapevole dei propri comportamenti. La messa a confronto mira a far notare al paziente quegli aspetti da lui riportati che sembrano indicare la presenza di un conflitto poiché contrastanti tra loro o contraddittori. È necessario mettere al corrente il paziente di qualche suo atteggiamento attuale, messo in atto magari senza rendersene conto, e sottolinearne la valenza contraddittoria: si avvicina in qualche modo un contenuto preconsenso alla consapevolezza. Inoltre, l’intervistatore ipotizza una relazione tra l’atteggiamento rilevato e lo stato attuale del paziente stesso per sondare quanto il soggetto sia disponibile ad accettare e considerare di osservare il suo funzionamento da una diversa prospettiva. La messa a confronto mette in luce il grado di

consapevolezza del soggetto rispetto alla realtà e con quale grado riesca a mettersi nei panni del clinico che propone una visione alternativa alla sua di valutare la realtà stessa. Così questo tipo di intervento richiede tatto e pazienza da parte dell'intervistatore. L'interpretazione, a differenza della messa a confronto, mette in collegamento il materiale conscio e preconscious rilevato e ne ipotizza delle funzioni o motivazioni inconse, esplora le origini conflittuali della mantenuta separazione di certi aspetti della realtà. In qualche modo l'interpretazione mette in luce le angosce e i conflitti che si sono attivati. Rispetto alla messa a confronto, che collega e riorganizza il materiale osservato, l'interpretazione aggiunge profondità e significato in una dimensione ipotetica. Un particolare tipo di interpretazione è l'interpretazione della traslazione: la traslazione è la presenza, nell'interazione con l'intervistatore, di comportamenti inappropriati, specchio della riproduzione dei rapporti inconsci patogeni e conflittuali con gli altri significativi, le reazioni di traslazione permettono di mettere in collegamento il disturbo attuale con l'esperienza passata relazionale del paziente.

Kernberg riporta un esempio per sottolineare la differenza tra questi tipi di interventi: "Far rilevare al paziente il suo atteggiamento controllante e sospettoso con il clinico è una messa a confronto. Fargli osservare che, forse, egli attribuisce al clinico un atteggiamento rigido, aspro, sospettoso, tendente al controllo- e perciò forse ha la sensazione di dover stare in guardia a causa della propria lotta interiore con tali tendenze- è un'interpretazione. Osservare che il paziente sta lottando con il clinico che conduce il colloquio, il quale rappresenta un "nemico" interno con quelle caratteristiche che egli ha sperimentato in passato in un'interazione analoga con una figura genitoriale, è un'interpretazione della traslazione" (Kernberg, 1984, p.22). Il colloquio ha un andamento ciclico: dalla fase iniziale, in cui si chiede al paziente di presentare le sue difficoltà e motivazioni che lo hanno portato a richiedere una valutazione, si traggono i principali sintomi nevrotici, li si analizza anche alla luce del tipo di interazione che il paziente stabilisce con l'intervistatore e si passa ad analizzarli uno per volta per mezzo di chiarificazione, messa a confronto e interpretazione. La diagnosi strutturale comincia a prendere forma sulla base delle reazioni ai diversi interventi che il paziente mostra. La natura ciclica (Vedi Figura 1) del colloquio lo rende sicuramente una procedura differente da quella tradizionale: i sintomi chiave collocati sul perimetro del cerchio consentono al clinico di iniziare e completare un ciclo di indagine per poi ritornare al punto iniziale e riprendere con un nuovo ciclo; modello in antitesi con l'intervento tipo "albero delle decisioni" che segue uno schema fisso di progressione. Inoltre, un'altra peculiarità e differenza del colloquio di Kernberg rispetto a quello classico, è di concentrarsi sull'interazione e la manifestazione transferale attuale del paziente con il clinico che conduce il colloquio e intervenire attraverso la tecnica psicoanalitica per mettere in luce conflitti e operazioni sottostanti ai sintomi chiave rilevati solo a livello descrittivo dalla psichiatria tradizionale.

Figura 1: ciclo dei sintomi chiave (Kernberg, 1984 p.42).



1.7 Le fasi del colloquio

La fase iniziale del colloquio prevede la raccolta delle informazioni sul paziente sia rispetto al suo disagio e alle sue difficoltà che riguardo al suo carattere ed alla sua personalità più in generale. Una possibile apertura del colloquio potrebbe essere: “Mi interessa sapere che cosa l’ha portata qui, qual è la natura dei suoi problemi o delle sue difficoltà, che cosa si aspetta dal trattamento e come si sente ora al riguardo” (Kernberg, 1984 p. 44). Attraverso questa domanda si cominciano ad esplorare le caratteristiche dello stato mentale del paziente: se ricorda la domanda, se riesce a formulare una risposta coerente, si indaga sul suo sensorio, memoria e intelligenza. Così si percorre il primo ciclo e si esclude una diagnosi di psicosi o di altro problema di natura organica, che porterebbero ad una manifesta alterazione del rapporto con la realtà. Se, dunque, le funzioni cognitive in generale sembrano integre si procede all’esplorazione dei sintomi indagando sulla loro insorgenza, sul tipo di decorso e su altre peculiarità che sono importanti per comprenderne la natura. Già da questa prima fase si intuisce quanto per Kernberg siano importanti la forma e la modalità con cui un paziente tratta

e risponde alle domande dell'intervistatore più che il contenuto stesso. Anche le domande di approfondimento rispetto ai sintomi, infatti, mirano sempre a mettere in luce l'angoscia, l'eventuale confusione e il rapporto con la realtà del paziente più che raccogliere informazioni dettagliate sulla descrizione dei sintomi stessi. Attraverso questo tipo di colloquio, infatti, ciò che si vuole analizzare è la modalità inconscia di gestire i conflitti e il tipo di rappresentazioni di sé e dell'altro interne del soggetto. Questa è anche la principale differenza con il colloquio tradizionale psichiatrico che, al contrario, analizza ed esplora dettagliatamente il contenuto per poter formulare una diagnosi descrittiva. Sempre durante la prima fase ci si inoltra nella parte cruciale del colloquio stesso: la valutazione dei tratti di personalità finalizzata non solo a determinarne le caratteristiche e discriminarne le tipologie ma per focalizzarne la gravità e il loro grado di compromissione. Dopo aver esplorato i sintomi infatti un'ulteriore quesito potrebbe essere formulato in questo modo: "Dopo che lei mi ha parlato delle sue difficoltà, vorrei conoscerla meglio come persona. Potrebbe descrivermi sé stesso, la sua personalità, ciò che ritiene sia importante che io sappia, in modo che possa farmi un quadro reale di lei come persona?" (Kernberg, 1984 p.47). Questa domanda, oltre ad offrire un nuovo stimolo, fornisce la possibilità di orientare l'indagine ad un livello più profondo. Talvolta i soggetti mostrano difficoltà a rispondere in modo chiaro e organizzato dunque si può sollecitare a raccontare delle persone importanti per lui, della sua famiglia, del suo lavoro, vita sessuale e tempo libero. A questo punto il clinico può cominciare a costruire un'idea sul grado di dispersione dell'identità del paziente sulla base della modalità di risposta, di come riesca a trasmettere un'immagine coerente di sé e degli altri. Contemporaneamente incoraggiare a parlare liberamente potrà indurre il paziente, soprattutto se di tratta di una struttura borderline di personalità, a mettere in moto delle operazioni difensive primitive nei confronti dell'intervistatore stesso, che potrà avvertire stress o difficoltà a continuare a procedere nel colloquio. Alla fine, potrà essere chiaro che è stata attivata una specifica relazione oggettuale da parte del paziente nello stato attuale del colloquio. Se il clinico riuscirà a spiegare e restituire la sua impressione sul ruolo che sente gli sia stato attribuito dal paziente si avranno elementi utili per indagare l'esame di realtà. Infatti, per esame di realtà, Kernberg, intende la capacità empatica del soggetto, la possibilità di assumere un punto di vista differente dal proprio e provare a percepire ciò che accade da un vertice di osservazione fornito dall'altro. Verificato l'esame di realtà si potrà decidere se continuare a esplorare la dispersione dell'identità. L'esame di realtà, infatti, secondo il modello di Kernberg, ci dà delle informazioni per discriminare la struttura psicotica da quella borderline. Così la diffusione dell'identità permette di distinguere l'organizzazione borderline da quella non borderline. Dunque, nei casi di rilevazione di una struttura psicotica si passerà a raccogliere informazioni sulla natura della psicosi, mentre nel caso non emerga

una distorsione dell'esame di realtà si continua con la fase centrale del colloquio strutturale che si concentra sull'analisi dell'identità.

1.8 La fase centrale

Durante la fase centrale del colloquio si delinea se il soggetto presenta una struttura borderline piuttosto che nevrotica. Si continua ad approfondire l'esplorazione dell'identità e a valutarne il grado di diffusione. Principalmente si affrontano i temi riguardanti le rappresentazioni interne di sé e dell'oggetto. Una proposta di Kernberg per avviare questa fase del colloquio è: Vorrei ora sapere di più su di lei come persona, sul modo in cui percepisce sé stesso e sente che gli altri la percepiscono; su qualsiasi cosa che, a suo parere, potrebbe aiutarmi a farmi un'idea approfondita di lei nel tempo limitato che abbiamo a disposizione. (Kernberg, 1984, p.51). Queste domande sollecitano ulteriori approfondimenti sugli aspetti caratteriologici e sul tipo di problematiche concernenti la personalità ed allo stesso tempo permettono di approfondire il grado di dispersione dell'identità. Dalle risposte fornite in questa fase, l'intervistatore valuterà quanto il soggetto riesca a fornire un'immagine di sé centrale, integra e salda o quanto, al contrario, il concetto di sé stesso possa mostrarsi frammentato e contraddittorio.

Così, avute le informazioni necessarie sul tipo di teoria e concetto che il paziente ha costruito di sé, si continua indagando il tipo di rappresentazione che il paziente stesso ha dell'altro o degli altri per lui significativi. Le organizzazioni borderline, a questo punto, mostrano la loro incapacità di integrare le immagini degli altri, ulteriore indicatore di dispersione dell'identità. Una modalità di inserire il tema delle rappresentazioni degli altri potrebbe essere: Vorrei chiederle qualcosa sulle persone che contano di più nella sua vita. Potrebbe dirmi qualcosa in modo che, nel tempo limitato di cui disponiamo, io mi possa formare di esse una chiara impressione? (Kernberg, 1984, p.52). Così si accerteranno le qualità delle rappresentazioni d'oggetto interne del paziente. La qualità delle relazioni e degli scambi interpersonali sono criteri chiave, secondo il modello di Kernberg, per mettere in evidenza quanto il paziente mostri un'organizzazione strutturale compromessa, in che misura presenti delle risorse che gli possano permettere di trarre beneficio da un percorso psicoterapeutico e, dunque, quale potrebbe essere il trattamento più idoneo per lui. Questa fase del colloquio permette di chiarire la natura delle difese assunte prevalentemente dal soggetto. In particolare, è lo stile narrativo che distingue l'organizzazione nevrotica da quella borderline: il nevrotico riesce a raccontare una storia coerente facendo collegamenti tra passato e presente, tanto che l'intervistatore riesce chiaramente a rappresentarsi le persone e le situazioni che il paziente descrive. Il soggetto borderline, invece, narra in modo che presente e passato spesso risultano confusi tanto che l'intervistatore non riesce a farsi

un'idea verosimile dei fatti raccontati dal paziente. Il paziente con tratti narcisistici, specifica Kernberg, è quello più difficile da individuare tra le organizzazioni borderline poiché spesso fornisce un'immagine di sé apparentemente salda e integra, dunque, bisogna soffermarsi in modo più attento sulle rappresentazioni oggettuali e indagare quanto quell'immagine di sé, apparentemente nevrotica, sia frutto di difese come l'onnipotenza e l'idealizzazione di sé. Seguendo il modello ciclico, dunque, si ripercorrono e si esplorano tutti i sintomi nevrotici, i tratti patologici del carattere, le operazioni difensive, la dispersione dell'identità e l'esame di realtà che il paziente riporta sia esplicitamente attraverso il contenuto delle sue risposte, sia implicitamente attraverso l'attuarsi e il prendere forma del rapporto con l'intervistatore stesso.

Così si avvia la fase conclusiva del colloquio. Kernberg propone un ultimo intervento per concludere l'intervista: Che cosa, secondo lei, avrei dovuto chiederle e non le ho chiesto? (Kernberg, 1984, p. 63,64). Quest'ultimo stimolo spesso attiva domande e riflessioni da parte del paziente che possono mostrare una certa angoscia derivata dal colloquio stesso e dall'esplorazione e discussione delle sue difese. Così è sempre necessario lasciare del tempo a disposizione affinché si possa rispondere a queste domande e si possano individuare e contenere le angosce che si sono attivate nel paziente. A questo punto è l'intervistatore che dovrà valutare se dispone degli elementi necessari per formulare una proposta di trattamento o se necessita di ulteriori colloqui o approfondimenti. Secondo Kernberg è necessario, in qualsiasi caso, che il paziente partecipi a questo processo decisionale. Kernberg ritiene che, per un'adeguata conduzione del colloquio strutturale, sia necessario avere a disposizione almeno un'ora e mezza di tempo. Questo potrebbe essere organizzato in due momenti di quarantacinque minuti, divisi da una pausa di un quarto d'ora. È auspicabile che durante questi colloqui l'intervistatore non abbia altri pensieri e particolari preoccupazioni che gli impediscano di stare contemporaneamente concentrato sul contenuto verbale del paziente, sulle sue reazioni controtransferali e su una posizione esterna rispetto alla relazione attivata dal paziente.

1.9 La STIPO

La Structured Interview of Personality Organization (STIPO; Clarkin et al., 2004) è un'intervista semistrutturata che fornisce una guida e degli indici numerici per ottenere una valutazione dell'organizzazione della personalità secondo il costrutto psicodinamico di Kernberg. Il colloquio clinico che Kernberg ha messo a punto nel 1981 può essere definito il precursore della STIPO: l'intervista clinica strutturale di Kernberg ha il vantaggio di avvalersi dell'intuito clinico dell'intervistatore che permette di aumentare la complessità della comprensione clinica del paziente, ma questo ne minaccia l'attendibilità e il grado di accordo tra diversi clinici. La STIPO è un tentativo

di ovviare ai problemi di attendibilità del colloquio di Kernberg poiché prevede una struttura precisa. che l'intervistatore deve seguire prima di esprimere una valutazione attendibile

sulla struttura psichica e sul cambiamento strutturale del paziente e impone delle misure operazionalizzate a cui fare riferimento. La STIPO si occupa di indagare delle aree precise individuate dalla concettualizzazione di Kernberg sulla struttura psichica: l'identità, le difese primitive, la qualità delle relazioni oggettuali, la qualità dell'aggressività, la rigidità e la flessibilità delle strategie di coping, i valori morali. L'intervista mira ad esplorare sia il mondo interno del soggetto che le caratteristiche esterne e le sue modalità di comportamento, come il lavoro che svolge o i tipi di scambi che si attivano nei suoi rapporti attuali. Il mondo interno dell'individuo, infatti, secondo gli Autori (Clarkin et al., 2004) potrebbe essere frainteso senza avere un'approfondita descrizione dei comportamenti manifesti del soggetto stesso. E' importante specificare, però, che l'intervista non rileva i sintomi dei pazienti ma si focalizza sulle dimensioni di personalità e proprio per questo, per una adeguata diagnosi, andrebbe affiancato uno strumento specifico per la rilevazione dello stato sintomatologico, come la SCID 1 (First et al., 1997). La STIPO si propone come strumento clinicamente utile ed empiricamente valido: permette di ottenere delle misure dei principali criteri psicologici che permettono di individuare e differenziare le organizzazioni borderline di personalità, così da pianificarne il trattamento più idoneo ed efficace. In particolare, rileva il tipo di identità e di relazioni oggettuali che sono due costrutti correlati tra loro. Una principale distinzione è che l'identità rimane per lo più stabile nel tempo mentre la qualità delle relazioni oggettuali è un indice più dinamico, proprio per questo, durante un trattamento, la qualità relazionale può mutare mentre è più difficile un cambiamento strutturale dell'identità. L'intervista, offrendo una valutazione specifica di queste caratteristiche, può essere utilizzata come predittore del tipo di transfert e controtransfert che si potrebbe instaurare tra clinico e paziente e rilevarne gli eventuali cambiamenti durante il corso del trattamento stesso (Clarkin et al., 2007). Un ulteriore uso della STIPO è quello di esaminare la relazione tra l'identità, le difese primitive, la qualità delle relazioni oggettuali e altri costrutti psicodinamici valutati attraverso altri strumenti come lo stile di attaccamento, la funzione riflessiva, i tratti patologici della personalità (ibidem). Le domande della STIPO sono state formulate considerando i domini interessati e la loro concettualizzazione nel modello di Kernberg (1984). Molte di queste domande sono state scritte ampliando gli item messi a punto per l'Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin, et al, 2001; Lenzenweger et al., 2001), un questionario self report per la valutazione dell'organizzazione strutturale della personalità. I due strumenti sono due forme parallele che offrono due metodi alternativi per misurare lo stesso costrutto. La maggior parte delle domande sono state costruite dagli Autori, Clarkin, Caligor e Stern, che, durante i lavori di messa a punto dell'intervista, si sono avvalsi della supervisione di Otto Kernberg. Complessivamente le domande

sono di due tipi: in primo luogo si focalizzano sulle caratteristiche evidenti che il modello indica correlate ad una patologia delle relazioni oggettuali (ad esempio la capacità di regolare i conflitti interpersonali; l'abilità di dirigere le proprie energie verso opere costruttive e produttive come il lavoro o la scuola). La seconda tipologia di domande è sulle esperienze interne, da osservare clinicamente, caratteristiche di un disturbo della personalità (ad esempio il cambiamento drammatizzato nel modo di percepire sé stesso o gli altri o l'assenza di un senso di profondità e di realtà) (Stern et al., 2010). Inoltre, per aumentare l'attendibilità dello strumento, gli Autori hanno adottato un sistema di scoring e di somministrazione simile a quello usato per l'International Personality Disorder Examination (IPDE; Loranger, 1999) e per la Structured Interview for the DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Axis II (SCID-II; First et al., 1997). Per quanto riguarda lo scoring la STIPO prevede, per ciascuna domanda, l'assegnazione di un punteggio su una scala likert a 3 punti da 0 a 2, dove 0 indica l'assenza di patologia rispetto alle caratteristiche valutate attraverso la domanda e 2 riflette la chiara presenza di patologia rispetto alle caratteristiche indagate; il punteggio 1 rappresenta un livello intermedio che si riflette dalla risposta del soggetto. Il manuale prevede delle linee guida per ciascun item della STIPO che servono all'intervistatore per assegnare il punteggio appropriato. Queste linee guida sono delle brevi descrizioni rispetto alle caratteristiche principali dei tre livelli di valutazione (0,1 e 2) della risposta. Sono delle liste di descrizioni che potrebbero, in diverse combinazioni, rappresentare il livello della risposta ma non vanno prese come prototipi da ricercare in modo aderente nelle parole dell'intervistato. Per distinguere o scegliere tra un punteggio 1 e un punteggio 2 vanno osservate principalmente: frequenza, intensità, rigidità e pervasività della caratteristica riportata dal soggetto. Per alcuni item della STIPO è previsto il punteggio 3 che può indicare: che il soggetto non ha risposto alla domanda; che non ha compreso la domanda nonostante gli fosse stata chiarita; oppure che ha risposto alla domanda in modo incoerente, altamente superficiale, internamente inconsistente. Per altri item della STIPO può essere registrato il punteggio 9 che indica che la domanda è stata saltata. Ad esempio, la domanda sul lavoro può essere saltata se il soggetto non ha lavorato negli ultimi cinque anni; allo stesso modo la domanda sull'intimità e sulla qualità dei rapporti intimi non viene fatta se il soggetto non ha relazioni amorose da almeno cinque anni. Si assegna un punteggio a ciascuna domanda e si calcola la media delle sottoscale di ciascun dominio o area prevista. Al punteggio finale della sottoscala o del dominio si aggiunge un punteggio tra 1 e 5. Questa scala a 5 punti concerne il range di salute e patologia complessiva di ciascuna sessione misurata. Per esempio per il dominio Qualità delle Relazioni Oggettuali: si assegna un punteggio da 0 a 2 a ciascuna domanda prevista per quel dominio, si calcola il punteggio medio del gruppo di item valutati e a questo si aggiunge un punteggio da 1 a 5, dove 1 indica una buona capacità di empatizzare con l'altro, di vedere la relazione non solo come un

esaudimento dei propri bisogni e di sostenere gli interessi dell'altro nel tempo; al contrario 5 indica che i rapporti spesso sono visti come la soddisfazione dei propri bisogni, manca la capacità di empatizzare con l'altro e con i suoi bisogni, non c'è interesse per l'altro e il proprio diritto è il motivo principale della relazione interpersonale. L'intervistatore è istruito a utilizzare il suo intuito clinico e le sue impressioni, l'osservazione del contenuto non verbale assunto durante l'intervista, dunque i 5 punti sono assegnati sulla base di un preciso giudizio clinico dell'intervistatore a differenza dei punteggi che vengono assegnati alle specifiche risposte. Da ciò si evince che sono previsti due sistemi paralleli di valutazione: la prima che viene fatta per ciascuna domanda sulla base della risposta specifica, la seconda viene fatta esaminando complessivamente tutte le risposte e integrando una comprensione clinica del soggetto. Per ottenere l'attendibilità all'uso della STIPO è necessario essere uno psichiatra o uno psicologo ad orientamento psicoanalitico che ha fatto uno specifico training. È necessaria una certa familiarità con il costrutto dell'organizzazione strutturale della personalità di riferimento e una certa esperienza come somministratore di interviste semistrutturate. L'ultima versione della STIPO (Stern et al., 2010) comprende 100 domande divise in 34 item che esaminano i tre domini principali: Identità (19 item), Difese Primitive (10 item) e l'Esame di Realtà (5 domande); il resto delle domande sono. (Vedi Tabella 3)

Tabella 3: domini e sottoscale della STIPO

Domini	Sottoscale			
	IDENTITA'	Capacità di investire	Senso di Sé	Senso degli altri
	RELAZIONI OGGETTUALI	Internal Working Model di relazione	Relazioni interpersonali	Relazioni intime e Sessualità
	DIFESE	Difese Primitive		
	ESAME DI REALTA'	Esame di realtà		
	COPING E RIGIDITA'	Coping/Rigidità		
	AGGRESSIVITA'	Aggressività rivolta a Sé	Aggressività rivolta all'altro	
	VALORI MORALI	Valori Morali		

Il lavoro di standardizzazione della STIPO pubblicato nel 2010 ad opera di Stern, Caligor, Clarkin e altri mette in evidenza le buone caratteristiche di attendibilità e validità dell'intervista, in particolare dei tre domini principali per la valutazione dell'organizzazione borderline di personalità: Identità, Difese ed Esame di Realtà. Gli Autori, infatti, assumono che questi criteri siano predittivi di alti livelli di affetti negativi e aggressività, alti livelli di stress interpersonale e bassi livelli di affetti positivi. Inoltre, gli Autori hanno voluto verificare se e quanto l'esame di realtà possa essere intaccato negli stati borderline quando vi sono massicce attivazioni di diffusione dell'identità e di difese primitive, in questi casi perciò si ipotizza una certa associazione dell'esame di realtà a un indebolimento delle funzioni cognitive. Il lavoro è stato svolto su un campione di 88 soggetti: 30 soggetti ricoverati presso un ospedale psichiatrico universitario di New York, 24 pazienti seguiti privatamente dagli stessi clinici dell'ospedale ed il resto pazienti seguiti in strutture di New York da candidati di un istituto di training psicoanalitico. Dal gruppo sono stati esclusi soggetti che presentavano una diagnosi di schizofrenia o altra forma psicotica e disturbi bipolari. L'età media del gruppo è 32 anni (tra i 22 e i 55): l'80% ha una diagnosi psichiatrica di un disturbo della sfera affettiva, il 24% ha un disturbo della personalità. Per testare la validità della STIPO sono stati affiancati degli strumenti self report: l'IPO che valuta l'organizzazione strutturale della personalità (Lenzenweger et al., 2001); la SNAP (Clark, 1993) che valuta i tratti associati ai disturbi della personalità; il Buss-Durkee Inventory (Buss & Durke, 1957) e l'Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorders (IIP-PD; Pilkonis et al., 1996; Stern, et al., 2000) che forniscono delle misure multidimensionali dell'aggressività. Dalle analisi risulta una buona attendibilità della STIPO: l'Alpha di Cronbach dei tre domini è abbastanza alta per quanto riguarda l'Identità (.86) e le Difese (.85), mentre per l'Esame di Realtà (.69) è appena sotto il .70. Si è evinta una certa intercorrelazione tra gli stessi tre domini, risultato che indica che non possono essere considerati indipendenti. Per quanto riguarda l'accordo tra i giudici indipendenti sono stati rilevati indici significativi di correlazione: Identità ($r = .96$), Difese ($r = .97$) ed Esame di Realtà ($r = .72$). Per quanto riguarda la validità sono emersi dei risultati complessivamente significativi: le tre scale dell'IPO (Identità, Difese ed Esame di Realtà) correlano in modo positivo e significativo con i tre domini della STIPO ($p < .001$); gli indici psicopatologici della STIPO sono positivamente associati agli affetti negativi e negativamente agli affetti positivi; le difese primitive della STIPO, in particolare, sembrano essere i maggiori predittori dell'aggressività misurata con gli altri strumenti self report previsti e l'esame di realtà predice il test di realtà misurato con l'IPO ($p < .001$) e le Percezioni Eccentriche ($p < .01$) valutate con la SNAP; inoltre i tre domini della STIPO sono buoni predittori anche dei tratti principali dei disturbi di personalità, in particolare spiegano nel 29% i tratti propri del Cluster A ($p < .001$), nel 23% i tratti del Cluster B ($p < .001$) e nel 17 % il Cluster C ($p < .001$); in particolare l'Identità e l'Esame di realtà sono predittori del Cluster A, le

Difese Primitive del Cluster B e l'Esame di Realtà del Cluster C. Oltre al lavoro di standardizzazione che ha messo in evidenza una certa solidità statistica dell'intervista confermando le ipotesi iniziali degli stessi Autori; un lavoro pubblicato nel 2009 ad opera di Hartz ed altri ha messo in evidenza quanto la STIPO sia precisa e attendibile nel tracciare un profilo proto tipico dell'Organizzazione Borderline di Personalità. Oltre alla versione originale per adulti il gruppo di ricerca coordinato da Clarkin sta standardizzando la STIPO-A che è una versione dell'intervista per adolescenti. Anche in Italia la STIPO per adolescenti è stata tradotta e sono in corso i lavori di standardizzazione (IPOP-A; Ammanniti et al., 2011).

Capitolo II

La teoria dell'attaccamento, i lavori pionieristici e l'evoluzione

In un inquadramento storico il concetto di attaccamento, ed il relativo sforzo convogliato nello sviluppo di tale costrutto, si deve senza dubbio agli studi condotti da John Bowlby, Mary Ainsworth e Mary Main. Di lì in poi si sono susseguiti una enorme quantità di approfondimenti a riguardo.

