

Dipartimento di Psicologia

Dottorato di Ricerca in Psicologia, Linguistica e Neuroscienze Cognitive

Ciclo XXXIII

Curriculum in Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica

EMERGING ADULTHOOD: TRA TEORIA E RICERCA EMPIRICA.

**Valutazione del profilo dell'utenza e dell'*effectiveness* del Servizio di
Counselling psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.**

Cognome: BOTTINI Nome: MARTA

Matricola: 744543

Tutor: Prof.ssa CRISTINA RIVA CRUGNOLA

Coordinatore: Prof. MARCO PERUGINI

ANNO ACCADEMICO: 2019-2020

Indice

Abstract.....	7
Introduzione	8
1. <i>Emerging adulthood</i>.....	16
1.1 Nascita storica	16
1.2 Uno sguardo psicosociale.....	19
1.3 Caratteristiche psicologiche e compiti evolutivi	22
1.4 Gli stili di attaccamento e la capacità di mentalizzazione	37
2. Salute mentale e psicopatologia nell'<i>emerging adulthood</i>	42
2.1 Salute mentale: tra fattori di rischio e di protezione	42
2.2 Psicopatologia	53
2.2.1 Depressione e Ansia.....	56
2.2.2 Disturbi del comportamento alimentare.....	58
2.2.3 Disturbi correlati a sostanze e disturbi da <i>addiction</i>	60
2.2.4 Discontrollo degli impulsi e comportamenti devianti.....	64
3. Il counselling psicologico	67
3.1 Aspetti definitivi e differenti tipologie di counselling.....	67
3.2 Il counselling psicologico universitario	73
3.2.1 Il counselling psicodinamico: linee guida per il lavoro con <i>emerging adults</i> nel contesto universitario	73
3.2.2 Panorama Americano ed Europeo: caratteristiche e studi di <i>effectiveness</i>	77
3.2.3 Panorama italiano: peculiarità e studi di <i>effectiveness</i>	84
3.2.4 Utilizzo della <i>waiting list</i> per la valutazione dell' <i>effectiveness</i> degli interventi di counselling universitario	90

4. Il Servizio di Counselling psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca: profilo psicologico degli utenti ed <i>effectiveness</i> dell'intervento	93
4.1 Modello di intervento.....	95
4.2 Descrizione del Progetto di Ricerca annesso al Servizio di Counselling	97
4.3 Studio 1 – Caratteristiche e profilo psicologico dell'utenza del Servizio.....	100
4.4 Studi volti a valutare l' <i>effectiveness</i> dell'intervento di counselling psicodinamico	120
4.4.1 Studio 2 - <i>Effectiveness</i> breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico	120
4.4.2 Studio 3 - <i>Effectiveness</i> a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico.	137
4.4.3 Studio 4 - <i>Effectiveness</i> dell'intervento di counselling psicodinamico: Gruppo Counselling VS Gruppo <i>Waiting List</i>	155
4.5 Studio 5 – Confronto esplorativo tra studenti di due paesi europei che effettuano un percorso di counselling: Gruppo Bicocca VS Gruppo Heidelberg.	171
5. Conclusioni	188
Riferimenti bibliografici.....	194

Indice delle Tabelle

Tabella 1. Tavola sinottica degli studi empirici effettuati – Parte 1.	98
Tabella 2. Tavola sinottica degli studi empirici effettuati – Parte 2.	99
Tabella 3. Confronto caratteristiche sociodemografiche tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling	106
Tabella 4. Confronto caratteristiche accademiche tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling	107
Tabella 5. Confronto maschi Gruppo Counselling e Valori Normativi Maschili - SCL-90 R.	108
Tabella 6. Confronto femmine Gruppo Counselling e Valori Normativi Femminili – SCL-90 R.	108
Tabella 7. Confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling rispetto agli indici sintomatologici (SCL-90 R).....	109
Tabella 8. Confronto maschi Gruppo Counselling e Valori Normativi Maschili - ASQ.....	110
Tabella 9. Confronto femmine Gruppo Counselling e Valori Normativi Femminili - ASQ.	111
Tabella 10. Confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling rispetto allo stile di attaccamento (ASQ).	111
Tabella 11. Confronto grado di soddisfazione, esperienze avverse e funzione riflessiva tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling.....	112
Tabella 12. Correlazioni nel Gruppo Counselling tra sintomi psicopatologici, Stili di attaccamento, soddisfazione di vita, funzione riflessiva ed esperienze avverse.....	114
Tabella 13. Caratteristiche sociodemografiche.	124
Tabella 14. Caratteristiche accademiche.....	125
Tabella 15. Confronto indici sintomatologici T0 – T1.	127
Tabella 16. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0 – T1.....	128
Tabella 17. Effetti di moderazione del Genere sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento a breve termine.....	129
Tabella 18. Effetti di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento a breve termine.	130
Tabella 19. Effetti di moderazione del numero di esperienze avverse sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento.	132
Tabella 20. Caratteristiche sociodemografiche.	141
Tabella 21. Caratteristiche accademiche.....	142
Tabella 22. Confronto indici sintomatologici T0, T1, T2.....	144
Tabella 23. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0, T1, T2.	145
Tabella 24. Effetti di moderazione del genere sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento a lungo termine.	147

Tabella 25. Effetti di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento a lungo termine.....	148
Tabella 26. Effetti di moderazione del numero di esperienze avverse sull' <i>effectiveness</i> dell'intervento a lungo termine.....	150
Tabella 27 Confronto caratteristiche sociodemografiche - Gruppo Counselling e Gruppo <i>Waiting List</i>	159
Tabella 28. Confronto caratteristiche accademiche - Gruppo Counselling e Gruppo <i>Waiting List</i>	160
Tabella 29. Confronto Gruppo Counselling e Gruppo <i>Waiting List</i> a T0 – SCL-90 R e ASQ.....	161
Tabella 30. Confronto Gruppo Counselling e Gruppo <i>Waiting List</i> a T0 – LSS e RFQ-8.....	162
Tabella 31. Confronto indici sintomatologici T0-T1 nel Gruppo Counselling.....	164
Tabella 32. Confronto indici sintomatologici T0-T1 nel Gruppo <i>Waiting List</i>	164
Tabella 33. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0-T1 nel Gruppo Counselling.	165
Tabella 34. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0-T1 nel Gruppo <i>Waiting List</i>	166
Tabella 35. Confronto caratteristiche sociodemografiche ed accademiche - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.....	175
Tabella 36. Confronto caratteristiche sociodemografiche ed accademiche - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.....	176
Tabella 37. Motivazioni che spingono a chiedere aiuto al Servizio di Counselling nel Gruppo Bicocca e nel Gruppo Heidelberg.....	177
Tabella 38. Confronto tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg rispetto agli indici sintomatologici (SCL-90 R).....	177
Tabella 39. Confronto tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg rispetto allo stile di attaccamento (ASQ).....	179
Tabella 40. Confronto grado di soddisfazione e funzione riflessiva tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.....	180

Indice delle Figure

Figura 1. Possibile configurazione dell' <i>Emerging adulthood</i> (Arnett, 2007)	23
Figura 2. Stati identitari secondo il modello di Marcia (1966).....	27
Figura 3. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling	110
Figura 4. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - T0 e T1	126
Figura 5. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0, T1 e T2.	143
Figura 6. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0 e a T1 – Gruppo Counselling.....	162
Figura 7. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0 e a T1 – Gruppo <i>Waiting List</i>	163
Figura 8. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.	178

Abstract

La fase del ciclo di vita dell'*emerging adulthood*, propria delle società industrializzate, si estende dai 19 ai 28/30 anni ed è definita da Arnett (2004) come età *self-focused*, caratterizzata da esplorazione identitaria, instabilità, pluri-possibilità e da una sensazione di *feeling in between* tra adolescenza ed età adulta.

Nell'elaborato viene descritto il Servizio di Counselling ad orientamento psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Il profilo dell'utenza che accede al Servizio è caratterizzato da alcuni fattori di rischio, quali presenza di sintomatologia, insicurezza nell'attaccamento, soddisfazione di vita non elevata ed esperienze avverse infantili. Nel corso degli studi, si evidenzia l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico proposto, sia a breve termine, portando ad una diminuzione dei livelli sintomatologici, sia a lungo termine, mantenendo stabili nel tempo i miglioramenti raggiunti. L'*effectiveness* dell'intervento emerge anche nello studio con il gruppo di controllo in *waiting list*, che non mostra miglioramenti, a differenza degli studenti che effettuano i colloqui di counselling. Infine, nello studio esplorativo di confronto tra studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e studenti dell'Università Rupert Karl di Heidelberg, emergono similitudini tra i due gruppi, quali medesime motivazioni alla base della richiesta di aiuto e simili livelli sintomatologici, mentre vi sono differenze rispetto agli stili di attaccamento e alla soddisfazione di vita. I dati evidenziano l'importante ruolo di protezione dell'attaccamento sicuro rispetto alla psicopatologia e alla soddisfazione di vita, a differenza dell'attaccamento insicuro che si configura come potenziale fattore di rischio, a prescindere dal paese di provenienza degli studenti.

Typical of industrialized societies, the emerging adulthood's lifecycle phase (from 19 to 28/30 years old) is defined by Arnett (2004) as a self-focused age, characterized by identity exploration, instability, possibilities and a sensation of feeling in between adolescence and adulthood.

The psychodynamic Counseling Service of the University of Milano-Bicocca will be described. The profile of the Service's users is characterized by some risk factors, such as the presence of symptomatology, insecurity in attachment, low life satisfaction and adverse childhood experiences. The effectiveness of the proposed psychodynamic counseling intervention will be highlighted, both in the short term, leading to a decrease in symptom levels, and in the long term, keeping the achieved improvements stable over time. The effectiveness of the intervention also emerges in the study with a control group in the waiting list, who does not show improvements with respect to the students who carry out the counseling intervention. Finally, in the exploratory comparison study between students of the University of Milano-Bicocca and students of the Rupert Karl University of Heidelberg, similarities emerge between the two groups, such as same reasons behind the request for help and similar symptom levels, while there are differences with respect to attachment styles and life satisfaction. The data highlights the important protective role of secure attachment with respect to psychopathology and life satisfaction, unlike insecure attachment that is configured as a potential risk factor, regardless of the students' country of origin.

Introduzione

Il presente elaborato di tesi si concentrerà inizialmente sulla descrizione teorica della complessa fase del ciclo di vita dell'*emerging adulthood*, a lungo inserita come periodo terminale della precedente fase adolescenziale (Blos, 1962, 1979; Erikson, 1968; Freud A., 1936), e proseguirà con la presentazione di diversi studi empirici svolti all'interno del Polo di Psicologia del Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Fu Jeffrey Arnett a sostenere la necessità di promuovere la specificità clinica della giovane età adulta emergente. Con l'espressione *emerging adulthood*, Arnett (2000, 2005) definì questa fase come caratterizzata da individui con un'età compresa tra i 19 ed i 28/30 anni, propria delle società industrializzate che prevedono un prolungamento della formazione dei giovani, una maggior frequenza di relazioni amorose prematrimoniali ed un posticipo della genitorialità che, in alcuni casi, a differenza del passato, non viene mai raggiunta. Tale fase del ciclo di vita, secondo Arnett (2004), non deve essere confusa né con la fase adolescenziale, né con l'età adulta in quanto nel corso dell'*emerging adulthood* emergono bisogni, compiti evolutivi, conflitti e crisi peculiari. Questa fase del ciclo di vita, infatti, si configura come periodo di consolidamento dei traguardi raggiunti nel corso dell'adolescenza, ma al contempo comporta una profonda ricerca e definizione identitaria che genera nell'individuo un'oscillazione tra stabilità ed instabilità (Arnett, 2004).

Nel corso del primo capitolo verranno descritte le peculiarità di questa fase del ciclo di vita. Si rifletterà sulla nascita storica dell'*emerging adulthood*, analizzando i numerosi contributi psicoanalitici (Bergeret, 1987; Blos, 1962, 1979; Cahn, 1998; Erikson, 1968; Freud A., 1936; Jeammet, 2009; Novelletto, 2009; Senise, 1990) che hanno posto le basi affinché si potesse, nel corso del XXI secolo, affermare l'*emerging adulthood* come fase a sé stante del ciclo di vita.

Si procederà osservando questa fase da un punto di vista psicosociale, ovvero evidenziando le variabili sociali e contestuali che caratterizzano la crescita dei giovani adulti emergenti. Nella società odierna, infatti, sono avvenuti numerosi cambiamenti sia a livello strutturale, ovvero relativo alla situazione socioeconomica contemporanea, sia a livello relazione, riguardante il valore attribuito alla famiglia (Karoly, 2009). Anche il mondo del lavoro ha subito numerose trasformazioni, richiedendo ai giovani adulti emergenti un iter di studio prolungato, visto come unica possibilità per rispondere alle esigenze di mercato, e che possa portare ad una soddisfazione professionale ed economica. Tale prolungamento formativo, però, comporta un ritardo nell'ingresso del mondo del lavoro ed una conseguente dipendenza economica dalle figure genitoriali che si dilata rispetto al passato (Furstenberg, 2010).

Tali cambiamenti psicosociali verranno indagati tanto nel nostro Paese, quanto a livello europeo, analizzando i tassi di disoccupazione dei giovani adulti emergenti europei, mettendo in luce fenomeni quali le “*fragmented careers*” (Fenton & Dermott, 2016) ed i *Not in Education Employment or Training* (NEET). Verranno indagate, anche, le differenze degli *emerging adults* dei diversi paesi europei rispetto alla condizione abitativa e all’indipendenza dalle famiglie di origine ed il conseguente calo dei matrimoni.

Si passerà, poi, alla descrizione delle caratteristiche psicologiche proprie dell’*emerging adulthood*. Fu Arnett (2004) a delineare cinque caratteristiche psicologiche peculiari di questa fase del ciclo di vita. L’autore descrive l’*emerging adulthood* come fase caratterizzata da una sensazione di *feeling in between* tra adolescenza ed età adulta; come età dell’instabilità, nella quale i giovani sperimentano uno stato di sospensione, in bilico tra passato e futuro; come età delle possibilità, che consente al giovane di esplorare e sperimentarsi, ma può configurarsi anche come potenziale fonte di rischio; come età *self-focused* nella quale i giovani sono prevalentemente centrati su se stessi ed infine come età dell’esplorazione identitaria, utilizzata dal giovane al fine di raggiungere una definizione di sé ed un’identità stabile.

Verranno, poi, descritti i compiti evolutivi con cui i giovani adulti emergenti si trovano a confrontarsi, che riguardano tematiche identitarie, relazionali e progettuali e sono fortemente correlati a processi di differenziazione, individuazione e soggettivazione (Scabini, 2000). I principali compiti evolutivi dell’*emerging adulthood* che verranno esplorati riguarderanno la concentrazione sul presente e la conseguente capacità di proiettarsi nel futuro, la sperimentazione di sé e delle proprie capacità e risorse, il processo di soggettivazione, la generatività sociale, la costruzione della propria identità di genere e la parallela mentalizzazione del proprio corpo, la costruzione di relazioni sentimentali intime e l’adattamento tra individuo e ambiente.

Infine, verranno indagate le possibili modifiche della distribuzione dei modelli di attaccamento dall’adolescenza alla giovane età adulta emergente, mettendo in luce come nell’*emerging adulthood* si osservi uno spostamento dei bisogni di attaccamento dalle figure genitoriali agli amici e/o al *partner*. Nel corso della giovane età adulta, infatti, le relazioni extra-familiari rivestono un ruolo centrale nel mondo affettivo dei giovani adulti emergenti e si assiste ad un progressivo trasferimento delle funzioni principali di attaccamento al *partner* (Cassidy & Shaver, 2008; Doyle, Lawford & Markiewicz, 2009). Si descriverà, in ultimo, il costrutto di mentalizzazione, ovvero una forma di attività mentale immaginativa che consente di interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali quali desideri, bisogni, emozioni, credenze e motivazioni (Bateman & Fonagy, 2004). Le capacità di mentalizzazione verranno analizzate in relazione allo stile di attaccamento, in quanto in numerose ricerche presenti in letteratura sono state evidenziate associazioni tra la sicurezza/insicurezza dell’attaccamento, le capacità mentalizzanti ed il conseguente rischio

psicopatologico (Fischer-Kern, Tmej, Kapusta, Naderer, Leithner-Dziubas, Loffler-Stastka & Springer-Kremser, 2008; Fossati, Feeney, Maffei, Borroni, 2014; Guarino & Vismara, 2012; Jewell, Collyer, Gardner, Tchanturia, Simic, Fonagy & Eisler, 2016).

Nel corso del secondo capitolo, verrà indagata la salute mentale e la psicopatologia nell'*emerging adulthood*. L'ingresso nella fase della giovane adultità emergente porta con sé nuovi *developmental tasks* che, se adeguatamente raggiunti, forniscono al giovane la chiave di accesso ad uno stato di benessere e salute. Una loro mancata risoluzione, però, può portare ad un blocco nel processo maturativo, associandosi al possibile sviluppo di problematiche psicopatologiche (Dusselier et al., 2005; Kins et al., 2011; Schwartz et al., 2016). L'*emerging adulthood* si configura, quindi, come fase del ciclo di vita ricca di possibilità, ma al contempo potenziale fonte di rischio e vulnerabilità. A tal proposito, verranno presi in considerazione i principali fattori di rischio e di protezione che possono incorrere in questa fase di crescita. Le principali aree di rischio messe in luce in letteratura riguardano le esperienze infantili, l'adattamento del giovane alla situazione attuale e le sue caratteristiche psicologiche (Newcomb-Anjo et al., 2016). Si esplorerà, quindi, il ruolo giocato dalle esperienze avverse infantili che il giovane può aver vissuto nella propria crescita (quali abuso fisico, sessuale, psicologico, trascuratezza, basso status socioeconomico), ripercorrendo il famoso *ACE Study* condotto da Felitti e colleghi (1998), che ha messo in luce come i soggetti che avevano vissuto nella propria infanzia un numero elevato di esperienze avverse, presentassero una maggior percentuale di problemi di salute mentale rispetto a chi aveva vissuto minori esperienze avverse infantili. Si analizzerà, poi, il ruolo della qualità delle relazioni di attaccamento nel percorso evolutivo del giovane adulto emergente e verrà evidenziato come uno stile di attaccamento sicuro costituisca un importante fattore di protezione, correlato negativamente alla manifestazione psicopatologica, mentre le diverse forme di attaccamento insicuro si configurino come potenziali fattori di rischio che, se associati ad altre variabili, possono aumentare la probabilità di incorrere in forme di disagio psichico (Eagle, 2013; Riva Crugnola, 2017; Scharf, Mayseless & Kivenson-Baron, 2004). Verrà, poi, indagato il ruolo delle capacità di mentalizzazione. In letteratura, infatti, viene messo in luce come scarse capacità mentalizzanti siano associate a maggior presenza di psicopatologia e ad un aumentato rischio di trasmissione intergenerazionale dell'insicurezza dell'attaccamento (Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin & Fonagy, 2014; Fonagy & Luyten, 2009), mentre buone capacità mentalizzanti si associno a migliore salute mentale e più elevati livelli di benessere (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Trudeau & Reich, 1995). Rispetto ai fattori di rischio, verrà preso in considerazione anche il livello socioeconomico del soggetto, fattore spesso associato a problematiche psicopatologiche nel corso dello sviluppo e a scarsi risultati scolastici (Schilling, Aseltine & Gore, 2008; Wickrama, Noh & Elder, 2009). Si indagherà anche il ruolo del supporto sociale percepito, che

quando risulta essere scarso sembra costituirsi come il principale fattore di rischio contestuale nel corso dell'*emerging adulthood* (Murphy, Blustein, Bohlig & Platt, 2010; Pettit, Roberts, Lewinsohn, Seeley & Yaroslavsky, 2011), a differenza di un buon sostegno sociale che sembra essere un fattore protettivo rispetto alle traiettorie di sviluppo dell'individuo. Attenzione verrà posta anche nei confronti delle *social skills* possedute dal soggetto, che si configurano come fattore di protezione rispetto alla salute mentale nel corso della giovane età adulta (Pereira, Dutra-Thomé & Koller, 2016). Recenti eventi di vita negativi ai quali il giovane adulto emergente è stato esposto, si configurano come ulteriore fattore di rischio, in grado di generare elevati livelli di stress e conseguente sviluppo di psicopatologia (Blanco, Okuda, Wright, Hasin, Grant, Liu, Olfson, 2008). Allo stesso modo, l'essere parte di una minoranza può costituire un importante fattore di rischio in quanto può generare nell'individuo elevati livelli di *minority stress* e di sintomatologia clinica (Hu, Chang, Lin & Yen, 2019; Meyer, 1995; Travers, Armour, Hansen, Cunningham, Lagdon, Hyland, ... & Walshe, 2020). Infine, verrà data rilevanza alle caratteristiche psicologiche del soggetto che giocano un ruolo importante nell'influenzare il benessere nel corso delle diverse fasi del ciclo di vita (Newcomb-Anjio et al., 2016).

Nel corso della trattazione ci si addenterà nel tema della psicopatologia nel corso dell'*emerging adulthood*, mettendo in luce come, sebbene la maggior parte dei disagi psichici insorga nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, i disturbi più gravi e cronici si manifestino con forza maggiore nel corso di questa fase del ciclo di vita (Auerbach et al., 2018; Hunt & Eisenberg, 2010; Gomes, Soares, Kieling, Rohde & Gonçalves 2019; Gustavson, Knudsen, Nesvåg, Knudsen, Vollset, & Reichborn-Kjennerud, 2018). Verrà indagato lo stato dell'arte rispetto alla psicopatologia nel corso della giovane età adulta emergente, per poi soffermarsi sulle principali sintomatologie riportate nel corso di questa fase del ciclo di vita. Verranno, quindi, esplorati i disturbi d'ansia ed i disturbi depressivi, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction* ed infine il discontrollo degli impulsi ed i comportamenti devianti.

Nel corso del terzo ed ultimo capitolo teorico del presente elaborato verranno delineate le caratteristiche principale del counselling psicologico, che si configura come un intervento psicologico breve, con una durata temporale definita, il cui obiettivo è la promozione del benessere psicologico e l'adattamento dell'individuo (Calvo, 2007). L'intervento di counselling, infatti, muove i propri passi all'interno di una cornice preventiva, mirando a identificare, mobilitare e potenziare le risorse personali dell'individuo al fine di favorire una ripresa del processo di crescita, attraverso l'analisi del problema contingente (Di Fabio, 1999). Verranno descritte le caratteristiche peculiari di questo intervento e gli strumenti che deve possedere lo psicologo che attua un intervento di counselling affinché possa aiutare l'individuo nel suo processo maturativo, quali ascolto attivo, uso di risposte

empatiche e pertinenti ed interventi di chiarificazione attraverso l'uso della riformulazione. L'intervento di counselling psicologico verrà, poi, messo a confronto con l'intervento psicoterapeutico e con l'intervento di consultazione psicologica prolungata, delineando le principali differenze tra le varie modalità di intervento (Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, 2009; Riva Crugnola, 2017; Pelanda, 2014).

Successivamente, verranno esplorate le numerose tipologie di intervento di counselling, delineate sulla base di diversi approcci teorici, quali il counselling centrato sulla persona (anche detto approccio umanistico), il counselling psicodinamico, il counselling sistemico-relazionale, il counselling cognitivo-comportamentale e cognitivo-relazionale, il counselling gestaltico, il counselling esistenziale, il counselling di attaccamento e modelli di counselling integrato (Binetti & Bruni, 2003; Carkhuff, 1987; Di Fabio, 1999; Holm-Hadulla, Hofmann & Sperth, 2011; Hough, 1996; Meier & Davis, 2019).

La trattazione si concentrerà, poi, sull'analisi dettagliata dell'intervento di counselling psicodinamico per *emerging adults*, delineando le principali linee guida descritte in letteratura per il lavoro con il giovane adulto nel contesto universitario. Verrà, a tal proposito, descritta dettagliatamente quella che Adamo e colleghi chiamano "la cassetta degli attrezzi" dello psicologo che effettua un intervento di counselling ad orientamento psicodinamico (Adamo, Giusti, Portanova, Petri & Valerio, 2005). Si descriveranno, quindi, i costrutti di nevrosi di insuccesso, di *breakdown* evolutivo, di secondo processo di separazione-individuazione, di struttura narcisistica del Sé grandioso, di identificazione proiettiva e di modello contenuto-contenitore. Accanto al contenuto della cassetta degli attrezzi, verranno descritti gli elementi tecnici derivanti dallo *Young People Counselling Service* della *Tavistock Clinic* di Londra (Copley, 1976; Polacco Williams, 1990; Salzberger-Wittenberg, 1977), alla base anch'essi del modello di intervento di counselling psicodinamico. Tra questi, i clinici londinesi evidenziano l'autosegnalazione dello studente, l'importanza della separazione a breve termine insita nell'intervento di counselling, la capacità trasformativa dell'esperienza relazionale di counselling, la costruzione di obiettivi realisticamente raggiungibili e lo sviluppo di una buona alleanza di lavoro (Salzberger-Wittenberg, 1977).

Ci si concentrerà, poi, sul counselling psicologico universitario, indagando in prima analisi il panorama americano ed europeo, descrivendo le origini dei servizi di counselling universitari negli Stati Uniti e nei diversi paesi europei. La nascita ufficiale del counselling psicologico viene, infatti, fatta risalire al 1951 quando negli Stati Uniti la Divisione 17, altresì detta *Division of Counselling and Guidance* dell'*American Psychiatric Association* diventò la *Division of Counseling Psychology* (Di Fabio & Sirigatti, 2005). In Europa, ed in particolar modo in Gran Bretagna, il counselling psicologico si afferma verso la fine degli anni '50, ma le sue origini ed il suo sviluppo non si presentano lineari quanto quelli americani. Emerge, infatti, la complessità nel rintracciare

caratteristiche comuni tra le numerose tradizioni accademiche europee (Watts & Van Esbroeck, 2000). Nel corso della trattazione verrà effettuata anche un'analisi dello stato dell'arte rispetto agli studi di *effectiveness* degli interventi di counselling universitario proposti tanto nel panorama americano, quanto in quello europeo.

Infine, ci si concentrerà sul panorama italiano, mettendo in luce le peculiarità dei servizi di counselling universitari presenti nel nostro Paese ed i relativi studi relativi all'*effectiveness* degli interventi attuati. I primi servizi di counselling universitario in Italia sono nati a Palermo nel 1971, a Pavia nel 1981, a Napoli nel 1984 e a Bologna nel 1985 (Adamo, Sarno, Preti, Fontana, & Prunas, 2010). Nonostante la vastità degli approcci e delle modalità di intervento, verranno messi in luce gli elementi comuni alla maggior parte dei servizi di counselling universitari italiani, ovvero la gratuità e la brevità dell'intervento, la predominanza del *setting* individuale, la possibilità di effettuare un *follow-up* a distanza di alcuni mesi dalla conclusione dell'intervento oppure la possibilità di intraprendere percorsi psicoterapeutici all'interno del servizio stesso o presso strutture esterne convenzionate. Infine, in tutti i servizi di counselling universitari presenti sul territorio nazionale, gli operatori sono professionisti con formazione psicologica e/o medica sotto costante supervisione clinica da parte dei Direttori del servizio.

Infine, verranno descritti gli studi presenti nella letteratura internazionale che utilizzano, al fine di testare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling proposto, una *waiting list* composta da soggetti che attendono in lista d'attesa di poter iniziare i colloqui di counselling. L'obiettivo di questi studi è valutare l'effettiva funzione dell'intervento di counselling al fine di incrementare i livelli di benessere degli studenti, confrontandoli con i coetanei che sono inseriti in lista d'attesa.

Il quarto capitolo dell'elaborato si concentrerà sulla descrizione del Servizio di Counselling a orientamento psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, evidenziandone caratteristiche, modelli teorici di riferimento e modalità di intervento. Verranno, poi, presentati diversi studi effettuati all'interno del Servizio. L'Università degli Studi di Milano-Bicocca presenta dal 2009 un Servizio di Counselling Psicologico che si divide in due poli: uno afferente al Dipartimento di Medicina con approccio cognitivo-relazionale (Strepparava, Bani, Zorzi, Corrias, Dolce & Rezzonico, 2016), l'altro afferente al Dipartimento di Psicologia con orientamento psicodinamico (Adamo, Fontana, Preti, Prunas, Riffaldi & Sarno, 2010; Riva Crugnola, Preti, Bottini, Rosaria Fontana, Sarno, Ierardi & Madeddu, 2020). Entrambi i poli offrono cicli di consultazioni brevi al fine di comprendere il disagio espresso dallo studente, mobilitarne le risorse e supportare la maturazione ed il processo di crescita.

Il primo studio avrà l'obiettivo di indagare le caratteristiche ed il profilo psicologico di 421 studenti che, dal 2013, si sono rivolti al Servizio di Counselling ed hanno preso parte al progetto di

ricerca. Verrà indagata la sintomatologia psicopatologica, gli stili di attaccamento, il livello di soddisfazione dello studente nelle diverse aree di vita, le sue capacità di mentalizzazione e la presenza di esperienze avverse infantili. Al fine di mettere in luce le aree di maggior sofferenza degli utenti che accedono al Servizio, verranno utilizzati i dati normativi degli strumenti utilizzati, confrontandoli con quelli emersi dagli studenti per valutare se il malessere esperito da chi accede al Servizio sia maggiore rispetto al gruppo normativo italiano di riferimento. Inoltre, per indagare la presenza di caratteristiche specifiche dell'utenza del Servizio, è stato raccolto un gruppo di 318 studenti del medesimo Ateneo, che non hanno mai effettuato un ciclo di incontri di counselling ed hanno deciso in maniera volontaria di prendere parte alla ricerca. I dati di questi studenti verranno confrontati con quelli degli studenti che accedono al Servizio, al fine di individuare le caratteristiche, il profilo psicologico e di rischio psicopatologico dell'utenza del Servizio.

Successivamente, verranno presentati tre studi volti a valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico erogato dal Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Il primo tra questi studi avrà l'obiettivo di valutare l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento, utilizzando uno studio *single group* pre-post intervento con un campione di 173 soggetti con disegno di ricerca longitudinale. Verrà indagata la sintomatologia psicopatologica, gli stili di attaccamento, il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita, le capacità di mentalizzazione e la presenza di esperienze avverse infantili. Gli obiettivi principali di questo studio saranno la valutazione dell'*effectiveness* dell'intervento nel ridurre i sintomi psicopatologici e nell'incrementare il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita e le capacità di mentalizzazione dalla fase pre-intervento (T0) alla fase post-intervento (T1). Inoltre, verrà indagato in maniera esplorativa il possibile effetto di moderazione di alcune variabili sociodemografiche, dello stile di attaccamento e della presenza di esperienze avverse infantili rispetto all'*effectiveness* dell'intervento proposto.

Lo studio successivo indagherà l'*effectiveness* a lungo termine (*follow-up* a sei mesi) dell'intervento di counselling psicodinamico effettuato dal Servizio, usando uno studio *single group* pre-post intervento-*follow-up*, con disegno di ricerca longitudinale, con un campione di 79 soggetti. Verrà indagata la sintomatologia psicopatologica, gli stili di attaccamento, il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita, le capacità di mentalizzazione e la presenza di esperienze avverse infantili. Gli obiettivi principali saranno la valutazione dell'*effectiveness* dell'intervento nel ridurre i livelli di sintomi psicopatologici, incrementare il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita e le capacità di mentalizzazione dalla fase pre-intervento (T0) alla fase post-intervento (T1) e se tale efficacia si mantenga anche a sei mesi dalla conclusione dell'intervento (T2). Infine, verrà indagato, in maniera esplorativa, se l'*effectiveness* dell'intervento può essere influenzata da possibili effetti di moderazione

di alcune variabili sociodemografiche, dallo stile di attaccamento e dalla presenza di esperienze avverse infantili.

Lo studio successivo si porrà, a livello esplorativo, l'obiettivo di valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico, confrontando 37 studenti che effettuano un percorso di counselling poco dopo la propria auto-segnalazione al Servizio, con 18 soggetti che sono stati inseriti in una lista d'attesa a causa del sovraccarico di richieste. Nel corso della pandemia da Covid-19, il presente studio ha subito un arresto a causa del passaggio dall'intervento in presenza all'intervento online, che ha comportato maggior difficoltà nella costruzione della *waiting list*. Verrà indagata la sintomatologia psicopatologica, gli stili di attaccamento, il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita, le capacità di mentalizzazione e la presenza di esperienze avverse infantili. Tali aree verranno indagate negli studenti che effettuano il ciclo di incontri di counselling attraverso una valutazione pre-post intervento (T0-T1), mentre per coloro che sono inseriti in lista d'attesa verranno indagate nel momento in cui chiedono aiuto al servizio (T0) e a ridosso della loro presa in carico (T1). Gli obiettivi principali dello studio saranno la valutazione dell'*effectiveness* dell'intervento nel ridurre i livelli di sintomi psicopatologici, nell'aumentare i livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita e le capacità di mentalizzazione nel passaggio da T0 a T1, confrontando i due gruppi di studenti.

Infine, verrà presentato l'ultimo studio dell'elaborato, volto a mettere a confronto in maniera esplorativa gli studenti di due paesi europei che effettuano un percorso di counselling. Nello specifico, i due gruppi saranno composti da 66 studenti che afferiscono al Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e 66 studenti che hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio di Counselling Psicosociale dell'Università Ruprecht Karl di Heidelberg, in Germania. L'obiettivo di tipo esplorativo sarà il confronto tra questi due gruppi di studenti al fine di valutare possibili differenze rispetto alle caratteristiche sociodemografiche, rispetto alle motivazioni che spingono gli studenti di entrambi i gruppi a richiedere aiuto, rispetto ai livelli di sintomatologia, di soddisfazione di vita e di capacità di mentalizzazione e nella distribuzione degli stili di attaccamento.

Al termine della parte empirica del presente elaborato, si giungerà, quindi, alle conclusioni generali dello stesso, che metteranno in luce i limiti degli studi presentati e le prospettive future del presente progetto di ricerca. Gli orizzonti futuri sono molteplici poiché il campo della valutazione dell'*effectiveness* degli interventi di counselling universitari è un terreno di ricerca ancora fortemente bisognoso di studi, poiché solo negli ultimi anni la letteratura scientifica internazionale vi ha dedicato risorse ed attenzioni. Il presente elaborato di tesi, infatti, si inserisce in un panorama di studi ancora acerbo per alcuni aspetti e si prefigura, quindi, importanti prospettive future rispetto al proseguimento della ricerca empirica sull'intervento di counselling psicodinamico erogato dal Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

1. *Emerging adulthood*

1.1 Nascita storica

Con il termine *emerging adulthood*, o età del giovane adulto emergente, si intende quella fase evolutiva propria delle società industrializzate, che si estende dai 19 ai 30 anni. Tale fase del ciclo di vita non può essere confusa o equiparata né con l'adolescenza, né con l'età adulta in quanto presenta bisogni, compiti evolutivi, conflitti e crisi specifiche e peculiari (Arnett, 2000, 2005).

Nell'ultimo secolo la letteratura internazionale si è fortemente dedicata allo studio dell'adolescenza, fornendo preziosi contributi teorici e clinici, mentre l'analisi della fase dell'adulthood emergente, più nuova e nebulosa, è rimasta in uno stato di maggiore indeterminatezza (Arnett, 2005; Lancini & Madeddu, 2014).

Le prime indagini e le prime teorizzazioni su questa particolare fase del ciclo di vita si ritrovano nella letteratura di stampo psicoanalitico. Grazie ai numerosi lavori di approfondimento rispetto alla fase adolescenziale (Blos, 1962, 1979; Cahn, 1998; Erikson, 1968; Freud A., 1936; Novelletto, 2009; Senise, 1990), diversi autori del secolo scorso hanno iniziato a riflettere rispetto alla centralità di quella che allora veniva concepita come fase finale dell'adolescenza. In questo periodo, secondo gli Autori, l'individuo doveva dedicarsi al completamento e alla risoluzione di tematiche adolescenziali al fine di poter assumere un ruolo adulto maturo (*ibidem*). In particolare, con l'uso di termini quali "adolescenza prolungata" (Blos, 1962; 1979) o "adolescenza interminabile" (Bergeret, 1987), gli Autori notavano il progressivo dilatarsi di questa fase di transizione, la difficoltà dei giovani di affrontarla ed il potenziale rischio di rimanervi invischiati.

Da queste teorizzazioni nacque un dibattito su come intendere tale fase conclusiva dell'adolescenza: deriva patologica del percorso evolutivo o passaggio fisiologico dettato dal contesto in cui i giovani sono inseriti? Gli autori psicoanalitici maggiormente concentrati sull'individuo e sul suo mondo interno, sostenevano la prima ipotesi: temi infantili e problematiche familiari non risolte trovano terreno fertile in questo momento evolutivo per potersi manifestare, impedendo l'assunzione di una piena identità adulta (Gutton, 2000). Tra questi vi è Gutton (2000), secondo cui quella che si definisce "età di passaggio" non ha una sua specificità, ma si configura semplicemente come imitazione dell'adolescenza. Secondo Gutton, infatti, si assiste alla riedizione di conflitti infantili, che il soggetto non riesce ad abbandonare (*ibidem*).

Altri Autori (Freud A., 1936; Blos, 1962, 1978; Erikson, 1968; Cahn, 1998; Senise, 1990), che davano importanza anche all'ambiente socio-culturale nel quale il giovane è inserito, hanno sviluppato una concettualizzazione più complessa di questa fase, sostenendo che l'aspetto normativo e quello patologico potessero essere visti come due facce della stessa medaglia. Secondo questi Autori, infatti, le trasformazioni storiche e sociali avrebbero dato vita alla necessità di un ulteriore

periodo di preparazione alla vita adulta che può essere tanto adattivo quanto potenziale generatore di stallo e stagnazione evolutiva (*ibidem*).

Un autore che ben rappresenta questa corrente di pensiero è Blos (1962) che ha teorizzato la presenza di fasi intermedie nel percorso adolescenziale: preadolescenza, prima adolescenza, adolescenza, tarda adolescenza e postadolescenza. La fase della post-adolescenza si configura per l'Autore come una "graduale estinzione" dell'adolescenza (Blos, 1962, p. 197), poiché il soggetto è chiamato ad abbandonare le parti ancora infantili di sé per favorire la formazione di un'identità adulta. In questa fase, i compiti fondamentali sarebbero la realizzazione della scelta professionale e la stabilizzazione della coppia. L'Autore, identifica tra i possibili esiti dell'adolescenza, due traiettorie di notevole importanza per il tema dell'*emerging adulthood*, ovvero l' "Adolescenza protratta" e l' "Adolescenza prolungata". La prima è definita da Blos come un prolungamento della fase adolescenziale a causa del contesto e delle richieste socio-culturali; l'Adolescenza prolungata, invece, si configura come una "perseverazione statica nella posizione adolescenziale" (Blos, 1962, p. 278), che conferisce stabilità a qualcosa che avrebbe dovuto essere solo transitorio, impendendo l'evoluzione verso la posizione adulta.

Erikson (1968), in linea con il pensiero di Blos, teorizza il costrutto di "moratoria psicosociale", ovvero un periodo di sperimentazione che la società concede al giovane per far sì che riesca trovare all'interno di essa una posizione ed un ruolo che possano rappresentarlo al meglio, non essendo ancora pronto ad assumersi impegni ed oneri del mondo degli adulti. La moratoria psicosociale, come l'adolescenza prolungata di Blos, può rappresentare una deriva psicopatologica solo se protratta per lungo tempo o se interrotta bruscamente.

Anche Jeammet (2009) sottolinea come possa essere plausibile che i mutamenti della società odierna influiscano sul prolungamento della fase adolescenziale, specialmente a causa delle modificazioni degli assetti familiari, del differente iter formativo scolastico e dei ritardi nell'ingresso nel mondo del lavoro.

Il primo autore che sostenne la necessità di promuovere la specificità clinica dell'*emerging adulthood* fu Jeffrey Jesen Arnett, che fu in grado di intercettare correttamente i mutamenti sociali e culturali all'origine di questa nuova fase del ciclo di vita. Egli sostiene che il termine *emerging adulthood* riesca a catturare meglio la mutevolezza, la fluidità e la dinamicità del periodo rispetto all'etichetta "giovane adultità". L'Autore definì questa fase come caratterizzata da individui con un'età compresa fra i 19 e i 28/30, fortemente legata ed influenzata dal contesto delle società industrializzate avanzate che prevedono un prolungamento dell'iter formativo, una maggior frequenza di relazioni prematrimoniali ed una genitorialità posticipata rispetto al passato o, in alcuni casi, mai raggiunta (Arnett,2000). L'*emerging adulthood* si configura, dunque, secondo Arnett come una fase di consolidamento dei traguardi raggiunti in adolescenza, ma allo stesso tempo di forti

esplorazioni identitarie che conducono ad un'oscillazione fra instabilità e tendenza alla stabilizzazione (Arnett, 2004).

Tale interpretazione, però, non è condivisa da Côté e Bynner (2008), che nella loro argomentazione volta a confutare la teoria di Arnett, si focalizzano sull'influenza dei fattori socioeconomici sulla crescita del giovane. Gli Autori sostengono, infatti, che non vi sia una nuova fase del ciclo di vita, ma semplicemente che la transizione verso l'età adulta sia resa maggiormente complessa dalla situazione sociale ed economica attuale, che causa un rallentamento nell'acquisizione del ruolo adulto da parte del giovane (Lancini & Madeddu, 2014). Anche Novelletto (2009) sostiene che il termine "giovane adulto" rappresenti un paradosso e quindi non sia un concetto valido, poiché veicola una valutazione dispregiativa di mancanza di maturità.

Dal momento che la ricerca di Arnett si è svolta nel contesto statunitense, diversi Autori hanno indagato le caratteristiche di tale fase evolutiva nel panorama europeo, riscontrando una similarità rispetto a quanto rilevato dall'Autore nei suoi lavori: Douglass (2007), per esempio, descrive l'età adulta emergente europea come un periodo di individuazione ed esplorazione identitaria, dedicato allo studio e alla socializzazione, a cui farà seguito l'ingresso graduale nell'età adulta.

Con il passare del tempo, la fase dell'*emerging adulthood* ha subito dei cambiamenti, per esempio si è modificata l'età anagrafica dei giovani adulti emergenti: negli anni '80 tale fase evolutiva prendeva in considerazione i soggetti con età compresa tra i 15 e i 24 anni, mentre nel corso degli anni 2000 si è arrivati a considerare giovani adulti emergenti anche gli individui che si accingono ai 30 anni, mettendo in luce la difficoltà crescente dei giovani adulti emergenti d'oggi nel soddisfare i requisiti per essere considerati adulti (Lancini & Madeddu, 2014).

In una recente ricerca Zorovitch e Johnson (2019) hanno indagato il ruolo dei fattori socioeconomici nel determinare il grado in cui un soggetto si identifica come adulto emergente. Dai dati, è emerso che il gruppo di persone che rappresenta maggiormente l'*emerging adulthood* concettualizzata da Arnett è composto da persone caucasiche non sposate né con figli e che lo stato socioeconomico influenza fortemente l'opportunità di accedere all'istruzione universitaria e di usufruire di un periodo di esplorazione e sperimentazione in seguito al diploma. A questo proposito, ci si riferisce agli adulti emergenti che non sono iscritti all'università come *forgotten half*, non pienamente rappresentati nel modello di Arnett: non è chiaro, infatti, se essi attraversino un periodo di moratoria simile a quella garantita dal contesto universitario (Schwartz, Côté & Arnett, 2005). Arnett (2007), in ogni caso, evidenzia che l'instaurarsi di un percorso graduale verso l'età adulta non sia solamente determinato da fattori strutturali e socioeconomici, ma anche dal sentimento di ambivalenza verso i ruoli adulti provato dai giovani: l'età adulta è percepita come la fine delle possibilità, dell'esplorazione e della spontaneità.

1.2 Uno sguardo psicosociale

Dal un punto di vista sociologico, non si può parlare di *emerging adulthood* senza prima considerare le variabili contestuali in cui i giovani sono inseriti. Siamo in un'epoca storica che ha portato a cambiamenti sia a livello strutturale (situazione socioeconomica contemporanea) sia a livello relazionale (valore attribuito alla famiglia). In particolare, il mondo del lavoro ha subito numerose trasformazioni. Il settore manifatturiero è stato progressivamente sostituito da quello tecnologico e dei servizi, la globalizzazione ha generato maggior interconnessione tra le economie locali e le carriere lavorative abbiano acquisito sempre più fluidità e indeterminatezza (Karoly, 2009).

Tali cambiamenti hanno comportato importanti conseguenze per i giovani adulti emergenti. Il prolungamento dell'iter di studio, infatti, è visto come unica possibilità per avere accesso ad un lavoro che risponda alle esigenze di mercato e possa avere una soddisfacente remunerazione dal punto di vista economico (Furstenberg, 2010). L'ingresso nel mondo del lavoro è, quindi, ritardato e reso ancor più complesso da condizioni economiche sfavorevoli a seguito della grave crisi economica del 2008 (Morsy, 2012) e potrebbe complicarsi ulteriormente a causa dell'epidemia da COVID-19, che ha danneggiato pesantemente i mercati e le economie mondiali.

Un recente studio (Ranta, Punamäki, Chow & Salmela-Aro, 2019), ha indagato la validità dell'*Economic Stress Model in Emerging Adulthood* (ESM-EA), ovvero un modello costruito per indagare i principali mediatori tra difficoltà economiche e benessere nei giovani adulti emergenti che si apprestano ad acquisire un'indipendenza finanziaria. Da questo studio, effettuato su un campione di giovani adulti emergenti finlandesi, è emerso che le pressioni economiche e la capacità finanziaria dei soggetti hanno mediato l'associazione tra disagio economico a 25 anni e benessere a 28 anni. Le relazioni sociali, invece, contrariamente a quanto ipotizzato dagli Autori, non si sono rivelate un mediatore significativo nell'associazione tra finanze e benessere tra gli adulti emergenti (Ranta e al., 2019).

L'acronimo VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*) delinea un quadro preciso della situazione attuale: essa è volatile, incerta, complessa e ambigua (Bennett & Lemoine, 2014). Tali attributi testimoniano, infatti, la difficoltà dei giovani adulti nel trovare un'occupazione stabile. Anche a seguito dell'ingresso nel mondo del lavoro, la situazione non sembra migliorare; la precarietà sempre più frequente è, infatti, la principale responsabile di quelle che Fenton e Dermott (2016) chiamano "*fragmented careers*". La vita lavorativa dei giovani è caratterizzata da frequenti discontinuità (cambi di mansione, di posizione e licenziamenti) di fronte alle quali viene chiesto ai giovani adulti emergenti di essere sempre più flessibili. Inoltre, sembra essere in aumento anche il numero di NEET (*Not in Education Employment or Training*), ovvero giovani *under 30* che non sono impegnati né nello studio, né nel lavoro, né nella formazione. Secondo i dati Eurostat, nel 2018 erano circa 15 milioni i giovani, tra i 20 e i 34 anni in Europa, che non lavoravano e non studiavano. La

cifra corrisponde alla proporzione di un giovane su sei, il 16.5% della popolazione giovanile. Nel corso del 2020, a causa della pandemia da Covid-19, è aumentato in tutta l'Europa il tasso di NEET raggiungendo percentuali dell'11.6% nel secondo trimestre del 2020. In Italia i NEET tra i 15 e i 29 anni sono aumentati a causa della pandemia, passando dal 22.1% del 2019 al 23.3% del 2020. Purtroppo tale dato emerge come il peggiore in Europa, con quasi 1' punti percentuali oltre la media europea (13.7%). In Italia, quindi, si tratta di 2,1 milioni di giovani, in aumento di 97000 unità rispetto al 2019. Per le donne, la percentuale di NEET sale al 25.4%, mentre per gli uomini è pari al 21.3% (Dati Eurostat, 2020).

Il tasso di disoccupazione, i contratti sempre più a termine, la precarietà economica ed il costo degli affitti fa sì che i giovani permangano sempre più a lungo nella casa della famiglia di origine. Lo Re e Bestazza (2017), mettono in luce come in Italia il 65% dei giovani tra i 18 e i 34 anni viva ancora con la famiglia di origine. Percentuali minori emergono, invece, in Germania (circa il 43%), in Francia e in Inghilterra (circa il 34%). Analizzando le indagini condotte dall'Eurostat nel 2017, è possibile dividere l'Europa in due blocchi: uno è rappresentato dai paesi Nord Europei, con una percentuale minore di giovani che vive ancora con la famiglia d'origine (3.2% in Danimarca, 4.7% in Finlandia e 6% in Svezia); l'altro è costituito dagli stati Sud Europei in cui i giovani tendono a procrastinare molto più a lungo l'uscita da casa (59.7% in Croazia, 57% in Slovacchia e 56.3% in Grecia). A tale divisione sono riconducibili tre modelli riguardanti i profili dei giovani europei (Cavalli & Galland, 1996): il "modello mediterraneo", che comprende l'Italia, in cui i giovani prolungano la fase di dipendenza dai genitori e rimandano il loro ingresso nel mondo adulto; il "modello inglese", caratterizzato da una separazione molto precoce dai genitori e, infine, il "modello francese e nordeuropeo", nel quale vi è un lungo periodo di transizione tra l'uscita dalla casa di origine e la realizzazione di una nuova famiglia, caratterizzato dalla convivenza con il partner o da un periodo di vita da single. Gli Autori definiscono, però, il percorso di crescita verso l'età adulta come sempre più individualizzato e soggettivo, lontano da un modello standard di transizione. In quest'ottica, ruolo adulto e ruolo adolescenziale si fondono e possono convivere anche per molto tempo (Cavalli & Galland, 1996).

Alcune indagini, mostrano come il fenomeno sia estendibile a livello mondiale, evidenziando un incremento dell'età media in cui i giovani abbandonano la casa di origine in America, Asia, Europa e Australia (Goldscheider, 1997). Analizzando i dati Eurostat del 2019, emerge che i giovani del Nord Europa sono quelli che più precocemente lasciano la casa di origine. Il paese europeo più precoce è la Svezia (17.8 anni), seguita da Danimarca (21,1 anni), Finlandia (21,8 anni) e Lussemburgo (20,1 anni). I giovani adulti emergenti lasciano presto i propri genitori anche in Estonia (22,2 anni), Francia (23,6 anni), Germania (23.7 anni) e Paesi Bassi (23,7 anni). A restare più a lungo con i genitori, invece, sono gli *emerging adults* della Croazia (31,8 anni), Slovacchia (30,9 anni), Italia (30,1 anni),

Bulgaria (30,0 anni), Malta (29,9 anni), Spagna (29,5 anni), Portogallo (29,0 anni) e Grecia (28,9 anni). Dai dati Eurostat emerge, in maniera comune tra gli Stati membri, che sono maggiormente i maschi a permanere più a lungo nella casa di origine rispetto alle coetanee di sesso femminile (Dati Eurostat, 2019).

Sarebbe riduttivo, però, spiegare il prolungamento della coabitazione tra genitori e figli solamente come causa della sfavorevole situazione economica attuale. Diversi studi (Lo Re & Bestazza, 2017; Pietropoli Charmet, 2000; Lancini, & Madeddu 2014), infatti, sostengono che anche i cambiamenti relazionali interni alla famiglia svolgano un ruolo importante in questo fenomeno.

Negli ultimi decenni, infatti, si è assistito alla crisi della famiglia tradizionale che ha lasciato spazio a quella che viene definita come famiglia affettiva, “sempre più nido e sempre meno trampolino di lancio” (Lo Re & Bestazza, 2017, p. 10). Il prolungamento della vita di due generazioni sotto lo stesso tetto da un lato può essere positivo, tanto per i figli che possono prepararsi all’ingresso nella società beneficiando del sostegno e delle risorse della famiglia, quanto per i genitori che possono trarre vantaggio dalla vicinanza dei figli mentre danno una nuova forma al proprio rapporto di coppia (Fingerman, Huo, Kim, & Birditt, 2017; Lo Re & Bestazza, 2017; Scabini & Donati 1988; Sestito & Sica, 2014). Da un altro punto di osservazione, però, una famiglia in cui i figli non sperimentano quote di frustrazione e tensione sembra disincentivare un processo di separazione e di differenziazione. Il rischio insito in tale situazione, infatti, è che il giovane si configuri come “figlio cronico”, faticando a costruire un rapporto simmetrico rispetto alle proprie figure genitoriali (Andolfi, 2015).

Ulteriori fattori connessi alla permanenza protratta dei giovani presso la casa d’origine sembrano essere il calo dei matrimoni ed il loro posticipo (Lauterbach & Luscher, 1999; Seiffge-Krenke, 2009). In Italia, nel 2019 sono stati celebrati 184.088 matrimoni, 11.690 in meno rispetto all’anno precedente (Dati ISTAT, 2019). Nei Paesi Europei, le donne si sposano mediamente all’età di 30 anni e gli uomini a 35, mentre le generazioni precedenti tendevano a sposarsi rispettivamente a 26 e 30 anni (Dati Eurostat, 2019).

I giovani adulti emergenti, infatti, si caratterizzano per una forte instabilità relativa alla loro vita sentimentale, nella quale prediligono relazioni di natura occasionale piuttosto che durature. Questa tendenza sembra essere favorita anche dalla vasta diffusione dei metodi contraccettivi e dello svincolo della sessualità dal rapporto coniugale, fattori importanti anche della crisi della generatività (Shulman & Connolly, 2016).

Un esempio di nuove forme di relazioni sentimentali, sono per esempio le *coppie di fatto*, che con la Legge Cirinnà (Legge n. 76/2016 del 20/05/2016) hanno visto riconoscersi diritti, rendendole materia giuridica, nonostante l’assenza del vincolo matrimoniale. Secondo la legge, si intendono per conviventi di fatto, due persone maggiorenni unite in modo stabile da legami affettivi di coppia e di

reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità, adozione, matrimonio o unione civile. La convivenza, infatti, è un'esperienza sempre più comune tra i giovani, che la vivono sia come prova pre-matrimoniale, sia come status stabile di coppia.

1.3 Caratteristiche psicologiche e compiti evolutivi

Ad Arnett si deve la definizione di cinque caratteristiche psicologiche peculiari di questa fase del ciclo di vita, dovute alle trasformazioni socio-culturali sopra elencate (Arnett, 2004):

Emerging adulthood come età caratterizzata da una sensazione di “feeling in between”

La sensazione di “sentirsi nel mezzo” è una condizione soggettiva percepita dall'adulto emergente nel corso di questa fase e si esplicita attraverso un sentimento di non appartenenza né al mondo adolescenziale, né a quello degli adulti. Arnett e collaboratori (2004) nel corso di una ricerca, posero ad un gruppo di giovani adulti emergenti la domanda “*Do you feel that you have reached adulthood?*” e trovarono che il 60% dei partecipanti tra i 18 e i 25 anni, così come il 30% di quelli tra i 25 e i 30 anni, rispose “*yes and no*”. Tale dato rafforza l'idea dell'Autore per cui sarebbe errato assimilare questa fase del ciclo di vita tanto all'adolescenza quanto all'età adulta.

Emerging adulthood come età dell'instabilità

La tendenza prevalente in questa fase di vita è poter cambiare lavoro, casa, partner più repentinamente e frequentemente rispetto a qualsiasi altro periodo di vita. Le scelte vengono modificate di sovente e raramente si configurano come definitive. Tale instabilità può tradursi in insicurezza a livello identitario, lavorativo, progettuale ed anche riguardo all'orientamento sessuale (Arnett, 2000). I giovani adulti emergenti riferiscono, infatti, di sentirsi in uno stato di “sospensione”: si sentono in bilico tra passato e futuro, tra rassegnazione e speranza, tra bisogno di appartenenza alla famiglia d'origine e bisogno di separazione (Lo Re & Bestazza, 2017).