2.1 John Bowlby, Mary Ainsworth e Mary Main

Il lavoro di John Bowlby (1990) è stato uno dei crocevia del secolo scorso nello sviluppo della psicologia clinica, dal momento in cui la sua teoria è stata elaborata, la ricerca in psicologia ha compiuto un balzo in avanti con una serie di ricerche ed esperimenti che ancora oggi proseguono. Ciò che va riconosciuto allo sforzo di Bowlby è quello di aver integrato la prospettiva psicoanalitica con l'etologia, le teorie evoluzionistiche, la teoria generali dei sistemi, la cibernetica, la neuropsicologia e il cognitivismo; il punto cardine della teoria si trova nella critica alla posizione Freudiana circa la motivazione per cui gli esseri umani sviluppano legami significativi. La teoria dell'attaccamento oggi è considerata un vero e proprio nuovo paradigma e utilizzata come riferimento non solo per la clinica e la ricerca in psicologia dinamica, ma anche per la psicologia dell'età evolutiva (soprattutto nell'ambito dell'infant research), per la terapia familiare (di orientamento psicoanalitico o sistemico), per la psicosomatica e per studi neuropsicologici e cognitivisti che riguardano il linguaggio, l'analisi del discorso, gli stili narrativi, le funzioni del discorso e la memoria (Trombini & Baldoni, 1999; Cassidy e Shaver, 1999). Come accennato in precedenza la prospettiva Bowlbiana integra diverse teorie, a partire dalla psicoanalisi con l'etologia, ciò gli ha permesso di gettare le basi per un vero e proprio paradigma che oggi è punto di riferimento per la clinica e la ricerca in diversi ambiti di applicazione, tra cui psicologia dinamica, psicologia evolutiva, la terapia familiare ed anche studi neuropsicologici e cognitivisti che riguardano il linguaggio. Bowlby agli inizi della sua carriera intraprese la formazione presso il British Psychoanalytic Institute, presso il quale era fu esposto in maniera massiccia alle idee Kleiniane (Klein, 1932), nonostante la riconoscenza per il periodo di istruzione aveva serie riserve sugli aspetti dell'approccio kleiniano alla psicoanalisi infantile. La Klein, infatti, sosteneva che i problemi emotivi dei bambini sono quasi interamente dovuti a fantasie generate da conflitti interni tra pulsioni aggressive e libidiche, piuttosto che a eventi nel mondo esterno, mentre la visione integrata dello sviluppo umano di Bowlby strideva con le teorie pulsionali, questo si riscontra fin da subito già in alcuni suoi scritti teorici (1940) in cui sottolineava come lo psicoanalista, allo stesso modo di un vivaista, dovrebbe studiare la natura dell'organismo, le proprietà

del terreno, e la loro interazione. Secondo la sua visione, per le madri con difficoltà genitoriali, un colloquio settimanale in cui i loro problemi vengono affrontati analiticamente e tracciati dall'infanzia può essere straordinariamente efficace. Una volta aiutata a riconoscere e riprendere i sentimenti che lei stessa aveva avuto da bambina e a scoprire che sono accettati in maniera comprensiva, una madre diventerà sempre più comprensiva e tollerante verso le stesse cose del suo bambino. (Bowlby, 1940, p 23). Come Spitz (1946) ed Erikson (1950), Bowlby sosteneva il concetto di periodi critici nello sviluppo embriologico, e mentre era cimentato nella ricerca di fenomeni simili a livello comportamentale, si imbatté in una traduzione inglese di Konrad Lorenz (1935) sull' *imprinting*. Questi scritti influenzarono fortemente l'evolversi della sua ricerca, il racconto di Lorenz (1935) sull'imprinting in oche e altri uccelli lo incuriosì particolarmente perché suggeriva che la formazione del legame sociale non doveva essere legata all'alimentazione, inoltre prese ispirazione dai metodi etologici di osservazione degli animali nel loro ambiente naturale. Per apprendere più sull'etologia, Bowlby contattò Robert Hinde, insieme al quale padroneggiò i principi etologici per aiutarlo a trovare nuovi modi di pensare all'attaccamento materno infantile. Al contrario, gli affascinanti studi di Hinde sulle differenze individuali nei comportamenti di separazione e riunione delle diadi infantili Rhesus di vita di gruppo (Hinde & Spencer-Booth, 1967) sono stati ispirati dal contatto con Bowlby e i suoi collaboratori (Hinde, 1991).

Il punto di partenza della teoria di Bowlby non fu accettato di buon grado sia dalla società psicoanalitica del tempo ma anche dai suoi collaboratori, infatti la stessa Ainsworth sebbene molto innamorata dell'etologia, era piuttosto diffidente nei confronti della direzione che la teoria di Bowlby aveva iniziato a prendere. La nuova teoria dell'istinto di Bowlby sollevò una vera tempesta presso la British Psychoanalytic Society. Il primo resoconto formale della teoria dell'attaccamento di Bowlby, basata su concetti di etologia e psicologia dello sviluppo, è stata presentata alla British Psychoanalytic Society di Londra in tre articoli classici: "*The Nature of the Child's Tie to His Mother*" (1958), "*Separation Anxiety*" (1959), e "*Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood*" (1960). Nel 1962 Bowlby aveva terminato due ulteriori documenti (mai pubblicati, 1962 a e b) sui processi difensivi legati al lutto. Questi cinque articoli rappresentano il primo progetto di base della teoria dell'attaccamento. Dopo la sua attenta discussione sullo sviluppo infantile, Bowlby introdusse concetti etologici, come stimoli che "causano" risposte specifiche attivate o interrotte (v. Tinbergen, 1951). Questi stimoli potevano essere esterni o intrapsichici, un punto importante in considerazione del fatto che alcuni

psicoanalisti accusavano Bowlby di comportamentismo perché presumibilmente ignorava i fenomeni mentali. Bowlby si è anche molto impegnato a tracciare una chiara distinzione tra il vecchio concetto

di dipendenza della teoria dell'apprendimento sociale e il nuovo concetto di attaccamento, osservando che l'attaccamento non è indicativo di regressione, ma svolge una funzione naturale e salutare anche nella vita adulta. Nella prima metà di *Attachment and loss* (Bowlby, 1969), Bowlby getta le basi per la teoria, osservando che gli organismi a diversi livelli della scala filogenetica regolano il comportamento istintivo in modi distinti, che vanno da schemi di azione fissi primitivi simili a riflessi, a gerarchie di piani complessi con sotto-obiettivi. Negli organismi più complessi, i comportamenti istintivi possono essere corretti per il raggiungimento degli obiettivi. Definisce il comportamento di attaccamento come un comportamento che ha come risultato prevedibile la prossimità a una figura di attaccamento, la cui mansione evolutiva è la protezione del bambino dal pericolo, insistendo sul fatto che l'attaccamento non è in alcun modo originato dai sistemi che si servono dell'accoppiamento e dell'alimentazione. Sebbene i neonati umani indirizzino inizialmente segnali di promozione della contiguità abbastanza indiscriminatamente a tutti i caregivers, questi comportamenti si orientano sempre più su quelle figure primarie che sono sensibili al pianto del bambino e che lo coinvolgono nell'interazione sociale (Schaffer & Emerson, 1964). Una volta avvenuto il legame di attaccamento, i bambini sono in grado di utilizzare la figura come base sicura per l'esplorazione dell'ambiente, dalla quale tornare per rassicurazione in caso di bisogno (Ainsworth, 1967, Schaffer & Emerson, 1964). Quanto efficacemente la figura di attaccamento possa giocare il suo ruolo dipende dalla qualità dell'interazione sociale - specialmente la sensibilità della figura di attaccamento ai segnali del bambino - sebbene anche i figli svolgano un ruolo. La relazione, infatti, non si basa esclusivamente sulla responsività del caregiver, ma è un processo "circolare" nel senso che molto dipende anche da tratti temperamentali specifici del bambino, ad esempio nell'esprimere le emozioni e comunicare i propri stati emotivi ed i propri bisogni, ed è in base a quest'ottica che il concetto di responsività diventa relazionale riguardando l'attività comunicativa della diade madre-bambino; infatti, differenti strutture interne possono svilupparsi da

differenti modalità di regolazione diadica (Sander, 1987). Secondo Bowlby (1973) ogni individuo costruisce psicologicamente dei modelli operativi del mondo e di se stesso nel mondo con l'aiuto dei quali percepisce gli eventi, prevede il futuro e costruisce i propri programmi (1973, pp. 259-260). Questi Modelli Operativi Interni (Internal Working Models) sono rappresentazioni interne di se stessi, delle proprie figure d'attaccamento e dell'ambiente, come pure delle relazioni che li legano. Tali modelli di relazione si sviluppano nei primi anni di vita e si mantengono relativamente stabili nel tempo e vengono utilizzati per rapportarsi con l'esterno. Le esperienze passate, particolarmente quelle relative ai pericoli, possono in questo modo essere conservate nel tempo generando aspettative e vengono utilizzate come guida influenzando i comportamenti futuri. Le ricerche sull'attaccamento hanno dimostrato che per lo sviluppo dei Modelli Operativi Interni sono importanti le esperienze

reali, sia presenti che passate (Bowlby 1969, 1973, 1980). Bowlby riteneva che i modelli rappresentativi interni fossero “multipli”, in quanto legati a diverse relazioni (madre, padre, nonni, fratelli, altri adulti), e caratterizzati da specifiche funzioni cognitive, in particolare, dall’uso differente dei sistemi di memoria (come quella procedurale, quella semantica o quella episodica) (Bowlby, 1980). Il concetto di Modelli Operativi Interni, nonostante sia espresso con una terminologia influenzata dal cognitivismo, richiama molto da vicino quello psicoanalitico di mondo interno e permette di comprendere in una nuova prospettiva fenomeni di rilevanza clinica per la psicoanalisi come i meccanismi di difesa, la coazione a ripetere, il transfert e la relazione terapeutica. Lo stesso Bowlby riteneva che la sua posizione teorica fosse una variante della teoria delle relazioni oggettuali (anche se in questo caso l’importanza delle pulsioni sessuali è fortemente ridimensionata) e si sforzava di portare la psicoanalisi all’interno di una maggiore prospettiva scientifica, condividendo l’opinione espressa fin dall’inizio dallo stesso Freud (1895). I modelli operativi interni non restano immutati nel tempo, essi sono quindi sottoposti ad un continuo processo di riorganizzazione e possono mutare, soprattutto sulla base di esperienze significative nel corso del ciclo vitale. Le condizioni che sono risultate più importanti per lo sviluppo della qualità dell’attaccamento fino all’adolescenza sono: 1) la continuità delle cure genitoriali, 2) la sensibilità materna nel corso di tutta l’infanzia e 3) i modelli operativi interni degli stessi genitori (Grossmann et al., 1999). Il genitore, infatti, ha sviluppato a propria volta rappresentazioni interne in conseguenza delle esperienze di pericolo e delle relazioni con le figure di attaccamento nell’infanzia e nell’età adulta (ad esempio con il proprio partner). I modelli operativi interni del genitore lo guidano nel rapporto con il bambino e sono determinanti per lo sviluppo successivo dell’attaccamento infantile.

Il lavoro di Mary Ainsworth sull’attaccamento è stato ovviamente influenzato dalle teorie di John Bowlby, ed uno dei fondamenti del suo lavoro di ricerca è stato quello secondo cui le caratteristiche della specie possono essere comprese solo attraverso osservazioni compiute nel suo contesto naturale (anziché in un contesto sperimentale o di laboratorio), infatti i suoi due studi longitudinali principali, e forse più famosi, (il primo condotto in Uganda il secondo a Baltimora) vennero condotti su osservazioni non strutturate in un contesto familiare, ad esempio nello studio condotto a Baltimora vennero svolte almeno 72 ore di osservazione per diade madre-bambino. Le prime osservazioni di Ainsworth sull’interazione fra madre bambino ebbero luogo in Africa, da qui l’opera *Infancy in Uganda* (1967), questo studio molto dettagliato riporta con molta accuratezza anche la descrizione del luogo in cui è avvenuta la ricerca oltre ovviamente all’interazione madre-bambino (vennero studiati 26 madri e 28 bambini, di cui due coppie di gemelli). In *Infancy in Uganda*, Ainsworth presenta inoltre le sue prime considerazioni riguardo alle origini delle differenze individuali nella qualità della relazione del bambino piccolo con la madre (sicura, insicura o implicante un

attaccamento assente), identificata direttamente attraverso osservazioni condotte a casa. Questo studio, come detto, è stato condotto nell'ambiente naturale e familiare delle famiglie prese in esame, nel quale sono stati definiti i diversi tipi di attaccamento dei bambini verso le madri in base al comportamento ed al tipo di interazione tra loro, vennero classificati come sicuri i bambini che

presentavano pochi momenti di pianto se non in situazioni di separazione o problemi fisici, e che riconoscevano la madre come base sicura, insicuri quei bambini che al contrario piangevano molto anche in presenza della madre, la quale non riusciva ad essere utilizzata come rifugio sicuro nonostante la prossimità. Venne riscontrato inoltre un piccolo numero di bambini che non rientravano in nessuna di queste categorie, identificati con assenza di attaccamento, ma verosimilmente evitanti ma all'epoca dell'osservazione non era ancora stato coniato il termine per tale attaccamento. Dopo questa prima importante ricerca in Uganda fece seguito un altro snodo cruciale nella carriera della Ainsworth, ovvero lo studio condotto a Baltimora che segnò rilevanti cambiamenti nel suo approccio alla valutazione dell'interazione della diade e del livello del bambino. Tali cambiamenti si riscontrarono soprattutto per ciò che riguardava sia l'osservazione, (in quanto i bambini venivano ora presi in esame in un ambiente non più familiare ma estraneo e turbativo, atto a metter in luce la comparsa di comportamenti distaccati (in senso difensivo), ovvero evitanti, in alcuni (ma non tutti) i bambini che erano apparsi genericamente ansiosi, agitati e insicuri a casa; che una prospettiva delle cure materne relative ad un attaccamento sicuro che ora prendeva in considerazione la consapevolezza di sé della madre, la quale in assenza di strategie difensive risultava in grado di tenere a mente i bisogni, i pensieri e le intenzioni del bambino. Alla luce di queste osservazioni va detto quindi che probabilmente uno dei meriti dello studio portato avanti a Baltimora sta nel fatto di aver portato ad una maggiore comprensione di quei modelli difensivi riscontrabili nell'interazione fra madre e bambino, modelli che sono stati resi individuabili confrontando l'osservazione delle risposte del bambino sia nella Strange Situation che nel contesto familiare di casa. Forse il principale contributo dello studio condotto a Baltimora, è riconducibile a una comprensione più profonda dei processi difensivi legati a modelli di interazione specifica fra madre e bambino, che sono emersi ponendo a confronto l'osservazione della risposta del bambino della Strange Situation e le osservazioni condotte nel contesto familiare di casa. Nello studio sui Ganda, Mary Ainsworth aveva identificato i bambini insicuri soprattutto a seguito di un pianto frequente senza alcuna spiegazione apparente, e per di più non si arrestava in presenza della madre.

La procedura della Strange situation non introduceva quindi una condizione di tensione generica, ma in primo luogo, poneva il bambino in un contesto non familiare, che attivava un segnale naturale di pericolo e successivamente innescava un secondo segnale di pericolo facendo uscire la madre due

volte. Venivano quindi introdotti due elementi di tensione che Bowlby aveva individuato come probabili attivatori del sistema comportamentale di attaccamento. Di fronte a questi segnali che, insieme, segnalavano un crescente pericolo, era possibile prevedere un incremento del comportamento di attaccamento. Così si arrivò alla possibilità di poter classificare i bambini in categorie del tipo sicuri, insicuro- evitanti e insicuro-ambivalenti, ovviamente il suo merito non fu la mera categorizzazione ma l'aver colto da ciò i prodromi di una serie di processi difensivi, e nel comprendere ad esempio come bambini che non mostravano alcun segno di disagio nell'essere posti da soli in un ambiente estraneo e che ignoravano ed evitavano le madri al loro ritorno (bambini insicuro-evitanti) non fossero di diverso "tipo" rispetto a quelli che piangevano e ricercavano il contatto.

Continuando l'exkursus storico riguardo lo sviluppo del concetto di attaccamento arriviamo a Mary Main la quale era fortemente legata, per via della sua formazione, alla psicolinguistica di Chomsky, di conseguenza inizialmente non fu del tutto entusiasta di occuparsi del comportamento infantile nella Strange Situation; tuttavia, il suo contributo è ben noto e successivamente riuscì a coniugare questi due aspetti elaborando lo strumento che l'ha resa celebre, e che si basa sulla diversità degli usi linguistici nel riferire la propria storia di vita: l'Adult Attachment Interview. Il lavoro di Main nel campo dell'attaccamento inizia, quindi, nell'ambito della sua ricerca di dottorato con Mary Ainsworth, con l'obiettivo di studiare il comportamento di evitamento mostrato da alcuni bambini nei confronti delle madri nel corso della Strange Situation. Per il suo lavoro di tesi per il dottorato la Main eseguì una revisione sistematica di cinquanta Strange Situation coniugando l'interesse per le differenze individuali nello sviluppo della personalità

caratteristico dell'approccio di Ainsworth con un approccio etologico orientato alla ricerca delle cause "ultime", oltre che di quelle immediate, del comportamento umano e animale, e in particolare delle forme di comportamento conflittuale e non normative. Questa singolare convergenza di interessi porterà successivamente all'individuazione della nuova categoria "disorganizzata/disorientata" dell'attaccamento. Il contributo fondamentale fornito alla causa riguarda lo studio delle rappresentazioni relative all'attaccamento, questo interesse ha permesso alla ricerca sull'attaccamento di compiere un importante balzo in avanti. L'interesse di Main per la costruzione e la trasformazione delle rappresentazioni nasce in seguito all'osservazione di alcuni filmati di Robertson (1967). In questo studio c'è un tema metodologico che è centrale e si riferisce alla differenza nelle procedure di valutazione del comportamento di attaccamento nella prima e seconda infanzia. Nella prima infanzia, infatti, la qualità del comportamento di attaccamento può essere studiata in modo attendibile attraverso l'osservazione nella Strange Situation, così come in età adulta

l'AAI consente di valutare lo stato mentale relativo all'attaccamento, mentre c'è un periodo nello sviluppo dell'essere umano nel quale è necessario prendere in esame sia l'aspetto comportamentale sia di quello rappresentazionale in modo da avere una misura attendibile delle strategie di attaccamento del bambino, e questo periodo è la seconda infanzia, cioè l'età che dagli anni prescolari va fino alla fine della latenza (Ammanniti et al., 2005). L'introduzione di strumenti in grado di stimolare una narrazione sulle esperienze significative per l'attaccamento permette dunque di aprire una finestra sull'aspetto rappresentazionale. Parte da qui lo studio dei modelli operativi interni (MOI), l'insieme di schemi di rappresentazione interna che costituiscono immagini, emozioni, comportamenti connessi all'interazione tra il bambino e gli adulti significativi, inconsapevoli e tendenzialmente stabili nel tempo. Questi modelli formano una rappresentazione mentale che il soggetto ha della realtà esterna, l'immagine di sé e di come funzionano le relazioni interpersonali.

Nasce così, in questo contesto storico, uno degli strumenti più famosi per la valutazione dell'attaccamento: l'Adult Attachment Interview, un'intervista elaborata con George e Kaplan (George et al., 1984) che permette di indagare lo stato mentale dell'adulto riguardo l'attaccamento, attraverso l'analisi della narrazione delle proprie esperienze infantili. Come detto in precedenza, per Main l'interesse per il linguaggio è sempre stato un punto centrale nel suo percorso formativo e lavorativo, ed è proprio questo interesse che l'ha portata a concentrarsi sulla qualità formale del discorso per dimostrare che bambini ed adulti hanno strutture discorsive differenziate in relazione alle diversità dei loro pattern di attaccamento e che tuttavia non sono in relazione alla competenza linguistica nell'infanzia (Strage & Main, 1985) né a un più generale stile discorsivo non relativo all'esperienza di attaccamento nell'adulto (Crowell et al., 1996). Infatti, uno dei passaggi fondamentali nello sviluppo dell'Adult Attachment Interview fu lo spostamento del focus dall'analisi del contenuto ("cosa è successo") alla coerenza narrativa ("come viene raccontato") per valutare i processi mentali sottostanti vedendoli non come un elemento statico ma al contrario come un substrato flessibile ed in grado di modificarsi in relazioni a situazioni nuove proprio come un processo che si evolve, ed è proprio l'idea di processo che si avvicina molto più accuratamente al concetto di modello operativo proposto da Bowlby, perché contesta la connotazione statica di una mappa o di un'immagine definita una volta per tutte (Bretherton & Munholland, 1999).

2.2 Dalla relazione madre-bambino all'attaccamento adulto

Per quanto riguarda lo studio dell'attaccamento e la sua misurazione, negli anni successivi agli studi di Bowlby, Ainsworth e Main si è sviluppato un filone di ricerca riguardante l'attaccamento negli adulti e non nella relazione madre-bambino, ed è stata inaugurata dal lavoro pionieristico di Hazan e

Shaver (1987). Hazan e Shaver (1987) hanno portato dimostrazioni teoriche e prove empiriche a sostegno dell'importanza dello stile di attaccamento nelle relazioni amorose, contribuendo così allo sviluppo di un nuovo approccio allo studio delle relazioni di coppia negli adulti, basato sulla teoria dell'attaccamento. Gli autori vollero concettualizzare le relazioni sentimentali come legami di attaccamento così come definiti da Bowlby ed Ainsworth (Hazan & Shaver, 1987; Shaver & Hazan, 1988; Shaver, Hazan e Bradshaw, 1988; Hazan e Zeifman, 1999). Shaver e Hazan (1988) hanno tradotto i pattern d'attaccamento infantile della Ainsworth in pattern d'attaccamento adulti, mettendo in evidenza come gli individui che si descrivono come sicuri, evitanti, o ambivalenti nella relazione di coppia riportavano pattern d'attaccamento corrispondenti quando parlavano della loro relazione coi genitori nel corso dell'infanzia. Con quest'obiettivo ottennero come stima dell'attaccamento sentimentale adulto, una misura che riprendeva le tre tipologie di attaccamento infantile descritte da Ainsworth et al. (1978) ma adattate a delineare l'attaccamento romantico fra partner adulti, proponendo un modello tripartito degli stili di attaccamento, insieme ad una prima misura categoriale per valutarli (single item measure). Questa teorizzazione subì successivamente delle critiche, dovute principalmente al fatto di aver concepito gli stili di attaccamento come categorie e non avendo preso in considerazione che invece già nello studio della Ainsworth (1978) si prediceva lo stile di attaccamento a partire da scale di punteggio continue, e che le tre principali tipologie di attaccamento si basassero sulle dimensioni di ansia rispetto all'abbandono ed evitamento della vicinanza. Questo spazio bidimensionale poteva dar luogo a quattro, e non tre quadranti concettuali, fu così che ebbe origine il modello quadripartito degli stili di attaccamento adulto (Bartholomew, 1990) che ha ipotizzato due dimensioni distribuite in modo continuo: Modello del Sé (positivo vs. negativo) e Modello dell'Altro (positivo vs. negativo), secondo l'autrice, queste due dimensioni implicano quattro stili di attaccamento adulto (Sicuro, Preoccupato, Timoroso, Distanziante). L'autrice e i suoi collaboratori (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994) affermano che un modello negativo del sé è associato all'ansia per l'abbandono, e che un modello negativo dell'altro è associato all'evitamento della vicinanza. Lo stile sicuro è caratterizzato da un modello del sé e dell'altro positivo. Dal punto di vista personologico coloro che vengono classificati come sicuri appaiono dotati di elevati livelli di coerenza e autostima, hanno un approccio positivo agli altri e riescono ad entrare facilmente in intimità nelle relazioni; percependo l'altro come fonte di supporto. Nelle relazioni di coppia si riscontra la presenza di intimità, coinvolgimento, apertura emotiva, e capacità di risolvere i conflitti in maniera costruttiva. Lo stile preoccupato appare caratterizzato da un modello di sé negativo e da un modello dell'altro positivo. Coloro che rientrano in tale categoria presentano un eccessivo bisogno di dipendenza dagli altri, concepiti come strumento per costruire la propria sicurezza. Nelle relazioni necessitano di una costante intimità, attenzione ed approvazione

arrivando per questo a conflitti che derivano dalla convinzione che le persone non diano mai abbastanza e non li giudichino per il loro reale valore. Le relazioni sentimentali, inevitabilmente, assumono nella loro vita un'importanza cruciale e nelle quali vengono proiettate aspettative irrealizzabili, le quali vengono puntualmente disattese arrivando ad un atteggiamento di rabbia, passione, gelosia, possessività. Tendono, in ogni caso, a procrastinarne sistematicamente la rottura, optando per il mantenimento della relazione nonostante i gravi problemi da loro stessi messi in rilievo. Lo stile distanziante è caratterizzato da un modello di sé positivo e un modello dell'altro negativo. Le persone che rientrano all'interno di questa categoria hanno un'alta fiducia in sé stesse e, contemporaneamente, tendono a svalutare le relazioni evitando l'intimità e disinteressandosi ai giudizi degli altri, anche quando sono negativi. Le loro relazioni di coppia sono caratterizzate dalla mancanza di vicinanza e da una scarsa apertura alla comunicazione risultando così i membri della coppia meno coinvolti. Non si sentono a proprio agio con gli affetti e non ricercano l'intimità; preferiscono evitare i conflitti o tutte quelle manifestazioni emozionali che li facciano sentire troppo coinvolti o "intrappolati" nella relazione. Lo stile timoroso-evitante si caratterizza da un modello di sé e dell'altro negativo. Sono in costante conflitto tra il bisogno di vicinanza e la successiva esigenza di porre una distanza; desiderano il contatto con le altre persone, ma allo stesso tempo si sentono inadeguati e non si fidano del prossimo, percepito come una potenziale fonte di dolore. Tutto ciò ovviamente fa sì che sia estremamente difficile stare in una relazione sentimentale e, anche quando ciò accade, si delinea in una forte dipendenza emotiva e da una costante ansia di separazione. Tendono, di conseguenza, ad autocolpevolizzarsi per i problemi della coppia ed hanno difficoltà a comunicare apertamente al partner i propri sentimenti. Gli studi riguardo lo sviluppo nell'arco di vita hanno esteso la definizione di attaccamento oltre la diade madre-bambino, ed oltre i primi anni di vita. L'attaccamento non è necessariamente limitato a un solo individuo; può verificarsi a tutte le età e con altre persone specifiche oltre alla madre (Ainsworth, 1969, 1972, 1989; Bowlby, 1982). In adolescenza, da un attaccamento sicuro ci si aspetterebbe di essere promotore dello sviluppo dell'Io ed allo stesso modo di fornire le basi per un ulteriore sviluppo emotivo ed interpersonale (Josselson, 1988; Grotevant & Cooper, 1986). Generalmente è la madre che ricopre il ruolo di figura primaria di attaccamento durante l'infanzia, ma è stato ben documentato come dalla prima alla metà dell'adolescenza i pari siano considerati come fonte di uguale, se non maggiore, compagnia ed intimità (Furman e Buhrmester, 1985; Hunter & Youniss, 1982; Wintre & Crowley, 1993). Sebbene esista più di una figura di attaccamento, un individuo possiede una gerarchia tale che i comportamenti di attaccamento sono rivolti verso le figure primarie (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1969/1982; Bretherton, 1990; Colin, 1996; Weiss, 1991), i maggiori teorici dell'attaccamento ipotizzano anche che un pari molto stretto potrebbe eventualmente sostituire un genitore ai vertici nella gerarchia del

supporto emotivo (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969/1982; Rothbard & Shaver, 1991; Weiss, 1991). La ricerca sulle relazioni intime supporta anche l'idea che i genitori perdano lo status di favoriti durante l'adolescenza. Numerosi studi hanno confrontato i sentimenti di intimità degli adolescenti con i genitori e nelle relazioni tra pari, e nella maggior parte dei casi è stato riscontrato che i pari ottenevano un punteggio più alto tra i 13 ed i 14 anni di età (Buhrmester, 1990; Buhrmester 1996; Buhrmester & Furman, 1987; Hunter & Youniss, 1982; Larson & Richards, 1991; Monck, 1991). Il modello gerarchico presuppone che mentre gli individui mantengono legami con più figure di attaccamento, avranno un ordine di preferenza coerente per chi dovrebbero cercare quando viene attivato il sistema di attaccamento (Bowlby, 1969/1982). Tuttavia, se la figura primaria è inaccessibile, i bambini mostreranno spesso preferenze selettive per una figura secondaria (Cassidy, 1999). Poiché durante l'adolescenza si formano nuovi legami tra pari, può essere utile considerare la possibilità di legami di attaccamento terziario e quaternario. Bowlby (1969/1982) ipotizzò che durante l'adolescenza altri adulti potrebbero arrivare ad assumere un'importanza pari o superiore a quella dei genitori. Essendo l'adolescenza un momento cruciale e di passaggio nella vita di ogni essere umano, è importante prendere in considerazione anche i cambiamenti che possono avvenire nelle relazioni primarie, e di conseguenza anche nelle relazioni d'attaccamento.