Emerging adulthood come età delle possibilità

L'*emerging adulthood* si configura come età delle pluri-possibilità e dell'ottimismo, ovvero una fase in cui non sono ancora stati individuati obiettivi specifici e non sono ancora state prese scelte definitive. Il giovane ha, così, l'opportunità, esplorando e sperimentando, di dare forma alla propria vita. Se un tempo il futuro del giovane era spesso predeterminato dalla condizione economica e dalla famiglia di origine, oggi si ha maggiore libertà di scelta. Tale molteplicità di scelte, però, può delinarsi, secondo l'Autore, come potenziale fonte di rischio per il giovane, che deve essere in grado di valutare la fattibilità dei propri progetti, altrimenti potrebbe incorrere in una fase di stallo evolutivo nella quale il perseguire progetti irrealizzabili lo destinano ad un inevitabile fallimento.

Emerging adulthood come età self-focused

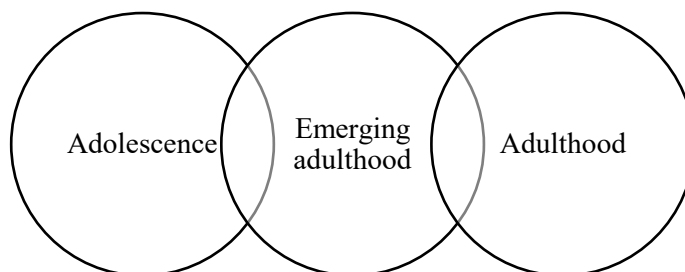
I giovani adulti emergenti sono maggiormente centrati su se stessi poiché meno soggetti rispetto all'adolescenza al controllo e ai limiti imposti da varie istituzioni, come la famiglia e la scuola, e non ancora soggetti a responsabilità e doveri propri del mondo degli adulti (professionali, coniugali, genitoriali). Ognuno può, quindi, essere l'artefice della propria vita. Questo, secondo l'Autore, se da un lato permette di accrescere la propria autostima e la propria *self-efficacy*, dall'altro può essere fonte di ansia, insicurezza e inadeguatezza rispetto alle proprie azioni.

Emerging adulthood come età dell'esplorazione identitaria

L'esplorazione identitaria non si configura solo come compito evolutivo tipicamente adolescenziale. Decidere chi voler diventare è un compito evolutivo complesso, che si protrae anche nella fase dell'*emerging adulthood*. Mentre durante l'adolescenza l'esplorazione avviene principalmente all'insegna della curiosità e del piacere connesso al provare cose nuove, insolite e spesso proibite dalla società o dalla famiglia, il giovane adulto emergente utilizza l'esplorazione per poter definire se stesso e raggiungere, così, un'identità stabile. Tale ricerca identitaria interessa prevalentemente la formazione, il lavoro, le relazioni e la sessualità.

Arnett (2007) propone uno schema grafico utile a comprendere come *l'emerging adulthood* si collochi nel ciclo di vita.

Figura 1. Possibile configurazione dell'*Emerging adulthood* (Arnett, 2007)



Secondo l'Autore, tale immagine ben rappresenta la natura dell'*emerging adulthood*, mettendo in luce come le caratteristiche psicologiche sopradescritte non siano elementi discreti, ma processi che emergono gradualmente, determinando quella sovrapposizione con l'adolescenza e l'età adulta spesso generatrice di confusione per i giovani adulti odierni e per la società (Arnett, 2007).

Lo Re e Bestazza (2017) sostengono che i giovani adulti emergenti rispondano alla confusione e alla mancanza di chiarezza della loro generazione con *fluidità*, che definiscono come "un nuovo modo di essere e di esistere in età giovanile" (Lo Re & Bestazza, 2017, p. 14). Secondo gli Autori, la fluidità propria di questa fase del ciclo di vita, rappresenta una forma di normalità che ben si adatta ad un contesto sociale caratterizzato da incertezze, sospensioni, timori e attese. La *fluidità*, quindi, sembra configurarsi come ulteriore caratteristica tipica di questa fase del ciclo di vita.

Una recente ricerca ha esplorato il grado in cui giovani adulti emergenti riconoscono come proprie le caratteristiche psicologiche peculiari dell'*emerging adulthood* descritte da Arnett (2004). Il campione della ricerca (n = 284) è composto da soggetti di età compresa tra i 18 ei 29 anni, con una prevalenza femminile (50.4%) e di individui bianchi, non ispanici (73.6%). Il 33,8% dei soggetti erano studenti universitari, il 28,5% non studenti e il 37,7% erano laureati. I risultati hanno indicato associazioni significative per ciascuna delle cinque caratteristiche psicologiche dell'adulthood emergente. L'età, il sesso, l'etnia razziale, i ruoli tradizionali degli adulti, il grado di istruzione e il livello di occupazione hanno previsto in modo differenziato il grado di approvazione per le caratteristiche descritte da Arnett (Zorotovich & Johnson, 2019).

Compiti evolutivi dell'*emerging adulthood*

La fase evolutiva dell'*emerging adulthood* implica la realizzazione di compiti evolutivi specifici, diversi da quelli che caratterizzano le fasi evolutive precedenti e successive. Nella definizione di Havighurst (1948), i compiti evolutivi sono obiettivi che gli individui devono raggiungere nelle diverse fasi del ciclo di vita, il cui contenuto e la cui tempistica sono determinate socialmente e culturalmente. Il conseguimento di un compito evolutivo conduce a benessere, felicità e alla possibilità di superare con successo i compiti successivi; un suo fallimento, invece, porta a infelicità e ad un possibile blocco evolutivo (Arnett, 2004; Riva Crugnola, 2017).

Nello specifico, i compiti evolutivi dei giovani adulti emergenti riguardano tematiche identitarie, relazionali e progettuali che sono strettamente correlate a processi di differenziazione, individuazione e soggettivazione (Scabini, 2000). I compiti evolutivi dell'*emerging adulthood* completano, superandoli, quelli propri della fase adolescenziale e riguardano la concentrazione sul presente con capacità di proiettarsi nel futuro, la sperimentazione di sé e delle proprie capacità e risorse, il processo di soggettivazione che porta allo sviluppo di coerenza del sé e dei propri oggetti interni, il raggiungimento di una generatività sociale, la costruzione della propria identità di genere con conseguente ulteriore mentalizzazione del proprio corpo, la costruzione di relazioni sentimentali intime e il complesso processo di adattamento tra individuo e ambiente. Tali compiti evolutivi si configurano, in ottica psicodinamica, come rafforzamento delle capacità dell'Io, integrazione delle immagini del Sé e degli oggetti interiorizzati, completamento dei processi di soggettivazione ed integrazione degli stati mentali rispetto all'attaccamento, relativi alla rappresentazione Sé/Altro. Le possibili problematiche che possono insorgere nel raggiungimento dei *developmental tasks* tipici di questa fase del ciclo di vita possono essere di natura identitaria, con conseguenti sentimenti di confusione, disorientamento, ansia e panico ed instabilità nelle relazioni amorose, che può a sua volta generare sentimenti di dipendenza eccessiva dall'altro (Riva Crugnola, 2017).

Riprendendo il modello della doppia polarità di Luyten e Blatt (2013), si potrebbero identificare i compiti fase-specifici degli *emerging adults* come due aspetti complementari che si snodano attorno al costrutto di *Self-Definition* (formazione e mantenimento di un sé coerente, realistico, differenziato e positivo) e di *Interpersonal Relatedness* (capacità di sviluppare e mantenere reciproche e significative relazioni interpersonali).

Numerosi autori hanno messo in luce quelli che ritengono essere i principali compiti evolutivi dell'*emerging adulthood*: Bloss (1962) sostiene che i compiti evolutivi della postadolescenza siano assimilabili a processi di integrazione sul piano identitario, fondamentali per la realizzazione professionale e per la stabilizzazione del legame amoroso di coppia.

Erikson (1968), sostiene che lo sviluppo umano sia caratterizzato da 8 stadi, ognuno dei quali presenta un conflitto da superare. Nello specifico, il giovane adulto emergente si trova ad affrontare il dilemma tra “intimità e isolamento”, ovvero la capacità di intessere relazioni intime senza paura di perdere la propria soggettività. Tale conflitto ha come esito sul versante interno l’acquisizione di un senso di identità stabile e coeso e, sul versante esterno, riconoscimento da parte della società (Erikson, 1968). Secondo Cahn (1998), nel passaggio dall’adolescenza all’età del giovane adulto emergente gioca un ruolo decisivo il processo di soggettivazione, ovvero quel processo che coincide con l’acquisizione progressiva della capacità di riconoscersi come soggetto, agente di impulsi, fantasie, stati affettivi e mentali e al contempo di riconoscere anche gli altri in modo analogo. Secondo l’Autore, tipica di questa fase, è la costruzione di una nuova rappresentazione del Sé, che consolida la ricostruzione simbolico-rappresentativa del sé iniziata nell’adolescenza e si accompagna alla rinuncia di oggetti edipici e alla bisessualità.

Pietropolli Charmet (2007) sostiene che il passaggio dall’adolescenza all’età del giovane adulto emergente sia determinato dalla trasformazione del legame amoroso, da narcisistico a oggettuale: la capacità di costruire una coppia fondata sulla reciprocità, sulla maturità e sulla stabilità sembra, quindi, essere per l’Autore il compito evolutivo principale.

Rispetto al tema della formazione di una coppia amorosa stabile in questa fase del ciclo di vita, Regalia e Iafrate (2011) identificano tre possibili fattori di rischio per la stabilità della coppia nel giovane adulto emergente e, più in generale, della sua sfera relazionale: il primo consiste in una forte tendenza alla sperimentazione e all’autonomia individualistica da parte di entrambi i partner, che può dar vita ad una visione egoistica della relazione. Il secondo fattore riguarda la possibile supremazia data dalla passionalità nel rapporto, rispetto all’attenzione nei confronti dell’altro. Infine, come terzo e ultimo fattore di rischio, si osserva la perdita dei legami sociali comunitari che, se un tempo promuovevano la stabilità e la continuità della coppia, oggi risultano pressoché inesistenti (*ibidem*). Emerge, dunque, un approccio narcisistico ed egoistico alla relazione che, mentre in adolescenza

potrebbe risultare utile alla definizione di un'identità separata, rappresenta ora un pericolo se perpetrato nella giovane adultità (Regalia & Iafrate, 2011).

Giacobbi (2009) completa il pensiero di Pietropolli Charmet, aggiungendo come ulteriori temi di sviluppo la vocazione professionale e la nascita sociale. L'Autore evidenzia quattro compiti evolutivi specifici del giovane adulto emergente:

1. *Mentalizzazione della generatività genitale*: mentre l'adolescente cerca il corpo dell'altro con funzioni di rispecchiamento narcisistico, il giovane adulto cerca l'altro come completamento della propria incompletezza, in un'ottica di complementarità. Compito evolutivo dell'*emerging adult* sarà, quindi, la ricerca di una relazione stabile e matura con un'apertura verso il progetto generativo;
2. *Separazione dai genitori reali*: il giovane adulto ha ormai imparato a conoscere i genitori nella loro reale umanità, abbandonando fantasie intrapsichiche infantili. Attraverso un processo di identificazioni e contro-identificazioni, il giovane sarà chiamato ad abbandonare la casa d'origine e a rimaneggiare il proprio rapporto con le figure genitoriali, tanto reali quanto interiorizzate;
3. *Soggettivazione*: il processo di soggettivazione implica una maturazione dell'individuo che oltrepassa la sfera narcisistica adolescenziale per accedere alla dimensione della cooperazione nel progetto generativo. Giacobbi definisce tale processo come il momento in cui “[...] l'individuo, costituendosi come soggetto di linguaggio e azione (azione di cui deve assumersi la piena responsabilità soggettiva) esce dall'orizzonte narcisistico ed entra nel mondo dell'incontro con l'altro” (Giacobbi, 2009, p.33);
4. *Generatività sociale*: il giovane adulto deve conquistare un posto all'interno del sistema produttivo della società. L'autore definisce questa dimensione come “socializzazione di terzo livello”, che avviene quando il giovane fa il proprio ingresso nel mondo del lavoro (Giacobbi, 2009).

Lanz, Tagliabue e Marzana (2013) sostengono che i compiti evolutivi di questa fase del ciclo di vita coinvolgano contemporaneamente genitori e figli giovani adulti: solo attraverso l'impegno reciproco ed una relazione paritetica, il giovane potrà essere in grado di maturare sia dal punto di vista identitario che sociale. I genitori, oltre a dover rispondere in modo adeguato ai bisogni di appartenenza e di separazione, sono chiamati a reinvestire nella relazione di coppia e ad occuparsi della terza generazione che sta invecchiando. Il compito principale dei figli è, invece, quello di definire la propria identità attraverso una traduzione concreta in fatti ed azioni dei propri progetti di vita (*ibidem*).

La ricerca e la definizione del sé rappresenta il *filo conduttore* che accompagna il giovane adulto emergente durante il processo verso l'acquisizione di responsabilità adulte. Tutti gli Autori concordano, infatti, nel ritenere l'*Identity Exploration* il compito evolutivo principale dell'età del

giovane adulto. “Chi sono? Quali progetti ho per il mio futuro? Che tipo di relazione sentimentale vorrei?”: questi sono solo alcuni tra gli interrogativi identitari che si pongono gli *emerging adults* contemporanei. Nel tentativo di rispondere ad essi, molteplici modelli e teorie si interrogano sullo sviluppo del sé.

Marcia (1966) fu uno dei primi autori ad interessarsi al costrutto identitario, proponendo l’*Identity Status Model* in cui vengono delineati i diversi stati identitari. Secondo questo modello, ogni stato del Sé si tratteggia a partire da due dimensioni: *exploration* (possibili scelte che il soggetto deve compiere in ambienti diversi) e *commitment* (capacità di essere coerente con la scelta presa, portandola avanti). Attraverso l’intreccio di ricerca attiva e coinvolgimento, Marcia definisce quattro stati dell’identità: *Achievement*, *Moratorium*, *Foreclosure* e *Diffusion* (Figura 2).

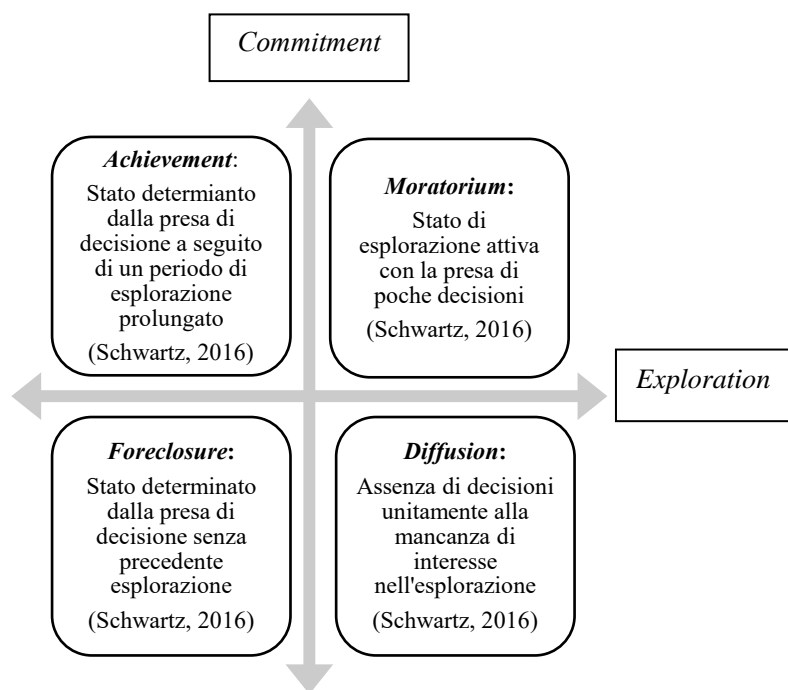


Figura 2. Stati identitari secondo il modello di Marcia (1966)

Alcuni ricercatori (Schwartz et al., 2016), hanno dimostrato empiricamente le teorizzazioni di Marcia, evidenziando come la dimensione del *commitment* sia associata a sicurezza e soddisfazione per la propria vita, mentre quella dell’esplorazione sia correlata a sintomi ansiosi, depressivi e a confusione d’identità. Nello specifico, gli stati identitari di *achievement* e *foreclosure* sembrano essere connessi ad indici positivi come autostima e soddisfazione di vita, mentre gli stati di *moratorium* e *diffusion* sembrano produrre elevati livelli di ansia, depressione, maggior uso di sostanze, comportamenti delinquenti e sessualità promiscua (*ibidem*).

Il modello di Marcia, però, ha subito numerose critiche in quanto attribuisce scarso peso al contesto in cui il giovane è inserito e sembra concepire lo sviluppo del sé come determinato esclusivamente da scelte individuali. Sulla scia di queste critiche, viene proposto il *Dual-Cycle Model*

(Luyckx, Goossens, Soenens & Beyers, 2006), che evidenzia come l'identità sia un costrutto in costante divenire, avendo essa una natura fluida e dinamica, in particolare nella società attuale. Nell'*emerging adulthood*, infatti, l'aderenza agli obiettivi è continuamente rivalutata, anche a causa dell'instabilità che caratterizza la vita degli adulti emergenti. È importante, quindi, distinguere tra una confusione identitaria temporanea e forme di confusione cronica, che richiedono interventi clinici (Schwartz et al., 2016).

Riguardo la definizione identitaria, Berzonsky (1989) propone tre stili di sviluppo: *informational*, ovvero un approccio proattivo e flessibile nel prendere decisioni; *normative*, che prevede un'adesione alle aspettative e alle norme familiari e culturali e *diffuse-avoidant* che indica, invece, il tentativo di procrastinare scelte di vita importanti. Lo stile informativo, caratterizzato da un *locus of control* interno, presuppone un'attiva costruzione del sé, mentre lo stile normativo, associato ad un *locus of control* esterno, vede la definizione del sé come un processo maggiormente passivo (*ibidem*). È possibile evidenziare un collegamento tra gli stili proposti da Berzonsky e lo status dell'identità proposto da Marcia (Berzonsky & Neimeyer, 1994). I soggetti individuati negli status definiti *moratorium* e *achievement* tendono ad utilizzare uno stile informativo; gli individui in *foreclosure* uno stile normativo; invece, gli individui con "identità diffusa" sembrano usare uno stile evitante-diffuso (*ibidem*).

Un'ulteriore teoria che indaga la definizione identitaria nell'*emerging adulthood* è l'*Identity capital theory* (Côté, 2000; Côté & Schwartz, 2002). Gli Autori sostengono che ci siano due modalità con cui il giovane adulto emergente può dar forma alla propria identità nella società moderna: un'*accettazione passiva*, che consiste nel consentire alla società di definire chi sarà il giovane adulto emergente ed un'*adattamento attivo*, che coinvolge l'individuo nella definizione della propria identità (Côté, 2000). Per avere un ruolo attivo nella formazione della propria identità, un soggetto deve possedere un senso di sé già consolidato, rafforzato sia dalle abilità tecniche possedute, sia dalle abilità sociali. Secondo Côté, l'*Identity capital* è l'insieme di queste abilità, che consente al giovane di adattarsi alla società contemporanea (Côté, 2000). Secondo questa teoria, un senso stabile del sé è facilitato dalla capacità di un individuo di utilizzare le proprie risorse per superare gli ostacoli e raggiungere i propri obiettivi (Butterbaugh, Ross & Campbell, 2020; Côté & Schwartz 2002).

L'integrazione identitaria è associata anche al costrutto di *self-presentation*, ovvero il processo attraverso cui l'individuo condivide aspetti di sé con gli altri (Baumeister & Tice, 1986; Harter, 2012; Kumru & Thompson, 2003). Tale costrutto riveste un ruolo importante nell'epoca attuale, visto l'uso sempre più massiccio che gli individui fanno dei *social networks* a disposizione. Gli *emerging adults* alle prese con la definizione della propria identità possono presentare agli altri parti reali, false o ideali del sé (Michikyan, Dennis & Subrahmanyam, 2014). Gli adulti emergenti con un'identità integrata e coerente, riescono ad essere maggiormente autentici nel mostrarsi nei contesti sociali,

grazie ad una miglior conoscenza di sé stessi (Kumru & Thompson, 2003). Quando un giovane adulto emergente presenta un falso-sé, invece, può farlo per mantenere un'immagine fasulla di sé (DePaulo, Lindsay, Malone, Muhlenbruck, Charlton & Cooper, 2003; Mohr, Jackson & Sheets, 2017), evitare imbarazzo o possibili minacce e ostilità (Keltner & Anderson, 2000), mantenere e migliorare la propria autostima e fornire un'immagine positiva di sé (Wood, Linley, Maltby, Baliouis & Joseph, 2008). Un recente studio effettuato su un campione di 220 *emerging adults* ha indagato questi temi, mettendo in luce come i soggetti con un alto livello di coerenza della propria identità presentino sui *social media* il sé reale ed il sé ideale, mentre gli individui con un'identità confusa siano maggiormente inclini a presentare un falso-sé sui propri profili *social* (Michikyan, 2020).

Un ulteriore compito evolutivo con cui il giovane adulto emergente deve confrontarsi è lo sviluppo della *self-authorship* (Baxter Magolda & Taylor, 2016), ovvero lo sviluppo della capacità di presa di decisione autonoma, che passa da una modalità di tipo *following external formulas* ad una modalità basata su criteri interni, come credenze e valori. La capacità di *self-authorship*, quindi, è in stretta relazione con lo stile identitario *informational*, mentre lo stile *normative* è associato alla percezione delle proprie decisioni come determinate da altri. È utile mettere in relazione la capacità di *self-authorship* con il concetto di *agency* (Côté & Levine, 2002), inteso come senso di responsabilità per gli esiti delle decisioni prese (Côté & Schwartz, 2002). I giovani in grado di decidere autonomamente quale percorso sia il più adatto a loro, sapendo scegliere tra le diverse opzioni disponibili in un contesto in cui la transizione all'età adulta è fortemente destrutturata, mostrano maggiori livelli di *agency* e di *self-authorship* (Schwartz *et al.*, 2012).

Crocetti e colleghi (Crocetti, Rabaglietti, & Sica, 2012) hanno indagato il processo di formazione dell'identità nel contesto italiano, evidenziando come lo spostamento dell'ingresso nell'età adulta abbia influenzato lo sviluppo dell'identità, in particolare causando un rinvio della presa di impegni. Inoltre, in Italia, la fase dell'adulto emergente, nella maggior parte dei casi, si svolge nel contesto familiare. Le famiglie italiane sembrano essere un ambiente che supporta l'esplorazione identitaria nei diversi ambiti, in particolare per quanto riguarda l'istruzione e la ricerca della vocazione professionale (*ibidem*).

Un altro importante processo per la costruzione dell'identità è la *Narrative Identity* (Mc Adams, 2016), ovvero la capacità di raccontare sé stessi e la propria storia. È una competenza che permette di attribuire significato agli eventi della propria vita, mantenendo un senso di continuità nonostante possibili momenti di discontinuità. La narratività tendenzialmente si costruisce a partire dall'infanzia ed emerge nell'età del giovane adulto; essa deriva da una continua co-costruzione della propria storia tra il soggetto, i *caregiver* ed il contesto. Inoltre, è correlata alle competenze comunicative e alla qualità relazionale della propria famiglia d'origine: i concetti di *scaffolding* e di *insightfulness* sono, infatti, alla base dello *storytelling*. Peraltro, la capacità di "narrarsi" rappresenta un rilevante fattore

di resilienza in quanto permette di elaborare e attribuire un nuovo significato ad eventi stressanti o potenzialmente traumatici (*ibidem*).

Nell'attuale contesto socioeconomico, lo sviluppo della capacità di *futureing* acquisisce una notevole importanza: essa si configura come la capacità di anticipazione, progettazione e pianificazione del futuro. I giovani adulti emergenti vedono il futuro come sempre più incerto e incontrano numerose difficoltà nel fare progetti, vivendo come in un "presente esteso", unico orizzonte temporale a cui fare riferimento per la pianificazione e per la presa di decisione (Sica, Crocetti, Ragozini, Aleni Sestito & Serafini, 2016). La capacità di *futureing*, risulta come un compito ancor più complesso nel corso della pandemia da Covid-19, che comporta il vivere in un "presente sospeso", con scarse possibilità di pensare e progettare il proprio futuro. Tale tematica è connessa alla definizione dell'identità, in particolare nell'ambito della vocazione professionale; le esplorazioni identitarie e i *commitment*, infatti, sono guidati anche dal processo di immaginazione di se stessi nel futuro (*ibidem*). Mettendo in relazione gli stili identitari e la capacità di *futureing*, si rileva che lo stile *diffuse-avoidant* ha un effetto negativo sulla pianificazione del futuro e la procrastinazione caratteristica di tale stile contribuisce a rimanere focalizzati esclusivamente sul presente; al contrario, lo stile di tipo *informational* influenza positivamente la progettazione (*ibidem*).

Alla luce di quanto esposto finora, risulta evidente come la definizione identitaria durante *l'emerging adulthood* interessi diversi ambiti, i quali possono essere suddivisi in tre macro-aree: ambito formativo e lavorativo, in ambito morale, religioso e politico e rispetto alla mentalizzazione del corpo, alle relazioni e alla sessualità.

Definizione identitaria in ambito formativo e lavorativo

Gli *emerging adults* possono vivere con ambivalenza la possibilità di intraprendere una carriera formativa o professionale. Entusiasmo e sconforto sono le emozioni che accompagnano i giovani di oggi nell'affrontare le opportunità e le sfide determinate dai cambiamenti economici del nostro secolo (Marshall & Butler, 2016).

A questo proposito, Lancini e Madeddu (2014) parlano della fase del giovane adulto come di una *terza nascita* per evidenziarne il suo compito principale, ovvero la realizzazione del sé sociale attraverso un progetto personale. Gli Autori definiscono, infatti, il ruolo sociale come il "vero organizzatore psichico della mente del giovane adulto" (Lancini, 2014, p.91).

Nello specifico, Lancini (2014), analizzando il cambio del ruolo sociale (da studente a lavoratore), individua due sotto-fasi dell'*emerging adulthood*.

La prima sotto-fase corrisponde al periodo universitario nel quale il giovane vive ancora con la famiglia di origine, da cui dipende economicamente, e si sperimenta in ambiti differenti, mantenendo invariati i propri livelli di autonomia e responsabilità. Il progetto di coppia e quello generativo non

sembrano essere obiettivi né prossimi, né auspicabili. La crisi in questa fase, riguarda prevalentemente l'insicurezza circa la scelta universitaria e la possibile assenza di una vocazione verso cui indirizzare il proprio progetto futuro. Le difficoltà possono anche derivare da fattori stressanti accademici (per esempio lezioni da frequentare, esami da superare e tempistiche da rispettare), economici (per esempio doversi mantenere con lavori occasionali, part-time o full-time) o di altra natura (come ad esempio un trasferimento, l'inizio di una convivenza, il non voler deludere le aspettative dei genitori). Rispetto al tema identitario, largamente indagato precedentemente, è come se si verificasse una sorta di “apnea psicologica relativa” rispetto alla definizione di un sé maturo e stabile (Lancini, 2014). L'esperienza universitaria, però, può rappresentare anche una preziosa occasione di crescita personale: il giovane sviluppa competenze cognitive ed intellettive, maggiore apertura mentale ed una migliore concezione di sé, con risvolti positivi in termini di autostima (Pascarella & Terenzini, 1991).

La seconda fase ha inizio con la conclusione degli studi universitari e l'ingresso nel mondo del lavoro. In questo passaggio vi è un aumento di responsabilità per il giovane, che deve costruirsi un nuovo ruolo sociale di sé come lavoratore e non più come studente. Il rapporto con l'altro adulto si modifica profondamente, diventando sempre più simmetrico e paritario. Vengono, inoltre, vissute rappresentazioni di sé fino ad ora sconosciute ed è proprio in questo momento che per molti si realizza la cosiddetta “terza nascita”, in quanto si assiste ad una ridefinizione complessiva dei molteplici aspetti di sé. La crisi in questa sotto-fase è rappresentata dalla difficoltà o dall'impossibilità di trovare un posto nel mondo del lavoro in cui il giovane possa sentirsi realizzato ed appagato: questo può portare a situazione di stallo o di immobilismo (Lancini, 2014).

Ad oggi, infatti, il passaggio dall'ambiente formativo al mondo del lavoro è sempre più faticoso e complesso ed il percorso che conduce a trovare un'occupazione stabile e soddisfacente può essere caratterizzato da periodi di *stage*, lavori sottopagati e scarsamente stimolanti e frequenti cambi di mansione. Secondo Arnett (2004), il motivo principale sottostante il frequente cambiamento lavorativo nell'*emerging adulthood* è dovuto al tentativo di trovare un impiego appagante in termini identitari. Secondo l'Autore, infatti, gli *emerging adults* concepiscono il lavoro come parte integrante della propria identità (Arnett, 2016).

Infine, per un'adeguata trattazione della definizione identitaria in ambito formativo e lavorativo meritano attenzione i *forgotten half*, già citati precedentemente, ovvero i giovani che conclusa la scuola dell'obbligo entrano direttamente nel mondo del lavoro (Blustein, Chaves, Diemer, Gallagher, Marshall, Sirin & Bathi, 2002). Il termine utilizzato mette in luce la poca attenzione e lo scarso studio da parte dei ricercatori nei confronti di questo fenomeno, che interessa un'importante fascia della popolazione giovanile. Sembrerebbe che la scelta di non proseguire gli studi sarebbe dettata dalle difficoltà economiche o dallo scarso rendimento scolastico dei ragazzi. Tuttavia, Bozick e De Luca

(2011), attraverso alcune ricerche, hanno evidenziato come tale scelta sembri essere guidata dalla ricerca di indipendenza economica ed esperienza sul campo, piuttosto che di conoscenze teoriche che permetterebbero lavori di più alto livello. Anche il fenomeno dei *forgotten half* conferma dunque come il lavoro e il ruolo sociale costituiscano fattori fondamentali nella definizione dell'identità.

Definizione identitaria in termini morali, religiosi e politici

Un aspetto fondamentale nella definizione identitaria del giovane adulto emergente risiede nella possibilità di creare un casellario di valori personali, indipendente rispetto a quello genitoriale. Riguardo lo sviluppo del ragionamento morale in questa fase del ciclo di vita, le ricerche presenti in letteratura evidenziano punti di vista contrastanti: per esempio la *Social Domain Theory* (Smetana & Turiel, 2006) mette in luce un calo di ragionamento morale negli *emerging adults*, probabilmente causato da una più profonda comprensione della complessità dei dilemmi morali. I teorici del *Three Ethics Approach* (Shweder, Much, Mahapatra & Park, 1997) sottolineano che il giovane si trova a mediare tra due istanze, ovvero *ethics of autonomy* e *ethics of community*, cercando un compromesso tra lo stabilire come valori centrali il perseguimento dei propri desideri ed obiettivi oppure privilegiare i valori che favoriscono l'appartenenza ad una comunità. Un'altra corrente di studio (Eisenberg, Spinrad, & Morris, 2014; Hardy & Carlo, 2011; Padilla & Walker, 2016), invece, ha indagato la possibile correlazione tra cognizione ed emozioni, riconoscendo nella sfera emotiva la motivazione necessaria per pensare moralmente. È stato osservato che empatia e senso di colpa correlano con alti livelli di ragionamento morale, maggior *commitment* e comportamenti prosociali. Al contrario, i vissuti di vergogna sembrano correlare con un blocco cognitivo morale, visibile nella difficoltà di comprendere ed immedesimarsi con gli stati mentali ed emotivi altrui (Eisenberg et al., 2014).

Un altro costrutto importante per la costruzione e la definizione del Sé in questo ambito è la *moral identity*, ovvero il grado in cui un individuo si percepisce come soggetto morale. Se un *emerging adult* si considera una persona morale, allora sarà più incline ad agire secondo criteri morali (Padilla & Walker, 2016). Hardy e Carlos (2011) sostengono a tal proposito che l'identità morale, ma non il ragionamento morale, sia associata a numerosi comportamenti prosociali, ad alti livelli di autostima e per contro a bassi livelli di ansia, depressione e comportamenti a rischio.

La definizione identitaria nell'*emerging adulthood* permea anche la sfera della religione e della spiritualità (Mc Namara Barry & Abo-Zena, 2016). Smith e Snell (2009) hanno riscontrato come nella transizione dall'adolescenza alla giovane età adulta si manifestino frequentemente cambiamenti di culto religioso, aumento di giovani che si definiscono "spirituali, ma non religiosi" ed un calo della pratica di credenze religiose (Jones, Cox & Banchoff, 2012).

Tuttavia, non sono molte le ricerche e le teorie che hanno esaminato lo sviluppo spirituale e religioso in questa fase del ciclo di vita. Tra quelle che lo hanno fatto ricordiamo la *Structural Theory*

Of Faith Development (Fowler & Dell, 2006) che ha evidenziato uno spostamento dalla mancanza di pensiero critico sulla fede in adolescenza, alla formazione dell'*individuate-reflective faith* nel periodo dell'*emerging adulthood*. I giovani adulti emergenti tendono, infatti, ad un approccio individualizzato alla religione (Mc Namara Barry & Abo- Zena, 2016), costruendo una sintesi tra ciò che deriva dalla famiglia di origine, dal contesto in cui vivono e dalla loro personale valutazione. La religiosità e la spiritualità sono, quindi, generalmente fluide e dipendenti dal contesto, ma rimangono dimensioni importanti nel dare significato agli eventi e alle esperienze vissute. La famiglia, il gruppo dei pari, l'università e i media possono contribuire ed influenzare la religiosità e la spiritualità del giovane adulto. Inoltre, tali dimensioni variano in relazione al genere, alla cultura e all'orientamento sessuale (Mc Namara Barry & Abo- Zena, 2016), mostrando grande eterogeneità all'interno di questa fase del ciclo di vita.

Per quanto riguarda l'identità spirituale, secondo Arnett (2004) l'*emerging adult* può riconoscersi in quattro categorie: ateo, deista, credente liberale o credente conservatore. Le ricerche mettono in luce come i giovani d'oggi si identifichino sempre più nelle prime due tipologie, mentre la posizione del credente liberale sembra riflettere la tendenza del giovane adulto emergente ad affrontare in maniera critica e soggettiva gli aspetti della propria vita (Jensen & Arnett, 2012).

Anche la costruzione dell'identità politica è un tassello importante nel corso dell'*emerging adulthood* (Núñez & Flanagan, 2016). Secondo Lloyd (2005) perché il giovane adulto emergente possa raggiungere la "cittadinanza adulta", deve possedere un senso di competenza personale ed un senso del sé, valori prosociali e capacità di contribuire al benessere della comunità di cui fa parte. L'attenzione a questo aspetto deriva dall'osservazione di un decadimento della partecipazione sociale e politica delle nuove generazioni rispetto agli anni '70, ma allo stesso tempo un maggiore coinvolgimento dei giovani nelle attività di volontariato. La vita degli *emerging adults* è spesso in mutamento ed in movimento dentro e fuori le istituzioni e sembrerebbe essere questa mancanza di struttura e determinazione a contribuire al calo della loro partecipazione politica (Nunez & Flanagan, 2016). È probabile che tassi più bassi di partecipazione alla vita politica e sociale possano essere attribuiti ad un ritardo nell'impegno in un ruolo adulto piuttosto che ad un effettivo declino (Flanagan, Finlay, Galloway, & Kim, 2011). La probabilità di partecipazione in questioni politiche e civili aumenterebbe, quindi, con la transizione del giovane adulto ad una struttura di vita caratterizzata da maggior stabilità (Flanagan & Levine, 2010).

Rispetto al tema della partecipazione degli *emerging adults* nelle questioni politiche e sociali, uno studio recente condotto su giovani cinesi ha messo in luce come la percezione di essere un cittadino attivo nella propria comunità, ovvero con un buon grado di impegno civico, sia correlato ad un aumento di benessere nei soggetti, che si sentono maggiormente inclusi nella società di cui fanno parte (Chan & Mak, 2020).

Il giovane adulto è, quindi, coinvolto in un percorso di esplorazione e sperimentazione che lo porta ad acquisire una posizione matura rispetto al proprio ruolo sociale e politico (Núñez & Flanagan, 2016), generando esiti positivi in termini di salute mentale: alti livelli di soddisfazione, senso di controllo, ottimismo, speranza, diminuzione di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e sviluppo di una rete sociale di appoggio, utile a far fronte alle difficoltà che si possono incontrare nel corso della vita (Astin & Sax, 1998; Piliavin & Siegel, 2007).

Definizione identitaria: mentalizzazione del corpo, delle relazioni e sessualità

Nel corso dell'*emerging adulthood* nasce una nuova consapevolezza del proprio corpo. Le trasformazioni puberali proprie dell'adolescenza sono volte al termine e consegnano all'individuo un corpo ricco di potenzialità, ma anche di limiti. In questa fase avviene una nuova e importante appropriazione del proprio corpo e della propria sessualità che si accompagna ad una maggiore consapevolezza della potenzialità di seduzione e di virilità del proprio corpo e delle sue fragilità, connesse alla mortalità e al rischio di malattia. A tal proposito Lancini e Madeddu (2014) parlano di "secondo processo di mentalizzazione del corpo" per riferirsi a quel processo che coinvolge il giovane adulto in una ridefinizione psichica del proprio corpo.

Fondamentali per la definizione identitaria nell'*emerging adulthood* sono i rapporti con la famiglia di origine e con il partner. Un prerequisito evolutivo del giovane adulto emergente è la realizzazione del secondo processo di separazione-individuazione rispetto alla famiglia di origine (Blos, 1967). Nella società attuale, però, tale differenziazione è ostacolata dalle condizioni economiche, ma ancor più dal passaggio da una famiglia normativa ad una famiglia affettiva, nella quale il giovane percepisce i genitori vicini, ma in maniera supportiva e non intrusiva. In queste condizioni familiari, non è semplice per il giovane adulto emergente separarsi dai propri genitori e sarà, quindi, l'incontro con il partner a poter favorire tali cambiamenti (Lancini & Madeddu, 2014).

Le relazioni amorose, al giorno d'oggi, sono molto diverse rispetto al passato, poiché caratterizzate da instabilità, liquidità e precarietà. Nel corso dell'*emerging adulthood* prevalgono aspetti sessuali ed affettivi nei legami di coppia, rispetto ad aspetti legati alla reciprocità, impegno ed assunzione di responsabilità (Salerno, 2010). La letteratura internazionale mette in luce l'esistenza di numerose forme di unione in questa fase del ciclo di vita, tra cui le *Casual Sex Relationship and Experiences*, le *Living Apart Together*, le *Double Income No Kids* e le coppie *Childfree* (*ibidem*). Si definiscono *Casual Sex Relationship and Experiences* quelle esperienze occasionali che avvengono al di fuori di una relazione stabile e romantica, che si attestano intorno al 50% nella popolazione universitaria. Questa modalità relazionale, però, può comportare sentimenti negativi come senso di colpa, sensazione di essere stati usati, rimorso, vergogna, rabbia, impatto negativo sull'autostima,

depressione ed essere potenzialmente un fattore di rischio per problematiche fisiche, quali malattie sessualmente trasmissibili e gravidanze indesiderate (Claxton & van Dulmen, 2016).

Diverse ricerche hanno mostrato che tra i predittori delle *Casual Sex Relationship and Experiences* è possibile identificare lo stile di attaccamento: individui con attaccamento distanziante, infatti, possono evitare i rapporti relazionali oppure possono dar vita a relazioni casuali, caratterizzate da assenza di coinvolgimento emotivo; i soggetti con un attaccamento preoccupato, invece, ricercano la vicinanza del partner, ma non essendo in grado di sostenerla e mantenerla, tendono ad evitare questo tipo di relazione. Uno stile di attaccamento sicuro si associa, invece, a minor numero di relazioni casuali. Tra gli altri predittori troviamo: l'uso di alcool, la tipologia di valori religiosi e personali e le caratteristiche di personalità (Brennan & Shaver, 1995; Claxton & Van Dulmen, 2016).

Le *Living Apart Together* (LAT) sono quelle relazioni in cui i partner decidono congiuntamente di non vivere nella stessa abitazione; mentre le *Double Income No Kids* e le relazioni definite *Childfree* sono caratterizzate dalla decisione di rimandare o rinunciare al progetto generativo seppur le condizioni lo permetterebbero (Salerno, 2010).

Il giovane adulto emergente esplora numerose identità nel corso di questa fase del ciclo di vita, comprese numerose identità sessuali (Arnett, 2015; Lefkowitz & Gillen, 2006). L'esplorazione sessuale consente lo sviluppo del *sexual self-concept* che, al termine dell'*emerging adulthood*, sarà integrato nella propria identità (Lefkowitz & Gillen, 2006). Le ricerche presenti in letteratura evidenziano come molti giovani adulti emergenti intessano relazioni sessuali al fine di esplorare e sviluppare il proprio *sexual self-concept* in senso positivo (Claxton & van Dulmen, 2013; Lefkowitz & Gillen, 2006; Sanderson & Cantor, 1995). Secondo gli Autori, se il giovane adulto emergente percepisce questa fase di possibilità e sperimentazione con ottimismo, non concepirà le relazioni sessuali come mezzo attraverso cui minimizzare le proprie emozioni negative o far fronte a problemi emotivi (Arnett, 2015). Nonostante l'attività sessuale sia protagonista nelle relazioni amorose del giovane adulto emergente, quest'ultimo si dedica al sesso meno frequentemente rispetto agli adulti, ma è probabile che abbia più partner sessuali (Lefkowitz & Gillen, 2006; Regnerus & Uecker, 2011). Inoltre, gli adulti emergenti sembrano avere un maggior numero di incontri sessuali occasionali rispetto ad altre fasi del ciclo di vita (Lefkowitz & Gillen, 2006). Tale discrepanza evidenzia l'instabilità sessuale che molti giovani adulti emergenti sperimentano durante questa fase. L'aumento dei partner sessuali può evidenziare un minore interesse nel raggiungere l'intimità con un'altra persona, ma una maggiore ricerca di piacere fisico. Inoltre, tale instabilità può esacerbare i sentimenti di negatività, che possono portare il giovane ad avere rapporti sessuali al fine di minimizzare le emozioni negative provate (Arnett, 2015). Un recente studio ha messo in luce come vi sia una correlazione tra le caratteristiche evolutive proprie dell'*emerging adulthood* (*Identity Exploration*,

Experimentation/Possibilities, Instability, Self-Focus, Feeling in between, Arnett, 2004) e le motivazioni sottostanti alle relazioni sessuali (McMahan & Olmstead, 2020).

L'identità di genere risulta fortemente influenzata dai cambiamenti storici e socioculturali del periodo storico attuale (Baroni & Riva, 2017). Tra questi, Arnett (2004) evidenzia una modifica nell'accettazione di fenomeni come il sesso e la convivenza prematrimoniale, offrendo maggiori opportunità per l'esplorazione romantica e sessuale nel giovane adulto emergente. L'identità di genere si definisce come un sistema complesso di credenze sulla propria femminilità o mascolinità che può essere in accordo o meno con il sesso biologico dell'individuo. Si differenzia tanto dall'identità sessuale (composta da caratteristiche biologiche e anatomiche) quanto dall'orientamento sessuale (attrazione fisica ed erotica). In relazione a questo tema, Morgan (2016) evidenzia che ciò che accomuna *emerging adults* eterosessuali e gli *emerging adults* appartenenti a minoranze sessuali sia la complessità, la variabilità e la flessibilità dell'orientamento stesso.

Le relazioni amorose sono importanti fonti di legame emotivo per il giovane adulto emergente e contribuiscono allo sviluppo di un concetto di sé positivo e ad una maggiore integrazione sociale (Meier & Allen, 2008; Montgomery, 2005). Il successo nella creazione e nel mantenimento di relazioni sentimentali può avere importanti ripercussioni nelle fasi successive della vita (Arnett, Žukauskienė & Sugimura, 2014), aumentando il benessere psico-fisico dei partners (DeWall, Maner, Deckman & Rouby, 2011). Vi è ampio consenso in letteratura rispetto al ruolo fondamentale che una buona relazione amorosa ha nel raggiungimento del benessere personale (Blanca, Ferragut, Ortiz-Tallo & Bendayan, 2018) e come questo sia associato a tassi più elevati di autostima, sicurezza, soddisfazione per la vita, affetto positivo e raggiungimento di obiettivi personali e relazionali (Davila, Mattanah, Bhatia, Latack, Feinstein, Eaton... & Zhou, 2017; Dush & Amato, 2005). Tuttavia, le relazioni romantiche sono state anche associate ad esiti negativi, specialmente durante l'adolescenza. Gli studi, infatti, hanno suggerito che il coinvolgimento romantico possa essere correlato anche alla presenza di diverse forme di violenza (Ackard & Neumark-Sztainer, 2002), sintomi internalizzanti come depressione o ansia (Soller, 2014; Boyle & O'Sullivan, 2013), funzionamento psicosociale più povero (Zimmer-Gembeck, Siebenbruner & Collins, 2001) o delinquenza (Cui, Ueno, Fincham, Donnellan & Wickrama, 2012). Una ricerca effettuata su un gruppo di 100 giovani adulti emergenti israeliani ha evidenziato come una bassa *self-efficacy*, alti livelli di dipendenza ed elevato bisogno di supporto materno misurati in adolescenza, fossero in grado di predire nel corso dell'*emerging adulthood* percorsi romantici meno ottimali e relazioni sentimentali più sporadiche. Inoltre, la ricerca ha messo in luce differenze di genere nelle relazioni amorose, evidenziando come gli uomini abbiano maggiori probabilità di intraprendere una relazione sentimentale occasionale, mentre le donne tendono maggiormente a preferire un legame amoroso stabile (Shulman, Seiffge-Krenke, Scharf, Boiangiu & Tregubenko, 2018). Proprio come nell'adolescenza, il coinvolgimento nelle relazioni

romantiche può essere una fonte significativa di benessere nell'età adulta emergente. Una recente ricerca suggerisce che i giovani adulti che hanno relazioni sentimentali stabili siano più felici, più soddisfatti della propria vita, presentino minor problematiche fisiche e psicopatologiche e mostrino maggiore autostima rispetto ai coetanei single (Gómez-López, Viejo & Ortega-Ruiz, 2019).

1.4 Gli stili di attaccamento e la capacità di mentalizzazione

La qualità delle relazioni di attaccamento svolge un ruolo di primaria importanza nel percorso evolutivo dell'individuo e ne facilita l'adattamento ed il superamento dei compiti evolutivi fase-specifici. Secondo la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; 1973; 1988), le relazioni che si instaurano durante l'infanzia attraverso le interazioni con i *caregiver* primari danno vita a rappresentazioni di sé e degli altri. Tali rappresentazioni vengono definite *Internal Working Model* (IWM) e, secondo Bowlby (1973), forniscono i prototipi per tutte le relazioni future dell'individuo. Dal momento che i Modelli Operativi Interni funzionano al di fuori della consapevolezza del soggetto, sono resistenti al cambiamento (Crittenden, 1990). La stabilità dell'attaccamento è stata dimostrata attraverso studi longitudinali su bambini con l'uso della *Strange Situation* (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) e valutata nell'adolescenza e nella giovane età adulta attraverso l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan & Main, 1985). Tali studi hanno rilevato una corrispondenza dal 68% al 75% tra le classificazioni dell'attaccamento nell'infanzia e quelle dell'attaccamento adulto (Main & Hesse, 1997).

Gli individui con attaccamento sicuro sono in grado di integrare emozioni positive e negative, riflettere sul proprio mondo interno, utilizzare strategie di *problem solving* adeguate e possiedono alti livelli di autostima ed autoefficacia, associati al raggiungimento di obiettivi accademici e buona soddisfazione di vita (Arbona & Power, 2003; Huntsinger & Luecken, 2004; Ma & Huebner, 2008). L'attaccamento insicuro-distanziante, invece, è caratterizzato da un distanziamento difensivo rispetto ai propri stati emotivi e ai propri bisogni, specialmente di stampo negativo, e dalla deattivazione del sistema di attaccamento. Il soggetto, infatti, inibisce la richiesta di protezione e supporto da parte del *caregiver*, enfatizzando le proprie capacità di auto-regolazione, compromesse in situazione di grave stress. I soggetti con uno stile di attaccamento distanziante hanno fatto esperienza dell'altro come rifiutante i propri bisogni di attaccamento e mostrano, quindi, difficoltà nello stabilire relazioni intime e di dipendenza, che vengono attivamente evitate (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley & Roisman, 2010; Riva Crugnola, 2012).

Gli individui con attaccamento insicuro-preoccupato, d'altro canto, mostrano un'iperattivazione del sistema di attaccamento, con richieste intense al *caregiver*, scarsa capacità di autoregolazione emotiva, di *self-confidence* e senso di *helplessness*. Le emozioni negative di rabbia, vergogna ed impulsività, infatti, sono spesso accentuate. Tali soggetti mostrano una vigilanza

costante rispetto alle figure di attaccamento ed un elevato grado di preoccupazione rispetto alla loro disponibilità, poiché nella vita hanno fatto esperienza dell'altro come non responsivo in maniera imprevedibile. A causa di ciò, vivono spesso relazioni instabili, caratterizzate da frequenti rotture (Shaver & Mikulincer, 2002). Secondo numerose ricerche (Dazzi & Speranza, 2005; Lyons-Ruth & Spielman, 2004; Sroufe, 2005), l'attaccamento insicuro (sia distanziante, sia preoccupato) è predittivo di psicopatologia se combinato con altri fattori di rischio: individuali (intelligenza e temperamento), di *parenting* genitoriale (punitivo, ipercontrollante e inadeguata qualità del *caregiving* nei primi 4 anni di vita), familiari e contestuali (povertà, genitore singolo, eventi stressanti familiari, assenza di supporto per i genitori nel *caregiving*, relazione di coppia non supportiva per la madre e depressione materna).

I soggetti con attaccamento disorientato/disorganizzato mostrano un'elevata compromissione delle strategie di regolazione emotiva e ricorrono a strategie di autoregolazione primarie. Nel corso dello sviluppo, questi individui hanno fatto esperienza di un *caregiver* spaventato e/o spaventante ed hanno creato strategie di controllo punitivo e di *role-reversing* nei confronti del genitore (Main & Hesse, 1990, 1992). Da bambini questi soggetti hanno sperimentato quello che viene definito "conflitto senza soluzioni", ovvero il genitore è al tempo stesso potenziale fonte di conforto e di paura per il bambino, che non sa a chi potersi rivolgere in momenti di disagio. Tale situazione porta ad un *breakdown* delle strategie comunicative del bambino che è obbligato ad utilizzare modalità autoregolarie arcaiche. L'attaccamento disorganizzato, quindi, predice sintomi esternalizzanti nel corso dell'infanzia e sintomi dissociativi e borderline nell'adolescenza (Lyons-Ruth & Spielman, 2004).

L'analisi della distribuzione dei modelli di attaccamento in adolescenza e nella giovane età adulta evidenzia alcune differenze: gli adolescenti tendono ad avere maggiori pattern di insicurezza di stampo distanziante e ad essere meno preoccupati, mentre con la transizione verso l'età adulta emergono più soggetti con uno stile di attaccamento preoccupato (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2009). Inoltre, si osserva uno spostamento dei bisogni di attaccamento dalle figure genitoriali (legame asimmetrico) agli amici e/o al partner (legame paritetico). Le funzioni che questi nuovi partner offrono sono il contatto (la ricerca di vicinanza fisica permette di mantenere un senso di sicurezza), la base sicura (l'esplorazione è favorita dal poter tornare, raccontare e condividere con l'amico) ed il porto sicuro (sapere di poter fare affidamento sulla figura di attaccamento e di poter ricevere consolazione). Durante l'adolescenza alla madre è ancora affidata la funzione di base sicura, mentre il legame con il migliore amico assolve le funzioni di porto sicuro e di contatto fisico (Ratto, Doyle, & Markiewicz, 2016). Durante l'*emerging adulthood* le relazioni extra-familiari rivestono un ruolo centrale nel mondo affettivo dei giovani (Cassidy & Shaver, 2008) ed il partner diventa rapidamente primario nella gerarchia relazionale del soggetto (Aquilino, 2006; Collins & van Dulmen, 2006). Tali movimenti, caratteristici di questa fase del ciclo di vita, rappresentano una

trasformazione delle relazioni familiari e amicali (Collins & Laursen, 2004; Furman, Simon, Shaffer & Bouchev, 2002). In questa fase, infatti, si assiste ad un progressivo trasferimento delle tre funzioni sopra descritte alla relazione di attaccamento con il partner. Tuttavia, il miglior amico può assolvere alla funzione di *safe haven* e, nel caso in cui non ci siano relazioni sentimentali stabili, la madre può ancora rivestire la funzione di *secure base*. Quindi, in adolescenza si osserva una coesistenza di vecchie e nuove figure di attaccamento, mentre la fase dell'*emerging adulthood* è caratterizzata dalla tendenza ad investire, in termini di attaccamento, su nuove figure (Doyle, Lawford & Markiewicz, 2009).

Nonostante gli stili di attaccamento non vengano descritti in letteratura come diretti predittori di psicopatologia, l'omonima teoria, ormai corroborata da numerose ricerche empiriche, sostiene che l'attaccamento sicuro svolga un importante ruolo di salvaguardia della salute mentale, aumentando il benessere e la soddisfazione di vita (Eagle, 2013; Guarnieri, Smorti e Tani, 2015; O'Connor, Sanson, Hawkins, Letcher, Toumbourou, Smart & Olsson, 2011). L'attaccamento sicuro, infatti, consente di fronteggiare condizioni stressanti e di vivere situazioni prolungate a valenza positiva, aumentando la capacità del soggetto di *recovery* nel caso di problematiche psicopatologiche e riducendo il rischio psicopatologico. L'attaccamento insicuro, invece, contribuisce in modo aspecifico a differenti patologie, implicando una generale vulnerabilità alla psicopatologia e a difficoltà interpersonali, riducendo la capacità di resilienza del soggetto rispetto ad eventi di vita stressanti (Mikulincer & Shaver, 2012).

Strettamente associato alla sicurezza dell'attaccamento vi è il costrutto di mentalizzazione (Katznelson, 2014), che è operazionalizzato nella letteratura sull'attaccamento come Funzione Riflessiva. La *mentalizzazione* è una forma di attività mentale immaginativa tipicamente umana, di natura principalmente preconsocia. Essa consente di interpretare il comportamento umano in termini di stati mentali quali i desideri, bisogni, emozioni, credenze, obbiettivi, intenzioni e motivazioni. Questa capacità nasce e si sviluppa all'interno della relazione di attaccamento primaria, la quale non solamente promuove la protezione da parte del *caregiver* nei confronti del bambino, ma contiene psicologicamente quest'ultimo nel momento in cui si deve confrontare con stati affettivi altamente intollerabili: esperienza fondamentale per l'autoregolazione affettiva (Bateman & Fonagy, 2004). Nelle risposte di rispecchiamento facciale e vocale del *caregiver* è fondamentale che vi sia un *rispecchiamento congruente* con lo stato mentale esperito dal bambino. È stato dimostrato che adeguati livelli di contingenza permettono un'efficace regolazione dell'affetto, chiave di accesso ad un ad attaccamento sicuro (Jaffe, Beebe, Feldstein, Crown, Jasnow, Rochat & Stern 2001), il quale a sua volta permette di sviluppare un'efficace capacità di mentalizzare. Quando il rispecchiamento materno non è congruente allo stato mentale del bambino, quest'ultimo può introiettare un Sé alieno, percepito come possibile oggetto persecutorio, che genererà nell'individuo una rappresentazione

distorta dei propri vissuti (Fonagy, 2003). È importante che vi sia, oltre alla congruenza, *una marcatura del rispecchiamento* materno (Fonagy et al., 2002), per mezzo della quale il *caregiver* comunica che sta esprimendo un affetto e, contemporaneamente, che non è un suo affetto personale, ma generato dal bambino. Nel caso di un rispecchiamento non-marcato, il bambino potrebbe via via interpretare l'espressione del *caregiver* come l'esternazione della sua esperienza, predisponendosi, così, a vivere le sue emozioni attraverso gli altri. A questo punto il bambino non riuscirà a rimanere in contatto con le proprie emozioni, ma potrà solo rintracciarle nell'altro. Successivamente sarà portato a "vivere", e dunque a suscitare nell'altro il proprio stato affettivo, con un meccanismo di *identificazione proiettiva*, per poter in qualche modo ritrovare il proprio stato affettivo (Fonagy et al., 2002).