2.3 La questione stato-tratto

La questione tratto-stato è stata ampiamente affrontata in passato tra gli studiosi della psicologia della personalità, comprendere se esistessero delle disposizioni stabili viste come tendenze globali a mostrare un tipo di comportamento piuttosto che un altro, come sistemi psicologici che corrispondono direttamente ad ampie tendenze comportamentali. McCrae (2001) ritiene che i tratti di personalità siano disposizioni endogene la cui origine e il cui sviluppo sono indipendenti dall'influenza esercitata dall'ambiente. Moltissimi studi sono seguiti a questa visione per delineare una teoria che evidenziasse i tratti comuni a tutti gli individui, questo accadeva già nel 1884, anno in cui Galton provò ad identificare gli aspetti più salienti del carattere consultando un dizionario; Cattell (1943) riprese la lista di termini analizzati di Allport e Odbert (1936) individuando dodici fattori su cui fondò la sua teoria della personalità; proprio Allport e Odbert, definendo quattro categorie fecero una distinzione tra tratti stabili, ossia tendenze personali generalizzate (come "aggressivo", "socievole") ed altri termini che facevano riferimento ad umori temporanei (come "imbarazzato" e "sconvolto").

Uno dei più importanti lavori in questo contesto è quello che ha portato a delineare i cinque fattori di personalità: *Estroversione*, *Gradevolezza*, *Coscienziosità*, *Stabilità emotiva ed Apertura all'esperienza*, i sostenitori del modello dei Big Five (Goldberg, 1993; John & Srivastava, 1999)

considerano tali fattori come una struttura descrittiva, un insieme di tendenze fenotipiche; i sostenitori del modello a cinque fattori, invece, li interpretano come costrutti responsabili in termini causali delle tendenze disposizionali degli individui (McCrae & Costa, 1995, 1996, 1999). È proprio il modello a cinque fattori che ha dato voce a molte critiche in quanto, come detto in precedenza, gli studiosi del modello a cinque fattori hanno assegnato a tale modello lo status di cause del comportamento ritenendolo non solo un contributo per descrivere le differenze individuali nelle tendenze osservabili, ma anche un assunto di base per la teoria della personalità. Il fatto che un insieme di idee può rappresentare una teoria della personalità soltanto se sono applicabili a livello della singola persona ha portato ad una serie di studi proprio per valutare ciò, Borkenau e Ostendorf (1998) hanno valutato il grado di adattamento tra le strutture riscontrate a livello individuale e la struttura standard riscontrata a livello di popolazione ed hanno trovato che le strutture individuali risultavano congruenti con quelle di popolazione in meno del 10% dei casi; Fleeson (1998) ha riscontrato che il modello standard a cinque fattori non si adattava a nessuno dei soggetti presi singolarmente; ancora, Caprara, Barbaranelli e Zimbardo (1997) hanno esaminato la possibilità che la struttura a cinque fattori non risultasse rintracciabile nel momento in cui vengano valutate persone diverse, e dal loro studio è risultato che invece di cinque fattori ne sono emersi soltanto due. Il tema, quindi, è vivo e stimola il dibattito, capire se i tratti sono tendenze stabili che non vengono influenzate dall'esterno, o se ci sono anche delle disposizioni variabili che vengono attivate dal contesto. Gli studiosi dell'interazionismo (Endler & Magnusson, 1977; Magnusson & Stattin, 1998), ad esempio, ritengono che il comportamento e le esperienze personali derivino dalle reciproche influenze di fattori individuali e situazionali, questo sta a significare che l'essere umano non è considerato come costituito da disposizioni stabili che rispondono allo stesso modo in qualsiasi situazione, ma che il contesto, influenzando l'individuo, dà origine a risposte soggettive che non sempre corrispondono al tipo di reazione stabile e sempre prevedibile che ci si potrebbe aspettare dallo stesso individuo, ma che possono cambiare in base all'interazione che si viene a creare. Nello specifico l'interazionismo dinamico considera il comportamento come un processo continuo di feedback multidirezionali tra l'individuo e le situazioni che incontra, in cui la persona è considerata come un agente attivo (Endler & Magnusson, 1977); diversi autori (Kitayama & Markus, 1999; Valsiner, 1998) hanno messo in luce come persone e situazioni non possono essere concepite come fattori distinti, piuttosto interconnessi, dal momento che gli schemi concettuali impiegato dagli individui riflettono ampiamente il loro ambiente socio-culturale, e i contesti sociali, a loro volta, assumono un significato solo come risultato dell'interpretazione delle persone, le persone d'altronde sono costantemente immersi nel loro contesto, e non si può pensare che questo non abbia un effetto sui comportamenti e le risposte situazionali degli individui. Sono diversi gli ambiti in cui questa controversia trova terreno fertile, in

altri campi di studio uno dei più noti riguarda l'ansia di stato e di tratto (Spielberger & Gorsuch, 1983), studio che ha portato anche all'elaborazione di uno strumento ampiamente utilizzato in ambito clinico, la State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger & Gorsuch, 1983). Lo sviluppo di questa scala è nato dall'esigenza di tracciare una differenza nella valutazione dell'ansia, non come costrutto unico e generale ma che possiede caratteristiche diverse, gli autori infatti descrivono i due tipi di ansia come ansia di stato e ansia di tratto. L'ansia di stato è stata definita come un sentimento transitorio di tensione e apprensione; può fluttuare nel tempo e può variare di intensità. Al contrario, l'ansia di tratto indica differenze individuali relativamente stabili nella propensione all'ansia e si riferisce a una tendenza generale a rispondere con ansia alle minacce percepite nell'ambiente. Lo stesso approccio è stato utilizzato nella valutazione dell'espressione della rabbia (Spielberger, 1988; Spielberger & Gorsuch, 1983; Spielberger et al., 1988; Spielberger et al., 1995), definendo così due dimensioni della rabbia: rabbia di stato e rabbia di tratto. La rabbia di stato si riferisce a una condizione emotivo-fisiologica transitoria che consiste in sentimenti soggettivi e attivazione fisiologica. Emotivamente, la rabbia di stato viene vissuta in un continuum da poca o nessuna rabbia, passando per emozioni moderate come l'irritazione, il fastidio e la frustrazione, fino a stati emotivamente carichi come la furia e la rabbia. Fisiologicamente, la rabbia di stato varia da un lieve o nessun cambiamento nell'attivazione fisiologica, a un arousal elevato, aumento della tensione nei muscoli facciali e scheletrici e rilascio di ormoni surrenali. La rabbia di stato è quindi una condizione emotivo-fisiologica che si presenta in risposta a una situazione immediata, varia in intensità e fluttua per brevi periodi. La rabbia di tratto, d'altra parte, si riferisce a una dimensione di personalità stabile nella propensione alla rabbia o alla tendenza a provare rabbia di stato. Cioè, gli individui con rabbia ad alto tratto sperimentano rabbia di stato più frequente e più intensa (Spielberger, 1988; Spielberger & Gorsuch, 1983; Spielberger, et al., 1988). Si ritiene pertanto che la rabbia del tratto sia una differenza individuale relativamente stabile in frequenza, intensità e durata della rabbia dello stato. Entrambi questi approcci mostrano come esista una dimensione di tratto che resta stabile ed una di stato che invece risponde agli stimoli esterni ed alle esperienze di vita generando dei cambiamenti nelle risposte individuali, questo può essere applicato anche nello studio dell'attaccamento pensandolo non come una disposizione univoca ed immutabile ma che può presentare diverse sfaccettature che possono essere sia stabili e che accompagnano ogni individuo nell'arco di vita, ma che rispondono anche agli eventi esterni e che permettono di adattarsi in maniera più o meno funzionale a seconda delle esperienze vissute da ciascuno di noi nella propria esistenza. Questo tipo di visione, seppur di un altro campo di studi e di applicazioni, è in linea con il pensiero di Bowlby (1973) riguardo i cambiamenti nei comportamenti di attaccamento, l'autore aveva messo in luce come i comportamenti di attaccamento cambiassero nel tempo e non fossero stabili ed immuni agli eventi del mondo

circostante, in contrapposizione quindi alla visione psicoanalitica di Freud ed all'importanza verso il mondo interno piuttosto che a quello esterno. Nel tempo diversi studi si sono interessati di approfondire questo tema, Allen et al. (2004), ad esempio, hanno evidenziato come la stabilità di un attaccamento sicuro può virare verso una diminuzione in relazione ad eventi negativi quali stati depressivi o povertà, mentre in adolescenti non stressati i livelli di sicurezza possono aumentare nel tempo; Davila e Sargent (2003), hanno condotto uno studio longitudinale di otto settimane in cui i partecipanti hanno completato un diario in cui riportavano gli eventi di vita e la percezione ad essi associata, ed è risultato come sia la percezione personale dell'evento (e non l'evento in sé) a risultare come fattore stressante e come tale fattore possa incidere sulla sicurezza nell'attaccamento, in particolare eventi relativi ad una perdita interpersonale erano associati ad un aumento dell'insicurezza (meno comfort con l'intimità e più ansia per l'abbandono). Feeney e Noller (1992) in uno studio su coppie che avevano terminato la loro relazione, avevano osservato come nel corso dello studio gli individui che iniziarono una nuova relazione, riportavano un aumento nei livelli di sicurezza nell'attaccamento ed una diminuzione dei livelli di insicurezza; Kirkpatrick e Hazan (1994) in uno studio longitudinale sugli stili di attaccamento e le relazioni di coppia hanno evidenziato come chi avesse riportato un attaccamento sicuro all'inizio dello studio era più probabile che riportasse lo stesso stile di attaccamento al follow-up rispetto ai partecipanti con attaccamento insicuro, inoltre coloro che si identificavano in uno stile di attaccamento sicuro all'inizio dello studio, appoggiavano una visione della relazione come vicina, fiduciosa, affidabile ed era più probabile che dopo 4 anni fossero sposati e meno inclini al divorzio, mentre coloro i quali sceglievano uno stile evitante come il più autodescrittivo valutavano il partner come inaffidabile e mostravano una tendenza alla distanza interpersonale nelle relazioni. Baldwin et al., (1996) hanno sostenuto che i cambiamenti negli stili di attaccamento sono possibili perché diverse rappresentazioni di sé e degli altri coesistono simultaneamente all'interno dell'individuo. Si ritiene che queste rappresentazioni siano organizzate gerarchicamente, con disposizioni stabili e rappresentazioni astratte delle relazioni di attaccamento ai livelli superiori e informazioni su specifiche relazioni ed eventi interpersonali ai livelli inferiori. Continuando su questo filone di ricerca ci sono altre ricerche (Gillath et al., 2006) che evidenziano come specifici contesti di attaccamento possano privilegiare gli stili di attaccamento che successivamente influenzano le motivazioni e le emozioni. È stato dimostrato, ad esempio, che l'innescare i partecipanti con una figura di attaccamento che aumenta la sicurezza è stato associato ad una maggiore disponibilità a rivelare sé stessi in un compito successivo; in un altro studio è emerso che quando ai partecipanti veniva chiesto di immaginare il proprio partner come ricettivo e sensibile, o al contrario, indisponibile e insensibile, questo influiva sulle loro risposte agli scenari relazionali (Gillath e Shaver, 2007). Questi tipi di cambiamenti negli stati di attaccamento temporaneo sembrano

prevalere sulle disposizioni stabili di attaccamento e influenzano le percezioni, le aspettative e i comportamenti immediati (Gillath et al., 2009). Riguardo l'attaccamento, però, la questione è ancora in divenire e non del tutto condivisa, la maggior parte dei ricercatori, infatti, pur riconoscendo che gli stili di attaccamento possono cambiare in determinate circostanze, si sono sempre orientati a studiarne la loro stabilità. Inoltre, molte discussioni sui processi di attaccamento descrivono lo stile di attaccamento come un tratto o una disposizione relativamente stabile. Diverse ricerche, tuttavia, hanno messo in discussione queste ipotesi. Questi studi dimostrano che molte persone, nell'infanzia e nella vita adulta, cambiano il loro stile di attaccamento in periodi di tempo relativamente brevi. Nella letteratura sull'attaccamento infantile, è stato riportato che sebbene i bambini dimostrino una sostanziale stabilità nel loro stile di attaccamento, il cambiamento è comune, ed è tipicamente legato ai cambiamenti nelle circostanze materne e familiari (Lamb et al., 1984; Vaughn et al., 1979). Si ritiene comunque improbabile che gli stili di attaccamento rimangano completamente impermeabili alle esperienze relazionali che intercorrono durante l'arco di vita di una persona. In effetti, Bowlby (1973, 1969/1982) sosteneva esplicitamente che, affinché i modelli funzionanti rimangano funzionali, essi devono essere in grado di incorporare nuove informazioni su sé stessi e sugli altri in risposta alle mutevoli circostanze della vita. Quindi, mentre la stabilità nei modelli operativi è fondamentale per comprendere la continuità nello sviluppo della personalità, i teorici dell'attaccamento riconoscono che i modelli operativi dell'attaccamento devono rimanere flessibili e aperti al cambiamento (Collins & Read, 1994; Kobak & Hazan, 1991). L'aver studiato l'attaccamento come tratto stabile ha messo in evidenza due problemi. (Davila & Sargent, 2003). Innanzitutto, a livello concettuale, vi è una crescente evidenza che l'attaccamento adulto self-report, sia misurato come modelli categoriali o come livelli di sicurezza, cambi nel tempo. Pertanto, oltre a guidare il funzionamento interpersonale, anche l'attaccamento adulto può essere guidato dall'ambiente interpersonale. Ciò è coerente con la premessa originale di Bowlby secondo cui i modelli di lavoro di attaccamento possono adattarsi e assimilare nuove informazioni (Bowlby, 1973). È anche coerente con le concettualizzazioni della sicurezza dell'attaccamento dell'adulto come una variabile socio-cognitiva che può avere alcune proprietà tipiche del tratto ma che può anche avere proprietà dipendenti dallo stato che sono aperte e portano a cambiamenti. Il secondo problema nel considerare l'attaccamento adulto auto-riportato come tratto relativamente fisso è a livello di misurazione. La maggior parte degli studi ha esaminato la sicurezza dell'attaccamento autodenunciata in undeterminato momento. Anche quelli progettati esplicitamente per esaminare la stabilità e il cambiamento hanno in genere esaminato relativamente pochi dati distribuiti su periodi piuttosto lunghi (da 4 mesi a 2 anni) (ad esempio, Baldwin e Fehr, 1995, Davila et al., 1997, 1999; Kirkpatrick e Hazan, 1994; Pierce e Lydon, 2001; Scharfe e Bartholomew, 1994). Gillath et al. (2009), affermano che lo stile di attaccamento oscilla nel tempo e

nelle situazioni, sebbene all'interno di un intervallo limitato in parte dalle disposizioni stabili di una persona, inoltre, queste fluttuazioni temporanee non sono semplicemente rumore ma comportano comportamenti significativi; alcuni studi (Mikulincer et al., 2005) hanno dimostrato che il miglioramento della sicurezza o dell'insicurezza influenza il comportamento prosociale ed aumenta la tolleranza inter-gruppo.

2.4 Dalla Strange Situation ai questionari self-report: La Strange Situation Procedure

La Strange Situation Procedure di Mary Ainsworth è una tecnica elaborata per indurre, nei primi episodi, un comportamento di esplorazione e, successivamente, attraverso una serie di eventi moderatamente ansiogeni, far sì che il bambino si attivi per mantenersi vicino al genitore e per ricercarne il contatto, ed è costituita da otto episodi. La classificazione di Ainsworth, che prevede tre principali categorie (gruppi A, B e C), si basa sul comportamento del bambino nella Strange Situation (più che del genitore), soprattutto al ritorno del genitore. Il comportamento, nei tre casi, è definibile come evitante (A), sicuro (B) e ambivalente (C). I bambini sono classificati sicuri nei confronti della madre quando ne ricercano attivamente la vicinanza e il contatto in seguito a una separazione, e quando, insieme a questi comportamenti, non si osservano manifestazioni di rabbia o un atteggiamento evitante. Negli episodi iniziali, i bambini con un attaccamento sicuro possono esplorare i giocattoli e l'ambiente estraneo. Possono apparire più o meno angosciati durante la separazione, ma se lo sono si consolano presto al ritorno delle madri e ritornano a giocare o a interagire piacevolmente con queste. Inoltre, questi bambini (a differenza di quelli classificati come evitanti) spesso manifestano rabbia nella Strange Situation: piangendo e agitandosi nel corso della separazione, "accogliendo" le madri con un pianto furioso al loro ritorno e/o scagliando via irritati i giocattoli. Le espressioni di rabbia elencate possono, naturalmente, essere considerate come risposte orientate a promuovere la vicinanza della figura di attaccamento (Bowlby, 1973). I bambini classificati come ambivalenti o evitanti si mostrano insicuri nel rapporto con le madri. I bambini sono classificati ambivalenti quando ricercano la vicinanza e il contatto e tuttavia pongono resistenza, come se traessero poca sicurezza dal ritorno o dalla presenza delle madri. Questi bambini sono spesso a disagio già prima della separazione, hanno paura dell'estranea e si mostrano estremamente angosciati nel corso della separazione. In generale, appaiono immaturi e la loro risposta alla strange situation è regressiva ed eccessiva. Come quelli sicuri, i bambini ambivalenti possono evitare in qualche misura le madri in uno o entrambi gli episodi di riavvicinamento. In effetti, se da un lato molti bambini ricercano la vicinanza delle madri dopo la separazione, dall'analisi dei filmati degli episodi in cui la madre rientra nella stanza condotta dal nostro gruppo di ricerca risulta che la maggior parte dei bambini (circa l'80%), sia pure per un attimo, mostra un'"espressione assente" o distoglie lo sguardo

subito dopo il ritorno delle madri. I bambini che invece evitano apertamente le madri al loro ritorno sono classificati come evitanti e generalmente mostrano una sindrome caratterizzata da alcuni comportamenti associati. Questi bambini evitano o ignorano attivamente le madri al loro ritorno, anche quando queste ricercano la loro attenzione. Quando presi in braccio, manifestano la volontà di essere messi giù (senza tuttavia lasciar trasparire emozioni), spesso indicando un giocattolo o un altro oggetto, come a voler distrarre le madri. Un bambino evitante è spesso più amichevole verso l'estranea che verso la madre (rendendo ancora più appariscente il suo rifiuto nei confronti della madre). Nel corso dell'intera procedura, i bambini evitanti sono in genere presi dai giocattoli o dall'ambiente inanimato. A differenza che negli altri bambini, di fatto non si osservano angoscia, paura e, soprattutto, rabbia. Si noti che queste classificazioni sono stabili solo quando i bambini vengono osservati in diverse Strange Situation separate da lunghi intervalli. Ainsworth e collaboratori (1978) hanno sottoposto a due Strange situation ripetuti a breve distanza bambini di età compresa fra le 50 e le 52 settimane. Sebbene i punteggi riferiti al comportamento evitante siano risultati stabili nel campione (cioè era mantenuto l'ordine), nel complesso il comportamento evitante diminuiva significativamente, rimpiazzato da espressioni di angoscia e ricerca della vicinanza. Ainsworth ha elaborato un sistema di misurazione affidabile che assegna ai bambini un punteggio da uno a sette, in base al grado in cui evitano le madri. Il sistema è particolare, perché prende in considerazione non solo il comportamento del bambino ma anche quello del genitore, e si basa sull'assunto che diversi tipi e/o combinazioni di comportamenti possono servire allo stesso scopo e indicare un'attivazione di intensità simile. Il punteggio più alto della scala è attribuito al bambino che non accoglie la madre al suo ritorno e in seguito le presta scarsa o nessuna attenzione per un periodo prolungato, nonostante i tentativi da parte della donna di richiamare la sua attenzione. Un punteggio moderato corrisponde a un comportamento evitante temporaneo ma evidente (il bambino può iniziare ad avvicinarsi, ma poi si volta indietro e ignora la madre per un certo tempo) una forma di chiusura moderata ma persistente (il bambino può salutare la madre con indifferenza e ritornare a giocare con i giocattoli, in modo simile a quanto avviene, in tutti i bambini, degli episodi che precedono la separazione). Un punteggio basso è attribuito a un bambino che esita brevemente ad accogliere la madre al suo ritorno o la evita appena, per esempio distogliendo lo sguardo (Ainsworth et al. 1978)

2.5 L'Adult Attachment Interview

L'Adult Attachment Interview (AAI) è una intervista semi-strutturata composta da venti domande, che hanno l'obiettivo di indagare l'accesso dell'intervistato alle esperienze infantili vissute con le proprie figure di accudimento. L'intervista comincia con un invito a descrivere in generale il proprio rapporto con i genitori nel corso dell'infanzia. Segue, quindi, la richiesta di fornire cinque aggettivi

che possano descrivere la relazione prima con la madre e poi con il padre. Per ciascuno degli aggettivi scelti, l'intervistato viene poi invitato a ricordare degli episodi specifici che illustrino o confermino la scelta di ciascun aggettivo. Si prosegue, quindi, indagando le reazioni durante l'infanzia rispetto a specifiche situazioni che elicitano l'attivazione del sistema di attaccamento e l'inibizione del sistema di esplorazione (situazioni di turbamento emotivo, di malattia, o di lesioni fisiche). Più specificamente, si chiede all'intervistato di descrivere cosa faceva quando era turbato o malato, e come reagivano i suoi genitori. L'intervista prosegue interrogando il soggetto sulle separazioni importanti, su eventuali esperienze di rifiuto o minacce rispetto alla disciplina, e su abusi e maltrattamenti. Uno spazio importante è riservato alle esperienze di perdita legate alla morte di persone significative sia durante l'infanzia che in età adulta; tali descrizioni vengono approfondite rispetto alle reazioni del soggetto all'evento, ai cambiamenti dei sentimenti nel corso del tempo e ad eventuali effetti di tali perdite sulla propria personalità. L'intervista si avvia verso la conclusione chiedendo al soggetto se e in che modo pensa che le esperienze vissute durante l'infanzia abbiano influenzato la formazione della sua personalità e se ritiene che alcuni aspetti di queste esperienze abbiano potuto ostacolare il suo sviluppo. Infine, all'intervistato viene chiesto di descrivere la natura dell'attuale rapporto con i propri genitori e, se egli stesso è genitore, di riferire se e in che modo. l'esperienza con i suoi genitori può aver influenzato il proprio comportamento verso il figlio.

2.6 I questionari self-report

Gli strumenti self-report rappresentano attualmente le misure di maggiore impiego nella ricerca sulle relazioni sentimentali adulte, e ciò per due ordini principali di motivi: a) la loro rilevanza teorica, ossia il loro inquadramento all'interno di modelli teorici robusti ed accreditati; b) la loro semplicità e rapidità di somministrazione e scoring. Questi strumenti misurano in maniera diversa l'attaccamento in quanto rispetto all'AAI, che lo valuta sotto un punto di vista rappresentazionale, i questionari self-report partono da una compilazione consapevole da parte del soggetto che risponde agli items per misurarne (a seconda dello strumento) i diversi stili di attaccamento.

Il progenitore di questo ampio trend di ricerche che oggi trova una molteplicità di strumenti notevole, risiede negli ambiti della psicologia sociale e della psicologia della personalità, con il lavoro pionieristico di Hazan e Shaver (1987). Gli autori hanno riformulato le tre tipologie di attaccamento infantile descritte da Ainsworth et al. (1978) nei termini appropriati a descrivere l'attaccamento romantico fra partner adulti, proponendo un modello tripartito degli stili di attaccamento, insieme ad una prima misura categoriale per valutarli (single item measure). Questo primo lavoro sulla concettualizzazione e misurazione degli stili di attaccamento negli adulti ha stimolato moltissimi altri

studi nonché la costruzione di numerose scale di autovalutazione che hanno introdotto, negli anni, una serie di innovazioni rispetto alla single item measure. In principio la scala era concepita come strumento single-item in cui il rispondente era obbligato a definirsi in un'unica categoria di attaccamento che escludeva di fatto le altre, di conseguenza non c'era la possibilità di identificarsi anche con altre caratteristiche degli stili di attaccamento non scelto; quindi, la scelta ricadeva tassativamente su uno e solo uno degli stili di attaccamento. Nel momento in cui l'utilizzo dello strumento iniziò ad avere una rapida diffusione, portò ad avere delle critiche proprio per la mancanza di una dimensionalità e di una gradualità nel definire il posizionamento di chi rispondeva alla scala (Levy e Davis 1988; Collins & Read 1990; Mikulincer et al. 1990; Becker et al. 1997). Anche la concezione categoriale tripartita dell'attaccamento adulto è stata ridiscussa, grazie agli apporti di alcuni autori che hanno messo in evidenza un importante "difetto" nel modello proposto da Hazan e Shaver. Questi ultimi avevano dato per certo che Ainsworth e collaboratori avessero ragione nel pensare agli stili di attaccamento come a categorie o tipi. Tuttavia, non era stato tenuto in considerazione il fatto che tale classificazione derivava dai risultati di un'analisi discriminante condotta dal gruppo della Ainsworth, analisi che prediceva lo stile di attaccamento infantile a partire da scale di punteggio continue, usate per codificare i comportamenti dei bambini nella Strange Situation Procedure. Lo studio di Ainsworth et al. (1978) mostrava, in realtà, come le tre principali tipologie di attaccamento potessero essere concettualizzate come regioni di uno spazio bidimensionale definito dalle due dimensioni ansia rispetto all'abbandono che si manifestava nei bambini con pianto, mancanza di attività esplorativa in assenza della madre, protesta e rabbia nei confronti di quest'ultima durante il ricongiungimento – ed evitamento della vicinanza che si manifestava nei bambini in termini di disagio per la prossimità fisica col caregiver e per la dipendenza nei suoi confronti (Agostoni e Manzoni, 2007). La struttura a due dimensioni è stata individuata in alcuni degli studi successivi al lavoro di Hazan e Shaver (ad es. Levy & Davis, 1988; Simpson, 1990; Collins & Read, 1990) sull'attaccamento sentimentale adulto, condotti all'interno della cornice del modello tripartito. Con l'affermarsi della concezione bidimensionale dell'attaccamento, è divenuto chiaro come uno spazio bidimensionale desse luogo a quattro – e non a tre – quadranti concettuali. Il modello quadripartito degli stili di attaccamento adulto si è definitivamente affermato grazie ai lavori di Bartholomew (1990), che ha ipotizzato due dimensioni distribuite in modo continuo: Modello del Sé (positivo vs. negativo) e Modello dell'Altro (positivo vs. negativo). Secondo l'autrice, queste due dimensioni sottendono e definiscono quattro stili di attaccamento adulto (Sicuro, Preoccupato, Timoroso, Distanziante). L'autrice e i suoi collaboratori (Bartholomew e Horowitz, 1991; Griffin e Bartholomew, 1994a) affermano che un modello negativo del sé è associato all'ansia per l'abbandono, e che un modello negativo dell'altro è associato all'evitamento della vicinanza. Con la

contemporanea proliferazione degli strumenti multi-item, le misure continue dell'attaccamento adulto hanno affiancato le classiche misure categoriali e prototipiche, così che, alla fine degli anni Novanta, l'assortimento di scale per la misurazione dello stile di attaccamento nelle relazioni intime tra adulti erano eccezionalmente ampie. Se, da una parte, la disponibilità di tanti strumenti ha prodotto, negli ultimi decenni, una cospicua mole di dati, contribuendo al progredire delle conoscenze in quest'ambito, dall'altra, l'esistenza di una molteplicità di misure per indagare il medesimo costrutto ha però anche contribuito a creare incertezza su quali siano gli strumenti più utili nell'indagine sull'attaccamento di coppia. In questo contesto, il lavoro di Brennan, Clark e Shaver (1998) ha rappresentato un'importante opera di sistematizzazione. Gli autori si sono proposti: 1) di ottenere uno strumento che conservasse le caratteristiche psicometriche migliori di ciascuno dei questionari pubblicati sino a quel momento; 2) di individuare le dimensioni sottese ai vari strumenti di misura – e quindi le dimensioni centrali del costrutto di attaccamento, teoricamente rilevanti per la valutazione delle relazioni intime – nella speranza di mettere in luce costrutti di base comuni e generalizzabili. Integrando tutte le scale di misurazione disponibili alla fine degli anni Novanta, gli studiosi hanno raccolto 323 item, che hanno somministrato ad un ampio campione. Le analisi fattoriali condotte hanno evidenziato due dimensioni con contenuti chiaramente corrispondenti a quelli dell'ansia e dell'evitamento nelle relazioni. Gli autori hanno tenuto i 18 item più rappresentativi di ciascuna dimensione, mettendo a punto l'Experiences in Close Relationships Scale (ECR), validato in italiano da Picardi et al. (2000; 2002). Nel 2000, Fraley, Waller e Brennan, dopo aver osservato che l'ECR era sì uno strumento con ottime caratteristiche psicometriche, ma non era altrettanto preciso nel misurare l'insicurezza e la sicurezza nell'attaccamento, hanno deciso di rianalizzare il dataset di 323 item, ricorrendo alle tecniche dell'Item Response Theory (IRT). Da questa revisione deriva l'Experiences in Close Relationships– Revised (ECR-R). Uno degli strumenti più utilizzati in ricerca, e nello specifico anche in questo lavoro, è l'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994), questionario self-report composto da 40 item, che si propone di valutare le dimensioni essenziali dell'attaccamento romantico e le differenze tra gli stili di quest'ultimo. Lo strumento propone un modello di attaccamento al partner nei termini di dimensioni sottostanti il comportamento d'attaccamento stesso. L'ottica adottata è quella cognitivista dei “modelli di lavoro interni” (Beck e Freeman, 1993; Bara, 1996), che prende in considerazione gli schemi e le rappresentazioni interne del soggetto riguardanti le relazioni intime. Secondo gli autori, l'ASQ è in grado di discriminare efficacemente tra attaccamento sicuro ed insicuro. Tra le caratteristiche di questa misura troviamo la possibilità di avere una misura ad ampio spettro, in grado di evidenziare e giustificare le differenze individuali nello stile di attaccamento adulto romantico, la capacità di essere adatto sia agli adulti sia agli adolescenti ed essere somministrabile anche a soggetti con nessuna

esperienza di relazione di coppia. L'ASQ si compone di cinque sottoscale, individuate sia sulla base delle aspettative teoriche sia attraverso l'analisi delle componenti principali, ed è in grado di rilevare altrettante dimensioni dell'attaccamento romantico. Le cinque sottoscale sono rispettivamente: Fiducia (attaccamento sicuro), Disagio per l'intimità, Secondarietà delle relazioni (attaccamento evitante), Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni (attaccamento ansioso). Le cinque scale risultano legate ai fattori latenti di ansia ed evitamento, descritti da Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), infatti gli autori hanno trovato che gli item delle cinque scale dell'ASQ saturavano su due ampi fattori, facilmente identificabili nell'ansia rispetto all'abbandono e nell'evitamento della vicinanza. Per ciò che riguarda questo lavoro di ricerca uno strumento che sicuramente ha avuto un'importanza degna di nota è la State Adult Attachment Measure (SAAM) (Gillath et al., 2009). Come visto, le misure self-report hanno sempre concettualizzato l'attaccamento come un tratto stabile e di conseguenza è sempre stato valutato in base a questi presupposti, inducendo chi rispondeva agli item delle scale a pensare in termini generali riguardo le loro esperienze nelle relazioni, lo scopo degli autori, quindi, era quello di sviluppare uno strumento che invece misurasse le fluttuazioni nel tempo, sia per fornire uno strumento utile alla causa in ambito di ricerca ma anche in ambito clinico, per poter misurare l'effetto della terapia sullo stile di attaccamento, e in particolare sul senso di sicurezza. La SAAM, dunque, ha colmato il vuoto nella letteratura che si occupa della valutazione momentanea del senso di sicurezza e di insicurezza dell'attaccamento e, catturando le fluttuazioni in queste dimensioni che si verificano in risposta a variabili situazionali. La letteratura sull'attaccamento sembra convergere sull'idea che ogni individuo contenga nella propria mente non uno, ma diversi modelli operativi completamente diversi che possono essere attivati (o meno) e applicati (o meno) in base a situazioni e relazioni.

Capitolo III

Benessere, una prospettiva evolutiva

L'attenzione per la qualità della vita e del benessere caratterizza le discussioni culturali e i temi di ricerca da alcuni decenni. Dal punto di vista scientifico è dagli anni Sessanta e Settanta che studiosi e ricercatori di diversi ambiti disciplinari (medicina, psicologia, economia, sociologia) si concentrano sul tema del benessere. L'interesse per lo "star bene" ha investito tutti, l'attenzione di studiosi e popolazione si è focalizzata sul bisogno di benessere soggettivo e psicologico. In Italia questo interesse è sfociato in particolare dopo il boom economico e con i capovolgimenti sociali a cavallo degli anni Sessanta e Settanta che parlavano di nuovi valori come il diritto alla salute per donne e uomini, felicità e partecipazione. L'aumento e la diffusione della discussione su questi argomenti ha anche fatto sì che aumentasse la già naturale confusione intorno al tema. Prolificano così gli articoli divulgativi su quotidiani e riviste di costume, i talk show, gli opinionisti, i film, le conversazioni al bar, etc. La confusione sul tema del benessere è stata definita «naturale» (Goldwurm & Colombo, 2010) in quanto si tratta di un tema che si caratterizza come multidimensionale, multidisciplinare, strettamente collegato al contesto, soggettivamente interpretabile; non esistono infatti definizioni univoche di cosa sia il benessere né tanto meno definizioni esaurienti. La possibilità, perciò, di poterlo comprendere fino in fondo, di poterlo descrivere e/o misurare in modo esaustivo all'interno di un contesto sociale e/o culturale, muore proprio a partire dai presupposti teorici su cui si fonda. La ragione per cui ciò avviene è che il termine «benessere» non è un termine neutro ma «fluido», cioè la sua significazione si costruisce all'interno del contesto culturale, sociale e psicologico all'interno del quale lo si legge/interpreta. Infatti, ogni individuo e ogni gruppo sviluppa una visione propria di cosa sia buono per lui. Inoltre, non è detto che ciò che è buono e ciò che è desiderabile coincidano nella visione individuale e nella visione collettiva; a questo si aggiunge che le prospettive cambiano nel tempo a seconda delle circostanze storiche ed economiche.

Le strategie d'intervento per promuovere il benessere sono quindi radicalmente diverse nelle epoche e nei contesti culturali e sono anche spesso dettate da superficialità e approcci «creativi» che hanno poco di scientifico nelle proprie fondamenta teoriche. È certo che la famosa «ricerca della felicità» sia l'obiettivo principale di ogni comportamento umano, come di ogni obiettivo di un gruppo sociale, ed è proprio per questo che il benessere è «fluido» in quanto prende forma e significato a seconda del contenitore storico, culturale, religioso, sociale, etc. nel quale lo si prende in considerazione. A fronte di questo, è necessario, per affrontare la discussione teorica, dotarsi di alcune categorie di lettura per

non essere eccessivamente confusi e dispersivi. In questo capitolo si cercherà di affrontare la discussione secondo alcune categorie relative alle letture dei diversi ambiti disciplinari: si inizierà con i presupposti teorici sottostanti al tema del benessere e della felicità, si affronterà la prospettiva della psicologia, in particolare della psicologia umanistica e positiva e si calerà poi il tutto nel contesto scolastico ed educativo con il contributo della pedagogia e della psicopedagogia. Se si intende tracciare l'evoluzione che il costrutto di benessere ha subito nel corso della storia è utile rileggere le varie definizioni che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ne ha dato fino ad arrivare a quella recente che dà perfettamente il senso della globalità e della complessità dell'argomento. Nel 1946, anno della sua costituzione, l'OMS scrive nel suo preambolo: La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie, specialmente delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti. Inoltre, l'art. 1 dello statuto sintetizza quanto già precedentemente descritto: La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità. (<http://www.salute.gov.it>; www.who.it). Nel 1998 la definizione viene leggermente cambiata e la salute viene definita come «uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia». Il punto chiave di queste definizioni è il sottrarsi alla concezione di salute e di benessere come una semplice assenza di malattia. La salute, infatti, prima di questa definizione, veniva concepita per negazione, cioè si era sani se semplicemente esenti da malattie. Questa concezione iniziò a traballare nel XIX secolo con lo sviluppo delle scienze mediche e con lo studio delle malattie mentali che fecero emergere l'impatto delle caratteristiche contestuali sulla salute individuale. Rispetto all'introduzione di questi concetti è utile riprendere alcuni fondamentali passaggi storici. Gromi (2006, pp. 20-21), riporta la cronologia di alcune principali acquisizioni dal punto di vista istituzionale nazionale e internazionale con particolare riferimento all'età evolutiva:

- 1946, l'OMS demedicalizza il concetto di salute definendola come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste solo in un'assenza di malattia o infermità;
- 1978, la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, riunita ad Alma Ata il 12 Settembre 1978, riafferma la definizione di salute proposta dall'OMS;

- 1981, il documento della prima Conferenza europea dei ministri della Sanità dei paesi membri del Consiglio d'Europa afferma la necessità di passare da una visione bio-medica della salute ad un approccio globale e multidisciplinare;
- 1988, il Consiglio d'Europa raccomanda di considerare la salute come “una qualità della vita che comporta una dimensione sociale, mentale, morale e affettiva, oltre che fisica” e precisa che essa stessa è un bene instabile, che bisogna acquisire, difendere e ricostruire costantemente, lungo il corso della vita;
- 1988, in Italia la Camera dei deputati decide l'istituzione di una Commissione parlamentare d'inchiesta sulla condizione giovanile allo scopo di accertare “le cause generali e le specifiche motivazioni di disagio sociale e culturale relativamente alla condizione giovanile”;
- 1989, l'assemblea generale delle Nazioni Unite approva la Convenzione internazionale dei diritti del bambino;
- 1997, il Parlamento italiano approva la legge 28 Agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

Dunque, si assiste ad un passaggio di paradigma dal modello biomedico al modello bio-psico-sociale (Matteucci, 2014). Infatti, dopo la prima metà del XX secolo la salute passa dall'essere interpretata con un modello, soprattutto occidentale, che focalizza la sua attenzione sulle lesioni patologiche ad un modello che inizia a interessarsi dell'unione delle componenti di salute con quelle psicologiche e relazionali. Il modello bio-medico concepisce il corpo separato dalla mente e lo equivale alla somma delle parti strutturali e fisiologiche. Nel 1977 Engel pubblica un articolo dal titolo la necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina che propone di abbandonare il modello biomedico e ad abbracciare il modello bio-psico-sociale: Sostengo piuttosto che la medicina sia in crisi, e inoltre, che la crisi della medicina derivi dallo stesso difetto di base della psichiatria, vale a dire, l'aderenza ad un modello centrato sulla malattia che non è più adeguato ai compiti scientifici e alle responsabilità sociali sia della medicina che della psichiatria. La crisi della medicina deriva dall'inferenza logica che porta a definire la “malattia” solo in termini di parametri somatici, cosicché i medici non sono tenuti ad occuparsi delle istanze psicosociali in quanto queste ricadrebbero al di fuori della responsabilità e dell'autorità della medicina. Nel campo della medicina questo cambiamento si impone come dominante. La medicina sociale riconosce che il paziente non è solo un individuo biologico, ma anche un individuo sociale. Il concetto di salute acquisisce anche i connotati di salvezza e riguarda l'individuo inserito in un determinato ambiente fisico e in una

collettività. A definire la salute concorrono quindi diversi fattori e discipline: la medicina stabilisce la differenza tra una condizione normale e una patologica; la società definisce cosa è salute e cosa invece è malattia e quali sono i diritti inviolabili dell'individuo; la psicologia aiuta nella individuazione e determinazione delle componenti psicologiche e di contesto che concorrono a uno stato di salute. Il benessere: origini e evoluzione di un costrutto passaggio di paradigma al modello bio-psico-sociale che si inserisce nella Teoria generale dei sistemi (Von Bertalanffy, 1940) e che si fonda sull'interazione tra tutti i fenomeni fisici, biologici, psicologici, sociali e culturali. Lo stesso cambiamento di prospettiva avveniva parallelamente in molti ambiti, tra cui quello del lavoro, in cui si è passati da una visione meccanicistica degli anni Trenta e Quaranta ad una visione attiva del lavoratore negli anni Cinquanta e Sessanta. Il passaggio a livello concettuale è consistito in un cambio di prospettiva che, dal valutare semplicemente le condizioni di lavoro a rischio di infortunio e quindi il danno fisico, è passata a considerare il fattore umano e i possibili danni alle condizioni di benessere. Il lavoratore inizia ad essere considerato in una interazione attiva con il proprio ambiente. L'interesse si spostò quindi dai meri aspetti fisici a quelli di salute mentale e l'approccio cambia attivando non solo interventi di cura, ma di prevenzione (Avallone & Paplomatas, 2005). La novità principale introdotta, in linea con i cambiamenti del tempo, è lo spostamento di interesse dalla prevenzione degli infortuni alla conservazione attiva della salute. L'OMS ha fatto proprio il modello bio-psico-sociale. Il benessere, secondo Petrillo e Donizzetti (2010), segue infatti tre principali linee di ricerca: il benessere soggettivo, fondato su un'analisi dell'esperienza individuale di benessere, intesa come un'esperienza emozionale positiva e la presenza di sentimenti di soddisfazione nei confronti della propria vita; il benessere psicologico, inteso come funzionamento psicologico ottimale o «salute mentale positiva»; il benessere sociale, poi successivamente psico-sociale, che supera i limiti dati da una visione puramente individuale per entrare in una concezione più ampia che legge l'interazione dell'individuo con l'ambiente nel quale è inserito e interpreta il benessere come frutto di questa interazione. Per cui l'OMS definisce la salute come una condizione di benessere fisico, psicologico e sociale da valutare a partire dal contesto socio-culturale di appartenenza. Nel 2004, l'OMS fornisce la seguente definizione di salute mentale: uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può gestire adeguatamente le normali situazioni di stress della vita, può lavorare produttivamente ed è in grado di contribuire attivamente alla propria comunità (www.who.it).

Le diffidenze nei confronti dell'impostazione dell'OMS non sono poche in quanto sembra estendere il concetto di salute a quello di felicità mostrando un approccio eccessivamente edonistico rispetto alla condizione umana. Il rischio, secondo le critiche, sarebbe quello di una eccessiva medicalizzazione portata avanti nel nome di un benessere utopico a cui tutti avrebbero diritto di aspirare. Ad abbracciare una concezione olistica di benessere non è solo l'OMS. Studi nel campo

della psicologia umanistica definiscono il benessere come un «funzionamento ottimale» (Rogers, 1963) o come il saper funzionare a livello emotivo, cognitivo e comportamentale (Antonovsky, 1979). Un paradigma classico di benessere è quello fornito da Norman Bradburn nel 1969 e poi ripreso negli anni Novanta. Con questo paradigma il benessere è definito lungo tre dimensioni: la soddisfazione del soggetto, un elemento cognitivo del soggetto fornito dalla auto-valutazione della congruità della situazione con i propri scopi e bisogni; l'affetto positivo, cioè l'esperienza emozionale gradevole dell'individuo nella vita quotidiana; infine, l'affetto negativo, l'opposto del precedente. La soddisfazione è un criterio di misura auto-valutativa della qualità della vita di una persona. Ogni individuo fissa un proprio standard di soddisfazione e a seconda di quanto le circostanze si avvicinino a questi standard viene fornito un giudizio valutativo. Il giudizio può essere dato come misura della propria vita in maniera globale oppure rispetto ad alcune aree come la salute, la famiglia, il lavoro e la scuola. Gli affetti positivi riguardano emozioni piacevoli rispetto alle attività che l'individuo sta conducendo; gli affetti negativi sono le risposte negative, attraverso un vissuto emozionale spiacevole, dell'individuo in relazione agli eventi della propria vita. Diener (1984), nel tentativo di sistematizzare gli studi nell'area, conia il termine benessere soggettivo, definendolo come un insieme di fenomeni che includono le risposte emotive, la sfera della soddisfazione e i giudizi complessivi sulla soddisfazione della vita. Diener riesce così a tenere insieme l'aspetto emotivo all'area della soddisfazione personale e di vita. Un contributo rilevante per l'individuazione dei fattori di benessere è, quello di Ryff e Singer (1998), secondo i quali il benessere psicologico è la realizzazione del potenziale umano in sei ambiti diversi (Ruini et al., 2003):

- 1) auto-accettazione: la persona si sente soddisfatta della propria vita e di sé stesso e prova dei sentimenti positivi. È consapevole delle proprie qualità, anche di quelle negative, e accetta se stesso.
- 2) relazioni interpersonali positive: la persona è inserita in una rete sociale di cui è soddisfatta. Dalla relazione con gli altri riceve calore, fiducia, empatia e affetto. I legami si mantengono durevoli e di qualità nel tempo e si caratterizzano per un equilibrato tra il dare e il ricevere.
- 3) autonomia: la persona è indipendente e non si lascia condizionare dalle aspettative che gli altri hanno su di lei. Gli standard di vita sono interni e non dettati dalla pressione sociale.
- 4) controllo ambientale: la persona controlla l'ambiente nel quale è inserito ed è in grado di coglierne le opportunità, di modificarlo in base alle proprie esigenze.
- 5) crescita personale: la persona si percepisce come in continuo sviluppo e evoluzione, sente la sfida e lo stimolo di nuove esperienze e la possibilità di realizzarle e realizzarsi.

6) scopo nella vita: la persona attribuisce un significato alla propria vita, anche alla storia passata. È capace di porsi mete e obiettivi, non trascurando le sue convinzioni sulla vita e il suo senso.

La psicologia positiva, nata negli anni Novanta grazie al contributo di Seligman, ha raccolto, studiato e formalizzato il concetto di benessere. Lo scopo di questa branca di studi è quello di portare avanti un movimento che con scientificità comprenda e identifichi quei «fattori che permettano agli individui, alle comunità e alle società di fiorire e raggiungere un comportamento ottimale» (Colombo & Goldwurn, 2010). Colombo & Goldwurn (2010) hanno pubblicato un manuale in cui raccolgono le principali teorizzazioni e i principali contributi, anche pratici, della prospettiva della psicologia positiva. Secondo gli autori, le principali aree di studio di quest'ultima sono tre:

- le emozioni positive concorrenti alla felicità;
- i tratti positivi: potenzialità, virtù e abilità;
- le istituzioni positive.

Come detto, la psicologia positiva predilige gli studi sul «funzionamento ottimale» e sull'«esperienza ottimale» all'interno del grande concetto di benessere inteso come aspetto costruttivo, creativo e prepositivo della vita, degli individui e dei gruppi. Nel testo viene ripresa una citazione da Seligman e Csikszentmihalyi (2000) in cui si esplicita come lo scopo della psicologia positiva sia catalizzare una modificazione dell'interesse centrale della psicologia, spostandolo dalla preoccupazione di porre rimedio agli aspetti peggiori della vita alla costruzione di qualità positive. A tal fine uno degli obiettivi che ci si prefigge di raggiungere è quello di evidenziare i comportamenti e le situazioni che alimentano condizioni di benessere come sviluppo positivo, sia degli individui che della società e identificare le condizioni ambientali e di contesto in cui possa fiorire il funzionamento ottimale e quindi: le condizioni familiari, lavorative, sociali, politiche, che possano «rendere la vita degna di essere vissuta». Uno degli aspetti su cui si è concentrata maggiormente la psicologia positiva è quello di felicità di cui si distinguono due dimensioni: quella esperienziale e quella valutativa. La dimensione esperienziale della felicità è stata indagata con lo studio delle emozioni positive dell'individuo in esperienze di «picco» di benessere dimostrando come queste promuovano l'attivazione delle risorse personali, la capacità di pianificare e raggiungere gli obiettivi, la flessibilità di pensiero e il comportamento prosociale. Oltre alle emozioni, un altro aspetto studiato della dimensione esperienziale della felicità è quello della motivazione definita in termini positivi; si intende per motivazione, specificatamente motivazione intrinseca (Deci, 1975), una spinta ad agire che non è data da carenze, bisogni o pressioni esterne ma dal piacere di svolgere un'attività gratificante e liberamente

scelta. Csikszentmihalyi ha studiato poi l'esperienza in termini globali (che vede l'interazione di emozioni, aspetti cognitivi e motivazionali) ed ha identificato e teorizzato il concetto di flow cioè, secondo la definizione riportata in Goldwurn e Colombo (2010) «una condizione di profonda concentrazione, impegno, gratificazione e stato affettivo positivo, le cui caratteristiche sono risultate stabili e ricorrenti». La felicità come valutazione è infine stata identificata secondo due prospettive, una edonica e una eudamonica. La prima riguarda i filoni di studi che si concentrano sullo stato soggettivo di benessere (Diener, 2000) cioè sulla valutazione che fa l'individuo della propria esperienza e quindi su quelle caratteristiche che producono emozioni positive, un senso di soddisfazione e un generale stato di benessere soggettivo. La seconda, la prospettiva eudamonica, invece, non identifica necessariamente la felicità con il piacere, ma privilegia altri fattori come la capacità di pianificare e raggiungere obiettivi, l'attivazione di risorse personali, le competenze sociali e relazionali. In questa prospettiva si inserisce la famosa teorizzazione del costrutto del benessere psicologico di Ryff. La felicità come processo è invece intesa come «il risultato della visione e rappresentazione della realtà, della gerarchia di valori, del significato attribuito agli eventi e all'esistenza, delle aspettative e degli obiettivi che caratterizzano ciascun individuo» (Colombo e Goldwurn, 2010, pag.19). Gli studi quindi si sono concentrati sulle caratteristiche psicologiche che promuovono il benessere identificando la felicità come un fattore in grado di evolversi nel tempo, connesso agli aspetti dell'identità personale che sono in parte modificabili. Seguendo il ragionamento di Delle Fave in Goldwurn e Colombo (2010) si possono identificare delle caratteristiche personali, che potremmo definire, azzardando un'aggettivazione personale, «costrutti satellite», che ruotano intorno al concetto di felicità. Di seguito verranno illustrati quelli che nella letteratura risultano essere i costrutti principali, personali e di contesto, che partecipano alla costruzione di una condizione di benessere/felicità. Delle Fave (2010), nella sua rassegna, distingue, all'interno di tre categorie, quei fattori più studiati a livello teorico, distinguendoli in base ad aree concettuali: autoregolazione e percezione di opportunità, valori virtù e punti di forza, costruzione di significato. Nell'autoregolazione e nella percezione di opportunità, rientrano tutte quelle capacità dell'individuo che permettono di perseguire un obiettivo. Queste capacità sono di tipo percettivo e riguardano la capacità percepita di ottenere dei risultati con le proprie azioni. Un elemento essenziale per far sì che le proprie azioni siano funzionali al perseguimento di un obiettivo è percepire le sfide ambientali come elevate, in quanto sentire di controllare troppo una situazione non alimenta gli stimoli giusti fino a provare una forma di disinteresse per le azioni. Al contrario, la percezione di avere delle sfide risolvibili, molto diverse dalle minacce, promuove benessere in quanto sviluppa abilità e gratificazione. Ricordiamo dunque quanto affermava Rogers rispetto alla percezione di minaccia negli ambienti di apprendimento. Rogers in un capitolo dedicato all'insegnamento nel suo testo

«terapia centrata sul cliente» (1951) sostiene che la struttura e l'organizzazione di chi apprende si irrigidiscono in condizioni minacciose. Per cui Ryff e Singer (1998). *The contours of positive human health*. *Psychological Inquire*, 9, 1-28 la situazione educativa che più efficacemente promuove un apprendimento significativo è quella in cui (a) la minaccia del sé di colui che apprende è ridotta al minimo e (b) viene facilitata una percezione differenziata del campo dell'esperienza. (Rogers, 1997, p. 223). A questo punto, è opportuno aggiungere un altro tassello alla rassegna: la percezione del senso di sicurezza. A portare avanti tale ragionamento si è dedicato Maslow nei suoi studi, specificatamente nel saggio «motivazione e personalità» in cui ha elaborato la piramide di bisogni. Maslow, fondatore della psicologia umanistica e nel 1962 dell'*American Association for Humanistic Psychology*, sostiene che tutte le persone hanno il bisogno di sentirsi parte di un gruppo e di avere un posto al suo interno. Non solo gli individui hanno bisogno di realizzare il loro desiderio di appartenenza ma all'interno del gruppo cercano di valorizzare se stessi costruendo un sistema di autostima e cercando la stima degli altri. Questo meccanismo si muove al fine della propria autorealizzazione, cioè al desiderio dell'uomo di auto-compimento, cioè la tendenza che egli ha di attuare ciò che è potenziale. Affinché questo processo possa avvenire, si devono realizzare delle condizioni all'interno del contesto, quali ad esempio la libertà di parlare, la libertà di fare ciò che si desidera fare finché non c'è danno per gli altri, la libertà di esprimersi, la libertà di indagare e cercare informazione, la libertà di difendersi, la giustizia, l'onestà, l'ordine. Questi concetti trovano spiegazione all'interno del soddisfacimento di un bisogno primario, quello di sicurezza.

Maslow definì la sicurezza come il secondo dei bisogni dell'uomo de scrivendola come una necessità primitiva che deve essere soddisfatta per raggiungere i bisogni gerarchicamente superiori. Il soddisfacimento di un bisogno crea motivazione e autonomia nell'individuo. Soddisfazione e sicurezza sono perciò due concetti che si intersecano tra loro. La sicurezza è un bisogno primario, il soddisfacimento del bisogno di sicurezza crea un ambiente protetto. Maslow elenca una serie di bisogni fondamentali secondo un ordine gerarchico:

- 1) i bisogni fisiologici
- 2) i bisogni di sicurezza
- 3) il sentimento di appartenenza e il bisogno di affetto
- 4) il bisogno di stima
- 5) il bisogno di autorealizzazione.