Parallelamente allo sviluppo della rappresentazione del Sé, assistiamo all'evoluzione delle capacità mentalizzanti del bambino, mediante il passaggio attraverso due modalità di percepire la propria realtà psichica: l'*equivalenza psichica* e il *far finta*. Solamente attraverso l'integrazione di queste, e grazie all'azione sufficientemente riflessiva del *caregiver*, si giunge alla capacità di mentalizzare, verso l'età dei quattro anni (Fonagy, 1996). È tuttavia possibile che, in alcuni casi, si vada incontro a veri e propri deficit di mentalizzazione (Midgley, 2014), quali:

- Ipomentalizzazione, ovvero una difficoltà nel riconoscimento delle espressioni e degli stati mentali altrui, caratteristica di soggetti con disturbi internalizzanti e disturbi dello spettro autistico;

- Pseudomentalizzazione, caratteristica di soggetti con problematiche antisociali, che possiedono buone capacità mentalizzanti, ma utilizzate per fini meramente manipolativi e controllanti nei confronti dell'altro;

- Ipermentalizzazione, ovvero un'eccessiva interpretazione degli stati mentali che si manifesta nella tendenza a fare inferenze, basate su indizi sociali, che risultano errate. Tali soggetti iperinterpretano, in maniera distorta, le stimolazioni provenienti dall'ambiente. Bateman e Fonagy (2004) mostrano come questo particolare funzionamento sia presente in soggetti con disturbo borderline di personalità e individui con disturbi esternalizzanti.

Alcune ricerche svolte con adolescenti, mettono in luce la relazione tra stile di attaccamento e capacità di mentalizzazione, evidenziando associazioni tra scarse capacità mentalizzanti, stili di attaccamento insicuro e disturbi di personalità (Fossati et al., 2014), autolesionismo (Badoud, 2015), comportamenti a rischio (Guarino & Vismara, 2012), disturbi depressivi (Fischer-Kern et al., 2008) e disturbi alimentari (Jewell et al., 2016). Questi risultati confermano il ruolo determinante dei due costrutti, qualora fossero disfunzionali, in un'ampia gamma di patologie. In letteratura sono presenti numerose evidenze di come buone capacità di mentalizzazione siano correlate alla salute mentale (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) e al benessere (Trudeau & Reich, 1995) e siano, per questo, considerate un fattore protettivo rispetto allo sviluppo di psicopatologia (Fonagy & Target, 1998). La

mentalizzazione, infatti, consente agli individui di percepire ed etichettare le emozioni derivanti da esperienze di vita difficili, così come di impegnarsi in un processo riflessivo su tali esperienze, che può ridurre l'impatto negativo per il soggetto (Fonagy et al., 2002).

A sostegno di questi dati, gli studi suggeriscono che un basso livello di mentalizzazione sia collegato allo sviluppo di psicopatologia, come abuso di sostanze, sintomi depressivi, sintomi di ansia, disturbo borderline di personalità e disturbi del comportamento alimentare (Fischer-Kern, Fonagy, Kapusta, Luyten, Boss, Naderer... & Leithner, 2013; Fonagy, 1995; Rudden, Milrod, Target, Ackerman, & Graf, 2006; Suchman, DeCoste, Leigh, & Borelli, 2010; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure, 2001). Inoltre, le ricerche condotte utilizzando disegni longitudinali e coinvolgendo campioni clinici di adulti, suggeriscono che buone capacità mentalizzanti siano associate ad un migliore funzionamento interpersonale (Antonsen, Johansen, Ro, Kvarstein, & Wilberg, 2016; Belvederi Murri, Ferrigno, Penati, Muzio, Piccinini, Innamorati & Amore, 2016; Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, & Levy, 2003; Ekeblad, Falkenström, & Holmqvist, 2016; Kelly, Slade, & Grienenberger, 2005; Maxwell, Tasca, Grenon, Faye, Ritchie, Bissada & Balfour, 2017; Zaccagnino, Cussino, Borgi, Vianzone, & Carassa, 2016). Borelli e colleghi (2019) hanno effettuato un primo studio longitudinale volto ad analizzare gli effetti della sicurezza dell'attaccamento e di buone capacità di mentalizzazione degli adolescenti sul benessere nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai risultati emerge che la sicurezza dell'attaccamento e buone capacità riflessive sono associate a indici di benessere nella giovane età adulta. Gli Autori hanno, inoltre, messo in luce come buone modalità di *parenting* sperimentate nell'infanzia siano associate a maggiori livelli di benessere nel corso dell'adulthood emergente (Borelli, Brugnera, Zarbo, Rabboni, Bondi, Tasca & Compare, 2019). Dalle teorizzazioni e dalle ricerche empiriche presentate è possibile, quindi, comprendere quanto tanto un attaccamento sicuro, quanto buone capacità mentalizzanti, si configurino come fattori di protezione per lo sviluppo dell'individuo nel corso dello sviluppo. Nell'*emerging adulthood*, tali costrutti possono aiutare il soggetto ad affrontare cambiamenti e trasformazioni importanti, proteggendolo dal possibile emergere di problematiche psicopatologiche (Borelli et al., 2019).

2. Salute mentale e psicopatologia nell'*emerging adulthood*

2.1 Salute mentale: tra fattori di rischio e di protezione

L'ingresso nella fase dell'*emerging adulthood* porta con sé, come è stato delineato nel capitolo precedente, nuovi compiti evoluti e nuove aspettative da parte della società. La realizzazione dei *developmental tasks* si prospetta per il giovane adulto emergente come la chiave di accesso ad uno stato di benessere e salute. Una mancata risoluzione degli stessi, invece, può portare ad un blocco nel processo maturativo, associandosi ad indicatori di malessere (Astin & Sax, 1998; Dusselier et al., 2005; Kins et al., 2011; Pascarella & Terenzini, 1991; Piliavin & Siegel, 2007; Ryan et al., 2009; Sarros & Densten, 1989; Schwartz et al., 2016). L'*emerging adulthood* si configura, quindi, come un periodo di opportunità, ma al contempo di rischio e di vulnerabilità.

Sottolineare questi aspetti significa assumere una posizione in linea con la prospettiva della psicopatologia evolutiva: salute mentale e psicopatologia vengono concepite come indicatori della capacità dell'individuo di raggiungere obiettivi in linea con i compiti di sviluppo specifici per la fase del ciclo di vita attualmente affrontata, evidenziando eventuali ostacoli che possono impedirne la realizzazione (Maggiolini, 2017). Una valutazione psicologica condotta in quest'ottica non si arresta ad un mero livello descrittivo, ma di fronte ad un giovane adulto emergente in difficoltà, si domanda quale sia il compito evolutivo che blocca il soggetto e quale circolo vizioso disfunzionale stia impedendo il suo raggiungimento.

La salute mentale rappresenta, quindi, una componente essenziale per un funzionamento sano ed adattivo, non solo nel corso dell'adulthood emergente, ma lungo tutto l'arco di vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005) ha definito la salute mentale positiva come "*stato di benessere che permette di realizzare le proprie abilità, affrontare eventi stressanti, lavorare con produttività e profitto, dando un contributo alla comunità*".

Nel corso degli anni, i teorici dell'*emerging adulthood*, si sono chiesti se questa fase del ciclo di vita rappresenti un adattamento o piuttosto un fallimento rispetto allo sviluppo e al benessere del giovane adulto emergente (Tanner, 2016) e sono state proposte tre ipotesi:

- La *social exclusion hypothesis* (Côté, 2000) sostiene che la ritardata e prolungata transizione all'età adulta sancisca l'esclusione sociale dei giovani dal mondo dell'adulto. Gli *emerging adults* sono caratterizzati, secondo questa linea di pensiero, da minor salute mentale come conseguenza del non aver avuto l'opportunità di diventare adulti terminata la propria adolescenza;
- La *social adaptation hypothesis* sostiene che questa fase del ciclo di vita predica, invece, una salute mentale positiva, grazie all'adattamento del giovane alla società;
- La *developmental maturation hypothesis*, sostiene che i giovani che fanno esperienza dell'*emerging adulthood* hanno il vantaggio di usufruire di un tempo di incubazione nel quale

matureranno. Essi avranno l'opportunità di consolidare la propria personalità, processo che si manifesta come creazione di un coerente senso di sé e di obiettivi e motivazioni coerenti con la propria identità (Blos, 1967) e di avere un adattamento ottimale alle richieste del periodo storico che stanno vivendo (Côte, 2000).

Nel corso degli ultimi anni, sono comparsi numerosi studi volti a indagare i possibili fattori di rischio e di protezione per la salute mentale nell'*emerging adulthood*. Newcomb-Anjo e colleghi (2016), hanno identificato i principali fattori di rischio e di protezione in tre macro-aree: le esperienze infantili, l'adattamento alla situazione attuale del giovane e le sue caratteristiche psicologiche.

Per quanto riguarda le esperienze infantili, è stato dimostrato in letteratura come aver vissuto esperienze avverse nell'infanzia (quali abuso fisico, sessuale, psicologico, trascuratezza, basso status socioeconomico) possa configurarsi come fattore di rischio per lo sviluppo psicofisico nel corso dello sviluppo (Newcomb-Anjo et al., 2016). Felitti e colleghi (1998) hanno effettuato l'*ACE Study*, ovvero uno studio riguardante le *Adverse Childhood Experiences* che gli individui hanno vissuto prima dei 18 anni di età. La ricerca ha messo in luce come i soggetti che avevano vissuto un elevato numero di esperienze avverse nell'infanzia (quattro o più) presentassero, rispetto a chi ne aveva vissute in minor misura, più frequenti problemi di salute mentale (disturbi affettivi, ansia, depressione, suicidalità e comportamenti a rischio come alcolismo, abuso di droghe, bulimia e sessualità promiscua). Gli stessi soggetti presentavano, inoltre, maggiori problemi di salute fisica ed un elevato rischio di mortalità (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards & Marks, 1998). Numerosi studi suggeriscono come l'esposizione ad abuso psicologico e trascuratezza emotiva sia correlata ad un elevato rischio di sviluppare sintomi depressivi (Harkness & Lumley, 2008), ansiosi (Wright, Crawford & Del Castillo, 2009) e di ricevere una diagnosi per un disturbo mentale (Wekerle, Wolfe, Hawkins, Pittman, Glickman & Lovell, 2001). Inoltre, l'essere stato vittima di violenza nel corso dell'infanzia sembra predire maggiori difficoltà scolastiche ed abbandono degli studi (Leiter, 2007) e sentimenti di scarsa competenza scolastica rispetto ai coetanei (Clarke, 2015).

L'esposizione nel corso dell'infanzia a tali avversità comporta gravi conseguenze a lungo termine per la salute mentale. Per gli adulti, tali esperienze avverse sono state collegate a tassi più elevati di disturbi depressivi, un rischio che aumenta notevolmente con la presenza di esposizioni multiple ad esperienze traumatiche (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004). Gli eventi avversi e la violenza nell'infanzia sono stati anche collegati alla presenza di sintomi ansiosi (Sareen, Henriksen, Bolton, Afifi, Stein & Asmundson, 2013) e all'aumento del rischio suicidario (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001). È stato, inoltre, riscontrato che la presenza di depressione e/o umore depresso nell'*emerging adulthood* riduce il rendimento scolastico (Deroma, Leach & Leverett, 2009) ed aumenta la possibilità di abbandono scolastico (Arria, Caldeira, Vincent, Winick, Baron, & O'Grady, 2013).

Un recente studio ha analizzato il ruolo del supporto sociale, dell'ottimismo e del *coping* religioso positivo nella relazione tra esperienze avverse infantili ed *outcomes* adattivi nel corso dell'*emerging adulthood*, quali resilienza e crescita post-traumatica positiva (Schaefer, Howell, Schwartz, Bottomley & Crossnine, 2018). Nello specifico, i ricercatori hanno rilevato forti associazioni tra supporto familiare e resilienza, dato non emerso per quanto riguarda il supporto amicale. Tale dato è in linea con precedenti ricerche, che mettono in luce come il supporto familiare sia in grado di predire maggior resilienza, rispetto al supporto amicale (Daining & DePanfilis, 2007; Markstrom et al., 2000). Inoltre, i soggetti che hanno subito esperienze avverse infantili, sono spesso maggiormente isolati socialmente, motivo per cui forse faticano a giovare del supporto sociale dei pari (Ford, Clark, & Stansfeld, 2011; Janoff-Bulman, 2010). Per quanto riguarda, invece, l'ottimismo ed il *coping* religioso positivo, sembrano essere due costrutti fortemente correlati tanto alla resilienza, quanto alla crescita post-traumatica positiva (Schaefer et al., 2018).

Un'ulteriore ricerca ha indagato il ruolo del supporto sociale, della spiritualità e dell'intelligenza emotiva nel promuovere la resilienza nel corso dell'*emerging adulthood* (Howell & Miller-Graff, 2014). Tale studio ha coinvolto 321 giovani studenti universitari americani, di età compresa tra i 18 e i 24 anni, che hanno subito esperienze avverse nell'infanzia. I risultati preliminari hanno evidenziato l'elevata presenza di *Adverse Childhood Experiences* in questo campione, con una media di 9 esperienze traumatiche riportate nell'infanzia. Dai dati, emerge che una maggiore resilienza è associata a maggiore spiritualità, maggiore intelligenza emotiva ed elevato supporto amicale, ma non familiare, a differenza dello studio citato precedentemente (Howell & Miller-Graff, 2014; Schaefer, Howell, Schwartz, Bottomley & Crossnine, 2018).

Gomis-Pomares e Villanueva (2020) indagano, in un campione di 490 *emerging adults*, la possibile influenza delle esperienze avverse infantili sul comportamento sociale mostrato nel corso della giovane età adulta, focalizzandosi sul comportamento deviante ed altruistico. Gli Autori, evidenziano che aver subito esperienze traumatiche nell'infanzia si configuri come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di comportamenti devianti. L'abuso fisico sembra essere l'esperienza avversa maggiormente predittiva di comportamenti devianti nel corso dello sviluppo, mentre il *neglect* emotivo (modalità di *parenting* caratterizzata da trascuratezza dei bisogni emotivi del bambino) sembra essere il principale fattore di rischio per scarsi livelli di altruismo. Gli Autori individuano anche alcune differenze di genere, ovvero i maschi con un passato di esperienze avverse sono maggiormente a rischio di sviluppare comportamenti devianti, mentre il genere femminile sembra essere l'unico fattore in grado di predire possibili comportamenti altruistici nel corso della vita di chi ha vissuto esperienze traumatiche nel passato (Gomis-Pomares & Villanueva, 2020).

Anche Handley e colleghi (2019) hanno indagato l'influenza del maltrattamento infantile e delle condotte antisociali sullo sviluppo relazionale nel giovane adulto emergente. Dai risultati,

emerge che il comportamento antisociale infantile si configura come mediatore degli effetti del maltrattamento subito, sulle relazioni romantiche intraprese dai giovani adulti, che si caratterizzano quindi per maggiore disfunzionalità. Inoltre, l'aggressività relazionale infantile sembra mediare gli effetti dell'esperienza avversa nelle interazioni sociali nel corso dell'*emerging adulthood*. Tali dati, mettono in luce come l'aver subito maltrattamenti nel corso dell'infanzia generi difficoltà relazionali, tanto amicali, quanto amorose, nel corso dell'*emerging adulthood* (Handley, Russotti, Rogosch & Cicchetti, 2019). Ha e colleghi (2016) hanno, inoltre, evidenziato come il maltrattamento sui minori aumenti il rischio di coinvolgimento in bande adolescenziali nella prima infanzia, predica una modalità di comunicazione coercitiva durante l'adolescenza e si associ a possibile costrizione sessuale nella prima età adulta (Ha, Kim, Christopher, Caruthers & Dishion, 2016). Una recente *review* ha messo in luce, inoltre, come l'aver subito maltrattamento nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza si configuri come un importante fattore di rischio per sviluppare un disturbo da uso di sostanze nel corso dell'*emerging adulthood* (Wendland, Lebert, de Oliveira & Boujut, 2017).

Un ulteriore elemento che gioca un ruolo importante nel percorso evolutivo sano dell'individuo e che può facilitare il superamento dei compiti evolutivi fase-specifici, è la qualità delle relazioni di attaccamento. Gli stili di attaccamento, infatti, svolgono una funzione importante nella salvaguardia della salute mentale (Eagle, 2013). La letteratura è concorde nel ritenere che uno stile di attaccamento sicuro costituisca un fattore di protezione correlato negativamente all'esordio di manifestazione psicopatologica, mentre le diverse forme di attaccamento insicuro (distanziante, preoccupato, non risolto-disorganizzato), se correlate ad altri fattori di rischio, aumenterebbero la probabilità di incorrere in forme di disagio clinico (Riva Crugnola, 2017). Alcuni Autori (Attili, 2007; De Wolf & Van Ijzendoorn, 1997) hanno, a tal proposito, rilevato una correlazione tra disturbi del comportamento alimentare ed uno stile di attaccamento insicuro distanziante o disorganizzato. Una forma di *caregiving* caotica, ambivalente e spaventante sembra correlata alla genesi di problematiche alimentari, quali anoressia nervosa e bulimia nervosa. Anche il disturbo borderline di personalità sembra essere correlato ad uno stile di attaccamento disorganizzato e si configura come fattore di rischio per possibili atti suicidari (Lyons-Ruth et al., 2004).

Scharf e colleghi (2004), attraverso uno studio condotto su un gruppo di giovani adulti emergenti con differenti stili di attaccamento, hanno rilevato che soggetti con attaccamento sicuro sembrano essere particolarmente in contatto con il proprio mondo emotivo ed avere buone competenze relazionali. Sembrano, quindi, essere capaci di riconoscere e regolare le proprie emozioni e di costruire una relazione amorosa basata sull'intimità. Inoltre, mantengono un elevato e costante livello di relazione affettiva con i propri genitori e mostrano un buon grado di autoefficacia. I giovani con attaccamento distanziante, invece, hanno sviluppato una modalità di regolazione emotiva caratterizzata da minimizzazione del distress e forte diffidenza verso gli altri, mostrando distacco dal

proprio mondo emotivo. Inoltre, questi soggetti mostrano maggiori difficoltà nel mantenere la relazione con le proprie figure genitoriali e presentano minori livelli di autoefficacia rispetto ai soggetti con attaccamento sicuro (Scharf et al., 2004).

Uno studio condotto da Schimmenti e Bifulco (2013), ha indagato la possibile associazione tra esperienze infantili di abuso o *neglect*, stile di attaccamento e sviluppo di disturbi d'ansia. Tale ricerca, condotta su un campione di 160 adolescenti e giovani adulti emergenti, ha messo in luce come l'aver sperimentato una modalità di *parenting* caratterizzata da *antipathy*, ovvero una genitorialità fredda ed iper-critica, era associato ad una prevalenza per 12 mesi di disturbi ansiosi. Uno stile di attaccamento preoccupato, generato da un *neglect* emotivo caratterizzato da *antipathy*, sembra configurarsi, quindi, come possibile fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia (Schimmenti & Bifulco, 2015). Un recente studio (Fermani, Bongelli, Carrieri, del Moral Arroyo, Muzi & Portelli, 2019) ha analizzato la relazione tra attaccamento preoccupato (sia verso i *caregiver*, sia verso il partner), sintomi internalizzanti e ansia da separazione in un gruppo di studenti universitari italiani. I risultati hanno messo in luce come i soggetti con attaccamento preoccupato mostravano alti livelli di sintomi internalizzanti ed ansia da separazione. L'attaccamento preoccupato al partner si configura come potente fattore di rischio, rispetto a quello genitoriale, per lo sviluppo di sintomi internalizzanti (Hill, Castellanos & Pettit, 2011; Keenan, Feng, Hipwell & Klostermann, 2009; Lehnart & Neyer, 2006). Secondo gli Autori, tale risultato potrebbe essere attribuito alla particolare fase di vita dell'*emerging adulthood*, che pone l'impegno nei rapporti sentimentali tra i più importanti indicatori di transizione verso l'età adulta (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Neyer & Lehnart, 2007).

Germani e colleghi (2020) hanno effettuato uno studio che indaga la relazione tra sintomi depressivi, autostima e attaccamento sicuro in un campione di 356 giovani adulti emergenti italiani. Viene utilizzato il concetto di *autonomous-related self*, per identificare quei soggetti capaci di trovare un equilibrio tra bisogno di autonomia e di relazione (Blatt, 2008). I risultati evidenziano che l'*autonomous-related self*, mediato da buoni livelli di autostima e attaccamento sicuro, si configura come importante fattore protettivo per lo sviluppo di sintomi depressivi (Germani, Delvecchio, Li & Mazzeschi, 2020).

In questa cornice di ricerca, la capacità di mentalizzazione è stata individuata come ulteriore indicatore di benessere psicologico. Le ricerche hanno messo in luce come scarse capacità mentalizzanti siano associate a maggiore presenza di psicopatologia e al rischio di possibile trasmissione intergenerazionale dell'insicurezza dell'attaccamento (Ensink et al., 2014; Fonagy & Luyten, 2009), mentre buone capacità mentalizzanti, invece, si associano a migliore salute mentale e benessere (Fonagy et al., 1995). Più precisamente, numerosi studi presenti in letteratura hanno messo in luce che scarsi livelli di mentalizzazione sono associati a maggior rischio di abuso di sostanze, sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sviluppo di disturbo borderline di personalità e disturbi del

comportamento alimentare (Fischer-Kern, Fonagy, Kapusta, Luyten, Boss, Naderer,... & Leithner, 2013; Fonagy, 1995; Rudden, Milrod, Target, Ackerman, & Graf, 2006; Suchman, DeCoste, Leigh, & Borelli, 2010; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele & Treasure, 2001). Anche studi *cross-sectional* sulle capacità di mentalizzazione negli adolescenti hanno rilevato forti associazioni tra scarse capacità mentalizzanti e disturbo borderline di personalità (Fossati, Feeney, Maffei, & Borroni, 2014; Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, & Cirino, 2013), atti autolesionistici (Badoud, Luyten, Fonseca-Pedrero, Eliez, Fonagy & Debbane, 2015), comportamenti antisociali (Guarino & Vismara, 2012), disturbi depressivi (Fischer-Kern Tmej, Kapusta, Naderer, Leithner-Dziubas, Loffler-Stastka & Springer-Kremser, 2008), maggiori emozioni negative nel corso della gravidanza (Sadler, Novick, & Meadows-Oliver, 2016) e disturbi del comportamento alimentare (Jewell, Collyer, Gardner, Tchaturia, Simic, Fonagy & Eisler, 2016; Rothschild-Yakar, Waniel, & Stein, 2013). Una recente ricerca longitudinale condotta da Borelli e colleghi (2019) ha indagato la relazione tra stile di attaccamento sicuro, capacità di mentalizzazione e benessere psicologico nel passaggio dall'adolescenza alla giovane età adulta. I risultati evidenziano che, tanto la sicurezza dell'attaccamento, quanto buone capacità di mentalizzazione, sono predittive di benessere psicologico nella transizione alla giovane edulità emergente (Borelli, Brugnera, Zarbo, Rabboni, Bondi, Tasca & Compare, 2019).

Per quanto riguarda i fattori di rischio legati all'infanzia, un ulteriore fattore importante è il livello socio-economico del soggetto. Questa variabile sembra, infatti, associarsi a problematiche psicopatologiche nel corso dello sviluppo e a scarsi risultati accademici (Schilling et al., 2008; Wickrama et al., 2009). Per esempio, gli studenti universitari provenienti da famiglie con basso livello socio-economico sono più propensi a lavorare per mantenere i propri studi, al contrario dei coetanei che provengono da realtà familiari più agiate. Lavorare durante gli studi, però, sembra essere associato ad un aumento di stress e a minor rendimento accademico (Lee & Staff, 2007). Inoltre, i giovani provenienti da famiglie con ridotte possibilità economiche, sembrano presentare maggiore possibilità di sviluppare problematiche depressive o ansiose (Eisenberg, Golberstein & Gollust, 2007).

Per quanto riguarda la sfera relazionale, numerosi sono gli studi che evidenziano un'associazione tra gli stili relazionali adolescenziali e quelli messi in atto nel corso dell'*emerging adulthood*. Oudekerk e colleghi (2015), per esempio, hanno rilevato come stili di interazione negativa con gli amici in adolescenza possono dar vita a stili di interazione negativa con partner romantici nel corso dello sviluppo. In particolare, gli Autori hanno messo in luce che livelli più bassi di autonomia e *relatedness* nelle relazioni amicali durante la prima adolescenza, predicevano queste stesse qualità nelle relazioni romantiche durante la tarda adolescenza. Inoltre, è stato dimostrato che la scarsa qualità delle relazioni di amicizia ed il sentirsi esclusi dai coetanei, si configurano come fattori di

rischio per lo sviluppo di relazioni sentimentali nell'adulthood emergente caratterizzate da ostilità, affetto negativo, difficoltà nella risoluzione dei conflitti, violenza interpersonale e vittimizzazione (Linder & Collins, 2005; Linder, Crick, & Collins, 2002; Oudekerk, Allen, Hessel & Molloy, 2015). Sebbene non così ampiamente studiata, l'aggressività relazionale tra pari è anche associata allo sviluppo di relazioni romantiche disfunzionali. Ad esempio, uno studio condotto da Leadbeater e colleghi (2017) ha rilevato che l'aggressività relazionale tra pari e la vittimizzazione predicavano l'*intimate partner violence* durante la prima età adulta (Leadbeater, Sukhawathanakul, Holfeld & Temple, 2017).

Oltre ai possibili rischi derivanti dalle esperienze infantili, è importante considerare i rischi legati alle recenti esperienze di vita che i giovani adulti emergenti si trovano ad affrontare. Alcuni studi hanno messo in luce come uno scarso supporto sociale possa costituire il principale fattore di rischio contestuale nel corso dell'*emerging adulthood* (Murphy et al., 2010; Pettit et al., 2011). Percepire, invece, un buon sostegno sociale sembra essere un fattore protettivo rispetto all'insorgere di problematiche depressive e poter favorire traiettorie di sviluppo positive. Il supporto sociale percepito dal giovane adulto emergente, gioca un ruolo importante anche nell'affrontare possibili eventi di vita negativi, come la perdita del lavoro o la morte di un familiare (Hammen, 2005).

Anche lo stato finanziario attuale del soggetto si configura come potenziale fattore di rischio, poiché in questa fase del ciclo di vita aumenta la necessità di autosufficienza ed autonomia economica (Tanner & Arnett, 2011). La quota di stress che un giovane adulto emergente può percepire a causa della propria situazione economica, si è rivelata essere un fattore di rischio per il rendimento accademico (Jung, 2013). Un recente studio, effettuato su 3269 *emerging adults* tedeschi, ha analizzato l'associazione tra status socioeconomico ed esperienze vissute nel corso dell'adulthood emergente. Gli Autori hanno rilevato che un basso status socioeconomico nel corso dell'*emerging adulthood* è associato a maggiore instabilità percepita e maggior presenza di eventi di vita stressanti (Landberg, Lee & Noack, 2019).

Fondamentali sembrano essere, come fattori di protezione, le *social skills* possedute da un individuo nel corso di questa fase del ciclo di vita. A tal proposito, Pereira e colleghi (2016) hanno effettuato uno studio volto a valutare la relazione tra *social skills*, pensieri negativi e fattori di rischio e di protezione. Gli Autori hanno rilevato, in un gruppo di 521 giovani adulti emergenti, che i soggetti con migliori competenze sociali presentavano maggiori fattori di protezione e minori fattori di rischio rispetto ai coetanei con minor competenze sociali. Le abilità sociali possono, quindi, essere considerate un fattore protettivo perché sono correlate a maggiore autostima, autoefficacia e qualità nelle relazioni e guidano il soggetto nella formazione di reti di supporto (Pereira et al., 2016). Un ulteriore studio svolto dallo stesso gruppo di ricercatori (Dutra-Thomé, Romera-Leme, Siqueira-Pereira, Garcia-Dias, Koller & Souza-Gaião e Albuquerque, 2017), ha indagato l'associazione tra

fattori di protezione (la relazione del soggetto con la famiglia e con l'istituzione educativa) e fattori di rischio (eventi di vita stressanti), con la percezione di autostima ed autoefficacia. I risultati dello studio, condotto su un campione di 1996 giovani adulti emergenti, hanno rilevato un'associazione positiva tra una buona relazione del soggetto con la propria famiglia ed alti livelli di autostima ed autoefficacia, che a loro volta erano negativamente correlati alla presenza di eventi di vita stressanti. Questi dati mettono in luce l'influenza dei fattori protettivi e di rischio sulla percezione della propria autostima ed autoefficacia, evidenziando come tanto la famiglia di origine, quanto l'istituzione educativa, possano configurarsi come luoghi di protezione per il giovane adulto emergente (Dutra-Thomé et al., 2017). Gli Autori (Dutra-Thomé, DeSousa & Koller, 2019) hanno effettuato un ulteriore studio su 547 *emerging adults*, indagando la relazione tra fattori di rischio (quali esposizione a violenza domestica e sociale ed essere vittime di pregiudizi), fattori di protezione (relazioni con la famiglia, con i coetanei e con la comunità), autostima, autoefficacia e problemi comportamentali (quali lecito consumo di droga, comportamenti sessuali a rischio e comportamenti antisociali). I risultati evidenziano come una buona relazione con la propria famiglia di origine sia associata ad un aumento di autostima e, parallelamente, una buona relazione con i coetanei sembra portare sia ad un aumento di autostima, sia di autoefficacia. Una buona relazione con la comunità, invece, comporta un decremento nei comportamenti antisociali. Gli Autori concludono, quindi, che programmi di intervento capaci di coinvolgere le famiglie e la comunità si configurino come i migliori interventi per garantire uno sviluppo positivo tra i giovani adulti emergenti (Dutra-Thomé et al., 2019).

La presenza di recenti eventi di vita negativi si configura, quindi, come un ulteriore possibile fattore di rischio per il giovane adulto emergente (Hammen, 2003). Esperienze traumatiche quali la morte di familiare o la perdita del lavoro sono correlate ad un aumento di sintomi depressivi in questa fase del ciclo di vita (Rao et al., 2008). Recenti eventi di vita negativi possono generare anche elevati livelli di stress percepiti dal soggetto. Alcuni Autori evidenziano come aver esperito numerosi eventi di vita stressanti nel corso degli ultimi 12 mesi, possa aumentare la probabilità di sviluppare problematiche psichiatriche (Blanco et al., 2008) e ad una scarsa performance accademica (De Meuse, 1985).

Uno studio recente condotto da Matud e colleghi (2020), ha indagato la rilevanza dello stress, delle modalità di *coping*, dell'autostima e del supporto sociale percepito in 4816 *emerging adults*. I risultati mostrano come le donne abbiano ottenuto punteggi più alti degli uomini nel disagio psicologico, nella percezione di stress cronico, nell'uso di strategie di *coping* basate sulle emozioni e nella percezione di supporto sociale. Gli uomini, per contro, hanno ottenuto punteggi maggiori rispetto alle donne nell'uso di modalità di *coping* di tipo razionale e distanziante e nell'autostima. Gli Autori hanno evidenziato come il disagio psicologico fosse correlato, tanto per le donne, quanto per gli uomini, ad un uso massiccio di *coping* emotivo, ad una bassa autostima, ad un numero elevato di

eventi di vita stressanti e a minor supporto sociale percepito. Tali variabili si configurano, quindi, come possibili fattori di rischio per la traiettoria evolutiva del giovane adulto emergente (Matud, Díaz, Bethencourt & Ibáñez, 2020).

La separazione coniugale dei genitori si configura come ulteriore potenziale fattore di rischio per lo sviluppo dell'individuo. Di Manno e colleghi (2018) hanno condotto uno studio su 449 adolescenti provenienti da famiglie separate, indagando i profili di rischio psicosociale alla base dell'aumento di vulnerabilità nei confronti di sintomi depressivi nell'*emerging adulthood*. Gli Autori hanno delineato tre classi di adolescenti provenienti da famiglie separate, ovvero soggetti adattati, a rischio moderato e ad alto rischio. Gli adolescenti "adattati" mostrano buone traiettorie di sviluppo, elevate competenze sociali e buone relazioni con i coetanei e presentano bassi livelli di problematiche comportamentali e scarso rischio depressivo nella transizione alla giovane età adulta. Gli adolescenti "con rischio moderato", presentano punteggi superiori alla media in tutti i fattori di rischio comportamentale, in aggiunta a scarse competenze sociali e relazionali. Questi fattori incrementano la probabilità di sviluppare sintomi depressivi nell'*emerging adulthood*. Infine, il gruppo "ad alto rischio" ha ottenuto i punteggi maggiori rispetto agli indicatori di rischio ed ha raggiunto punteggi estremi nei comportamenti esternalizzanti, come i problemi della condotta. Tali problematiche esternalizzanti sembrano mantenersi nel tempo, sfociando in condotte antisociali nel corso della giovane età adulta (Di Manno, Macdonald, Youssef, Little & Olsson, 2018).

Tra i fattori di rischio, influenti in tutto il ciclo di vita di un individuo, ma ancor più rilevanti nel corso dell'*emerging adulthood*, vi è l'essere parte di una minoranza, che può essere sociale, etnica o sessuale. Con l'espressione *minority stress* la letteratura delinea lo stress percepito dai soggetti membri di una minoranza stigmatizzata (Meyer, 1995). Per quanto riguarda le minoranze sessuali, un recente studio ha indagato la percezione della propria qualità di vita in 305 giovani adulti emergenti maschi gay o bisessuali. Dallo studio, emerge come un livello inferiore di istruzione, un'età più avanzata nell'iniziale riconoscimento del proprio orientamento sessuale, una maggior percezione della non conformità di genere ed una minor accettazione sociale percepita nei confronti dell'omosessualità e della bisessualità, siano fattori significativamente correlati ad una scarsa qualità di vita (Hu et al., 2019). Uno studio condotto da Travers e colleghi (2020) ha indagato se l'essere parte della comunità LGBT fosse un fattore di rischio per maggiore esposizione ad esperienze traumatiche e conseguente minor salute mentale, valutando la possibile influenza del supporto sociale come mediatore di tale associazione. I risultati dello studio, effettuato su 1116 studenti universitari, hanno messo in luce come l'essere un soggetto LGBT fosse associato ad aumento di esperienze traumatiche, con aumento di sintomi post-traumatici, ansiosi e depressivi. Tale associazione, però, era mediata dal supporto sociale familiare, che si configura ancora una volta come importante fattore di protezione (Travers et al., 2020). Sempre in relazione alle minoranze, questa volta etniche e

religiose, un recente studio ha analizzato il fenomeno della marginalità di un gruppo di 151 giovani adulte emergenti ebraiche e beduine. In questo gruppo di giovani donne, circa un terzo aveva avuto pensieri suicidari o aveva tentato il suicidio e molte di loro assumevano alcol o droga, avevano avuto esperienze di violenza e manifestavano disordini del comportamento alimentare. Dai risultati, emerge come maggior autostima e buon supporto sociale percepito si configurino come importanti fattori di protezione, mentre maggiori difficoltà economiche siano correlate ad un aumento della possibilità di sviluppare psicopatologia e si delineino, quindi, come il principale fattore di rischio per questo campione (Refaeli, Eyal-Lubling & Komem, 2019).

Diversi studi hanno rilevato come le caratteristiche psicologiche dell'individuo abbiano un ruolo importante nell'influenzare il benessere nel corso delle diverse fasi del ciclo di vita (Newcomb-Anjo et al., 2016). Il nevroticismo, per esempio, appare correlato allo sviluppo di psicopatologia, mentre una disposizione personale volta all'ottimismo sembra proteggere dall'insorgenza di problematiche psicopatologiche (Alarcorn, Bowling & Khazon, 2013). Anche il *negative cognitive style*, ovvero le attribuzioni che un soggetto fa rispetto alle cause e alle conseguenze di eventi negativi della vita (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989), sembra essere associato allo sviluppo di psicopatologia ed amplificare lo stress percepito dal soggetto nel far fronte alle richieste della vita (Misra & Castillo, 2004).

L'ampia descrizione dei compiti evolutivi dell'*emerging adulthood* effettuata nel capitolo precedente, evidenzia un'ingente riorganizzazione richiesta all'individuo in molteplici aree del suo funzionamento. Schulenberg e colleghi (Schulenberg, Sameroff & Cicchetti, 2004) hanno ipotizzato che il far fronte ai *developmental tasks* tipici dell'adulthood emergente sia fondamentale non solo nel consolidare pattern adattivi o disadattivi precedentemente emersi in infanzia e adolescenza, ma anche nel dar vita ad un possibile punto di svolta, ovvero di discontinuità, che possa reindirizzare traiettorie evolutive lungo percorsi differenti. Gli Autori hanno indagato, in un campione di giovani dai 18 ai 26 anni, il successo o l'insuccesso ottenuto da ciascun soggetto in sette tipologie di compiti evolutivi (*education, work, financial independence, romantic/peer involvement, substance use, avoidance, citizenship*). Questo dato è stato correlato con le rispettive traiettorie di sviluppo, raggruppate in quattro possibili categorie (*steady-high well-being trajectory group; steady low well-being trajectory group; high-decreasing well-being trajectory group; low-increasing well-being trajectory group*). La maggior parte dei soggetti mostra nel corso dell'*emerging adulthood*, una continuità nelle traiettorie evolutive dell'infanzia e dell'adolescenza (80%). Chi aveva affrontato con difficoltà i compiti evolutivi precedenti, riscontra difficoltà anche con i compiti evolutivi contingenti. Coloro i quali avevano superato positivamente le sfide dell'infanzia e dell'adolescenza, invece, non riscontrano problematiche nel raggiungimento degli obiettivi dell'*emerging adulthood*. In aggiunta, questi soggetti presentano una visione di sé positiva ed un buon grado di fiducia nei confronti del supporto

sociale percepito. Una percentuale di giovani ha, tuttavia, mostrato pattern di discontinuità: il 7% dei soggetti non è riuscito a superare i compiti evolutivi contrariamente a quanto era avvenuto nelle fasi precedenti; al contrario, il 10% dei partecipanti è riuscito ad affrontare i compiti evolutivi dell'*emerging adulthood*, nonostante le precedenti traiettorie evolutive disfunzionali. Questi ultimi individui vengono definiti *emerging adults* resilienti che, nonostante condizioni avverse nelle quali sono cresciuti, sono riusciti a sfruttare questa nuova fase del ciclo di vita come *turning point* della propria traiettoria evolutiva (Schulenberg, Sameroff & Cicchetti, 2004).

Si definisce resilienza la capacità fronteggiare e riorganizzare positivamente la propria vita a seguito di un evento traumatico; è un processo di autoriparazione e di crescita in risposta alle crisi e alle avversità della vita (Walsh, 2008). Differenti studi longitudinali (*Kauai Longitudinal Study*, Werner & Smith, 1982, 1991, 2001; *Iowa Youth and Family Project*, Elder & Conger, 2000; *Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation*, Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A., 2005) hanno indagato i fattori coinvolti nella resilienza, evidenziando gli aspetti centrali che permettono ai giovani di superare le avversità. Questi studi hanno riportato come elemento comune l'importanza delle relazioni interpersonali nel funzionamento dei soggetti ritenuti resilienti, che insieme ad altri fattori (abilità cognitive, motivazione, progettualità, *self-control* e *self-efficacy*) sembrano essere predittivi di una buona transizione verso l'età adulta (Burt & Paysnick, 2012). Allo stesso modo, uno studio di O'Connor e colleghi (2015) ha messo in luce come relazioni significative con i pari e con i familiari, buon funzionamento scolastico, buon livello socio-economico e capacità di regolazione emotiva nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, siano fattori associati ad uno sviluppo positivo nel corso dell'*emerging adulthood* (O'Connor, Sanson, Toumbourou, Hawkins, Letcher, Williams & Olsson, 2015).

Ulteriori studi hanno indagato quali possono essere i fattori di rischio e di protezione per la salute mentale degli *emerging adults*. Tra questi, Newcomb-Anjo e colleghi (2017) hanno effettuato uno studio su un gruppo di giovani studenti universitari, di età compresa tra i 18 e i 25 anni, identificando quattro profili di rischio per i giovani adulti emergenti: basso rischio, rischio di supporto sociale, rischio finanziario e rischio multiplo. Tali profili sono stati poi correlati con la salute mentale ed il benessere soggettivo ed accademico. Il profilo a basso rischio è caratterizzato da soggetti con buoni indicatori di salute mentale e di benessere soggettivo (autostima e soddisfazione di vita); i soggetti con rischio di supporto sociale, contrariamente ad altri dati presenti in letteratura, sono caratterizzati da un buon livello di salute mentale e da benessere soggettivo, in maniera simile ai coetanei del gruppo a basso rischio; i soggetti con un profilo di rischio finanziario mostrano maggiore probabilità di sviluppare sintomi depressivi, affetti negativi, bassa autostima e scarsa soddisfazione di vita, anche se in misura minore rispetto ai coetanei con un profilo di rischio cumulativo. Questi ultimi, sono i soggetti con più elevati fattori di rischio e con maggiori probabilità di sviluppare una

sintomatologia psicopatologia e scarso benessere nella propria vita (Newcomb-Anjo, Barker & Howard, 2017).

2.2 Psicopatologia

L'*emerging adulthood* si configura come fase evolutiva nella quale sono stati rilevati buoni livelli di benessere, autostima, capacità di regolazione emotiva (specialmente rispetto alle emozioni di stampo negativo) ed un decremento dei sintomi depressivi rispetto all'adolescenza (Grant & Potenza, 2010). Tuttavia, la minor presenza di regole e la diminuzione del controllo genitoriale, quando associate a condizioni sfavorevoli, come visto precedentemente, quali basso status socioeconomico e scarso supporto sociale, possono generare un aumento di difficoltà legate ad ansia, panico, confusione, disorientamento e maggiore instabilità a livello identitario e relazionale (*Ibidem*).

Sebbene la maggior parte dei disagi clinici si manifesti nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, i disturbi con importanti livelli di gravità e cronicità sono presenti maggiormente nel corso dell'*emerging adulthood* (Auerbach et al., 2018; Hunt & Eisenberg, 2010; Gomes et al., 2019; Gustavson et al., 2018). Kessler e colleghi (2005) hanno condotto uno studio in un campione di giovani americani con un'età compresa tra i 18 e i 29 anni, mettendo in luce come il 44 % dei soggetti soddisfi i criteri per un disturbo psicopatologico. Tra i disturbi internalizzanti, i più diffusi sembrano essere i disturbi d'ansia (22%) ed i disturbi dell'umore (10%), mentre per quanto riguarda i disturbi esternalizzanti i più frequenti sono i disturbi da uso di sostanze (22%). Gli Autori specificano che, tra i disturbi d'ansia, i più frequenti sono la fobia sociale (9.1%) e il disturbo d'ansia specifico (10.3%); tra i disturbi dell'umore, i più diffusi sono il disturbo depressivo maggiore (8.3%) e il disturbo bipolare I/II (4.7%); tra i disturbi da uso di sostanze, vi sono l'abuso di alcol (7.1%) e la dipendenza da nicotina (16.7%). In ulteriori studi, è stato dimostrato come queste forme di sofferenza possano essere collegate ad altri problemi di salute e possano interferire nelle principali attività di vita quotidiana determinando, ad esempio, scarsi risultati accademici, maggior probabilità di interruzione degli studi, problemi lavorativi e interpersonali, maggior rischio di suicidalità (King, Meehan, Trim & Chassin, 2006).

Blanco e colleghi (2008) hanno effettuato una ricerca su studenti universitari, evidenziando che i disturbi d'ansia sono la forma di disagio più diffusa in questa popolazione, con circa il 12% di studenti che ne soffre. Tra i disturbi d'ansia, la fobia sociale sembra essere la problematica a insorgenza più precoce, intorno ai 7-14 anni, mentre il Disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG), il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e il disturbo da attacchi di panico presentano un'insorgenza più tardiva (Blanco et al., 2008). È possibile che gli studenti universitari, dovendosi adattare a nuovi ambienti, nuove sfide e nuove forme di stress, siano più vulnerabili rispetto agli altri giovani. Uno studio di Mequelon e colleghi (2005) ha indagato quali aspetti accademici possono

influenzare la salute mentale negli studenti universitari, riscontrano che un elevato grado di perfezionismo può configurarsi come fattore in grado di influire sul benessere psico-fisico degli individui (Miquelon, Vallerand, Grouzet, & Cardinal, 2005).

Le aree psicopatologiche che più frequentemente si esacerbano in questa fase di vita sembrano essere: i disturbi del comportamento alimentare (fortemente correlati ai disturbi da uso di sostanze), i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità (De Isabella, Di Tucci & Biffi, 2013; Grant & Potenza, 2010). Secondo l'*American Psychological Association*, nel corso dell'*emerging adulthood* potrebbero presentarsi anche disturbi più gravi, come schizofrenia e disturbo bipolare, anche se in percentuale minore rispetto ad altre classi di disturbi. Auerbach e colleghi (2018), nello studio longitudinale *World Mental Health Internation College Student*, hanno indagato la prevalenza e la stabilità dei disturbi mentali più comuni tra gli studenti di 19 Università, prendendo in considerazione le possibili differenze di genere tra i partecipanti. Dai dati emerge come il 19.8% dei partecipanti uomini esperisca un disturbo mentale, mentre per le donne la percentuale aumenta al 32.4%. Più precisamente, i disturbi d'ansia sono maggiormente esperiti dalle donne (26.7%) rispetto agli uomini (9.6%), così come accade per il disturbo d'ansia specifico (6.9% per le donne e 2.5% per gli uomini) e il disturbo depressivo maggiore (7.2% per le donne e 4.4% per gli uomini). Solamente il consumo di alcol risulta maggiore negli uomini (8.7%) rispetto alle donne (4.4%). Inoltre, gli Autori rilevano che la prevalenza di sofferenza psichica diminuisce nel passaggio dai 20 ai 30-40 anni ed evidenziano che i disturbi d'ansia e depressivi a 20 anni predicono la stessa tipologia di disturbi nella decade successiva (Auerbach, Mortier, Bruffaerts, Alonso, Benjet, Cuijpers, Demyttenaere, Ebert, Green & Kessler, 2018).

Uno studio di Copeland e colleghi (2009) ha indagato quali disturbi presenti nell'infanzia e nell'adolescenza potessero predire ulteriori disturbi nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai risultati, emerge che sintomi depressivi nel corso dell'adolescenza predicono in maniera significativa disturbi depressivi nella giovane età adulta. La depressione adolescenziale, inoltre, sembra essere spesso in comorbidità con sintomi ansiosi, disturbo oppositivo provocatorio e disturbi da uso di sostanze. Ansia generalizzata e depressione si predicono reciprocamente, mentre il disturbo oppositivo provocatorio (ma non il disturbo della condotta) predice successivi disturbi d'ansia e depressivi. Gli Autori, mettono in luce come il disturbo oppositivo provocatorio emerga come parte della storia evolutiva di un'ampia gamma di disturbi nel corso dell'*emerging adulthood* (Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009).

Dati piuttosto allarmanti sono quelli riguardanti il suicidio tra gli studenti del college, che costituisce, infatti, la seconda causa di morte per persone con un'età compresa tra i 18 e i 24 anni (U.S. Department of Health & Human Services, 2013; Westefeld, Homaifar, Spotts, Furr, Range & Werth, 2005). A triste supporto di tale affermazione, un'indagine compiuta su 8155 studenti riporta

che il 6,7% di essi ha avuto almeno un pensiero suicidario, l'1,6% riferisce di avere un piano suicidario e lo 0,5% dichiara di aver tentato almeno una volta il suicidio (Downs & Eisenberg, 2012).

Un recente studio condotto da La Guardia e colleghi (2020), ha indagato la relazione tra dimensioni di personalità (estroversione, gradevolezza, coscienziosità, nevroticismo e apertura mentale, Costa Jr & McCrae, 1992), autolesionismo e tentativi di suicidio negli *emerging adults*. Dai risultati, emerge che i soggetti con tentativi di suicidio passati e nevroticismo sono associati ad una maggiore probabilità di continuare a commettere autolesionismo non suicidario nel corso della propria vita. Emergono, inoltre, correlazioni tra autolesionismo non suicidario e tratti di gradevolezza e coscienziosità (La Guardia, Cramer, Bryson & Emelianchik-Key, 2020). Anche Olatunji e colleghi (2020) hanno indagato il tema dell'ideazione suicidaria in un gruppo di 251 *emerging adults*, con l'obiettivo di esaminare il ruolo di mediazione dell'autoefficacia e del supporto sociale. Dai risultati emerge che alti livelli di supporto familiare, amicale e di altri significativi predicono una diminuzione dell'ideazione suicidaria, specialmente per quanto riguarda il supporto familiare. Gli Autori hanno, inoltre, rilevato che la percezione del sostegno da parte della famiglia comporta un aumento di autoefficacia, che a sua volta predice una diminuzione del livello di ideazione suicidaria tra giovani adulti emergenti (Olatunji, Idemudia & Olawa, 2020).

Sul tema del suicidio nel corso dell'adulthood emergente, Lancini e Pietropolli Charmet (2009) hanno fornito un'interpretazione relativa alle ragioni sottostanti a tale atto. Gli Autori, ritengono che si verifichi una scissione del sé di stampo narcisistico: un sé grandioso, caratterizzato dalla sensazione di successo, opposto ad un sé piccolo profondamente segnato da sentimenti di inadeguatezza. Quando il giovane adulto emergente si trova ad affrontare un possibile ostacolo che ritiene inaffrontabile (per esempio la mancata realizzazione dei propri progetti o delle proprie aspettative) e che lo pone di fronte ad una sconfitta reale, il sé grandioso deflagra, generando nel soggetto un forte senso di vergogna. Il giovane, per tentare di sottrarsi ad essa, trova nel suicidio una via percorribile per salvare l'immagine grandiosa di sé (Lancini, 2014).

Piotti (2014), in maniera simile rispetto al pensiero di Lancini e Pietropolli Charmet, sostiene che il suicidio nell'*emerging adulthood* abbia una propria specificità, molto diversa rispetto a quando un atto suicidario si verifica in adolescenza o in età adulta. A differenza dell'adolescente, il giovane adulto emergente si trova a confrontarsi quotidianamente con le richieste del mondo esterno, nutrendo fiducia in un successo garantito. L'Autore sostiene che all'*emerging adult* manchi la capacità di accettare i fallimenti e l'imprevedibilità tipica della società in cui viviamo. Tutto ciò può portare il giovane ad esperire sentimenti di angoscia e di profonda disperazione, che possono sfociare in pensieri e gesti suicidari (Piotti, 2014).

A questo punto della trattazione, il focus verrà posto sui principali studi emersi in letteratura rispetto alla prevalenza delle diverse tipologie di disagio mentale in campioni di *emerging adults*.

2.2.1 Depressione e Ansia

I disturbi dell'umore sono comuni nell'*emerging adulthood*, con tassi di prevalenza che oscillano tra il 7 e il 9% (Eisenberg, Hunt & Speer, 2013); più della metà dei soggetti che esperiscono tali sintomi ha manifestato questa sintomatologia per la prima volta nei primi 25 anni di vita. Inoltre, un'età di esordio precoce di sintomatologia depressiva sembra essere correlata ad un incremento nella severità del disturbo, che tratteggia una traiettoria lineare con il procedere dello sviluppo (Zisook, 2007). Dal punto di vista degli studenti universitari, ricerche condotte nei college americani riportano che il 10% di essi soffre di attacchi di panico e di disturbi d'ansia generalizzata e che i disturbi dell'umore in questa fascia di età si attestano tra il 12.9% e il 17% (Hunt & Eisenberg, 2010). Una ricerca condotta dall'*American College Health Association* (2014), evidenzia che il 37% degli studenti universitari ha esperito sintomi ansiosi nel corso dei 12 mesi precedenti, mentre un terzo degli studenti ha riferito di aver vissuto gravi stati depressivi che interferivano in maniera negativa con la propria quotidianità. Il 9% di essi ha, inoltre, affermato di aver tentato il suicidio nel corso della propria vita.

Un recente studio condotto da Fermani e colleghi (2020) indaga la possibile associazione tra sintomi depressivi e stile relazionale amoroso in un gruppo di 283 giovani adulti emergenti italiani. Dai risultati, è emerso che esperire sintomi depressivi si configura come predittore di relazioni amorose disfunzionali ed il genere di appartenenza sembra moderare tale associazione. Nello specifico, gli uomini con alti livelli di depressione faticano a stabilire relazioni romantiche, tanto impegnative, quanto passionali, ma intessono relazioni superficiali e ludiche. Secondo gli Autori questo è dovuto ad una bassa autostima in questi soggetti, che spesso si associa a sintomi depressivi. Le donne con elevati sintomi depressivi, invece, sembrano essere maggiormente coinvolte in relazioni possessive e dipendenti. Dai dati emerge come, tanto per gli uomini, quanto per le donne, i sintomi depressivi predicano l'instaurarsi ed il mantenersi di relazioni amorose in cui, a causa di bassi livelli di autostima, i soggetti dipendono dal partner, sia emotivamente, sia praticamente (Fermani, Bongelli, Canestrari, Muzi, Riccioni & Burro, 2020).

Uno studio longitudinale che ha seguito un elevato numero di gemelli norvegesi dai 20 ai 30/40 anni, ha riscontrato come manifestazioni d'ansia e depressione in giovane età tendano a predire una cronicizzazione del problema nel ventennio successivo; gli unici disturbi che manifesterebbero un'attenuazione nel corso degli anni sembrerebbero essere il disturbo da uso di sostanze e le fobie specifiche (Gustavson, Knudsen, Nesvåg, Knudsen, Vollset & Reichborn-Kjennerud, 2018).

Una recente ricerca (Smout, Lazarus & Hudson, 2020) ha messo in luce la relazione tra differenti modalità di *parenting* genitoriale e lo sviluppo di sintomi ansiosi in un campione di 442 giovani adulti emergenti. Gli Autori, hanno rilevato che uno stile di *parenting* rifiutante è associato ad elevati sintomi di ansia generalizzata, mentre tanto uno stile di *parenting* accogliente e caloroso,

quanto uno stile iper-protettivo non sono risultati correlati allo sviluppo di sintomi di ansia nella giovane età adulta (Smout et al., 2020). Tale dato sembra essere in contrasto con precedenti studi in letteratura che hanno evidenziato come un *parenting* iper-protettivo, specialmente materno, sia associato a sintomi ansiosi negli *emerging adults* (McLeod, Wood & Weisz, 2007a). Gli stessi Autori hanno evidenziato, inoltre, come modalità di *parenting* improntate sul rifiuto e sull'ostilità fossero significativamente correlate a sintomi depressivi nell'infanzia (McLeod, Wood & Weisz, 2007b).

Un recente studio (Kvedaraite, Zelviene, Elklit & Kazlauskas, 2020), ha indagato il ruolo delle esperienze avverse e dello stress post-traumatico sul disturbo da ansia sociale in un gruppo di 590 *emerging adults* lituani. Dai risultati, è emersa una forte correlazione tra sintomi post-traumatici ed ansia sociale, ma quest'ultima non risultava correlata alle esperienze avverse. È emerso che il 32.2% dei soggetti mostrava una comorbidità tra disturbo d'ansia sociale e disturbo post-traumatico da stress (Kvedaraite et al., 2020).