I bisogni di sicurezza iniziano ad emergere una volta soddisfatti i bisogni fisiologici. Il desiderio di sicurezza, inteso come stabilità, dipendenza, protezione, libertà dalla paura, dall'ansia e dal caos, può dominare interamente l'organismo orientandone il comportamento verso azioni volte al soddisfacimento del bisogno. Si può dire che per tutta la vita una delle principali funzioni conative dell'educazione è quella di neutralizzare i pericoli apparenti con l'aiuto della conoscenza; per esempio, non ho paura del tuono perché so qualcosa di esso. Come il bambino ha bisogno di ordine, di routine, di limiti, di punti fermi, di comportamenti coerenti da parte delle figure di riferimento, così l'adulto preferisce un mondo sicuro su cui si possa fare affidamento ed in cui ci siano delle figure protettive che lo salvino dai pericoli. Tornando a quei costrutti di personalità che abbiamo definito «costrutti satellite», necessari a concorrere ad una condizione di benessere, troviamo come primo l'autoefficacia, teorizzata da Bandura (1997) e intesa come competenza autopercipita di affrontare una data situazione. Secondo Bandura, la condizione di benessere è determinata dalle rappresentazioni mentali delle proprie competenze e dalle risorse interne al soggetto. Gli eventi della vita sono perciò filtrati, in maniera positiva o negativa, dalle rappresentazioni mentali del soggetto. Un esempio è la distanza tra il sé ideale e il sé reale: una maggiore o minore separazione influenza grandemente lo stato di benessere perché determina la pressione, appropriata o inappropriata, delle aspettative sul sé. L'autoefficacia è da considerarsi legata al raggiungimento del benessere in quanto fidarsi delle proprie capacità e aspettarsi dei risultati positivi aumenta la soddisfazione nel raggiungimento dei risultati, la perseveranza e l'impegno. Il soggetto è quindi in grado di autoregolarsi attra verso i propri meccanismi cognitivi che diventano funzionali al raggiungimento degli scopi. Un altro costrutto unito al benessere e alla felicità, che Delle Fave fa rientrare nella categoria di autoregolazione e percezione di opportunità, è legato alla teoria dell'autodeterminazione, la SDT di Ryan e Deci (2000). Gli autori definiscono il costrutto di motivazione intrinseca alla cui base sono identificati tre bisogni psicologici innati che coadiuvano ad uno sviluppo ottimale: il bisogno di competenza, il bisogno di autonomia e il bisogno di relazionalità. Un comportamento caratterizzato da motivazione intrinseca si presenta quando l'individuo percepisce di acquisire competenze, di poter agire in autonomia e di muoversi in un ambiente sicuro. Dall'analisi dei fattori ambientali che promuovono la motivazione intrinseca è emerso come, in ambito scolastico, quando i tre bisogni fondamentali sono supportati da insegnanti e familiari, il contesto diventi realmente educativo favorendo l'apprendimento e le prestazioni. Il legame che esiste tra motivazione, autorealizzazione e apprendimento è molto stretto. Il fatto che il soddisfacimento di un bisogno porti ad un senso di gratificazione fa sì che il desiderio si rigeneri creandone uno di stato superiore. La motivazione, in quanto spinta al soddisfacimento di obiettivi personali, non può presentarsi se gli scopi sono dettati dall'esterno. Nella rassegna di Delle Fave (2010), sempre all'interno della categoria

di autoregolazione e percezione di opportunità, vengono citati come altri costrutti di base l'hardiness e l'ottimismo. Il primo letteralmente significa «forza d'animo» e comprende tre dimensioni: l'impegno, il controllo e la percezione di sfide. L'ottimismo invece è un costrutto ampiamente trattato dalla psicologia positiva di cui in questa sede daremo solo un accenno. Le principali correnti interpretative sono due: la corrente che lo definisce ottimismo disposizionale e lo legge come caratteristica della personalità che permette di indirizzare l'individuo sul come affrontare i problemi (Scheier & Carver, 1992) e la corrente che lo definisce come passibile di apprendimento (Seligman & Buchanan, 1995). Come seconda categoria, valori, virtù e punti di forza, Delle Fave (2010) fa rientrare il Values in Action (VIA) teorizzato da Peterson e Seligman (2004). Quest'ultimo è un sistema di classificazione di tratti positivi degli individui. A partire da sei virtù, quali la saggezza, il coraggio, l'umanità, la giustizia, la temperanza e la trascendenza, gli autori costruiscono il concetto di «buona vita». Queste sei virtù sono, a loro volta, facilitate da ventiquattro punti di forza del carattere, intesi come processi psicologici. Tra i «costrutti satellite», e come terza categoria nella sistematizzazione di Delle Fave (2010), si ritrova la costruzione di significato determinante alla costruzione del benessere soggettivo. Per costruzione di significato si intende l'attribuzione di senso che l'individuo dà agli eventi della propria storia personale. L'attribuzione di senso è un'operazione dinamica, infatti il soggetto può continuamente nella storia rivisitare i propri eventi passati attribuendo nuovi significati alla luce di nuove consapevolezze. In questo processo ha un ruolo determinante l'ambiente che dà le informazioni affinché l'individuo le rielabori nelle nuove attribuzioni di significato. Uno degli autori principali nell'attribuzione di significato è sicuramente Victor Frankl (1972), fondatore dell'analisi esistenziale e della logoterapia, che ha basato il suo approccio terapeutico sull'opportunità di dare nuovi significati costruttivi alle esperienze dolorose e di perdita. Antonovsky (1979; 1993) si posiziona sullo stesso filone con il concetto di senso di coerenza, una predisposizione dell'individuo nei confronti della realtà che permette di dare ordine e organizzazione alle situazioni della vita fino ad arrivare alle più complesse. Ogni situazione è dunque affrontabile con il giusto investimento di risorse ambientali e personali. Un altro costrutto studiato dalla psicologia positiva è quello di qualità della vita (QdV). Quest'ultimo è un fattore soggettivo definito dalla OMS come le percezioni che gli individui hanno della propria collocazione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Si tratta di un concetto molto ampio che ricomprende, in modo complesso, lo stato di salute fisico e psicologico di ogni singolo individuo, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e il rapporto con le caratteristiche salienti dell'ambiente. La felicità fa parte della qualità della vita e ne rappresenta il fulcro. Il benessere soggettivo può essere usato come sinonimo di felicità e a concorrere a questo fanno parte aspetti della qualità della vita

come la salute, il lavoro, l'ambiente di vita e non per ultimo, l'educazione. Questi elementi acquistano valore quando sono percepiti dall'individuo; i sentimenti e le percezioni individuali influenzano a loro volta le condizioni oggettive di vita, e si crea perciò un'interazione. La qualità della vita ha perciò una duplice misurazione, una oggettiva e una soggettiva: la prima si riferisce alle condizioni materiali secondo degli standard culturalmente riconosciuti e calati nel contesto specifico (lavoro, famiglia, scuola, relazioni, etc.), la seconda si riferisce alla percezione e valutazione che la persona ha della sua condizione. Felicità, benessere soggettivo e soddisfazione sono spesso usati come sinonimi e spesso privati di una valenza scientifica e misurabile perché termini di uso comune. Ma gli studi che hanno affrontato queste questioni sono innumerevoli e secondo Colombo e Baruffi (2010), seguono tre principali teorie: la teoria del confronto, la teoria del folklore e la teoria della vivibilità. Secondo la prima il benessere soggettivo è definito dal confronto tra la vita reale e la vita ideale cioè dallo scarto tra quello che l'individuo percepisce della propria vita e il suo ideale. La teoria del folklore considera come riferimento la visione della vita culturalmente dominante in uno specifico contesto. Per cui la felicità dipende da ciò che culturalmente la gente pensa sia la felicità. Un atteggiamento positivo o negativo del paese porterà ad una o all'altra interpretazione della vita e della possibilità di affrontare gli ostacoli. La teoria della vivibilità considera la componente oggettiva della QdV: cioè se le condizioni di vita sono oggettivamente buone allora le persone saranno felici, se le condizioni sono oggettivamente cattive le persone saranno infelici, togliendo quindi ogni capacità soggettiva d'interpretazione della realtà da parte dell'individuo. Nessuna delle tre teorie, tuttavia, è completa e spiega il fenomeno in tutti i suoi aspetti. Abbiamo visto come la felicità sia accostata al benessere soggettivo e come questo si componga di diverse dimensioni e allo stesso tempo di dimensioni satellite, cioè capacità della persona che si accostano e agevolano la costruzione di condizioni benessere. Proseguiamo ora con altri aspetti fondamentali nel tentativo di fornire una rassegna ancora più ampia nel tentativo di arricchire di significato il termine benessere. La psicologia positiva focalizza particolare attenzione su quella che viene definita esperienza ottimale. La domanda che ci si pone alla base delle principali indagini è quali sono le caratteristiche dell'esperienza soggettiva e quale ruolo ha la qualità dell'esperienza nel condizionare il benessere individuale (Bassi e Delle Fave, 2010). Seguendo la rassegna di Bassi e Delle Fave illustreremo brevemente le principali dimensioni psicologiche dell'esperienza ottimale. Per esperienza soggettiva si intende secondo la definizione di Csikszentmihalyi (1992) l'insieme di cognizioni, emozioni e motivazioni con una elaborazione consapevole delle informazioni che provengono dall'ambiente. Di fronte alle sfide e opportunità quotidiane ogni individuo associa differenti stati esperienziali a partire dalla percezione delle proprie risorse personali. Come detto, uno stato esperienziale positivo è stato riscontrato nella percezione individuale di sfide complesse ma raggiungibili perché bilanciate alle proprie capacità. Questa

condizione è definita da Csikszentmihalyi flow o esperienza ottimale. La definizione riportata è: Uno stato di elevata concentrazione, coinvolgimento, controllo della situazione, chiarezza di obiettivi e stato affettivo positivo. In questa condizione, inoltre, l'attività viene svolta per il piacere stesso che ne deriva, ossia per motivazione intrinseca (Deci e Ryan, 1985). L'esperienza ottimale è riscontrabile in ogni tipo di attività, compreso lo studio, a patto che il livello di sfida sia sufficientemente elevato. Il giusto livello di sfida aumenta il grado di soddisfazione nel raggiungimento degli obiettivi, aumenta la concentrazione e attiva l'utilizzo di risorse personali. Un aspetto interessante è che l'esperienza ottimale non è quasi mai associata a compiti ripetitivi ma ad attività che richiedono un certo grado di autonomia e responsabilità. Rispetto alla struttura psicologica dell'esperienza ottimale questa presenta un nucleo cognitivo stabile e uno variabile. Il nucleo stabile è caratterizzato da un elevato livello di concentrazione e controllo, quello variabile riguarda l'aspetto affettivo e motivazionale che può cambiare da attività ad attività. Lo studio, ad esempio, può rappresentare un buon obiettivo a lungo termine ma con una bassa desiderabilità a breve termine.

L'esperienza ottimale può essere letta trasversalmente a seconda dei contesti di applicazione. Risulta quindi di particolare importanza anche per le questioni educative, affrontate in questo contributo. Da questo punto di vista, l'aspetto importante di quanto detto fino ad ora, è che l'individuo organizza la propria vita intorno alle attività che associa ad un vissuto di esperienza ottimale; queste attività sono dette "ottimali", dove si investiranno poi le maggiori attenzioni e risorse individuali. In letteratura si parla infatti di ambiente educativo di qualità quando quest'ultimo viene percepito positivamente nelle relazioni tra pari, nelle relazioni con gli insegnanti, nel coinvolgimento nel processo di apprendimento. Un ambiente educativo di qualità è costituito quindi da un sistema di interazioni positive che soddisfino i bisogni della persona (Carmeli & Gittel, 2009). Come anticipato, non si possono considerare gli aspetti di benessere se non all'interno di un contesto di riferimento. Nella prospettiva interazionista rientra quello che è stato già accennato precedentemente, il costrutto di benessere sociale, che si concentra sulla qualità e sul funzionamento delle relazioni della persona con la sua comunità di riferimento e in generale con il suo contesto. Il benessere è quindi inteso come «come una valutazione soggettiva complessa che include più aspetti: l'integrazione, l'accettazione, il contributo, l'attualizzazione e la coerenza sociale» (Petrillo & Doninzetti, 2008). Keyes ha insistito, in particolare, sul concetto di benessere sociale, sostenendo che per comprendere il funzionamento ottimale e la salute mentale ci sia la necessità di analizzare cinque criteri:

1.integrazione sociale: il senso di appartenenza delle persone ad un gruppo e ad una comunità;

2.accettazione sociale: sentimento di fiducia nell'altro e nella natura umana, senso di benessere nello stare insieme agli altri;

3.contributo sociale: il pensiero di essere utile e valido alla società di appartenenza;

4.attualizzazione sociale: “la valutazione delle potenzialità e dell'andamento complessivo della società”;

5.coerenza sociale: “consiste nella valutazione di una società intelligibile, comprensibile e ordinata”.

La valutazione soggettiva è definita complessa in quanto non si limita a considerare i predittori del benessere psicologico (sostegno sociale, la soddisfazione di vita) né solo i comportamenti orientati alla socialità, ma si focalizza sulle interrelazioni tra l'individuo e la comunità considerando l'auto-percezione all'interno della società e l'influenza reciproca che individuo e contesto producono. Lo studio dei contesti, all'interno di un'ottica interazionista, è dunque fondamentale abbracciando il presupposto teorico alla base del benessere bio-psico-sociale. Nel paragrafo seguente verrà illustrato un tentativo istituzionale di misurazione del benessere alla luce dell'approccio globale e bio-psico-sociale appena illustrato.

3.1 Misurazioni istituzionali di benessere: Benessere equo e sostenibile

Una misurazione nazionale del benessere è quella relativa al framework BES - Benessere Equo e Sostenibile che consta in un sistema di misurazione del benessere lungo 12 indicatori. Questi ultimi sono stati identificati grazie a una consultazione e discussione approfondita tra esperti del settore, statistici, parti sociali e società civile. Al fine della costruzione degli indicatori, nel 2011 è stata condotta anche una consultazione dei cittadini che hanno espresso una valutazione sui diversi aspetti per loro importanti per raggiungere una buona qualità di vita. La risultante di questi meccanismi di consultazione tra esperti e cittadini è la definizione di dodici domini del benessere equo e sostenibile:

1. Salute
2. Istruzione e formazione
3. Lavoro e conciliazione dei tempi di vita
4. Benessere economico
5. Relazioni sociali

6. Politica e Istituzioni

7. Sicurezza

8. Benessere soggettivo

9. Paesaggio e patrimonio culturale

10. Ambiente

11. Innovazione, ricerca e creatività

12. Qualità dei servizi

Il concetto di Benessere equo e sostenibile e la sua misurazione hanno trovato ampi spazi nel dibattito pubblico, politico e istituzionale fino all'introduzione di una selezione di indicatori nel processo di definizione delle politiche economiche (Fonte Istat, Rapporto 2018). Consolidata l'importanza di queste tematiche nel 2018 l'Istat ha condotto un'ulteriore indagine di approfondimento sulle aree significative per i cittadini nel definire la qualità della loro vita. Ognuno dei 12 indicatori ha a sua volta dei sotto-indicatori di misurazione molto specifici che permettono di misurare il livello di soddisfazione nazionale in ogni area. Tra questi, che non è possibile trattare approfonditamente in questa sede, rientra il benessere soggettivo, che costituisce uno specifico dominio poiché la percezione individuale rappresenta un elemento fondamentale per descrivere il benessere (Stiglitz et al., 2009). Come componente del benessere si è fatto riferimento alle teorizzazioni più rilevanti (Diener, 1994, Ryff, 2000) e si scelto come indicatore la soddisfazione di vita considerando come popolazione di riferimento gli adulti con età compresa tra i 25 e i 64 anni. Il rapporto BES che esce per merito dell'ISTAT a cadenza annuale analizza la relazione tra il benessere soggettivo e gli altri indicatori. La longitudinalità delle rilevazioni permette di osservare la dinamica evolutiva delle relazioni tra i fattori. In questo framework il benessere soggettivo è considerato come lo specchio di una molteplicità di situazioni oggettive. Dai risultati emerge ad esempio come le condizioni di salute costituiscano il principale determinante del Benessere soggettivo; una relazione significativa si è riscontrata anche con le variabili legate alla sfera del benessere economico mostrando come chi vive in una famiglia con migliori risorse economiche e buone condizioni abitative è anche più soddisfatto della propria vita; la partecipazione sociale e il coinvolgimento nelle attività è una sfera che ha raggiunto un impatto maggiore sulla qualità di vita a partire dalla crisi economica. Questi sono solo alcuni dei molteplici risultati osservabili e descritti nel Rapporto BES 2018. In questa sede è importante solo sottolineare come l'interesse istituzionale e politico si indirizzi verso una misurazione

oggettiva delle condizioni di benessere, di soddisfazione e di qualità di vita che unisce condizioni oggettive a percezioni soggettive. Il modello è quindi di ispirazione anche per la valutazione delle componenti che determinano un'esperienza scolastica di qualità. In questa direzione il MIUR si sta muovendo con un tavolo congiunto di esperti del settore, istituzioni e parti sociali per adattare il modello BES alla valutazione dei sistemi di istruzione e formazione.

Capitolo 4

La relazione tra fattori psicologici, comportamenti a rischio e benessere

La salute e il benessere individuale non sono determinati unicamente da fattori biologici o ambientali, ma derivano da una complessa interazione tra dimensioni psicologiche, comportamentali e sociali (Engel, 1977). Negli ultimi decenni, la ricerca psicologica ha evidenziato come specifiche caratteristiche psicologiche possano influenzare la propensione a mettere in atto comportamenti a rischio e, di conseguenza, incidere sul livello di benessere percepito e reale. Comprendere queste relazioni è fondamentale per sviluppare interventi di prevenzione efficaci e promuovere uno stile di vita salutare.

4.1 Personalità e Comportamenti a Rischio

La personalità costituisce un potente predittore dell'adozione di comportamenti rischiosi. Modelli di personalità come il *Big Five* (Costa & McCrae, 1992) mostrano che tratti quali *Nevroticismo* e *Apertura all'esperienza* sono positivamente correlati a comportamenti impulsivi, uso di sostanze e guida pericolosa, mentre *Coscienziosità* tende ad essere associata a scelte più salutari e controllate (Hoyle, Fejfar & Miller, 2000). Individui con elevati livelli di nevroticismo sperimentano maggiore instabilità emotiva e difficoltà nella regolazione degli stati affettivi, fattori che possono facilitare comportamenti rischiosi per gestire stress o ansia (Wills, Sandy & Yaeger, 2002).

4.2 Emozioni e Regolazione Emotiva

Le emozioni giocano un ruolo cruciale nei comportamenti a rischio. La teoria della regolazione emotiva suggerisce che l'incapacità di gestire emozioni negative possa portare ad un aumento di comportamenti disadattivi, come l'abuso di sostanze, l'alimentazione incontrollata e comportamenti sessuali non protetti (Gross, 1998). Ad esempio, individui con scarsa competenza nella regolazione emotiva possono ricorrere all'alcol come meccanismo di coping per attenuare stati d'ansia persistenti, consolidando pattern comportamentali rischiosi (Cooper, Frone, Russell & Mudar, 1995).

4.3 Autostima, Autoefficacia e Rischio

L'autostima e l'autoefficacia sono variabili psicologiche strettamente connesse alla percezione di sé e alla capacità di affrontare situazioni difficili. Un basso livello di autostima è stato associato a una

maggior propensione a comportamenti autolesionistici e all'adesione a gruppi con norme rischiose, poiché l'individuo può cercare accettazione e convalida esterna (Rosenberg, 1965). Allo stesso modo, una bassa autoefficacia percepita può ridurre la capacità di resistere a pressioni sociali per adottare comportamenti rischiosi, come l'uso di sostanze in contesti di gruppo (Bandura, 1997).

4.5 Il Ruolo dei Processi Cognitivi: la percezione del rischio

La percezione del rischio non corrisponde sempre alla realtà oggettiva: essa è influenzata da bias cognitivi e da euristiche mentali. Ad esempio, la *teoria del prospetto* di Kahneman e Tversky (1979) suggerisce che le persone tendono a sovrastimare rischi percepiti come immediati e sottostimare quelli incerti o futuri. Questa distorsione cognitiva può spiegare perché individui giovani minimizzano i rischi associati a comportamenti sessuali non protetti o guida ad alta velocità.

4.6 Impulsività e Controllo Inibitorio

L'impulsività è un costrutto multidimensionale che comprende l'incapacità di ritardare la gratificazione e la tendenza ad agire senza riflettere sulle conseguenze (Evenden, 1999). Bassi livelli di controllo inibitorio, spesso misurabili attraverso compiti neuropsicologici, sono associati a comportamenti rischiosi quali uso di droghe, gioco d'azzardo e guida pericolosa (Bechara, 2005). L'impulsività è correlata inoltre alla disregolazione emotiva, che può amplificare la vulnerabilità a tali comportamenti.

4.7 Comportamenti a Rischio impatto e Conseguenze sul Benessere

Il benessere psicologico, come precedentemente definito, è un costrutto multidimensionale che include la soddisfazione di vita, l'autorealizzazione, l'equilibrio emotivo e il funzionamento sociale positivo (Ryff & Keyes, 1995). È distinto dal semplice concetto di felicità soggettiva e incorpora una dimensione di funzionamento efficace nella vita quotidiana. I comportamenti rischiosi, soprattutto se cronici, esercitano effetti deleteri sul benessere. L'abuso di sostanze è correlato a una riduzione della qualità di vita, disfunzioni familiari, problemi di salute mentale e fisica (World Health Organization, 2018). Analogamente, stili di vita sedentari e abitudini alimentari disfunzionali contribuiscono allo sviluppo di malattie croniche come obesità, diabete e cardiovascolari, con un impatto diretto sul benessere soggettivo e oggettivo (Mokdad et al., 2004).

4.8 Stress, Allostasi e Tutela della Salute

La teoria dell'allostasi descrive come lo stress cronico e la risposta fisiologica ripetuta aumentino il carico allostatico, portando a compromissioni biologiche e psicologiche che riducono il benessere

(McEwen, 1998). I comportamenti rischiosi possono essere sia causa che effetto di un elevato carico allostatico: ad esempio, lo stress cronico può spingere l'individuo verso l'abuso di sostanze, che a sua volta peggiora la salute fisica e psicologica.

4.9 Fattori Contestuali e Sociali: Influenza Sociale e Norme di Gruppo

Le norme sociali e l'influenza dei pari sono determinanti fondamentali nell'adozione di comportamenti rischiosi, specialmente in adolescenza e prima età adulta (Steinberg & Monahan, 2007). La pressione dei pari può spingere individui a sperimentare alcool, droghe o comportamenti sessuali non protetti, spesso percepiti come mezzi per ottenere accettazione o status sociale. La teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (1977) sottolinea come l'osservazione e l'imitazione dei modelli influenzino profondamente i comportamenti, rendendo le norme di gruppo particolarmente significative.

4.10 Stress Ambientale e Socioeconomico

Contesti di svantaggio sociale o economico aumentano la probabilità di adozione di comportamenti rischiosi attraverso molteplici meccanismi: accesso limitato a risorse preventive, esposizione a contesti pericolosi, livelli elevati di stress cronico e senso di impotenza appreso (Sinha, 2008). Questi fattori contestuali interagiscono con le caratteristiche individuali, amplificando gli effetti negativi sul benessere.

4.11 Studi scientifici

La letteratura scientifica converge sull'idea che i fattori psicologici non operano in isolamento, ma interagiscono dinamicamente con processi cognitivi, influenze sociali e contesti ambientali per determinare comportamenti a rischio. Questi ultimi, a loro volta, esercitano un impatto profondo sul benessere psicologico e fisico. Una visione integrata, che consideri la molteplicità di determinanti, è pertanto essenziale per comprendere appieno come promuovere stili di vita sani e ridurre la vulnerabilità individuale e collettiva.

4.12 Il ruolo mediatore dell'affettività nell'associazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale. Uno studio trasversale nell'adolescenza (Perazzini et al., 2025)

Introduzione

La teoria dell'attaccamento sostiene che le prime relazioni vissute dai bambini modellano il modello psicologico delle relazioni sociali che il bambino formerà da adulto, suggerendo che gli individui con un attaccamento sicuro hanno percezioni positive delle prime relazioni familiari, mentre gli individui evitanti e ansiosi-ambivalenti riferiscono esperienze infantili diverse che influenzano le loro relazioni adulte (Ainsworth et al., 2015; Bowlby, 1982; Feeney & Noller, 1990). Gli orientamenti di attaccamento comportano sicurezza (l'aspettativa che i propri bisogni saranno soddisfatti), ansia (incertezza che i propri bisogni saranno soddisfatti), evitamento (ritiro per ridurre la dipendenza dagli altri per soddisfare i propri bisogni) o paura (Gillath et al., 2005; Guo & Ash, 2020). L'attaccamento ai genitori è il legame affettivo tra figli e genitori (Sternberg & Stern, 2025). Esso può essere concettualizzato come essenziale per spiegare la varianza nelle differenze individuali, quali valori, norme e credenze in diversi ambiti, e come fattore critico per il disimpegno morale.

Il distacco morale rappresenta un meccanismo che fa riferimento ad azioni che facilitano comportamenti non etici delle persone senza che queste provino disagio, reazioni cognitive di autovalutazione (ad esempio, dissonanza cognitiva) ed emotive (ad esempio, senso di colpa e vergogna) che altrimenti potrebbero servire a dissuaderle dal loro comportamento scorretto (Caprara et al., 2014; DiPentima, Toni, & Roazzi, 2023; Dunn, 2013; Moore, 2015). Si basa sulla disattivazione dell'autoregolazione morale da parte dell'individuo attraverso una riformulazione della situazione per razionalizzare e giustificare pratiche specifiche non conformi agli standard morali (Samnani et al., 2014).

Ricerche precedenti hanno suggerito che un attaccamento sicuro ai genitori fosse un fattore predittivo negativo del disimpegno morale in un campione di adolescenti (età media: 14,25 anni) (Bao et al., 2015). Allo stesso modo, altri studi hanno scoperto che l'attaccamento insicuro era un fattore predittivo positivo dei comportamenti antisociali (ad esempio, la delinquenza e) durante la metà dell'adolescenza (ad esempio, Higgins, Jennings, & Mahoney, 2010). Inoltre, Chugh et al. (2014) hanno scoperto che gli individui con un attaccamento sicuro erano più capaci di gestire il disimpegno morale. Lo studio di Mazzone e colleghi (Mazzone & Camodeca, 2019) ha indicato che un buon funzionamento familiare era associato negativamente al disimpegno morale degli adolescenti. Gli autori hanno anche dimostrato che una scarsa coscienziosità e un basso funzionamento familiare aumentavano il rischio di bullismo negli adolescenti. Yang e Wang (2012) hanno indicato che ridurre

i conflitti tra i genitori è fondamentale per mitigare l'aggressività e il disimpegno morale degli adolescenti. Questa evidenza è stata corroborata anche da ricerche longitudinali, in cui livelli più bassi di attaccamento sicuro ai genitori durante l'adolescenza erano associati a livelli più elevati di delinquenza e bullismo (ad esempio, Bao & Yu, 2024; Higgins, Jennings, & Mahoney, 2010). Inoltre, come dimostrato dalla Teoria del Controllo Sociale (Hirschi, 2017), l'attaccamento sicuro consente di conformarsi alle aspettative positive dei genitori e di sviluppare valori morali, norme e credenze stabili che non violano le aspettative dei genitori.

Sulla base di queste prove, è stata avanzata la prima ipotesi di ricerca: H1. L'attaccamento dei genitori è associato al disimpegno morale.

L'effetto mediatore dell'affetto

Sebbene il ruolo dell'attaccamento ai genitori nel plasmare il disimpegno morale sia stato ben documentato in letteratura, i meccanismi coinvolti in questa associazione rimangono poco esplorati. In questa direzione, l'affetto potrebbe rappresentare una possibile variabile mediatrice in tale interazione.