In letteratura sono, inoltre, presenti studi che indagano la relazione tra l'essere vittima di bullismo o di cyberbullismo e lo sviluppo di sintomi internalizzanti. Numerosi studi, infatti, hanno evidenziato come l'essere vittima di bullismo possa portare allo sviluppo di sintomi internalizzanti (Hawker & Boulton 2000; Reijntjes, Kamphuis, Prinzie & Telch, 2010; Ttofi, Farrington, Losel & Loeber, 2011). La vittimizzazione tra pari un tempo avveniva offline, ma con lo sviluppo di numerosi *social media*, il mondo digitale è diventato ora terreno fertile in cui i ragazzi sviluppano relazioni sociali (Ybarra, Boyd, Korchmaros & Oppenheim, 2012) e in cui possono essere vittime di atti di cyberbullismo (Frison & Eggermont 2015). Hatchel e colleghi (2019) hanno effettuato uno studio retrospettivo su 416 soggetti di età compresa tra i 18 e i 24 anni, indagando le relazioni tra vittimizzazione da parte dei pari online e offline in adolescenza, sviluppo di sintomi internalizzanti e supporto sociale percepito online ed offline nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai risultati, emerge che l'effetto di esperienze di bullismo in adolescenza permane nella giovane età adulta, mantenendo i sintomi internalizzanti nel tempo, specialmente di stampo depressivo. Buoni livelli di supporto sociale offline, sono correlati a minori sintomi internalizzanti, ma tale effetto protettivo non è stato riscontrato per il supporto sociale online (Hatchel, Subrahmanyam & Negri, 2019). Tale dato, è in contrasto con precedenti ricerche che hanno messo in luce che il supporto sociale online si configura come fattore di protezione per lo sviluppo di sintomi internalizzanti (Frison & Eggermont 2015; Valkenburg & Peter 2007). Su questo tema, Wang e colleghi (2018), hanno effettuato uno studio volto a indagare le differenze nei livelli di depressione, ansia e problematiche fisiche in un gruppo di 500 giovani adulti maschi gay e bisessuali con esperienze di bullismo e cyberbullismo, valutando anche l'effetto di moderazione del supporto sociale familiare e dei pari. Dai risultati, emerge che i soggetti vittima di qualsiasi tipo di bullismo omofobico in infanzia, mostrano nella giovane adultità maggiori sintomi depressivi, ansiosi e fisici. L'aver subito sia atti di bullismo, sia di cyberbullismo

aumenta i livelli di ansia nell'*emerging adulthood* rispetto all'aver subito solo una delle due tipologie di violenza. Il supporto sociale familiare sperimentato in infanzia, ma non quello dei pari, modera l'effetto del bullismo omofobico sullo sviluppo di sintomi ansiosi e fisici nel corso dell'adulthood emergente (Wang, Lin, Chen, Ko, Chang, Lin & Yen, 2018).

2.2.2 Disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare nel corso della transizione verso l'età adulta possono compromettere lo sviluppo sociale, psicologico e professionale dell'individuo. I disturbi del comportamento alimentare, quali anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e *binge eating disorder* (BED) sono caratterizzati da un'immagine corporea disfunzionale e da particolari comportamenti alimentari (*American Psychiatric Association*, 2013). Tali disturbi, compaiono tipicamente nella transizione verso l'adulthood, infatti l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa solitamente compaiono tra i 15 e i 19 anni, mentre il *binge eating disorder* si manifesta mediamente tra i 23 e i 24 anni (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Kessler, Berglund, Chiu, Deitz, Hudson, Shahly, et al, 2013; Micali, Hagberg, Petersen & Treasure, 2013; Steinhausen & Jensen, 2015). Studi presenti in letteratura riportano prevalenze di *binge eating disorder* pari al 4.4% tra studentesse universitarie (Goldschmidt, Wall, Zhang, Loth & Neumark-Sztainer, 2016; Pivarunas & Shomaker, 2016; Thurston, Hardin, Kamody, Herbozo & Kaufman, 2018; West, Goldschmidt, Mason & Neumark-Sztainer, 2019). Per quanto riguarda i comportamenti disfunzionali legati al controllo del peso, Hymowitz e colleghi (2017) riportano che il 26.4% degli studenti universitari mette in atto comportamenti quali vomito, elevato esercizio fisico, uso di lassativi e diuretici almeno una volta a settimana. Gli Autori hanno anche rilevato che l'11.5% degli studenti universitari, sia maschi che femmine, soddisfano i criteri per il *binge eating disorder* (Hymowitz, Salwen, & Salis, 2017). Un altro studio evidenzia che il 20.7% delle studentesse universitarie riporta di aver attuato comportamenti compensativi per il controllo del peso nel corso dell'ultimo anno (Bankoff, Valentine, Jackson, Schacht & Pantalone, 2013). Uno studio riguardante la prevalenza di disturbi del comportamento alimentare diagnosticati in questa fase di vita, evidenzia che il 20.3% degli studenti universitari raggiunge un livello clinico per lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare (Hasselle, Howell, Dormois & Miller-Graff, 2017) ed un altro studio riporta che il 15.5% delle studentesse universitarie e l'11.8% degli studenti universitari di sesso maschile raggiungono il cut-off clinico per un disturbo del comportamento alimentare (Gonidakis, Lemonoudi, Charila & Varsou, 2018).

Due ampi studi longitudinali hanno esaminato le traiettorie dei disturbi del comportamento alimentare nel corso dello sviluppo. Waszczuk e colleghi (2019), hanno rilevato che il livello medio di ricerca di magrezza diminuisce dall'adolescenza all'*emerging adulthood*, mentre tanto

l'insoddisfazione corporea, quando la bulimia rimangono invariate tra le due fasi del ciclo di vita (Waszczuk, Waaktaar, Eley & Torgersen, 2019). L'altro studio evidenzia che l'8.2% della popolazione adolescenziale ha avuto esperienza di abbuffate e di *binge eating disorder*, ma questi sintomi trovavano una risoluzione nel corso della giovane età adulta, mentre il 3.6% della popolazione manteneva tali comportamenti disfunzionali sia in adolescenza sia nella giovane età adulta. Il 7.2% della popolazione, invece, non manifestava tali sintomi alimentari in adolescenza, ma li ha sviluppati nel corso dell'*emerging adulthood* (Goldschmit, Wall, Zhang, Loth & Neumark-Sztainer, 2016). Un ulteriore studio longitudinale ha indagato quali conseguenze possano avere comportamenti di abbuffate e *binge eating* nell'*emerging adulthood* ed ha rilevato che tali comportamenti sono associati ad elevati livelli depressivi, isolamento sociale, difficoltà nel sonno, diminuita attrazione legata al proprio corpo e scarse relazioni intime amicali (Mason & Heron, 2016).

Numerosi studi in letteratura indagano quale possa essere l'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare nell'*emerging adulthood*, concentrandosi su tre categorie di fattori: psicologici, sociali e genetici-biologici. Per quanto concerne i fattori psicologici alla base dello sviluppo di disturbi del comportamento alimentare nell'adulthood emergente, numerosi studi evidenziano come apprezzare il proprio corpo, essere positivi, auto-compassionevoli, sentirsi socialmente al sicuro, essere resilienti ed avere una buona percezione e valutazione di sé siano fattori protettivi per lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare (Burt, Boddy & Bridgett, 2015; Hymowitz et al., 2017; Thurston et al., 2018; Javier and Belgrave, 2019). Una regolazione emotiva negativa, elevati livelli di stress, alimentazione disordinata, evitamento delle relazioni e senso di colpa sono, invece, associati a maggior presenza di disturbi del comportamento alimentare (Asberg & Wagaman, 2010; Bankoff et al., 2013; Lydecker, Hubbard, Tully, Utsey & Mazzeo, 2014; Burt et al., 2015; Hasselle et al., 2017; Hymowitz et al., 2017; Marta- Simões & Ferreira, 2018; Thurston et al., 2018; Javier & Belgrave, 2019). Alcuni studi hanno anche analizzato la possibile associazione tra disturbi del comportamento alimentare e sintomi depressivi, rilevando che i disordini del comportamento alimentare sono maggiormente associati a sintomi depressivi e rischio suicidario in giovani adulti donne (Rawana, McPhie & Hassibi, 2016) e che i sintomi depressivi in adolescenza predicono disturbi del comportamento alimentare nell'*emerging adulthood*, insieme a scarsa autostima ed elevata insoddisfazione del proprio corpo (Goldschmidt et al., 2016; West et al., 2019). Per quanto riguarda i fattori sociali, invece, alcuni studi hanno evidenziato come uno stile genitoriale improntato sul controllo, aver avuto una mamma che ha sofferto di disturbi del comportamento alimentare ed aver vissuto esperienze di abuso fisico e maltrattamento in infanzia, sono fattori correlati allo sviluppo di problematiche alimentari nell'*emerging adulthood* (Lucas, 2010; Bankoff et al., 2013; Hasselle et al., 2017). Un recente studio longitudinale svolto con coppie di gemelli giovani adulti, ha rilevato che fattori ambientali giocano un ruolo importante sia nel mantenimento

delle problematiche alimentari dall'adolescenza alla giovane età adulta, sia nella loro prima manifestazione in questa fase del ciclo di vita (Waszczuk et al., 2019). Indagando i fattori genetici e biologici, alcuni studi hanno riscontrato che l'indice di massa corporea (BMI) è associato allo sviluppo di sintomi alimentari in *emerging adults* con o senza diabete (Doyle, Quinn, Ambrosino, Weyman, Tamborlane & Jastreboff, 2017; Thurston et al., 2018) e che i giovani adulti emergenti con diabete hanno maggiori probabilità di sviluppare disordini alimentari se presentano anche scarso controllo metabolico (Doyle et al., 2017; Potterton, Richards, Allen & Schmidt, 2020).

Un recente studio (Biolcati, Mancini & Villano, 2020), ha indagato l'influenza dei commenti genitoriali rispetto all'apparenza corporea delle figlie, sulla soddisfazione di queste ultime rispetto alla propria immagine corporea. La ricerca si è svolta in un gruppo di 688 giovani adulte emergenti, suddivise in due gruppi: 18-23 anni e 24-28 anni. Gli Autori hanno anche indagato se e come la soddisfazione di vita, i commenti genitoriali sull'apparenza corporea e il livello di criticismo materno e paterno potessero influenzare la soddisfazione per il proprio corpo nei due gruppi di soggetti. Dai risultati, emerge che le giovani donne di età compresa tra 18 e 23 anni mostrano minori livelli di soddisfazione nella *performance* accademica e lavorativa, nelle loro relazioni con la famiglia di origine e nelle relazioni sentimentali rispetto al gruppo con età tra 24 e 28 anni. Inoltre, dai dati emerge anche che le giovani donne dai 18 ai 23 anni sono meno soddisfatte della propria immagine corporea rispetto alle altre partecipanti allo studio. I soggetti con maggior soddisfazione rispetto alla propria immagine corporea, mostrano anche maggiore soddisfazione di vita e minor presenza di criticismo genitoriale, a prescindere dall'età dell'individuo (Biolcati et al., 2020).

2.2.3 Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*

Nel corso dell'*emerging adulthood*, l'uso e l'abuso di sostanze è molto frequente, raggiungendo il 49% tra i 19 e i 20 anni e circa il 70% entro i 27 anni (Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2009; SAMHSA Office of Applied Studies, 2009). I dati dello studio *Monitoring the Future*, indicano che i livelli problematici di consumo di alcol quotidiano e *binge drinking* sono più alti in questa fase ciclo del vita rispetto alle altre fasi di sviluppo (Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2008).

Per quanto concerne i disturbi correlati all'uso di sostanze, un utilizzo massiccio di tabacco, alcol e sostanze illecite è così caratteristico di questa fase del ciclo di vita da essere considerato da alcuni autori "*a developmental disorder of young adulthood*" (Sher & Gotham, 1999). Recenti stime americane (Andrews & Westling, 2016), riportano che i più alti tassi di consumo di alcol e di *binge drinking* (bere 5 o più *drinks* in una sola volta) siano rilevati nella fascia di età compresa tra i 21 e i 25 anni. Allo stesso modo, il tabagismo tocca il suo massimo picco di utilizzo tra i 21 e i 29 anni. Per quanto riguarda, invece, l'uso di marijuana e sostanze illecite i tassi di utilizzo tra giovani di età

compresa tra i 18 e i 29 anni vanno dal 17,7% al 21,3%. Studi cross nazionali hanno permesso di rilevare andamenti simili in Australia, Nuova Zelanda e Nord Europa (*ibidem*).

Tra gli *emerging adults*, il *binge drinking* è associato ad un'ampia gamma di conseguenze a breve e a lungo termine, incluse lesioni, comportamenti sessuali a rischio, sviluppo di psicopatologia e maggiore probabilità di abuso di alcol e dipendenza nel corso della vita (Ellickson, Tucker, & Klein, 2003; McCambridge, McAlaney, & Rowe, 2011; Stone, Becker, Huber & Catalano, 2012).

Un recente studio (Karriker-Jaffe, Lönn, Cook, Kendler & Sundquist, 2021), indaga come la precoce esposizione a problematiche esternalizzanti dei genitori (ovvero disturbi da uso di sostanze ed alcolismo e comportamenti criminali) possa contribuire allo sviluppo di un disturbo da uso di alcol in un gruppo di 451054 giovani adulti maschi svedesi. Dai dati, emerge che una storia di problematiche esternalizzanti genitoriali è associata a problematiche scolastiche e comportamentali nel corso dell'adolescenza e a minor resilienza, aumento di comportamenti criminali e ridotta integrazione sociale nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai dati è emerso, inoltre, che un buon livello di istruzione dei genitori media l'effetto delle loro problematiche esternalizzanti sullo sviluppo di disturbo da uso di alcol nei figli, specialmente se associato ad un buono status socioeconomico (Karriker-Jaffe et al., 2021).

In letteratura, vengono delineati i principali fattori di rischio e di protezione per lo sviluppo di problematiche di alcolismo dall'adolescenza all'*emerging adulthood*. Tra questi vi sono le relazioni con coetanei devianti, spiegate secondo due ipotesi alternative. La *Social Learning Hypothesis* sostiene che i giovani adottano il comportamento del gruppo e le sue norme attraverso meccanismi di imitazione e di rinforzo (Kandel, 1983). Al contrario, la *Self-Selection Hypothesis* suggerisce che i giovani cerchino attivamente altri soggetti con le stesse modalità comportamentali (Osgood, Ragan, Wallace, Gest, Feinberg & Moody, 2013). Queste ipotesi sono di fondamentale importanza per comprendere come i soggetti che esperiscono sintomi depressivi siano a rischio di rifiuto da parte dei pari ed abbiano maggiori possibilità di legarsi a coetanei devianti, per ridurre il peso dell'isolamento sociale, con conseguente rischio di sviluppare dipendenza da alcol (Laird, Jordan, Dodge, Pettit & Bates, 2001; Monahan, Steinberg & Cauffman, 2009; Pesola, Shelton, Heron, Munafo, Maughan, Hickman & van den Bree, 2015). La depressione vissuta in adolescenza, infatti, è stata identificata come un fattore di rischio per un maggior consumo di alcol e problemi di alcol nel corso dell'adolescenza e dell'*emerging adulthood* (Saraceno et al. 2012; Marmorstein 2009).

Un recente studio effettuato su 404 giovani studenti universitari ha dimostrato che una relazione sentimentale profonda, con progetti per il futuro, si associa ad un decremento del consumo di alcol nel corso dell'*emerging adulthood*, senza differenze tra i partecipanti in base al corso di laurea frequentato (Egerton & Read, 2019). Ancora una volta, la capacità di stabilire un legame relazionale

maturato e con progettualità si configura come fattore protettivo per lo sviluppo di problematiche psicopatologiche in questa delicata fase del ciclo di vita (*ibidem*).

Jun e colleghi (2019), hanno effettuato uno studio con 8282 giovani adulti emergenti, indagando le differenze di genere nei rischi evolutivi del consumo di alcol. Gli Autori, evidenziano che il comportamento antisociale è associato ad un aumentato rischio di consumo di alcol, senza alcuna differenza di genere. Il consumo di alcol nella prima età adulta emergente è associato ad un aumento del rischio di gioco d'azzardo nel corso dello sviluppo. Per gli uomini, vi è maggiore associazione tra consumo di alcol e successivo *binge drinking* rispetto alle donne, per le quali problematiche di *binge drinking* sono associate a maggior coinvolgimento nel gioco d'azzardo patologico (Jun, Sacco, Bright & Cunningham-Williams, 2019).

I problemi di condotta nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza sono stati indagati come possibili precursori di problematiche correlate all'alcol nell'adulthood emergente. Uno studio condotto con 3038 giovani adulti del Regno Unito, ha evidenziato che i soggetti con problemi di condotta a esordio precoce o adolescenziale mostrano il più alto livello di problematiche di alcolismo rispetto ai coetanei con bassi problemi di condotta prima dei 18 anni, ma tale associazione non persiste dopo i 19 anni. I soggetti con esordio precoce dei problemi di condotta, mostrano consumo di alcol e comportamento criminale anche all'età di 15 anni e mostrano maggiori problematiche alcol-correlate nel corso della giovane età adulta. Tale associazione risulta essere meno forte nei soggetti in cui le problematiche di condotta si sono manifestate nel corso dell'adolescenza (Hammerton, Edwards, Mahedy, Murray, Maughan, Kendler,... & Heron, 2020).

In letteratura, è stato indagato anche il ruolo del calore e dell'affetto nelle relazioni familiari ed extra familiari nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza sullo sviluppo di problematiche alcol-correlate. Da uno studio recente, emerge che uno scarso calore tanto nelle relazioni familiari, quanto in quelle extra-familiari è correlato a maggiore probabilità di sviluppare problematiche legate al consumo di alcol, specialmente per donne appartenenti a minoranze sessuali e non per i maschi partecipanti allo studio (Coulter, Jun, Truong, Mair, Markovic, Friedman & Corliss, 2019).

In letteratura, viene indagata anche la relazione tra problematiche internalizzanti ed esternalizzanti nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza ed il loro effetto sul consumo di alcol nell'*emerging adulthood*. Uno studio longitudinale, ha seguito un gruppo di soggetti dagli 8 ai 22 anni per indagare le possibili associazioni tra aggressività e sintomi depressivi nell'infanzia e lo sviluppo di problematiche legate all'alcol in adolescenza e nella giovane età adulta. Dai risultati emerge che i soggetti che mantengono elevati livelli di sintomi depressivi e di aggressività dall'infanzia, all'adolescenza, fino alla giovane età adulta hanno un elevato rischio di sviluppare, in questa fase del ciclo di vita, problematiche correlate all'uso ed abuso di alcol (Wu, Hsieh, Chang, Lin & Buu, 2020).

Alcuni studi hanno indagato possibili fattori predisponenti per lo sviluppo di disturbi da uso di sostanze nel corso della giovane età adulta. La depressione vissuta in adolescenza è stata identificata, anche in questo caso, come un fattore di rischio per disturbi da uso di sostanze nel corso dell'adolescenza e dell'*emerging adulthood* (Saraceno et al. 2012; Marmorstein 2009).

Nell'*emerging adulthood* sembra raggiungere l'apice anche il tabagismo, spesso associato anche all'uso di cannabis (Schulenberg, Johnston, O'Malley, Bachman, Miech, & Patrick, 2020). Uno studio longitudinale della durata di 10 anni, ha indagato l'uso congiunto di tabacco e cannabis dall'adolescenza alla giovane età adulta. Dai risultati, emerge che il consumo congiunto di cannabis e tabacco aumenta costantemente dalla scuola media all'età adulta emergente, con un aumento più netto durante il passaggio alla giovane età adulta rispetto all'adolescenza. La prevalenza, infatti, aumenta da 0.3% nell'adolescenza a 9.5% nell'*emerging adulthood*. I giovani adulti emergenti con elevati livelli di delinquenza, maggiori sintomi psicopatologici e scarsa salute fisica avevano maggiori probabilità di fare uso congiunto di tabacco e cannabis (Tucker, Rodriguez, Dunbar, Pedersen, Davis, Shih & D'Amico, 2019).

Un recente studio ha indagato l'associazione tra l'aver vissuto esperienze avverse nell'infanzia ed il conseguente consumo di alcol e sostanze illegali nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai dati, emerge che l'aver vissuto esperienze traumatiche infantili (in maniera cumulativa) predice il consumo di droga, ma non di alcol nell'adulthood emergente. Gli Autori hanno poi indagato se ci fosse un'associazione tra specifiche *Adverse Childhood Experiences* e problematiche legate al consumo/abuso di droga o alcol ed hanno rilevato che l'abuso psicologico e l'aver un genitore tossicodipendente aumenta la probabilità di consumo di alcol nel soggetto. L'abuso sessuale ed il *neglect*, invece, predicono maggiormente il consumo di droga nella giovane età adulta (Villanueva & Gomis-Pomares, 2020).

Un ulteriore studio, svolto su 1353 indaga la possibile associazione tra l'aver subito diversi tipi di *intimate partner violence* nella prima età adulta (21 anni) e lo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze nella giovane età adulta (30 anni). Dai dati emerge che, per le donne, l'aver subito violenza da parte del partner sembra essere un importante fattore di rischio per il successivo disturbo da consumo di alcol, disturbo da uso di sostanze e tabagismo a 30 anni. Per gli uomini, invece, solo l'abuso fisico ed emotivo sono in grado di predire il disturbo da uso di alcol e da uso di sostanze a 30 anni (Ahmadabadi, Najman, Williams, Clavarino, d'Abbs & Smirnov, 2019).

Per concludere la disamina delle problematiche di *addiction* nei giovani adulti emergenti, è importante citare anche la dipendenza da videogiochi, etichettata nel DSM-5 come *Internet Gaming Disorder* (American Psychiatric Association, 2013). Nel mondo occidentale, l'uso dei videogiochi è quasi onnipresente, tanto che uno studio statunitense riporta che il 97% degli adolescenti riferisce di giocare ai videogiochi (Lenhart, Kahne, Middaugh, Macgill, Evans & Vitak, 2008) e numerosi studi

riportano come tale attività sia importante per la cultura adolescenziale e per la loro socializzazione, soprattutto per gli adolescenti maschi (Olson, 2010). Per la maggior parte degli adolescenti, giocare ai videogiochi è una forma di intrattenimento piacevole e spesso sociale e non è correlata a conseguenze negative per lo sviluppo (*ibidem*). Per una piccola percentuale di essi, però, l'uso dei videogiochi può diventare patologico (Gentile 2009; Gentile, Bailey, Bavelier, Brockmyer, Cash, Coyne & Markle, 2017). Il gioco patologico è caratterizzato da un tempo eccessivo dedicato ai videogiochi e alla difficoltà a disimpegnarsi da questi e comporta un'interruzione del funzionamento sano dell'individuo (Chua, Goh & Lim, 2019). Stockdale e Coyne (2018), indagano le differenze tra coloro che sviluppano un *Internet Gaming Disorder* da coloro che utilizzano i videogiochi in maniera non patologica. Gli Autori, hanno rilevato che i soggetti con sintomi patologici legati all'uso dei videogiochi mostrano minor salute mentale e peggior funzionamento cognitivo, con maggior discontrollo degli impulsi e sintomi di iperattività rispetto ai coetanei. Inoltre, questi soggetti mostrano maggiori livelli di depressione ed ansia e riportano di sentirsi maggiormente isolati socialmente (Stockdale & Coyne, 2018). Un recente studio longitudinale (Coyne, Stockdale, Warburton, Gentile, Yang & Merrill, 2020), esamina, in un periodo di 6 anni, le traiettorie dei sintomi patologici legati all'uso dei videogiochi dall'adolescenza alla giovane età adulta. Dai risultati, emerge che il 10% dei soggetti ha mostrato sintomi moderati di gioco patologico nel corso dell'adolescenza ed un loro aumento nella transizione alla giovane età adulta; il 18% dei partecipanti ha, invece, mostrato sintomi moderati in adolescenza che si sono mantenuti costanti nel corso dello sviluppo ed infine il 72% dei soggetti ha mostrato sintomi relativamente bassi nel corso dell'intero studio. Gli Autori, evidenziano che il genere maschile e uno scarso comportamento pro-sociale predicono sintomi moderati che perdurano o addirittura aumentano nel corso dell'*emerging adulthood*. I soggetti con aumenti dei sintomi patologici legati ai videogiochi mostrano maggiori livelli di ansia, depressione, aggressività, timidezza ed uso problematico del cellulare rispetto ai coetanei senza i suddetti sintomi (Coyne et al., 2020).

2.2.4 Discontrollo degli impulsi e comportamenti devianti

Per quanto riguarda i disturbi del discontrollo degli impulsi tra i giovani adulti emergenti, è possibile osservare che il disturbo esplosivo intermittente sembra essere notevolmente il più diffuso (8,3%), seguito dal disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD; 3,9%), dal disturbo oppositivo provocatorio (1,2%) e dal disturbo della condotta (1,4%) (Tanner, 2016).

Recenti ricerche hanno rilevato che il disturbo oppositivo-provocatorio si manifesta anche nel corso dell'*emerging adulthood* (Burke, Rowe & Boylan, 2014; Johnston, Derella & Burke, 2018; Leadbeater & Homel, 2015; McKinney, Brown & Malkin, 2018; McKinney, Stearns & Szkody, 2021; McKinney, Walker & Kwan, 2020) e si associa a difficoltà relazionali (con gli amici, il partner e i

genitori), ad osservare le regole e a gestire la propria irritabilità, nonché a problemi di ansia e depressione (Burke, 2012; Burke, Waldman & Lahey, 2010). Johnston e colleghi (2018), hanno messo in luce come il disturbo oppositivo-provocatorio negli studenti universitari sia associato a problematiche sociali, a maggiore competizione ed antagonismo con i compagni e a maggior rischio di abbandono scolastico (Johnston et al., 2018). Leadbeater e colleghi (2012), hanno indagato possibili differenze di genere per il disturbo oppositivo-provocatorio nel corso dell'*emerging adulthood*, rilevando che i maschi mantengono costante le proprie problematiche di oppositività e provocatorietà dall'adolescenza alla giovane età adulta, mentre le femmine riportano una diminuzione di tali problematiche nel corso del tempo (Leadbeater, Thompson & Gruppuso, 2012).

Numerosi studi hanno messo in luce l'associazione tra comportamenti antisociali dei genitori e dei figli (Eaves, Prom e Silberg, 2010; Jackson & Beaver, 2015; McKinney, Stearns & Szkody, 2020). Diversi Autori hanno cercato di fornire una spiegazione a questa associazione, rilevando il ruolo svolto da pratiche genitoriali disfunzionali (per esempio scarsa responsività, ostilità, interazioni coercitive, incoerenza nelle pratiche educative) in questa connessione (Eaves et al., 2010; Feinberg, Button, Neiderhiser, Reiss e Hetherington, 2007). Dogan e colleghi (2007), hanno messo in luce l'importanza della consapevolezza dei figli adolescenti rispetto alla psicopatologia genitoriale ed ai loro comportamenti. Una maggiore consapevolezza dei comportamenti antisociali dei genitori e l'uso di strategie genitoriali inadeguate, infatti, portano ad una maggiore manifestazione di comportamenti antisociali nei figli (Dogan, Conger, Kim & Masyn, 2007). McKinney e colleghi (2020), indagano se la psicopatologia dei genitori (di stampo ansioso, depressivo e antisociale) possa moderare la relazione tra temperamento e disturbo oppositivo provocatorio, in un campione di 599 giovani adulti emergenti con disturbo oppositivo provocatorio. I risultati hanno indicato che problematiche ansiose, depressive ed antisociali dei genitori sono in grado di accentuare la relazione tra temperamento difficile del soggetto e disturbo oppositivo provocatorio nel corso dell'*emerging adulthood* (McKinney et al., 2020). Anche Stearns e McKinney (2018), hanno indagato l'influenza delle problematiche antisociali dei genitori sullo sviluppo di comportamenti antisociali nei figli. Gli Autori, però, hanno analizzato la possibile influenza della religiosità personale come fattore di protezione, in un campione di 435 giovani adulti emergenti universitari con genitori con problematiche antisociali. Dai risultati, emerge che la religiosità nel corso dell'*emerging adulthood* è in grado di proteggere i giovani adulti emergenti dalle conseguenze dei problemi antisociali materni, ma tale funzione protettiva risulta essere più debole nei confronti delle problematiche antisociali paterne (Stearns & McKinney, 2018).