L'affettività si riferisce a una sfumatura di sentimenti che le persone provano in un dato momento, un e che influenza l'esperienza, la cognizione e il comportamento (Bless & Forgas, 2013; Larsen & Prizmic, 2004; Perilli et al., 2020). Da un punto di vista evolutivo, l'adattamento umano comporta la regolazione dell'affettività e della motivazione durante l'affiliazione e la soddisfazione degli obiettivi, identificando distinti sistemi motivazionali come l'autoprotezione, l'evitamento delle malattie e l'affiliazione, ciascuno con implicazioni uniche per l'affettività, la cognizione e il comportamento (Gilbert, 2005; Porges, 2007; Schaller et al., 2017). Secondo il modello tripartito di Gilbert (Gilbert et al., 2008), il sistema affettivo delle persone si basa su tre tipi di emozioni: affetto positivo, affetto negativo e sicurezza sociale, che si sono evoluti come sistemi di risposta a specifici stimoli ambientali. L'affetto positivo comprende le emozioni che motivano le persone a cercare risorse o a migliorare le situazioni, come la gioialità, la sicurezza di sé e l'attenzione (Armstrong et al., 2021). L'affetto negativo è radicato in emozioni come la paura, l'ostilità, il senso di colpa e tristezza (Siedlecka & Denson, 2019). Queste emozioni fungono da avvertimento per gli individui quando si trovano ad affrontare situazioni spiacevoli, avverse o minacciose che potrebbero indebolire la motivazione, le prestazioni e l'apprendimento (Rowe & Fitness, 2018). A sua volta, la sicurezza sociale rappresenta uno stato emotivo confortante che deriva dallo stare con persone di fiducia (Armstrong et al., 2021).

Per quanto riguarda il potenziale ruolo mediatore dell'affetto avanzato nel presente studio, la ricerca ha dimostrato che gli stili di attaccamento influenzano i sistemi affettivi nelle diverse fasi della vita. Ad esempio, alcuni studi sull'adolescenza hanno dimostrato che quando gli adolescenti mostrano un attaccamento sicuro con i propri genitori, manifestano meno rabbia disfunzionale (Maalouf, Salameh, & Haddad, 2022). Alcuni studi hanno anche indicato che gli adolescenti con un attaccamento sicuro alle loro madri mostrano effetti costruttivi durante la risoluzione dei problemi (Keyzers et al., 2019). Inoltre, J. E. Cooke et al. (2019) hanno dimostrato che i bambini con un attaccamento sicuro avevano un affetto positivo più globale e un affetto negativo meno globale, suggerendo che questo tipo di attaccamento è fondamentale nella gestione delle reazioni emotive, soprattutto durante eventi stressanti (Brumariu, 2015). Inoltre, la ricerca ha suggerito che le prime esperienze positive o le interazioni inter i con figure significative (cioè l'attaccamento sicuro) sono necessarie per plasmare la sicurezza sociale dei bambini (ad esempio, Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015). Neff e McGehee (2010) hanno anche scoperto che le interazioni familiari positive e piacevoli erano associate a un maggiore senso di connessione sociale, che rappresenta un elemento di sicurezza sociale. Infine, gli individui che ricordano i propri genitori come rifiutanti e poco affettuosi tendono a percepire scarso sostegno sociale (Kelly et al., 2012). Nel complesso, questi risultati suggeriscono che avere genitori emotivamente affettuosi promuove affetti positivi e sicurezza sociale, indebolendo anche gli affetti negativi (Kelly & Dupasquier, 2016).

Inoltre, studi precedenti hanno indicato che l'affettività influenza la predisposizione individuale al disimpegno morale, suggerendo associazioni positive tra affettività (sia positiva che negativa) e disimpegno morale (Fida et al., 2015; Vincent, Emich, & Goncalo, 2013). L'affettività negativa predice positivamente il disimpegno morale, suggerendo anche che media la relazione tra affettività negativa e fattori stressanti (Fida et al., 2015). Inoltre, diversi studi hanno sottolineato il profondo impatto delle emozioni positive sull'ampliamento dei confini delle categorie, ampliando così il concetto di onestà per includere comportamenti che potrebbero essere tipicamente percepiti come disonesti (Vincent et al., 2013). Sulla base di queste prove, la seconda ipotesi di ricerca è stata formulata come segue: H2. L'affetto media l'associazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale.

Il presente studio

Basandosi sul modello tripartito di regolazione affettiva di Gilbert (Gilbert et al., 2008), il presente studio si è concentrato sull'associazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale, affrontando il ruolo mediatore dell'affettività definito in termini di affettività positiva, affettività negativa e

sicurezza sociale. Lo studio si è concentrato sull'adolescenza, una fase critica dello sviluppo morale in cui gli adolescenti si conformano agli standard della società per evitare il senso di colpa, l' , sviluppando il super-ego e l'autocontrollo che sostituiscono il controllo dei genitori (Gilmore & Meersand, 2019).

Lo studio ha avanzato un modello di mediazione in cui l'attaccamento ai genitori era la variabile indipendente, il disimpegno morale era la variabile dipendente, mentre l'affetto positivo, l'affetto negativo e la sicurezza sociale erano i mediatori.

Metodo

Partecipanti e procedura

Lo studio ha coinvolto un totale di 411 adolescenti. È stato identificato un outlier univariato utilizzando il test z con una soglia di $\pm 4,0$ z-score (Mertler, Vannatta, & LaVenja, 2021). Questo valore anomalo è stato scartato dal set di dati, ottenendo un campione finale di 410 partecipanti (età media = 15,35 anni, deviazione standard dell'età = 1,10 anni; intervallo di età = 14-17 anni): 199 partecipanti (48,5%) erano ragazze e 211 (51,5%) erano ragazzi.

Lo studio è stato condotto in due scuole pubbliche dell'Italia centrale, situate nelle regioni Abruzzo e Lazio. La raccolta dei dati è avvenuta durante il normale orario scolastico. Prima della raccolta dei dati, sono stati organizzati incontri formali con i dirigenti scolastici per spiegare lo scopo, le procedure e gli standard etici della ricerca. La partecipazione era volontaria ed è stato ottenuto il consenso informato dei genitori e/o dei tutori legali. Sono stati inclusi nello studio solo i partecipanti i cui genitori hanno fornito il consenso informato scritto. I genitori che non hanno sostenuto la ricerca sono stati esclusi.

I partecipanti hanno completato una serie di test cartacei, tra cui l'Inventario dell'attaccamento dei genitori e dei coetanei per i genitori, la Scala degli affetti positivi e negativi, la Scala della sicurezza sociale e del piacere, la Scala del disimpegno morale e un breve questionario sui dati sociodemografici (ad esempio, età, sesso e zona di residenza). Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca dell'Università dell'Aquila (numero di protocollo: 124809) e condotto in conformità con gli standard etici delineati nella Dichiarazione di Helsinki.

Misure

L'Inventario dell'attaccamento genitoriale e tra pari per genitori (IPPA-G; Armsden & Greenberg, 1987; Baiocco, Laghi, & Paola, 2009; Pace, San Martini, & Zavattini, 2011; San Martini, Zavattini, & Ronconi, 2009) è composto da 28 item che valutano la qualità delle relazioni che gli adolescenti hanno con i propri genitori. Lo strumento analizza il legame affettivo e le dimensioni cognitive dell'attaccamento, tenendo conto anche del contenuto esplicito delle percezioni e delle opinioni degli adolescenti su se stessi e sui loro partner relazionali. L'IPPA-G misura: 1) la fiducia, definita come il grado di comprensione e rispetto reciproci nella relazione di attaccamento; 2) la comunicazione, definita come la qualità dell'interazione verbale; e 3) l'alienazione, che comporta sentimenti di rabbia e disapprovazione interpersonale. I soggetti devono rispondere al questionario attraverso una scala Likert a 5 punti che va da 1 = "Mai vero" a 5 = "Sempre vero". È stato calcolato un punteggio totale. Nel presente studio, l' α di Cronbach era 0,70.

Il Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Terraciano, McCrae, & Costa, 2003; Watson et al., 1988) è stato progettato per misurare l'affettività in vari contesti, come il momento presente, il giorno, la settimana o l'anno passato, o in generale (in media). Pertanto, la scala può essere utilizzata per misurare l'affettività di stato, l'affettività disposizionale o caratteriale, le fluttuazioni emotive in un determinato arco di tempo o le risposte emotive agli eventi. In questo studio, ai partecipanti è stato chiesto di indicare la loro affettività generale (media). Il PANAS consiste in un elenco di 20 aggettivi, di cui 10 si riferiscono all'affetto positivo (ad esempio, entusiasta, interessato e determinato) e 10 all'affetto negativo (ad esempio, spaventato, turbato e angosciato). Ogni voce è valutata su una scala Likert a cinque punti, che va da 1 (per niente) a 5 (estremamente). In studi precedenti, la scala ha mostrato eccellenti proprietà psicometriche (ad esempio, Terraciano et al., 2003; Watson et al., 1988): il coefficiente di consistenza interna della sottoscale dell'affetto positivo varia da 0,86 a 0,90 e quello della sottoscale dell'affetto negativo varia da 0,84 a 0,87. Nel presente studio, l'alfa di Cronbach dell' e era pari a 0,77 per l'affetto positivo e a 0,82 per l'affetto negativo.

La Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS; Gilbert et al., 2009) è un questionario di autovalutazione composto da 11 item che misura la misura in cui le persone percepiscono il proprio mondo sociale come sicuro, accogliente e rassicurante (ad esempio, "Mi sento soddisfatto delle mie relazioni, mi sento sicuro e desiderato, provo un senso di calore nei miei rapporti con le persone"). I partecipanti indicano le loro risposte su una scala di tipo Likert a 5 punti da 1 (quasi mai) a 5 (quasi sempre). Nel presente studio sull' , l' α di Cronbach era 0,90.

La Scala di disimpegno morale (MDS) (Bandura et al., 1996; Caprara et al., 2006) è composta da 32 voci (ad esempio, "Se le persone sono incuranti nel lasciare le loro cose, è colpa loro se vengono

rubate"). Ai partecipanti è stato chiesto di valutare il loro grado di accordo o disaccordo con affermazioni che esprimono l'esonero morale da comportamenti dannosi su una scala a 5 punti che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo). Nel campione attuale, l' α di Cronbach era pari a 0,87.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati utilizzando SPSS Statistics versione 24 per Windows (IBM Corporation, Armonk, New York, USA). Sono state calcolate statistiche descrittive per valutare le informazioni socio-demografiche del campione, mentre sono state eseguite correlazioni bivariate per

individuando le caratteristiche principali e le associazioni tra le variabili dello studio. L'analisi di mediazione è stata calcolata tramite la macro PROCESS per SPSS (versione 3.5) (Hayes, 2017), selezionando il modello 4. In particolare, nella procedura PROCESS, l'effetto di mediazione è indicato da un intervallo di confidenza (CI) significativo al 95% basato su 5.000 campioni. Il bootstrap è un approccio non parametrico che aggira il problema della non normalità non a e fornisce una valutazione accurata degli effetti di mediazione e moderazione, anche in campioni di piccole e medie dimensioni (ad esempio, Giancola, Bocchi, et al., 2023; Giancola, D'Amico, et al., 2023). La significatività dei risultati è garantita se l'intervallo dell'IC bootstrappato non include il valore zero (Giancola, Palmiero, et al., 2023; Preacher & Hayes, 2008). Nell'approccio bootstrapping, l' R^2 è utilizzato come misura dell'entità dell'effetto. Infine, tutta la significatività in questo studio è stata fissata a $p < .05$.

Risultati

Analisi preliminare

I dati sono stati testati per verificarne la normalità e i risultati hanno mostrato che tutte le variabili erano distribuite normalmente (Test di Kolmogorov-Smirnov: $Z_{Moraledisimpegno} = 0,05$, ns; $Z_{Sociale\ sicurezza} = 0,07$, ns; $Z_{GenitoreAttaccamento} = 0,20$, ns) ad eccezione dell'affetto positivo e dell'affetto negativo (test di Kolmogorov-Smirnov: $Z_{Positivoaffetto} = 0,02$, sig; $Z_{Negativoaffetto} = 0,01$, sig). Inoltre, il test a fattore singolo di Harman (Podsakoff et al., 2012) ha rivelato che la varianza spiegata da un modello esplorativo a fattore singolo (con tutte le variabili dello studio) era pari al 28,98. Pertanto, i dati non hanno mostrato problemi di distorsione del metodo comune (soglia

critica del test $\geq 50\%$). Come mostrato nella Tabella 1, l'analisi correlazionale preliminare ha rivelato che l'attaccamento dei genitori era correlato positivamente

Tabella 1. Analisi di correlazione di Spearman.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Età	1						
2. Sesso	0,02	1					
3. Attaccamento ai genitori	0,00	0,03	1				
4. Affetto positivo	0,01	0,23	0,27	1			
5. Affetto negativo	0,11	-0,17**	-0,24**	-0,10	1		
6. Sicurezza sociale	-0,04	0,18	0,38	0,41	-0,27**	1	
7. Disimpegno morale	-0,01	0,20	-0,20**	0,12	0,18	-0,11*	1

N = 410, il sesso è codificato con variabile dummy (0 = F, 1 = M). **p* < .05, ***p* < .01.

con affetto positivo ($r = 0,16$, $p < 0,01$) e sicurezza sociale ($r = 0,27$, $p < 0,01$) e negativamente con affetto negativo ($r = -0,17$, $p < 0,01$) e disimpegno morale ($r = -0,14$, $p < 0,01$). Inoltre, il disimpegno morale era associato positivamente con l'affetto positivo ($r = 0,09$, $p < 0,05$) e l'affetto negativo ($r = 0,12$, $p < 0,01$) e negativamente con la sicurezza sociale ($r = -0,08$, $p < 0,01$). Infine, il genere era correlato con l'affetto positivo ($r = -0,20$, $p < 0,01$), l'affetto negativo ($r = -0,14$, $p < 0,01$), la sicurezza sociale ($r = -0,15$, $p < 0,01$) e il disimpegno morale ($r = -0,17$, $p < 0,01$).

Analisi di mediazione

È stato applicato un modello di mediazione che includeva l'attaccamento ai genitori come variabile indipendente, il disimpegno morale come variabile dipendente e l'affetto positivo, l'affetto negativo e la sicurezza sociale come mediatori. I risultati hanno rivelato che l'effetto diretto dell'attaccamento ai genitori sul disimpegno morale era significativo ($B = -0,23$, $SE = 0,06$, $t = 3,66$, p

$< .001$, $CI\ 95\% = [-0,355, -0,107]$). Inoltre, l'attaccamento ai genitori era associato all'affetto positivo ($B = 4,81$, $SE = 0,77$, $t = 6,29$, $p < .001$, $CI\ 95\% = [3,308, 6,317]$), all'affetto negativo

($B = -3,81$, $SE = 0,86$, $t = -4,42$, $p < 0,001$, $CI\ 95\% = [-5,504, -2,114]$) e sicurezza sociale ($B = 0,81$, $SE = 0,09$, $t = 8,45$, $p < 0,001$, $CI\ 95\% = [0,622, 1,000]$). Il distacco morale era associato all'affetto positivo ($B = 0,01$, $SE = 0,00$, $t = 2,75$, $p < 0,001$, $CI\ 95\% = [0,008, 0,023]$), all'affetto negativo ($B = 0,01$, $SE = 0,00$, $t = 2,75$, $p < 0,01$, $CI\ 95\% = [0,002, 0,016]$) e sicurezza sociale ($B = -0,07$, $SE = 0,03$, $t = -2,07$, $p < 0,05$, $CI\ 95\% = [-0,129, -0,003]$). Questi risultati indicano che l'affetto positivo ($B = 0,08$, $BootSE = 0,02$, $BootCI\ 95\% = [0,034, 0,126]$), affetto negativo ($B = -0,04$, $BootSE = 0,01$,

BootCI 95% = [-0,068, -0,011]) e sicurezza sociale (B = -0,05, BootSE = 0,03, BootCI 95% = [-0,108, -0,04]) ha mediato in modo significativo la relazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale. L'effetto totale (B = -0,25, SE = 0,06, t = -4,17, p < 0,001, CI 95% = [-0,360, -0,129]). L'R² era 0,14 [F(5,404) = 13,63, p < 0,001]. La figura 1 riassume i risultati dell'analisi di mediazione.

Discussione

La presente ricerca ha esplorato l'associazione tra l'attaccamento dei genitori agli adolescenti e il disimpegno morale, affrontando l'effetto mediatore dell'affetto in termini di affetto positivo, affetto negativo e sicurezza sociale. I risultati hanno confermato l'ipotesi H1 (l'attaccamento dei genitori influisce direttamente sul disimpegno morale degli adolescenti) e l'ipotesi H2 (l'affetto positivo e l'affetto negativo mediano l'associazione tra l'attaccamento dei genitori e il disimpegno morale). Inoltre, nonostante la scarsità di prove sull'associazione

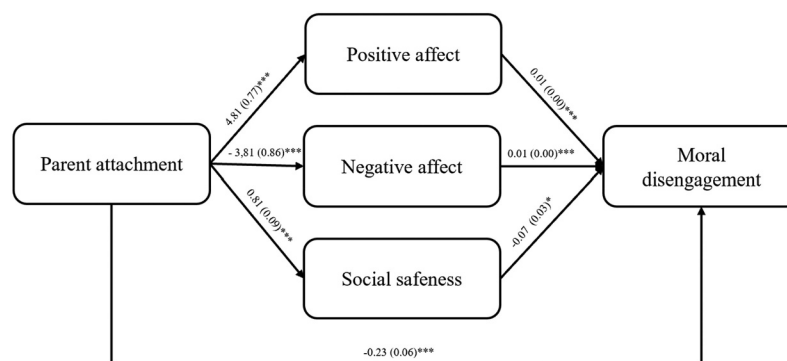


Figura 1. Riepilogo dell'analisi di mediazione. La figura spiega graficamente l'associazione tra attaccamento ai genitori e disimpegno morale attraverso tre diversi affetti, tra cui affetto positivo, affetto negativo e sicurezza sociale. * $p < .05$, *** $p < .001$.

tra sicurezza sociale e disimpegno morale, che non ci ha permesso di avanzare un'ipotesi chiara sul ruolo della sicurezza sociale, i nostri risultati hanno evidenziato che la sicurezza sociale ha mediato l'associazione tra attaccamento dei genitori e disimpegno morale.

I nostri risultati sono in linea con precedenti ricerche riguardanti l'effetto diretto dell'attaccamento dei genitori sul disimpegno morale (Chugh et al., 2014). Infatti, l'attaccamento è stato tradizionalmente descritto come un legame affettivo tra un neonato e una figura di riferimento (Sternberg & Stern, 2025). Relazioni di attaccamento adeguate sono benefiche perché forniscono ai bambini una "base sicura" da cui esplorare ulteriormente l'ambiente esterno (Perazzini et al., 2023). Durante le sue classiche osservazioni domiciliari su bambini di un anno, Mary Ainsworth ha notato quanto sia

importante prestare attenzione ai segnali emotivi espressi dal bambino. Anche Bowlby ha sostenuto che la funzione primaria delle emozioni è quella di comunicare con se stessi e con gli altri (Ainsworth et al., 2015; Bowlby, 1982). Strutturare l'è una struttura per la comunicazione emotiva dovrebbe essere fondamentale per lo sviluppo dei modelli di attaccamento dei genitori (Stevenson-Hinde, 2007). Le relazioni di attaccamento forniscono il contesto in cui i bambini imparano e comprendono le esperienze emotive (Contreras & Kerns, 2000; J. Cooke et al., 2016).

Per quanto riguarda il ruolo mediatore dell'affetto positivo, tale ruolo potrebbe essere spiegato considerando due percorsi principali. In primo luogo, i risultati hanno indicato che gli individui con un attaccamento sicuro sono più propensi a utilizzare strategie efficaci di regolazione delle emozioni (Brumariu, 2015). Infatti, un maggiore senso di attaccamento tra gli adolescenti alle figure genitoriali favorisce uno stato emotivo positivo. Questo attaccamento funzionale non solo facilita la coltivazione di emozioni positive, caratteristiche della felicità, ma rafforza anche la sicurezza di sé. In secondo luogo, il nostro studio ha suggerito che gli adolescenti con una maggiore tendenza all'affetto positivo sono più propensi ad approvare il disimpegno morale. Una possibile spiegazione risiede nelle strategie di regolazione delle emozioni degli adolescenti. Gli individui con una maggiore inclinazione all'affetto positivo possono fare affidamento su specifici meccanismi di regolazione adattiva delle emozioni che portano involontariamente al disimpegno morale. L'eccessiva attenzione alle emozioni positive potrebbe potenzialmente portare a ignorare o trascurare le considerazioni morali durante il processo decisionale. Questa idea conferma che provare affetto positivo può aiutare le persone a pensare in modo più flessibile, consentendo comportamenti che altrimenti potrebbero essere considerati disonesti (Vincent et al., 2013).

Considerando il ruolo mediatore dell'affetto negativo (basato, ad esempio, su paura, ostilità, senso di colpa e tristezza), i nostri risultati confermano le ricerche precedenti. In primo luogo, in linea con la letteratura (ad esempio, J. E. Cooke et al., 2019), il nostro studio ha dimostrato che all'aumentare dell'attaccamento diminuisce l'affetto negativo, suggerendo che gli adolescenti con un basso attaccamento sono più inclini a provare emozioni negative. In secondo luogo, nel nostro studio, l'affetto negativo rispecchiava l'affetto positivo, influenzando il disimpegno morale. Questo risultato è in linea con ricerche precedenti (Fida et al., 2015; Vincent et al., 2013) che suggeriscono che più gli adolescenti provano e reagiscono con emozioni negative a una data situazione, più attivano processi cognitivi che razionalizzano comportamenti non etici, sbagliati, devianti o moralmente disimpegnati (Fida et al., 2015).

Infine, per quanto riguarda l'effetto mediatore della sicurezza sociale, da un lato i nostri risultati confermano i risultati precedenti sull'effetto dell'attaccamento ai genitori sulla sicurezza sociale; dall'altro, forniscono alcune indicazioni sull'implicazione della sicurezza sociale nella disposizione individuale verso il disimpegno morale. In particolare, studi precedenti hanno indicato che le prime forme di attaccamento ai genitori sono fondamentali affinché i bambini provino sicurezza sociale (Mandelli et al., 2015), confermando l'idea che quando le persone provano un maggiore attaccamento positivo, tendono allo stesso tempo a provare una maggiore sicurezza sociale (Kelly et al., 2012). Sebbene manchino studi su come la sicurezza sociale influenzi il disimpegno morale, possiamo ipotizzare che una maggiore sicurezza sociale porti a una minore tendenza a comportarsi in modo morale. Quando le persone provano intimità, calore e sicurezza nelle loro relazioni sociali, sono soddisfatte e meno propense ad agire in modo immorale (Armstrong et al., 2021; Bandura, 1999).

La presente ricerca ha fornito alcune implicazioni che meritano di essere menzionate. Da un punto di vista teorico, questo studio ha ampliato le conoscenze sul meccanismo primario (cioè l'affetto) coinvolto nell'associazione tra l'attaccamento ai genitori e il disimpegno morale durante una fase critica della vita, come l'adolescenza, per lo sviluppo della moralità. Da un punto di vista socio-educativo, la presente ricerca ha indicato che l'affettività è fondamentale per migliorare le strategie volte a contrastare il disimpegno morale. Ciò potrebbe essere implementato nelle scuole e in qualsiasi luogo in cui crescono bambini e adolescenti. I risultati del presente studio potrebbero essere utili per i genitori e i futuri genitori, fornendo loro gli strumenti per affrontare il difficile compito di costruire un rapporto con i propri figli.

Inoltre, la presente ricerca ha mostrato alcune limitazioni e occorre prendere atto delle direzioni future della ricerca. Questo studio si basa su un disegno trasversale, che non consente di stabilire una relazione causale tra le variabili esaminate. La ricerca futura dovrebbe confermare i risultati dello studio attuale attraverso un disegno di ricerca longitudinale. In secondo luogo, lo studio attuale si basa solo su questionari di autovalutazione. A causa del ruolo critico dell'affettività nello sviluppo degli adolescenti e dei giovani, la ricerca futura dovrebbe manipolare l'affettività attraverso sessioni sperimentali. In terzo luogo, lo studio attuale è stato condotto nella cultura occidentale e non consente di generalizzare i risultati. Poiché le differenze culturali potrebbero influenzare l'effetto dell'attaccamento dei genitori sui comportamenti dei figli, le ricerche future dovrebbero considerare le differenze culturali quando affrontano l'effetto mediatore dell'affetto nell'associazione tra l'attaccamento dei genitori e il disimpegno morale.

In conclusione, il nostro studio migliora la comprensione di come l'attaccamento dei genitori influisca sul disimpegno morale negli adolescenti, sottolineando il ruolo mediatore dell'affettività. I risultati confermano che un attaccamento sicuro ai genitori protegge dal disimpegno morale, in parte perché promuovere gli affetti positivi e la sicurezza sociale riducendo al contempo quelli negativi. Questi risultati suggeriscono cinque raccomandazioni principali. In primo luogo, le politiche educative e di salute pubblica dovrebbero promuovere programmi di genitorialità e interventi psicologici che favoriscano un attaccamento sicuro tra genitori e figli, poiché è stato dimostrato che ciò riduce la suscettibilità degli adolescenti al disimpegno morale. In secondo luogo, considerando il ruolo mediatore degli affetti, i programmi scolastici dovrebbero includere una formazione sulla regolazione delle emozioni per aiutare gli adolescenti a riconoscere, esprimere e gestire le proprie emozioni in modi che favoriscano il pensiero morale e critico. In terzo luogo, è fondamentale sviluppare workshop e materiali didattici per genitori, insegnanti ed educatori, data l'influenza combinata dell'attaccamento dei genitori e dell'affettività sulla moralità degli adolescenti. Queste risorse possono migliorare la comprensione da parte degli adulti dei meccanismi psicologici alla base dello sviluppo morale e del comportamento. In quarto luogo, le istituzioni coinvolte nell'educazione dei giovani dovrebbero considerare l'attaccamento e l'affettività come obiettivi centrali della prevenzione per ridurre il rischio di comportamenti antisociali e trasgressioni etiche tra gli adolescenti. Infine, i professionisti e i servizi di salute mentale dovrebbero integrare la valutazione dello stile di attaccamento e del funzionamento affettivo nelle loro pratiche di screening e intervento, poiché questi fattori possono fungere da indicatori precoci del rischio di disimpegno morale. In questo modo possono contribuire a strategie di prevenzione più complete e sensibili allo sviluppo.

4.13 Attaccamento negli adulti e paura di perdersi qualcosa: l'atteggiamento consapevole è importante? (Perazzini et al., 2023)

Introduzione

La paura di perdersi qualcosa (FoMO) descrive il timore di essere esclusi o di non partecipare a un'esperienza (Hodkinson, 2019). Nello specifico, la FoMO comporta "una diffusa apprensione che gli altri possano vivere esperienze gratificanti da cui si è assenti" (Przybylski et al., 2013) (p. 1841). Riflette le preoccupazioni, le ansie e le inquietudini delle persone riguardo al fatto di essere escluse da eventi ed esperienze soddisfacenti all'interno delle loro cerchie sociali allargate. Data la sua natura, la FoMO è stata trovata negativamente implicata nelle relazioni sociali, in particolare dai social media e dai dispositivi mobili (Oberst et al., 2017). Ricerche passate hanno sottolineato che la

predisposizione individuale alla FoMO suscita confronti tra la vita degli altri utenti e la propria, così come viene rappresentata dai profili e dai post sui social media (Weaver & Swank, 2019). Un confronto sociale verso l'alto si verifica spesso a causa della propensione a sopravvalutare le proprie esperienze positive (Jordan et al., 2011). Inoltre, è stato riscontrato che la FoMO è associata a esperienze emotive negative come ansia, bassa autostima, sintomi depressivi, sintomi fisici negativi, sentimenti di inadeguatezza e bassa soddisfazione di vita, nonché a un aumento dell'invidia sociale e dell'esclusione (Przybylski et al., 2013; Błachnio, & Przepiórka, 2018; Baker et al., 2016). In questo senso, le persone che soffrono di FoMO tendono a dedicare più tempo a confrontare la vita apparente degli altri con la propria e, di conseguenza, la loro vita diventa meno appagante se sostituiscono le interazioni faccia a faccia con la visione dei profili o dei post recenti di altri utenti per sentirsi più connessi o in relazione con gli altri (Weaver & Swank, 2021).

Considerato questo ruolo negativo nella vita delle persone, ricerche passate nel campo della psicologia hanno cercato di approfondire la comprensione dei principali fattori determinanti della FoMO, specialmente negli adolescenti e nei giovani adulti (Stead & Bibby, 2017; Ashir et al., 2023). Tuttavia, per quanto ne sappiamo, sono stati condotti pochi studi su come tali fattori determinanti (cioè fattori intrapersonali) interagiscono per plasmare la FoMO. Per colmare questa lacuna, la presente ricerca ha esplorato il contributo congiunto dell'attaccamento degli adulti e degli atteggiamenti consapevoli nel plasmare la FoMO in un campione di giovani adulti. Basandosi sull'idea che l'attaccamento innesca l'atteggiamento consapevole che, a sua volta, influenza la capacità individuale di gestire gli affetti, la presente ricerca ha avanzato un modello di mediazione in cui l'attaccamento degli adulti è stato inserito come variabile indipendente, l'atteggiamento consapevole come mediatore e la FoMO come variabile dipendente.

Revisione della letteratura

La teoria dell'attaccamento ha una lunga tradizione nella letteratura psicologica. Essa implica un sistema motivazionale innato e stabile, che consente agli individui di stabilire e mantenere relazioni con figure significative nella loro vita (Musetti et al., 2022). La teoria dell'attaccamento è stata proposta per la prima volta da Bowlby (1973) per definire i legami emotivi tra i bambini e chi si prende cura di loro (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'esperienza delle relazioni con un adulto significativo (cioè i genitori o chi si prende cura di loro) è fondamentale per la psicobiologia dei bambini, e la qualità di queste esperienze primarie influisce sull'interiorizzazione del modello di attaccamento con conseguenze adattive sulle relazioni durante l'età adulta (Hazan & Shaver, 1987). Secondo studi precedenti, l'attaccamento degli adulti e le relazioni sociali (ad esempio, le relazioni

amoroze) in età adulta derivano dall'attaccamento genitoriale (Troisi et al., 2022). Nello specifico, tre dimensioni principali caratterizzano l'attaccamento degli adulti: (1) Vicinanza, che implica il grado di comfort del soggetto nello stabilire relazioni intime con il proprio partner (quindi, un livello più alto di Vicinanza dimostra la tendenza individuale a stabilire intimità con il proprio partner); (2) Dipendenza, che implica la capacità dell'individuo di fidarsi del proprio partner quando necessario; e (3) Ansia, che si riferisce alla paura e alla preoccupazione dell'individuo di essere abbandonato o rifiutato dal proprio partner. In particolare, queste tre dimensioni possono essere associate alle categorie di stili di attaccamento, fornendo informazioni su come gli individui formano e stabiliscono le loro relazioni. Come dimostrato da Collins e Read (1990), livelli elevati di attaccamento Vicino e Dipendente possono essere classificati come una forma di attaccamento sicuro. Inoltre, bassi livelli di attaccamento stretto e alti livelli di attaccamento ansioso e dipendente possono essere classificati come stile di attaccamento ansioso. Infine, alti livelli di attaccamento ansioso e dipendente possono essere considerati una forma di stile di attaccamento evitante. In ricerche precedenti, l'AAS-R ha mostrato buone proprietà psicometriche (Collins & Read, 1990).

Sebbene l'associazione tra attaccamento adulto e FoMO non sia stata ampiamente studiata, alcuni autori hanno sottolineato che i soggetti con uno stile di attaccamento ansioso tendono a sperimentare un FoMO più elevato (Boustead, & Flack, 2021). Infatti, gli individui con un attaccamento caratterizzato da alti livelli di ansia per affrontare la loro paura dell'abbandono mostrano un'autoconcettualizzazione negativa e tendenze a cercare attenzione e rassicurazione (Gori et al., 2023). Allo stesso modo, le persone con uno stile di attaccamento insicuro provano angoscia e paura quando sono lontane da figure significative e sperimentano livelli più elevati di FoMO (Holte & Ferraro, 2020). A loro volta, studi precedenti hanno dimostrato che l'attaccamento sicuro influisce sulle relazioni sociali, proteggendo dai sentimenti di disconnessione sociale (La Guardia et al., 2000). Infatti, le persone con un attaccamento sicuro, data la loro adeguata autonomia, gli alti livelli di autoefficacia e autostima e la capacità di avere relazioni sane con gli altri, sono meno propense a sentirsi distanti dagli altri e a provare FoMO (Duraio et al., 2023). Nel complesso, questi risultati suggeriscono che una maggiore capacità di regolare l'ansia e gli affetti negativi, sostenuta da un attaccamento sicuro, indebolisce la predisposizione individuale a provare FoMO. In questo senso, la consapevolezza può essere considerata un fattore critico nella regolazione delle emozioni. Nello specifico, la consapevolezza implica "prestare attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente e senza giudicare" (Kabat-Zinn, 1994). Ciò implica che la consapevolezza è uno stato in cui l'attenzione è rivolta al vedere e all'accettare le cose così come sono, senza cercare di cambiarle (Lindsay et al., 2017). Inoltre, questo stato mentale consente di prestare maggiore attenzione alle situazioni e ai contesti, promuovendo l'apertura a punti di vista e nuove informazioni

attraverso l'espansione delle capacità mentali (Fabbro & Muratori, 2012). Oltre allo stato di consapevolezza, nella letteratura è stata avanzata anche la nozione di atteggiamento consapevole, caratterizzato come una disposizione basata sulla personalità che gli individui possono presentare nei confronti della consapevolezza, che le persone presentano in misura diversa indipendentemente dalla meditazione o dagli interventi di consapevolezza (Bruce et al., 2010). Sebbene alcuni studi abbiano trovato risultati incoerenti, diversi autori hanno sottolineato una stretta associazione tra consapevolezza e attaccamento. Ad esempio, Walsh e colleghi (2009) hanno dimostrato che bassi livelli di attaccamento ansioso predicono negativamente la consapevolezza. Allo stesso modo, Shaver e colleghi (2007) hanno osservato che l'attaccamento evitante predicono gli aspetti principali di un atteggiamento consapevole, tra cui descrivere, agire con consapevolezza, non giudicare l'esperienza, non reagire e osservare. Inoltre, diversi studi (Cordon et al., 2008; Pepping et al., 2014) hanno rilevato che le persone con uno stile di attaccamento sicuro riportavano livelli di consapevolezza più elevati rispetto agli individui con attaccamento insicuro. È interessante notare che gli atteggiamenti consapevoli sono stati associati anche alla FoMO (Gayner, 2019; Sipe & Eisendrath, 2012).

In particolare, diversi autori hanno sottolineato che un atteggiamento consapevole indebolisce l'effetto della FoMO, aumentando la felicità e il benessere (Lomas et al., 2017) nonché il pensiero positivo e le emozioni (Du et al., 2019). Diversi studi hanno confermato questa teoria dimostrando una riduzione della FoMO attraverso la pratica consapevole (Sofia et al., 2023). Ad esempio, Sofia e colleghi (2023) hanno suggerito che alcune caratteristiche della pratica consapevole (ad esempio, l'identificazione delle reazioni del corpo e delle emozioni correlate) contribuiscono a ridurre l'effetto negativo associato alla FoMO con implicazioni positive per il benessere degli individui (Siegel, 2007). Inoltre, ricerche precedenti hanno dimostrato che un atteggiamento consapevole è un indicatore stabile della FoMO. In particolare, Jin e colleghi (Jin et al., 2023) hanno scoperto che le persone con un alto grado di consapevolezza sono meno inclini a sperimentare la FoMO grazie a una maggiore consapevolezza dei propri stati emotivi.

Basandosi sulla letteratura sopra citata, la presente ricerca mirava ad approfondire la comprensione dei principali meccanismi alla base della FoMO. Nello specifico, abbiamo avanzato una prospettiva multidimensionale che coinvolge l'attaccamento degli adulti e un atteggiamento consapevole. In particolare, dato che un atteggiamento consapevole ha origine dall'esperienza di attaccamento e influenza la predisposizione individuale verso affetti negativi, come la FoMO, l'ipotesi principale del presente studio è stata formulata come segue: un atteggiamento consapevole media l'interazione tra l'attaccamento degli adulti e la FoMO.

Materiali e Metodi

Partecipanti e procedura

I dati sono stati raccolti da gennaio 2023 a luglio 2023 tramite un sondaggio online utilizzando una piattaforma online (Google Forms). Il link è stato distribuito attraverso i social media, tra cui Instagram, Facebook e WhatsApp. Inoltre, i partecipanti sono stati reclutati tramite passaparola tra gli studenti di diversi corsi dell'Università dell'Aquila (psicologia, scienze motorie, medicina, biologia e biotecnologie). Nella presente ricerca sono stati arruolati 192 partecipanti ($\text{età media} = 23,24$ anni, deviazione standard $\text{dell'età} = 4,33$ anni), di cui 151 (78,6%) erano donne e i restanti 41 (21,4%) erano uomini. Per partecipare allo studio, è stato ottenuto il consenso informato da tutti i partecipanti. Attraverso una pagina iniziale online, i soggetti sono stati informati sulla natura dello studio e sui suoi obiettivi principali. Successivamente, ai partecipanti è stata mostrata una nota che descriveva in dettaglio tutte le misure adottate nello studio. Inoltre, la nota spiegava chiaramente che la partecipazione era anonima, volontaria e senza alcun compenso. Successivamente, i partecipanti hanno potuto iniziare il sondaggio online composto da due sezioni principali. La prima sezione prevedeva un breve questionario socio-demografico su età, sesso e zona di residenza. Inoltre, all'interno di questa sezione, ai partecipanti è stato chiesto attraverso una singola domanda se avessero esperienza di interventi di mindfulness: "Hai mai praticato la mindfulness?". Nel nostro campione, 38 partecipanti (19,8%) hanno dichiarato di avere esperienza di mindfulness. Nella seconda sezione, ai partecipanti è stato chiesto di compilare la Fear of Missing Out Scale (FoMOS), l'Adult Attachment Scale—Revised (AAS-R) e la Cognitive and Affective Mindfulness Scale—Revised (CAMS-R). La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico della Ricerca dell'Università, in conformità con la Dichiarazione di Helsinki.

Misure

Paura di perdersi qualcosa. La scala FoMO (FoMOs; (Przybylski et al., 2013) comprende 10 voci che prendono in considerazione due dimensioni principali della FoMO: la paura (ad esempio, "Temo che i miei amici abbiano esperienze più gratificanti delle mie") e il controllo (ad esempio, "Mi dà fastidio quando perdo l'occasione di incontrare gli amici"). Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere in base a una scala di tipo Likert che va da 1 (non vero per me) a 5 (estremamente vero per me). Il punteggio totale è stato ottenuto sommando i punteggi di tutte e 10 le voci, con punteggi più alti che indicano un FoMO più elevato. In ricerche precedenti, il FoMO ha dimostrato buone proprietà psicometriche (Casale & Fioravanti, 2020) e, nello studio attuale, l'affidabilità interna era buona (α di Cronbach = 0,80).

Attaccamento nell'adulto. La Scala dell'attaccamento nell'adulto - Revisionata (AAS-R; Troisi et al.) è una versione rivista dell'AAS originale (Mikulincer & Shaver, 2007) e valuta l'attaccamento nell'adulto nei confronti dei partner sentimentali. Questo strumento è composto da 18 item su una scala di tipo Likert a 5 punti che va da 1 (per niente caratteristico di me) a 5 (molto caratteristico di me). L'AAS-R consente di valutare le differenze negli stili di attaccamento degli adulti (Mikulincer & Shaver, 2007). Nello specifico, l'AAS-R valuta tre dimensioni principali dell'attaccamento degli adulti, ovvero Ansia (ad esempio, "Sento che gli altri sono riluttanti a stabilire con me l'intimità che vorrei raggiungere con loro"), Dipendenza (ad esempio, "Sembra che le persone non ci siano mai quando hai bisogno di loro") e Vicinanza (ad esempio, "Spesso i miei partner vorrebbero stabilire una vicinanza emotiva che va oltre quella che mi fa sentire a mio agio") in situazioni romantiche. Nella presente ricerca, l'affidabilità interna varia da accettabile a buona. L' α di Cronbach era il seguente: Ansia = 0,90, Dipendenza = 0,67 e Vicinanza = 0,77.

Atteggiamento consapevole. La Scala di Consapevolezza Cognitiva e Affettiva - Rivista (CAMS-R; Veneziani & Voci 2015) comprende 12 voci su una scala di tipo Likert a 4 punti da 1 (raramente/per niente) a 4 (quasi sempre). La scala valuta: (1) la capacità di regolare l'attenzione, che comprende il grado in cui gli individui vivono i propri pensieri e sentimenti, considerando l'attenzione (ad esempio, "Sono in grado di prestare molta attenzione a una cosa per un lungo periodo"); (2) la concentrazione sul presente, che descrive l'orientamento verso l'esperienza presente (ad esempio, "Sono in grado di concentrarmi sul momento presente"); (3) la consapevolezza, che descrive la consapevolezza dell'esperienza (ad esempio, "Di solito riesco a descrivere in modo molto dettagliato come mi sento in questo momento"); e (4) l'accettazione, che implica l'atteggiamento di non giudizio nei confronti dell'esperienza (ad esempio, "Riesco ad accettare i pensieri e i sentimenti che provo") (Feldman et al., 2007). Come nella ricerca precedente, i punteggi di tutte le voci sono stati sommati, con punteggi più alti che riflettono un atteggiamento più consapevole. Ricerche precedenti hanno dimostrato che il CAMS-R ha proprietà psicometriche accettabili (Veneziani & Voci 2015). La coerenza interna tra le 12 voci era buona (Cronbach α = 0,79).

Variabili confondenti. In questo studio, sono state incluse come potenziali variabili confondenti le variabili socio-demografiche, tra cui l'età, il sesso (0 = femmina; 1 = maschio) e l'istruzione (anni). Dato l'obiettivo della presente ricerca, è stata raccolta anche l'esperienza nella pratica della mindfulness (0 = no; 1 = sì).

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati utilizzando SPSS Statistics versione 24 per Windows (IBM Corporation, Armonk, New York, NY, USA). Sono state effettuate statistiche descrittive e correlazioni per valutare le caratteristiche principali e le associazioni tra tutte le variabili dello studio. L'analisi di mediazione è stata eseguita utilizzando la macro-PROCESS per SPSS (versione 3.5) (Hayes, 2017), selezionando il modello 4. In PROCESS, l'effetto di mediazione è indicato da un intervallo di confidenza (IC) significativo al 95% basato su 50.000 campioni. Come dimostrato da ricerche precedenti (ad esempio, Giancola et al., 2022; Giancola et al., 2023), l'approccio bootstrap consente di calcolare una valutazione accurata degli effetti di mediazione e moderazione in campioni di piccole e medie dimensioni. La significatività dei risultati è fornita se l'intervallo dell'IC bootstrappato non include il valore zero (Preacher, & Hayes, 2008). In questo studio, la significatività è stata fissata a $p < 0,05$.

Risultati

Il test di normalità ha rivelato che le variabili di interesse erano distribuite normalmente (test di Kolmogorov-Smirnov: ZAttaccamento adulto-Stretto = 0,38, ns; ZAttaccamento adulto-Dipendente = 0,30, ns; ZAttaccamento adulto-Ansia = 0,31, sig; ZFoMO = 0,20, ns; ZAtteggiamento consapevole = 0,40, ns). Non sono stati rilevati valori anomali univariati utilizzando il test z, con punteggi z di -4,0 e +4,0 come soglia per campioni superiori a 100 (Mertler & Vannatta, 2001; Giancola et al., 2023]. Inoltre, il test a fattore singolo di Harman (Podsakoff et al., 2012) ha indicato che la varianza spiegata da un modello esplorativo a fattore singolo era del 29,36%, senza rivelare problemi di bias del metodo comune (CMB) (soglia critica del test $\geq 50\%$). Infine, l'analisi di correlazione di Pearson (Tabella 1) ha indicato che l'atteggiamento consapevole era correlato positivamente con l'attaccamento adulto.

Attaccamento - Vicinanza ($r = 0,36$; $p < 0,01$) e Attaccamento adulto - Dipendenza ($r = 0,30$; $p < 0,01$) e negativamente con Attaccamento adulto - Ansia ($r = -0,44$; $p < 0,01$) e FoMO ($r = -0,30$; $p < 0,01$). Quest'ultimo è risultato anche negativamente correlato con l'età ($r = -0,18$; $p < 0,01$), l'istruzione ($r = -0,16$; $p < 0,01$), l'attaccamento adulto - Vicino ($r = -0,18$; $p < 0,01$) e positivamente correlato con l'attaccamento adulto - ansia ($r = 0,32$; $p < 0,01$). In particolare, le correlazioni tra genere ed esperienza nella mindfulness con le altre variabili dello studio sono state calcolate utilizzando la correlazione di Spearman. I risultati non hanno indicato correlazioni significative tra genere e attaccamento adulto - vicinanza ($r = 0,12$, $p > 0,05$), Attaccamento adulto - Dipendenza ($r = 0,07$, $p > 0,05$), Attaccamento adulto - Ansia ($r = -0,10$, $p > 0,05$), Atteggiamento consapevole ($r = 0,01$, $p > 0,05$) e FoMO ($r = -0,05$, $p > 0,05$). Inoltre, l'analisi di correlazione non ha mostrato correlazioni significative tra l'esperienza di consapevolezza e attaccamento adulto - Vicinanza ($r = 0,11$, $p > 0,05$),

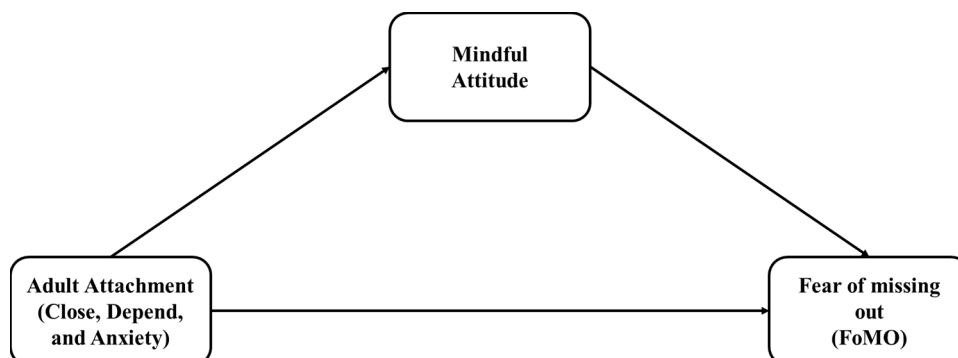
attaccamento adulto - Dipendenza ($r = 0,12, p > 0,05$), attaccamento adulto - ansia ($r = -0,10, p > 0,05$), atteggiamento consapevole ($r = 0,02, p > 0,05$) e FoMO ($r = 0,02, p > 0,05$).

Tabella 1. Statistiche descrittive e correlazioni tra le variabili dello studio

	M	SD	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
1. Età	23,2	4,3	1							Nota. N = 192, genere (0 = F; 1 = M) ed esperienza passata di mindfulness (0 = no; 1 = sì) sono stati codificati come variabili dummy; FoMO = Fear of Missing Out (paura di perdersi qualcosa). * $p < 0,05$ (bifacciale); ** $p < 0,01$ (bifacciale).
2. Istruzione (anni)	14,1	1,9	0,52	1						
	1	0	**							
3. Attaccamento nell'età adulta — Stretto	3,36	0,8	0,04	0,11	1					
		4								
4. Attaccamento nell'età adulta — Dipendenza	2,67	0,7	0,11	0,17	0,45	1				
		7		**	**					
5. Attaccamento nell'età adulta — Ansia	3,03	1,1	-0,19	-0,16	-0,46	-0,58	1			
		2	*	**	**	**				
6. Atteggiamento consapevole	10,2	2,0	0,17	0,19	0,36	0,30	-0,44	1		
	6	0		**	**	**	**			
7. FoMO	2,67	0,7	-0,18	-0,16	-0,18	-0,04	0,32	-0,30	1	
		1	**	**	*		**	**		
α					0,77	0,67	0,90	0,79	0,80	

Sono stati proposti tre modelli di mediazione. Inseriti uno per uno, i tre stili di attaccamento degli adulti sono stati impostati come variabili indipendenti. La FoMO è stata impostata come variabile dipendente, mentre l'atteggiamento consapevole è stato inserito come mediatore (Figura 1).

Figura 1. I modelli teorici avanzati nella presente ricerca.



Impostando l'attaccamento adulto - stretto come variabile indipendente e controllando inoltre l'età, il sesso, l'istruzione, l'attaccamento adulto - dipendente e l'attaccamento adulto - ansia, i risultati hanno mostrato che l'atteggiamento consapevole mediava l'associazione tra l'attaccamento adulto - stretto e la FoMO ($B = -0,03$, $BootSE = 0,02$, 95% $BootCI [-0,073, -0,002]$). Inoltre, impostando l'attaccamento adulto - Dipendenza come variabile indipendente e controllando per età, sesso, istruzione, attaccamento adulto - Vicinanza e attaccamento adulto - Ansia, i risultati hanno indicato che l'atteggiamento consapevole mediava l'associazione tra attaccamento adulto - Dipendenza e FoMO ($B = -0,04$, $BootSE = 0,02$, 95% $BootCI [-0,077, -0,003]$). Infine, impostato l'attaccamento adulto-ansia come variabile indipendente e controllando per età, sesso, istruzione, attaccamento adulto - stretto e attaccamento adulto - dipendente, i risultati hanno rivelato che l'atteggiamento consapevole ha mediato l'interazione tra attaccamento adulto - ansia e FoMO ($B = 0,03$, $BootSE = 0,02$, 95% $BootCI [0,005, 0,071]$).

Discussione

La presente ricerca ha esplorato il contributo congiunto di diverse risorse individuali nella spiegazione della FoMO. I risultati hanno indicato che gli atteggiamenti consapevoli hanno mediato l'associazione tra attaccamento adulto e FoMO quando l'attaccamento stretto, dipendente e ansioso sono stati inseriti come variabili indipendenti. Esaminando ciascun percorso dei modelli di mediazione avanzati nella presente ricerca, i nostri risultati hanno dimostrato che Close e Depend erano associati positivamente alla consapevolezza. Questi risultati sono in linea con studi precedenti che dimostrano che l'attaccamento sicuro (che comporta livelli elevati di Close e Depend) stimola la consapevolezza (Leigh & Anderson, 2013). In particolare, come dimostrato da studi precedenti, l'associazione tra attaccamento sicuro e atteggiamenti consapevoli può essere spiegata considerando tre punti principali: (1) sia l'attaccamento sicuro che gli atteggiamenti consapevoli tendono a svilupparsi in modo sincronico sulla base della risposta di una figura sociale significativa; (2) implicano anche l'attenzione agli stimoli emotivi nelle relazioni sociali; e (3) entrambi comportano lo sviluppo di qualità e meccanismi appropriati per affrontare lo stress (Ryan et al., 2007; Stevenson et al., 2017). Nello specifico, l'attaccamento sicuro implica sicurezza e attenzione al momento presente senza preoccuparsi del rifiuto o di esperienze minacciose (Pepping et al., 2014). Queste competenze sembrano innescare la consapevolezza, promuovendo diversi componenti fondamentali di un atteggiamento consapevole, come la compassione, l'accettazione, la consapevolezza e la concentrazione sul presente (Veneziani & Voci, 2015; Leigh & Anderson, 2013; Mikulincer & Shaver, 2015; Neff, 2003). Inoltre, studi neurologici hanno suggerito che l'attaccamento sicuro e la consapevolezza riportano percorsi neurali simili implicati nella modulazione dell'affettività degli

individui, tra cui la flessibilità di risposta, l'autoregolazione e l'equilibrio emotivo (Pickard et al., 2016). Inoltre, secondo ricerche precedenti (Shaver et al. 2007), i nostri risultati hanno rivelato che l'attaccamento ansioso è fondamentale nell'indebolire gli atteggiamenti consapevoli. Nello specifico, Shaver et al. (2007) hanno riportato che le dimensioni dell'ansia e dell'evitamento dell'attaccamento adulto predicono in modo significativo livelli più bassi di consapevolezza, misurati dal Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006). Questo meccanismo può essere spiegato considerando tre punti principali. In primo luogo, l'attaccamento ansioso porta a bassi livelli di atteggiamento consapevole, rendendo gli individui ipervigili ai segnali legati alle minacce, in particolare quelli di rifiuto e abbandono (Walsh et al., 2009). Inoltre, l'attaccamento ansioso inibisce l'apertura alle nuove informazioni e porta a cercare di evitare l'elaborazione congruente con lo schema (Brown, K.; Ryan, 2003). Tuttavia, mentre l'attaccamento ansioso risiede nell'intolleranza all'ambiguità (Hazan & Shaver, 1987), la consapevolezza si basa su una maggiore flessibilità cognitiva e apertura (Brown & Ryan, 2003). Questa evidenza implica che un atteggiamento consapevole contrasta i modelli di iperattivazione associati all'attaccamento ansioso promuovendo capacità cognitive ed emotive adattive.

Infine, i nostri risultati hanno rivelato un'associazione negativa tra atteggiamenti consapevoli e FoMO, suggerendo che la predisposizione individuale verso un elevato coinvolgimento nel momento presente e la consapevolezza delle emozioni (Weaver & Swank, 2021; Chan et al., 2022) consente agli individui di essere meno influenzati dagli aspetti negativi e affetti disfunzionali (Elhai et al., 2016). Ciò significa che un atteggiamento consapevole, attraverso il ripristino di un senso di controllo ed efficacia e l'aumento della consapevolezza dei sentimenti e dei pensieri, consente di gestire la paura e la preoccupazione di perdere eventi sociali significativi.

Limiti

Nonostante le prove sopra descritte, la ricerca attuale ha evidenziato alcune limitazioni e indicazioni per il futuro. Il disegno correlazionale di questa ricerca non ci consente di stabilire una relazione causale tra le variabili esaminate, ma solo la presenza e la natura delle associazioni tra le variabili dello studio. Ricerche future dovrebbero confermare i risultati del nostro studio, adottando un disegno longitudinale. Inoltre, anche se abbiamo arruolato 192 soggetti, il nostro campione era composto per il 78,6% da donne e, pertanto, studi futuri dovrebbero prendere in considerazione un campione più equilibrato quando si considerano i principali determinanti della FoMO. Inoltre, abbiamo esplorato l'attaccamento adulto attraverso tre stili, ovvero Dipendenza, Vicinanza e Ansia. In particolare, anche se le persone potevano mostrare alcune caratteristiche dei tre stili, solo uno di essi poteva essere

predominante (Holman et al., 2008). Tuttavia, non abbiamo considerato questo aspetto nell'analisi di mediazione. Pertanto, studi futuri potrebbero indagare la predominanza degli stili di attaccamento e le loro ulteriori conseguenze sulla FoMO. Infine, questa ricerca ha affrontato solo alcuni fattori intrapersonali coinvolti nella FoMO (cioè l'attaccamento adulto e gli atteggiamenti consapevoli). La ricerca futura dovrebbe estendere i nostri risultati, includendo non solo fattori intrapersonali come tratti della personalità, processi cognitivi, stili e strategie, ma anche differenze culturali e contestuali (Giancola et al., 2021; Perilli et al., 2021).

Implicazioni teoriche

Infine, il nostro studio ha fornito alcune implicazioni teoriche e pratiche. Da un punto di vista teorico, questa ricerca ha ampliato la crescente letteratura sui meccanismi centrali relativi all'affetto negativo, fornendo un passo avanti nella comprensione delle relazioni tra attaccamento adulto e FoMO. Inoltre, questo studio fornisce prove del ruolo di un atteggiamento consapevole nel mediare l'associazione tra attaccamento adulto e FoMO, lasciando spazio al potenziale ruolo della consapevolezza come meccanismo di protezione contro il FoMO. Da un punto di vista pratico, quest'ultima prova fornita dal nostro studio può costituire una base per possibili ricerche e interventi volti a promuovere il benessere e lo sviluppo positivo dei giovani, sia adolescenti che giovani adulti (Giancola et al., 2021). Inoltre, i dati ottenuti da questo lavoro aprono nuove prospettive per ulteriori studi sperimentali in cui la consapevolezza potrebbe rappresentare un fattore protettivo contro la FoMO. In dettaglio, anche se un atteggiamento consapevole è relativamente stabile nel corso della vita, migliorare gli stati individuali di consapevolezza attraverso specifici interventi basati sulla consapevolezza potrebbe essere uno strumento utile per ridurre gli effetti negativi, compresa la FoMO. Inoltre, dato che la FoMO è strettamente associata a una vasta gamma di comportamenti compulsivi e non regolati, come l'uso problematico di Internet, degli smartphone e dei social media (ad esempio, Chan et al., 2022), coltivare la consapevolezza potrebbe essere utile per contrastare pratiche disfunzionali.

Conclusioni

In conclusione, la nostra ricerca ha evidenziato la relazione tra l'attaccamento degli adulti e la FoMO attraverso atteggiamenti consapevoli. Nello specifico, i risultati hanno indicato che l'attaccamento degli adulti ha un impatto significativo sugli atteggiamenti consapevoli, che predicono la FoMO. In altre parole, questi risultati supportano l'idea che un atteggiamento consapevole sia fondamentale nell'interazione tra le relazioni sociali degli adulti e la FoMO. Inoltre, i nostri risultati supportano l'idea che coltivare la consapevolezza possa essere una strategia efficace per ridurre gli effetti negativi della FoMO con implicazioni positive per il benessere psicologico e fisico degli individui (Weaver

& Swank, 2019; Perilli et al., 2020; Perilli et al., 2022). Infatti, la consapevolezza attraverso la consapevolezza, l'autoregolazione dell'attenzione e l'orientamento alla propria esperienza presente potrebbe indebolire i pensieri disadattivi e le emozioni negative, migliorando le esperienze positive delle persone nella vita (Weaver & Swank, 2019). Questa evidenza implica che la consapevolezza potrebbe essere fondamentale nel regolare i pensieri e i sentimenti angoscianti, garantendo un'esperienza di vita positiva (Bolea, 2021; Maturkanic et al., 2022). In particolare, la FoMO è risultata essere un fattore determinante chiave del comportamento sociale compulsivo e non regolato uso dei media (Fang et al., 2020). In questo senso, i nostri risultati suggeriscono che la consapevolezza può essere fondamentale per ostacolare le conseguenze spiacevoli della FoMO in termini di pratiche compulsive e non regolate associate all'uso dei social media. In sintesi, i risultati del presente studio possono contribuire a migliorare la comprensione scientifica della FoMO, dei suoi impatti negativi e della rilevanza della consapevolezza per il benessere delle persone.

Bibliografia

Abbate, L., Massaro, V. (2007). La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT. La Social Cognition and Object Relation Scale di Drew Westen. Milano: Raffaello Cortina.

Ainsworth, M. D. S. (1967), *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of

Ainsworth, M. D. S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. In J. L. Gewirtz (ed.),

Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain*

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.

Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and change in

Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological* altruism:

Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 817–839.

American Psychiatric Association (1933). Notes and comment: Revised classified nomenclature of mental disorder. *American Journal of Psychiatry*, 90, 1369-1376.

American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders.

American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

American Psychiatric Association (1980). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. (DSM-III). Tr. It. Milano: Masson 1983.

American Psychiatric Association (1987). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM III). Tr. It. Milano: Masson, 1988.

American Psychiatric Association (2000). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR). Tr. It. Milano: Masson, 2002.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.

- 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 & Adolescence*, 16(5), 427–454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Armstrong, B. F., III, Nitschke, J. P., Bilash, U., & Zuroff, D. C. (2021). An affect in its own right:
- Ashiru, J., Oluwajana, D., & Biabor, O. S. (2023). Is the global pandemic driving me crazy? The relationship between personality traits, fear of missing out, and social media fatigue during the COVID-19 pandemic in Nigeria. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 2309–2324.
- 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.
- Baker, Z. G., Krieger, H., & LeRoy, A. S. (2016). Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychological Science*, 2(3), 275–282.
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Macmillan.
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3(3), 193–209. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality & Social Psychology*, 71(2),
- Bao, Z., & Yu, M. (2024). Longitudinal associations between parental attachment and adolescents’
- Bao, Z., Zhang, W., Lai, X., Sun, W., & Wang, Y. (2015). Parental attachment and Chinese adolescents’ delinquency: The mediating role of moral disengagement. *Journal of Adolescence*, 44(1), 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.06.002>
- Bartholomew K. (1990), Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and*
- Bartholomew K., Horowitz L.M., (1991), Attachment styles among young adults: A test of a four-categories model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 226- 244. Trad. it. Stili di attaccamento fra giovani adulti: analisi di un modello a quattro categorie. In L. Carli (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*, R. Cortina, Milano, 1995, pp. 229-273
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.

- Błachnio, A., & Przepiórka, A. (2018). Facebook intrusion, fear of missing out, narcissism, and life satisfaction: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 259, 514–519.
- Blagov, P., Westen, D. (2007). Questioning the coherence of Histrionic Personality Disorder:
- Blatt, S.J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and
- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. In Cicchetti, D., Toth, S. (a cura
- Blatt, S.J. (2006). A fundamental polarity in psychoanalysis: Implication for personalità
- Bless, H., & Forgas, J. P. (2013). The message within: The role of subjective experience in social
- Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *Journal of Nervous and*
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1998). The Big Five as states: How useful is the five-factor model to
- Boustead, R., & Flack, M. (2021). Moderated-mediation analysis of problematic social networking use: The role of anxious attachment orientation, fear of missing out and satisfaction with life. *Addictive Behaviors*, 119, 106938.
- Bowlby J. (1980): Attaccamento e perdita, vol. 3: La perdita della madre. Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby J., (1979), The making and breaking of affectional bonds, London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXI, 1-25.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation. Basic Books: New York. Trad. it.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation. Basic Books: New York. Trad. it.
- Bowlby, J. (1979). The Bowlby–Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637–638.
- Bowlby J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *The American journal of orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bradburn N. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Bradley, R., Hilsenroth, M., Guarnaccia, C., Westen, D. (2007). Relationship between clinician
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment:
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89–113). New York: Guilford Press.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L., & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. *Psychotherapy*, 47(1), 83–97.
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-child attachment and emotion regulation. *New Directions for Child*
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child development*, 61(4), 1101-1111.
- Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-185). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Zimbardo, P. G. (1996). Understanding the complexity of human
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Iafrate, C., Beretta, M., Steca, P., & Bandura, A. (2006). La misura del disimpegno morale nel contesto delle trasgressioni dell'agire quotidiano. *GIPO*, 33 (1), 83–106.
- Caprara, G. V., Tisak, M. S., Alessandri, G., Fontaine, R. G., Fida, R., & Paciello, M. (2014). The
- Carmeli, A., & Gittell, J. H. (2009). High-quality relationships, psychological safety, and learning from failures in work organizations. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 30(6), 709-729.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of*
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical*
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *The journal of abnormal and social psychology*, 38(4), 476.
- Chugh, D., Kern, M. C., Zhu, Z., & Lee, S. (2014). Withstanding moral disengagement: Attachment
- Clark, L.A. (1993). *The Schedule for Nonadaptive and Adapty Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN:
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. White
- Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B.L., Kernberg, O.F. (2004). *The Structured Interview of Personality Clinical Interview for DSM–IV Axis II Disorders, Patient Edition (SCID-II)*. Washington, DC: American Clinics of North America, 12(3), 709-722.

- Colin, V. L. (1996). McGraw-Hill series in developmental psychology. *Human attachment*. New York, NY, England: McGraw-Hill Book Company.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663.
- Colombo, G. F. e Goldwurm, F. (2010). *La Psicologia Positiva, applicazioni per il benessere*. Edizioni Erikson, Trento.
- Colombo, G. F. e Goldwurm, F. (2010). *La Psicologia Positiva, applicazioni per il benessere*. Edizioni Erikson, Trento.
- Contreras, J. M., & Kerns, K. A. (2000). Emotion regulation processes: Explaining links between contribution of moral disengagement in mediating individual tendencies toward aggression
- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2019). Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion*, 19(6), 1103.
- Cooper, A.M. (1989). Narcissism and masochism: The narcissistic-masochism character. *Psychiatric*
- Costa, P.T., Widiger, T. A. (1994). *Personality disorder and five factor model of personality*. Washington
- Davila, J., & Sargent, E. (2003). The meaning of life (events) predicts changes in attachment security. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1385-1395.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.
- Di Lallo, J.J., Jones, M., Westen, D. (2009). Personality subtypes in disruptive adolescent males. di). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol VI: Emotion, Cognition and Representation. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 542-575.
- DiPentima, L., Toni, A., & Roazzi, A. (2023). Parenting styles and moral disengagement in young distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.
- Dunn, J. (2013). Moral development in early childhood and social interaction in the family. In Killen, M., Smetana, J.G. eds. *Handbook of moral development* (pp. 135–159). Psychology Press.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and
- Endler, N. S., & Magnusson, D. (1977). *Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; New York; Toronto.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Erikson, F. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Fabbro, F., & Muratori, F. (2012). La mindfulness: Un nuovo approccio psicoterapeutico in età evolutiva. *Italian Journal of Developmental and Tal Neuropsychiatry*, 32, 248–259.

Feeney, J. A., & Noller, P. (1992). Attachment style and romantic love: Relationship dissolution.

Feeney, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 281–291. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.281>

Fida, R., Paciello, M., Tramontano, C., Fontaine, R. G., Barbaranelli, C., & Farnese, M. L. (2015). An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors,

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). Structured
Foelsch, P. A., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., Somavia, J., Normandin, L., & Lenzenweger, M. F.
Frankl, V. (1972). *Logoterapia e analisi esistenziale*. Morcelliana: Brescia.

Freud, S. (1895). Entwurf einer Psychologie; tr. It. *Al di là del principio del piacere*, in *Opere*, cit, vol. II p. 201.

Freud, S. (1922). L'io e l'Es. Tr. It. In *OSF*, vol 9. Torino: Bollati Boringhieri.

Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their
Gabbard, G.O. (2005b). *Psichiatria Psicodinamica*, 4° adizione. Tr. It. (2007) Milano: Raffaello Cortina.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984, 1985, 1996). *Adult Attachment Interview Protocol*.

Giancola, M., Bocchi, A., Palmiero, M., De Grossi, I., Piccardi, L., & D'Amico, S. (2023). Examining cognitive determinants of planning future routine events: A pilot study in school-age Italian children (Análisis de los determinantes cognitivos de la planificación de eventos de rutina futuros: Un estudio piloto con niños italianos en edad escolar). *Studies in Psychology*, 44(1), 1–26.

<https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2163778>

Giancola, M., D'Amico, S., & Palmiero, M. (2023). Working memory and divergent thinking: The

Giancola, M., Palmiero, M., & D'Amico, S. (2023). The association between Dark Triad and pro-

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty. *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in*

Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182–191. <https://doi.org/10.1080/17439760801999461>

- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., & Franks, L. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation* 6(4), 135–143.
- Gillath, O., & Shaver, P. R. (2007). Effects of attachment style and relationship context on selection
- Gillath, O., Bunge, S., Shaver, P., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachment-style
- Gillath, O., Hart, J., Nofle, E. E., & Stockdale, G. D. (2009). Development and validation of a state
- Gillath, O., Mikulincer, M., Fitzsimons, G. M., Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Bargh, J. A. (2006). Automatic activation of attachment-related goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1375-1388.
- Gilmore, K., & Meersand, P. (2019). Normal child and adolescent development. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & L. M. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of*
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American psychologist*, 48(1),
- Gori, A., Topino, E., & Griffiths, M. D. (2023). The associations between attachment, self-esteem, fear of missing out, daily time expenditure, and problematic social media use: A path analysis model. *Addictive Behaviors*, 141, 107633.
- Green, M.A., Curtis, G.C. (1988). Personality disorders in panic patients: Response to termination
- Griffin D., Bartholomew K. (1994a), Models of the self and other: Fundamental dimensions
- Gromi, A. (2006). Disagio e sistema scolastico: un modello istituzionale, in Triani P. (a cura di) *Leggere il Disagio Scolastico*, Roma, Carrocci.
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1986). Individuation in family relationships. *Human development*,
- Gruppo di lavoro OPD (2006). OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la Guilford Press.
- Guo, L., & Ash, J. (2020). Anxiety and attachment styles: A systematic review. Proceedings of the 2020 4th International Seminar on Education, Management and Social Sciences (ISEMSS 2020). <https://doi.org/10.2991/assehr.k.200826.207>
- Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications, 40–61, Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis:
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.

- Hazan C., Shaver P.R., (1987), Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 3, 511-523. Tr. it. L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento, in: L. Carli (a cura di) *Attaccamento e rapporto di coppia*, R. Cortina, Milano 1995, pp. 91-125.
- Hazan C., Zeifman D., (1999), I legami di coppia come attaccamenti. Tr. it. in J. Cassidy, P.R. Shaver, (1999), (a cura di), *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Fioriti, Roma, 2002, pp. 382-403.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.
- Higgins, G. E., Jennings, W. G., & Mahoney, M. (2010). Developmental trajectories of maternal and paternal attachment and delinquency in adolescence. *Deviant Behavior*, 31(7), 655–677. <https://doi.org/10.1080/01650573.2010.500000>
- Hinde, R. A. (1991). Relationships, attachment, and culture: A tribute to John Bowlby. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 154-163.
- Hinde, R. A., & Spencer-Booth, Y. (1967). *The behaviour of socially living rhesus monkeys in their first two and a half years*. *Animal Behaviour*, 15, 169-96.
- Hirschi, T. (2017). *Causes of delinquency*. Routledge.
- Hodkinson, C. (2019). Fear of missing out (FOMO) marketing appeals: A conceptual model. *Journal of Marketing Communications*, 25(1), 65–88.
- Holte, A. J., & Ferraro, F. R. (2020). Anxious, bored, and (maybe) missing out: Evaluation of anxious attachment, boredom proneness, and fear of missing out (FoMO). *Computers in Human Behavior*, 112, 106465.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S. E., Bartholomew, K. (1993). Intrapersonal Problem, Attachment <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01431-7>
- Hunter, F. T., & Youniss, J. (1982). Changes in functions of three relations during adolescence. *Individual Differences*, 168, 109670. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109670>
- Jervis, G., Dazzi, N. (1999). La psicoanalisi americana e l'Europa. In Jervis (1999), pp.149-82.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and
- Jordan, A. H., Monin, B., Dweck, C. S., Lovett, B. J., John, O. P., & Gross, J. J. (2011). Misery has more company than people think: Underestimating the prevalence of others' negative emotions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(1), 120–135.

- Josselson, R. (1988). The embedded self: I and thou revisited. In *Self, ego, and identity* (pp. 91-106). *Journal of Personality*, 9(4), 231-252.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kelly, A. C., & Dupasquier, J. (2016). Social safeness mediates the relationship between recalled
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social
- Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M. F.
- Kernberg, O.F. (1981). L'intervista strutturale. In Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi Gravi della*
- Kernberg, O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Tr. It. (1987) Torino: Bollati Boringhieri.
- Kernberg, O.F. (2004). Narcisismo, aggressività e autodistruttività nella relazione terapeutica. Tr. it. (2006)
- Kernberg, O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary
- Keyzers, A., Weiler, L., Haddock, S., & Doty, J. (2019). Family problem-solving and attachment
- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year
- Kitayama, S., & Markus, H. R. (1999). Yin and Yang of the Japanese self: The cultural psychology
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth Press.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367–384.
- la Tríada Oscura y las conductas proambientales: el papel moderador de la inteligencia emocional
- Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W. P., Charnov, E. L., & Estes, D. (1984). Security of
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.),
- Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child development*, 62(2), 284-300.
- Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 106-140). New York: Guilford Press.
- Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychotic Properties, factorial composition, and criterion relations with affect aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-dominance in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychotic Properties, factorial composition, and criterion relations with affect aggressive

- dyscontrol, psychosis proneness, and self-dominance in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Levy, M. B., & Davis, K. E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59.
- Lingiardi, V., Dazzi, N. (2009). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM). In Dazzi, N., Lingiardi, V., Del Corno, F. (2008). Presentazione all'edizione italiana. In *Manuale Diagnostico*
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Lingiardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). I meccanismi della difesa. Teoria, valutazione clinica. Milano: Raffaello
- Loranger, A.W. (1997). International personality disorder examination (IPDE). In Loranger, A.W.
- Lorenz, K. Z. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels (The companion in the bird's world). *Journal für Ornithologie*, 83, 137-213. (Abbreviated English translation published 1937 in *Auk*, 54, 245-273).
- Maalouf, E., Salameh, P., & Haddad, C. (2022). Attachment styles and their association with aggression, hostility, and anger in Lebanese adolescents: A national study. *BMC Psychology*, 10, 104. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00813-9>
- Magnusson, D., & Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. In W. Damon & R. M.
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression*. *European Psychiatry*, 30(6), 665–680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- Marin-Avellan, L.E., McGauley, G.A., Campbell, C., Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a
- Mazzone, A., & Camodeca, M. (2019). Bullying and moral disengagement in early adolescence: Do
- McCrae, R. R. (2001). Trait psychology and culture: Exploring intercultural comparisons. *Journal of personality*, 69(6), 819-846.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European*
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 139-153.
- Mertler, C. A., Vannatta, R. A., & LaVenja, K. N. (2021). Advanced and multivariate statistical
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. E. (2005). Attachment, caregiving, and

- Monck, E. (1991). Patterns of confiding relationships among adolescent girls. *Journal of Child Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29 (Serial No. 94). *monographs*, 47(1).
- Moore, C. (2015). Moral disengagement. *Current Opinion in Psychology*, 6, 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.07.018>
- Musetti, A., Manari, T., Billieux, J., Starcevic, V., & Schimmenti, A. (2022). Problematic social networking sites use and attachment: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, 131, 107199.
- Nasello, J. A., Triffaux, J. M., & Hansenne, M. (2023). Individual differences and personality traits across situations. *Current issues in personality psychology*, 12(2), 109–119. <https://doi.org/10.5114/cipp/159942>
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Oberst, U., Wegmann, E., Stodt, B., Brand, M., & Chamarro, A. (2017). Negative consequences from heavy social networking in adolescents: The mediating role of fear of missing out. *Journal of Adolescence*, 55, 51–60.
- Pace, C. S., San Martini, P., & Zavattini, G. C. (2011). The factor structure of the inventory of parent and peer attachment (IPPA): A survey of Italian adolescents. *Personality & Individual Differences*, 51(2), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.03.006>
- Perazzini, M., Bontempo, D., Giancola, M., D'Amico, S., & Perilli, E. (2023, December). Adult Attachment and Fear of Missing Out: Does the Mindful Attitude Matter?. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 23, p. 3093).
- Perazzini, M., Bontempo, D., Giancola, M., D'Amico, S., & Perilli, E. (2025). The mediating role of affect in the association between parent attachment and moral disengagement. A cross-sectional study in adolescence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/10911359.2025.2486711>
- Perilli, E., Perazzini, M., Di Giacomo, D., Marrelli, A., & Ciuffini, R. (2020). Attitudine “mindful”, emozioni e perdono di sé in adolescenza: una ricerca correlazionale. *Rivista di psichiatria*, 55(5), 308-318 *Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Westen, D. (1997 a). Divergences between clinical and research methods for assessing personalità disorders: Implications for research and evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification (Vol. 1). Oxford University Press.

- Petrillo, G., & Donizzetti, A. R. (2008). Benessere psico-sociale in adolescenza: influenza del senso di autoefficacia e di responsabilità sui diritti dei minori nel contesto scolastico. *Psicologia Scolastica*, 7(1).
- Picardi, A., Bitetti, D., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). La scala "Experiences in close relationships" (ECL), un nuovo strumento per la valutazione dell'attaccamento negli adulti: Traduzione, adattamento e validazione della versione italiana [Development and validation of an Italian version of the questionnaire "Experiences in Close Relationships," a new self-report measure of adult attachment]. *Rivista di Psichiatria*, 35(3), 114-120.
- Picardi, A., Vermigli, P., Toni, A., D'amico, R., Bitetti, D., & Pasquini, P. (2002). Il questionario
- Pierce, T., & Lydon, J. E. (2001). Global and specific relational models in the experience of social
- Plains, NY: The Personality Disorders Institute, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63, 539–569.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Porcelli, P. (2009). La complessità della diagnosi. La valutazione di problemi psicologici in pazienti medici. in Dazzi, N., Lingardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Posada, G. (1996). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67, 2584–2599.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.Press.
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and
- Rapaport, D. (1960). Struttura della teoria psicoanalitica. Un tentativo di sistematizzazione. Tr. it. (1969).
- Rapaport, D., Gill, M.M. (1959). I punti di vista e gli assunti della metapsicologia. In Rapaport rasgo). *PsyEcology*, 14(3), 338–362. <https://doi.org/10.1080/21711976.2023.2234154>
- Reagle, J. (2015). Following the Joneses: FOMO and conspicuous sociality. *First Monday*, 20(10).
- Robertson, J., & Robertson, J. (1967). Young Children in Brief Separation Film No. 1: Kate, 2 Years 5 Months: In Foster Care for 27 Days [16mm, b & w, Sound, 33 minutes; Guide booklet]. *London: Tavistock Child Development Research Unit*.
- Rosenfeld, H.A. (1987). Comunicazione e Interpretazione. Tr. It. (1989) Torino: Bollati Boringhieri.

- Rounsaville, B. J., Alacron, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R.E., Kendler, K. (2002), Basic nomenclature issues for DSM-V. In D.J. Kupfer, M. B. First, D. E. Reiger, A research agenda for DSM-V (pp.1-29). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Rowe, A. D., & Fitness, J. (2018). Understanding the role of negative emotions in adult learning and achievement: A social functional perspective. *Behavioral Sciences* (Basel, Switzerland), 8(2), 27.
<https://doi.org/10.3390/bs8020027>
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryff C.D., & Singer B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquire*, 9, 1-28.
- Samnani, A. K., Salamon, S. D., & Singh, P. (2014). Negative affect and counterproductive workplace behavior: The moderating role of moral disengagement and gender. *Journal of Business Ethics*, 119, 235–244. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1635-0>
- San Martini, P., Zavattini, G. C., & Ronconi, S. (2009). L'inventario per l'attaccamento ai genitori ed ai pari (IPPA-Inventory of parent and peer attachment). Un'indagine psicometrica su un campione italiano di adolescenti. *GIPO*, 36(1), 199–228.
- Sander, L.W. (1987). Awareness of inner experience: a systems perspective on self-regulatory
- Schaffer, H, R., & Emerson, P. F. (1964). The development of social attachments in infancy.
- Schaller, M., Kenrick, D., Neel, R., & Neuberg, S. (2017). Evolution and human motivation: A fundamental motives framework. *Social and Personality Psychology Compass*, 11. <https://doi.org/10.1111/SPC3.12319>
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shea, M.T., Glass, D., Pilkonis, p., Watkins, J., Docherty, J. (1987). Frequency and implications of
- Siedlecka, E., & Denson, T. F. (2019). Experimental methods for inducing basic emotions:
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971.social networks. *Developmental psychology*, 21, 1016.
- Speranza, A.M. (2009). La complessità della diagnosi. Il caso dei disturbi alimentari. in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (a cura di). *La diagnosi in psicologia clinica, Personalità e Psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando, FL: Psychological
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults: sampler set*:
- Spielberger, C. D., Reheiser, E. C., & Sydeman, S. J. (1995). Measuring the experience, expression,
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Spitzer, R.L. (1983).Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1975), *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of* Springer, New York, NY.
- Stead, H., & Bibby, P. A. (2017). Personality, fear of missing out and problematic Internet use and their relationship to subjective well-being. *Computers in Human Behavior*, 76, 534–540.
- Stern, B.L., Caligor, E., Clarkin, J.F., Critchfield, K.L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M.F., Sternberg, R. J., & Stern, M. (2025). Attachment of parents to children: Their manifestations in the
- Stevenson-Hinde, J. (2007). Attachment theory and John Bowlby: Some reflections. *Attachment &*
- Strage, A., & Main, M. (1985). *Attachment and parent–child discourse patterns*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Toronto, Ontario.
- Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. subtypes in adolescents with eating disorders: Validation of a classification approach. *Journal of* support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and*
- Terraciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2003). Factorial and construct validity of the Italian positive and negative affect schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 19 (2), 131–141. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.2.131>
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), 516-524.Thompson-
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., & Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 170-180.
- Troisi, G., Parola, A., & Margherita, G. (2022). Italian validation of AAS-R: Assessing psychometric properties of Adult Attachment Scale–Revised in the Italian context. *Psychological Studies*, 67(4), 605–613.
- Trombini, G., & Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica: l'equilibrio tra mente e corpo*. Società editrice il Mulino.

- Valsiner, J. (1998). *The guided mind: A sociogenetic approach to personality*. Harvard University
- Vaughn, B. E., Egeland, B. R., Stroufe, L. A., & Waters, E. (1979). Individual differences in infant–
- Vincent, L. C., Emich, K. J., & Goncalo, J. A. (2013). Stretching the moral gray zone: Positive affect, moral disengagement, and dishonesty. *Psychological Science*, 24(4), 595–599.
<https://doi.org/10.1177/0956797612458806>
- Von Bertalanffy, L., & Bellone, E. (1983). *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Mondadori.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of
- Weaver, J. L., & Swank, J. M. (2019). Mindful connections: A mindfulness-based intervention for adolescent social media users. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 18(2), 103–112.
- Weaver, J. L., & Swank, J. M. (2021). An examination of college students' social media use, fear of missing out, and mindful attention. *Journal of College Counseling*, 24(2), 132–145.
- Weinryb, R. M., Rossel, R.J., Asberg, M. (1991a). The Karolinska Psychodynamic Profile". *Acta*
- Weinryb, R. M., Rossel, R.J., Asberg, M. (1991b). The Karolinska Psychodynamic Profile. II.
- Weiss, R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In *Attachment across the life*
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part II: Toward an empirically
- Westen, D., Arkowitz, L. (1998). Most patients treated in clinical practice for personality pathology cannot be diagnosed on Axis II. *Manoscritto non pubblicato*. Cambridge: Harvard Medical School.
- Westen, D., Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the
- Westen, D., Muddersoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment
- Westen, D., Shedler, J. (2007). The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making
- Westen, D., Shedler, J. (2000a). Un approccio alla diagnosi di personalità basato sulla comparazione
- Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (1998). La diagnosi di personalità con la SWAP-200 in La
- Westen, D., Shedler, J. (1999 a). Revising and assessing Axis II: Developing a clinically and empirically valid
- Widiger, T. A., Samuel, D. B. (2005). Diagnostic Categories or dimensions? A question for the
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F. (1994), A description of the DSM—III—R and DSM—IV personality disorders with the five-factor model of personality. *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality*, pp. 41-56. Washington, DC: American Psychological Association.
- Yang, J.-P., & Wang, X.-C. (2012). Effect of moral disengagement on adolescents' aggressive behavior: Moderated mediating effect. *Acta Psychologica Sinica*, 44(8), 1075–1085. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2012.01075>