Hill e colleghi (2018), indagano l'effetto di numerosi fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti delinquenziali nel corso della giovane età adulta, in un campione di 970 giovani adulti emergenti olandesi. Gli Autori rilevano che scarso autocontrollo, aggressività, atteggiamento

criminale e consumo di alcol si configurano come fattori di rischio per lo sviluppo di delinquenza nell'adulità emergente. Il supporto sociale dei genitori, invece, si rivela essere un importante fattore di protezione per lo sviluppo di comportamenti delinquenti in questa fase del ciclo di vita (Hill, Blokland & van der Geest, 2018). Anche Granger e colleghi (2020), hanno indagato il ruolo che le relazioni tra pari e con i genitori hanno sui comportamenti devianti nel corso della transizione dall'adolescenza alla giovane età adulta. Dai risultati, si evince che il comportamento deviante adolescenziale è significativamente correlato all'emergere di problematiche devianti nel corso dell'*emerging adulthood* ed è associato a minor qualità delle relazioni tra pari e con i genitori (Granger, Cook & Ramos, 2020).

Uno studio di Makarios e colleghi (2017), indaga gli effetti del comportamento criminale in adolescenza sullo sviluppo sociale nel corso dell'*emerging adulthood*. Dai risultati, emerge che il comportamento deviante in adolescenza predice l'insuccesso scolastico ed il benessere, aumentando la probabilità di mettere in atto comportamenti sessuali a rischio e generando, quindi, uno scarso adattamento sociale (Makarios, Cullen & Piquero, 2017). Sempre rispetto al comportamento criminale, Mowen e Boman (2018) hanno indagato il ruolo del supporto dei pari e del conflitto con i pari in relazione a crimini contro la proprietà, rilevando che un livello maggiore di supporto dei pari è correlato a minori livelli di criminalità. Un recente studio (Lichtenstein, Cederlöf, Lundström, D'Onofrio, Anckarsäter, Larsson & Pettersson, 2020), effettuato su un campione di 18649 gemelli svedesi, indaga la possibile associazione tra problemi di condotta nel corso dell'infanzia ed esiti avversi nella giovane età adulta. Dai dati, si evince che in media, ogni sintomo aggiuntivo di problemi di condotta infantili, è associato ad un aumento del 32% del rischio di esiti negativi nell'*emerging adulthood*. In aggiunta, gli Autori hanno rilevato che problematiche di condotta infantili sembrano essere correlate a successive problematiche esternalizzanti con un'eziologia primariamente ambientale, mentre fattori genetici sembrano essere coinvolti nell'associazione tra problemi di condotta nell'infanzia e sintomi internalizzanti nella giovane età adulta (Lichtenstein et al., 2020).

3. Il counselling psicologico

3.1 Aspetti definatori e differenti tipologie di counselling

Il counselling psicologico si configura come un intervento breve, con una durata temporale definita (solitamente da quattro a dodici colloqui), il cui obiettivo principale è la promozione del benessere psicologico e l'adattamento dell'individuo, non la cura della psicopatologia (Calvo, 2007). Il counselling si muove in una cornice preventiva, mirando a identificare, mobilitare e potenziare le risorse personali dell'individuo per favorire la ripresa del processo di crescita e di sviluppo individuale, attraverso l'analisi del problema contingente. Il percorso di counselling, quindi, promuove una miglior conoscenza di sé e delle proprie difficoltà emotive e permette al soggetto di comprendere la propria situazione attuale, per poter affrontare consapevolmente scelte e cambiamenti (BAC, 1989; 1992; Di Fabio, 1999; Ripamonti, 2015). All'interno del contesto del counselling, colui che chiede aiuto al counsellor, è definito con il termine cliente e non paziente, come avviene nel corso di un intervento psicoterapeutico. In questo modo, l'accento è posto nei confronti della persona, nella sua fragilità e forza, e non sulla sofferenza di cui è portatrice (Rogers, 1951).

Un intervento di counselling, quindi, è in prima istanza una forma di relazione d'aiuto. Una commissione di esperti inglesi (Russel, Dexter, & Bond, 1992), ha cercato di differenziarlo da altre forme di intervento che presuppongono competenze, ruoli e finalità differenti, quali:

- *Befriending*, termine con cui gli Autori intendono una manifestazione di "solidarietà amicale" che un operatore esterno a soggetti socialmente svantaggiati attraverso sostegno emotivo e pratico;
- *Advice e Guidance*, che richiamano quelle situazioni in cui il cliente si trova in difficoltà a causa di una mancanza di informazioni per cui l'esperto, non solo fornisce tali conoscenze, ma offre anche al soggetto consigli e supporto per valutare le indicazioni. Nell'*advice* tale processo si svolge rapidamente attraverso brevi contatti, mentre nella *guidance* viene effettuato un percorso esplorativo che si protrae nel tempo e presuppone lo sviluppo di una relazione di fiducia. Tale distinzione è di fondamentale importanza poiché il counselling, a differenza di queste due pratiche, non fornisce consigli o soluzioni preconfezionate, ma sostiene il soggetto affinché raggiunga decisioni autonome e personali (Hough, 1996; Sabbadini, 2009);
- *Counselling skills*, che sono, invece, quelle abilità relazionali e comunicative tipiche del counselling, che vengono applicate anche da figure differenti quali medici, infermieri, insegnanti ed educatori per migliorare i propri rapporti professionali con gli utenti.

Nel corso dell'intervento di counselling, il professionista aiuta l'individuo a formulare una richiesta di aiuto, tramite la ricostruzione dei significati personali legati al problema portato e sostiene il processo di consapevolezza dei propri bisogni, delle proprie potenzialità e della necessità di cercare soluzioni nuove. Il *counsellor*, infatti, mostra partecipazione emotiva, mantenendo l'oggettività,

e si relaziona al soggetto in maniera attiva, sospendendo ogni forma di giudizio (Copley, 1976; Noonan, 1983; Adamo, 1990; Adamo & Valerio, 1995).

Il counselling esclude la psicopatologia dal proprio raggio d'azione e si concentra sull'*hic et nunc* e su possibili ostacoli nella vita quotidiana (Calvo, 2007). Per quanto riguarda i fattori relazionali all'interno del counselling, secondo Rogers (1951) sono essenzialmente tre le disposizioni di base che dovrebbero connotare l'atteggiamento del *counsellor* nei confronti del cliente (Di Fabio, 1999): autenticità e congruenza (relazionarsi in modo genuino, sincero e coerente), accettazione incondizionata e rispetto dell'altro (il *counsellor* dovrebbe accogliere e ascoltare il cliente assumendo una posizione acritica e rispettosa) e comprensione empatica (capacità di immedesimarsi nei vissuti soggettivi del cliente e condividere con lui ciò che questa esperienza provoca).

Alcuni Autori (Di Fabio, 1999; Hough, 1996; Truax & Carkhuff, 1967), hanno messo in luce le caratteristiche peculiari e gli strumenti che deve possedere un *counsellor* per aiutare il cliente nel suo percorso di crescita:

- Ascolto attivo del cliente, prendendo in considerazione tanto le forme di comunicazione verbale quanto quelle non verbali;
- Fornire risposte empatiche e pertinenti e saper porre domande in modo non giudicante e non intrusivo;
- Favorire il processo di chiarificazione attraverso l'uso della riformulazione, ovvero verbalizzare, in modo più chiaro grazie all'utilizzo di altre parole, quanto detto dal cliente, chiedendo poi a quest'ultimo la congruenza della propria comprensione;
- Gestire con destrezza le varie fasi del colloquio e l'interazione grazie ad una costante operazione di osservazione e monitoraggio.

L'intervento di counselling è un processo relazionale in cui il professionista aiuta il soggetto ad articolare il problema e le sue implicazioni, guidandolo alla scoperta di sé e delle proprie risorse (Cionini, 2013). Il cliente, quindi, ha un ruolo attivo: il *counsellor* ne promuove l'autonomia in una relazione paritaria, ovvero nell'essere con e nel fare con il cliente, senza fornire consigli o soluzioni unilaterali che non lasciano spazio all'individuo di crescere (Ferraro & Petrelli, 2000; Giannakoulas & Fizzarotti Selvaggi, 2003; Candela, Salvadori, Spiombi & Verticchio, 2007).

Fondamentale, all'interno di un intervento di counselling, è il *setting*, che contribuisce a dotare di professionalità ciò che accade all'interno di esso. Secondo Binetti e Bruni (2003), il *setting* è la cornice spazio-temporale che definisce e racchiude la relazione d'aiuto e comprende: il luogo fisico in cui si svolgono i colloqui (stanza tranquilla, riservata, con poltrone comode sistemate *vis à vis*), il tempo dei colloqui (un colloquio a settimana per la durata di 45-50 minuti) e dell'intervento (è importante comunicare fin dall'inizio il numero limitato e definito di incontri), il contratto tra *counsellor* e cliente (obiettivi, modalità, regole ed onorario) ed il *setting* interno del *counsellor*

(atteggiamento del *counsellor* propenso a partecipare e contribuire in maniera professionale e competente alla relazione d'aiuto).

L'intervento di counselling si differenzia, quindi, profondamente dalla psicoterapia per numerosi fattori. In primo luogo, il counselling si rivolge a individui con funzionamento adeguato che si trovano in difficoltà a fronte di una momentanea e contestuale discrepanza tra le proprie capacità di adattamento e le richieste specifiche dell'ambiente, mentre la psicoterapia può rivolgersi anche alla cura della psicopatologia. Anche gli obiettivi e le tempistiche differiscono, infatti, nel counselling gli obiettivi sono maggiormente circoscritti e richiedono un numero limitato di colloqui, mentre nella psicoterapia vi sono obiettivi più complessi e profondi che necessitano di relazioni terapeutiche maggiormente consolidate e tempistiche di trattamento più prolungate (Dazzi et al., 2009). In aggiunta, mentre nel counselling ci si focalizza prevalentemente sulle problematiche attuali e contingenti del soggetto, nella psicoterapia assume un ruolo importante il passato dell'individuo, poiché i problemi attuali potrebbero affondare le proprie radici nella sua storia evolutiva (Riva Crugnola, 2017). Infine, nel counselling non vengono indagati i meccanismi di difesa e la dimensione inconscia del soggetto, fondamentali, invece, all'interno di un percorso psicoterapeutico, specialmente di stampo psicomodinamico.

A seconda dell'approccio teorico assunto, però, le distinzioni tra counselling e psicoterapia possono modificarsi: basti pensare alla differenza tra una psicoterapia psicoanalitica a lungo termine, con sedute ad alta frequenza, focalizzata sul collegamento delle problematiche attuali con il passato del paziente e sulla centralità dell'inconscio, confrontata con una psicoterapia con approccio cognitivo-comportamentale attivo, direttivo, centrato sul presente e sulle problematiche specifiche e con frequenza media di una seduta a settimana per un periodo di tempo limitato (Cionini, 2013).

È importante citare anche la differenza tra intervento di counselling e consultazione prolungata, che sta trovando sempre più diffusione nella società attuale, specialmente con adolescenti e giovani adulti emergenti (Pelanda, 2014). La consultazione prolungata è una tipologia di intervento che si colloca a mezza via tra una modalità breve, come il counselling, ed una modalità a lungo termine come la psicoterapia. Counselling e consultazione prolungata condividono il focus sul presente, l'uso della riformulazione ed il tentativo di promuovere una maggior consapevolezza nel soggetto, al fine di giungere alla presa di decisioni volte a incrementare il benessere dell'individuo. La consultazione prolungata è utile quando tanto il clinico, quanto il soggetto ritengono un intervento breve eccessivamente vincolante ed un trattamento psicoterapeutico a lungo termine non necessario (Riva Crugnola, 2017).

Nell'ambito dell'intervento di counselling, esistono diversi approcci teorici: l'approccio centrato sulla persona (anche detto approccio umanistico), l'approccio psicomodinamico, l'approccio sistemico-relazionale, l'approccio cognitivo-comportamentale e cognitivo-relazionale, l'approccio

gestaltico, l'approccio esistenziale, il counselling di attaccamento e modelli di counselling integrato (Binetti & Bruni, 2003; Carkhuff, 1987; Di Fabio, 1999; Holm-Hadulla et al., 2011; Hough, 1996; Meier & Davis, 2019).

L'approccio umanistico, definito anche approccio centrato sulla persona, è ispirato all'opera di Carl Rogers (1951), che ha contribuito allo sviluppo dell'intervento di counselling e alle tecniche che lo caratterizzano. Molte delle tecniche messe in luce dall'Autore e già citate precedentemente (come l'ascolto attivo, la comprensione empatica etc.) sono valide ed utilizzate in tutti gli approcci. Rogers ritiene che lo scopo del counselling sia aiutare il soggetto nella crescita, con l'obiettivo di affrontare sia il problema attuale, sia le possibili problematiche future (Biasi, 2019). Il *counsellor* è, quindi, la guida che accompagna l'individuo nel percorso di conoscenza di sé e delle proprie risorse ed il cliente è attivamente coinvolto in tale processo di cambiamento (Calvo, 2007).

Il counselling sistemico-relazionale, invece, è un intervento che pone le proprie radici nella considerazione che l'individuo, come soggetto, è inserito all'interno di sistemi relazionali interdipendenti (famiglia, scuola, lavoro), le cui connessioni possono dar vita a differenti forme di disagio. Tali sistemi aperti ed interconnessi presentano proprietà specifiche (quali Totalità e non-sommatività, Equifinalità, Omeostasi e Morfogenesi e Causalità circolare) su cui il *counsellor* dovrà riflettere nel corso dei colloqui con il cliente, che in questo caso sarà l'intero sistema familiare (Bert, Doglio & Quadrino, 2004). Il *counsellor* con approccio sistemico-relazionale, mira a promuovere autodeterminazione ed autocontrollo nel soggetto, così da portare ad un aumento della soddisfazione personale del cliente. Il *counsellor* sistemico-relazionale, quindi, esamina le informazioni del sistema e le soluzioni messe in atto dal soggetto per fronteggiare il proprio problema, colloca le possibili soluzioni all'interno del sistema in cui dovranno essere inserite e ricerca potenziali ostacoli per il raggiungimento degli obiettivi, ovvero possibili regole o limiti imposti dal sistema che remerebbero contro un cambiamento (Gritti & Di Caprio, 2006). Per raggiungere questi obiettivi, il *counsellor* con tale orientamento, utilizza domande circolari (per esempio chiede ad un membro della famiglia di descrivere le caratteristiche di un altro membro o i rapporti tra alcuni dei componenti), domande informative (permettono di costruire una mappa delle relazioni all'interno del sistema), domande riflessive (ricercano significati e credenze alla base dei comportamenti) e prescrizioni (compititi da eseguire volti a stimolare competenza personale e utilizzo di nuove strategie per il cambiamento).

L'approccio comportamentale, basato sulle teorie dell'apprendimento, propone l'ipotesi secondo cui, al fine di poter modificare un comportamento, ritenuto disfunzionale al benessere del cliente, sarà fondamentale orientare l'intervento di *counselling* unicamente nei confronti del comportamento stesso (Meier & Davis, 2019). Apprendendo una nuova modalità comportamentale, che a differenza della precedente si presenterebbe come funzionale ad un maggiore benessere del cliente, il comportamento problematico verrebbe sostituito da quello appena appreso.

L'apprendimento di nuovi comportamenti avverrebbe tramite specifiche tecniche, che derivano dalle teorie del condizionamento classico e operante (Pawlow, 1927; Skinner, 1953) e dalla teoria del condizionamento sociale (Bandura, 1977).

Strettamente legati a questo approccio vi sono il counselling cognitivo, cognitivo-comportamentale e cognitivo-relazionale nei quali l'aiuto al cliente è fornito tramite l'apprendimento di nuove tecniche che correggano o riducano aspetti sintomatici e disfunzionali del suo funzionamento, attraverso la modificazione di schemi mentali consolidati nel corso della vita (Calvo, 2007). Le teorie cognitiviste ritengono che il soggetto, nell'affrontare una situazione, la valuti attraverso un confronto con esperienze passate e conoscenze apprese, le quali, organizzandosi in specifici schemi mentali, influenzano il comportamento e le convinzioni dell'individuo (Calvo, 2007). Nel corso dell'intervento di counselling, attraverso un processo di modifica delle convinzioni disadattive del soggetto, sarà possibile l'integrazione negli schemi cognitivi di nuove modalità di elaborazione delle informazioni, tramite un lavoro collaborativo tra cliente e *counsellor* (Holm-Hadulla et al., 2011).

Secondo un approccio di counselling cognitivo-relazionale, le persone nella vita costruiscono rappresentazioni, letture e narrative che vengono condivise e consolidate nelle relazioni interpersonali. Di fronte ad un ostacolo, l'individuo si costruisce una rappresentazione della propria situazione, per poi affrontarla utilizzando quella stessa descrizione e condividendola poi con gli altri. Le strategie relazionali vengono, così, perfezionate nel tempo con l'obiettivo di renderle maggiormente funzionali al raggiungimento degli obiettivi e al superamento di potenziali ostacoli (Rezzonico & Meier, 2010; Pietro & Bassi, 2013). Inoltre, tale cornice teorica, ritiene che affetti, pensieri e comportamenti siano altamente interconnessi tra loro e si influenzino a vicenda. Il counselling cognitivo relazionale è caratterizzato da un'epistemologia costruttivista ed utilizza tecniche di derivazione cognitivo comportamentale (negoiazione, *problem solving*, *time management*, ABC e ristrutturazione cognitiva), tecniche derivanti dall'area cognitiva costruttivista (tecniche di auto-osservazione) e tecniche di matrice sistemica (per esempio le domande circolari, Rezzonico & Meier, 2010). Il *counsellor* dovrebbe, quindi, possedere una buona competenza relazionale (congruenza, considerazione positiva incondizionata ed empatia), competenza personale (disponibilità ad apprendere, al confronto e all'introspezione e consapevolezza del proprio pensiero) e competenza tecnica nella gestione del colloquio. L'obiettivo principale di tale intervento è stimolare la consapevolezza del soggetto rispetto alle proprie risorse, promuovere la costruzione di nuove letture possibili e creare nuovi scenari e nuove possibilità evolutive. Secondo tale approccio, un intervento di counselling è possibile solo se il soggetto possiede lucidità cognitiva e relazionale necessaria per affrontare il proprio progetto personale, familiare e di gruppo. Se tali premesse non

sono disponibili, verrà preferito un intervento psicoterapeutico capace di fornire nuovamente al soggetto tali capacità (Pietro & Bassi, 2013).

In ultimo, l'intervento di counselling a orientamento psicodinamico, che verrà esaminato in maniera più dettagliata nel corso del paragrafo successivo, ha l'obiettivo di ampliare la consapevolezza del soggetto rispetto alle proprie difficoltà emotive ed incentivare l'adattamento dell'individuo. In questa cornice teorica, il *counsellor* resta sulla problematica contingente portata dal cliente e si allea con la parte "sana" del soggetto per lavorare sulla parte più sofferente (Adamo, Fontana, Preti, Prunas, Riffaldi & Sarno, 2010). *Counsellor* e cliente danno significato a ciò che accade nel qui ed ora dello spazio del colloquio, nel quale la relazione diventa lo strumento principale per comprendere e ottenere il cambiamento, attraverso l'uso del transfert e del controtransfert. Il transfert, a differenza dei trattamenti psicoterapeutici a orientamento psicodinamico, può essere utilizzato, ma mai interpretato. L'obiettivo principale è aiutare il soggetto ad attivare meccanismi adattivi che gli permettano di fronteggiare i momenti di crisi e difficoltà. Si tiene presente il significato inconscio delle comunicazioni del soggetto, ma si privilegia il loro contenuto cosciente (Riva Crugnola, 2017).

Il counselling gestaltico pone, invece, attenzione fondamentale nei confronti del corpo e delle modalità comunicative del cliente (Calvo, 2007). Il focus dell'intervento sono i sentimenti provati dal cliente nel *qui ed ora* (Meier & Davis, 2019). Lo sfondo teorico riguarda la teoria dei sistemi di Von Bertalanffy (1953), che sostiene che all'interno di un sistema tutte le parti siano tra loro strettamente connesse e dunque il cambiamento dell'una non sarà isolato, ma porterà necessariamente delle conseguenze nei confronti delle altre. Binetti e Bruni (2003) identificano cinque aspetti fondamentali dell'intervento di counselling gestaltico: il riconoscimento di una determinata sensazione o emozione, la possibilità di vivere a pieno la stessa, il superamento tramite un processo di catarsi della sensazione stessa, ovvero del momento precedente identificato come problematico, il cambiamento e infine la crescita, che riguarda la capacità acquisita dal cliente di usare l'esperienza passata per raggiungere una condizione di funzionamento ottimale nel tempo presente.

Il counselling esistenziale, o *essenzialista*, vede il *counsellor* "offrire" se stesso al cliente, in un atteggiamento empatico e aperto (Binetti & Bruni, 2003). Questo approccio, identifica il cliente come colui che richiede un intervento di counselling al fine di arricchire il proprio mondo psicologico. Il sintomo, si configura come la traccia tramite la quale identificare le paure primarie del cliente. Identificando tali paure, sarà consentita la ripresa del processo di autoaffermazione da parte del cliente (Binetti & Bruni, 2003; Calvo, 2007). Si tratta di un intervento non caratterizzato da specifiche tecniche o modalità di azione, ma unicamente dall'atteggiamento aperto ed empatico del *counsellor*, che accetta e aiuta il cliente ad accettarsi (Van Deurzen, 2012). L'obiettivo non è la cura di malattie

mentali, ma la possibilità, attraverso l'identificazione del significato del sintomo, di porre il cliente in contatto con temi, dilemmi e problematiche esistenziali (Van Deurzen, 2012).

Infine, il counselling di attaccamento sostiene che il compito del *counsellor* sarebbe quello di porsi come base sicura (Bowlby, 1988) per il cliente, dalla quale egli potrà esplorare la condizione di crisi che lo ha portato a richiedere aiuto. Secondo Binetti e Bruni (2003), fungere da base sicura non equivale ad offrire semplicemente un sostegno, ma significa dedicarsi e impegnarsi nella costruzione di una relazione stabile, solida, affidabile che infonda fiducia al soggetto e gli consenta di portare avanti un processo di cambiamento.

Sempre più comune è il tentativo di integrare diversi approcci, teorici e metodologici, all'interno dell'intervento di *counselling*, al fine di identificare modalità sempre più ricche e complesse, in forme di *counselling* integrato (Di Fabio, 1999). Holm-Hadulla, Hofman e Spert (2011), per esempio, propongono un modello integrativo di counselling, definito *ABCDE*, che si basa sui principi di *Alliance*, *Behaviour*, *Cognitions*, *Dynamics* ed *Existential*. La dimensione di *Alliance* (A) fa riferimento alla relazione terapeutica, stabile e aperta. L'importanza della relazione tra *counsellor* e cliente è evidenziata come principio fondamentale per la promozione del successo terapeutico. La dimensione del *Behaviour* (B) trae origine dagli approcci comportamentali e sottolinea l'importanza di modificare i comportamenti disfunzionali attraverso consigli, da parte del *counsellor*, su regole e modalità di comportamento adattive (Holm-Hadulla et al, 2011). Con *Cognitions* (C) gli Autori si riferiscono all'importanza della modifica di significati, credenze e valori dei soggetti, consolidati all'interno di schemi mentali, potenzialmente disfunzionali. La correzione di tali credenze può avere un effetto positivo nei confronti della riduzione di sintomi o comportamenti disadattivi. Per quanto concerne la dimensione delle *Dynamics* (D), gli Autori fanno riferimento ai processi e conflitti inconsci che influenzano pensieri e comportamenti ed alla consapevolezza della propria storia. Infine, la dimensione dell'*Existential* (E) pone l'accento sulla posizione del cliente rispetto al mondo, introducendo la possibilità di elaborare, nel corso dell'intervento di counselling, temi filosofici quali le responsabilità che l'individuo sente di avere, la morte, la libertà, la creatività ed il senso della vita (Holm-Hadulla et al., 2011).

3.2 Il counselling psicologico universitario

3.2.1 Il counselling psicodinamico: linee guida per il lavoro con *emerging adults* nel contesto universitario

La trattazione si focalizzerà ora sulle peculiarità del counselling universitario ad orientamento psicodinamico e sui concetti teorici che ne sono alla base. Tale dissertazione porrà le basi per accogliere il lettore nella successiva descrizione del Servizio di Counselling ad orientamento

Psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, luogo nel quale si è svolta la ricerca empirica che verrà presentata nel capitolo successivo.

I servizi di counselling a orientamento psicodinamico delle diverse Università italiane si fondano su elementi comuni che danno forma all'intervento. Adamo e colleghi (2005), descrivono il contenuto della "cassetta degli attrezzi" del *counsellor* a orientamento psicodinamico, elencando i concetti maggiormente utili nell'intervento con il giovane adulto universitario (Adamo, Giusti, Portanova, Petri & Valerio, 2005). Tra questi, gli Autori parlano di *nevrosi di insuccesso*, costruito formulato da Freud¹ (1916) e ripreso successivamente da Dainon-Boileau (1992), che si manifesta con un insuccesso preventivo, come nel caso di studenti universitari, che può condurre fino al fallimento del progetto di studi. Dainon-Boileau (1992), descrive due costellazioni in cui si manifesta la nevrosi di insuccesso. Nella prima di esse, il successo è vietato dall'immagine schiacciante di un padre forte e castrante per cui alla base del fallimento dello studente vi è la paura di una vendetta genitoriale ed una forte componente aggressiva, volta a privare il padre attraverso il proprio fallimento, di un ulteriore successo che potrebbe nutrire la sua potenza. Adamo e colleghi (2005), riportano come, presso il proprio Servizio di counselling, furono colpiti dalla rilevanza di richieste di aiuto provenienti da figli di medici noti ed affermati o di docenti del Dipartimento di Medicina, alle prese con un fallimento nel proprio percorso accademico. Nella seconda costellazione individuata da Dainon-Boileau (1992), l'insuccesso dello studente previene la colpa legata al superamento di un padre debole, facilmente attaccabile e costituisce l'implicito rimprovero al padre per aver fornito al figlio un modello di identificazione fallimentare. Adamo e colleghi (2005) hanno riscontrato tali problematiche soprattutto in giovani provenienti da famiglie culturalmente o socialmente svantaggiate, per cui il raggiungimento della laurea poteva sancire un superamento del padre.

Un altro costrutto inserito all'interno della "cassetta degli attrezzi" del *counsellor* psicodinamico è il *breakdown evolutivo*, teorizzato dai coniugi Laufer (1984), i quali sostengono che il compito evolutivo primario dell'adolescenza sia affrontare e superare l'instaurarsi dell'organizzazione sessuale definitiva. In tale processo rientrano la rinuncia al corpo infantile impubere, la differenziazione definitiva maschile-femminile ed il confronto con i desideri edipici, resi più minacciosi dalla maturazione del proprio apparato genitale. Il fallimento del superamento di questa tappa può comportare un blocco nello sviluppo, i cui esiti possono evidenziarsi nella pubertà, o successivamente nella tardo-adolescenza. Adamo e colleghi (2005) evidenziano come, molti degli studenti incontrati al Servizio, riportino l'esordio delle proprie problematiche in adolescenza, che

¹ Freud (1916) usava questo termine per riferirsi a quegli individui che, vivendo il raggiungimento di un obiettivo desiderato in termini di fantasie edipiche, mettono in atto un "insuccesso preventivo".

sono però riusciti a compensare o accantonare fino al momento presente, nel quasi si manifestano con urgenza non più procrastinabile.

Nella cassetta degli attrezzi del *counsellor* psicodinamico vi è, anche, il concetto di *secondo processo di separazione-individuazione* (Blos, 1967), caratterizzato da spinte progressive e regressive che investono non solo la qualità delle relazioni oggettuali e dei conflitti, ma anche la loro modalità di espressione. Questo spiega, secondo Adamo e colleghi (2005), la frequenza della tendenza ad agire e dei fenomeni psicosomatici tra i giovani. Gli Autori sottolineano come tali modalità possano manifestarsi di frequente negli studenti fuori sede. Alcuni di questi giovani tendono a risolvere il conflitto tra tendenze regressive e spinte emancipative non integrandole, ma operando una netta scissione tra Sé infantile e Sé adulto. Il risultato di tale operazione è una svalutazione dei legami familiari e del mondo sociale e culturale di origine ed un'idealizzazione della nuova vita lontani da casa, per cui il secondo processo di separazione-individuazione viene eluso attraverso l'interposizione di una distanza geografica o ideologica. Gli Autori riportano, anche il caso di studenti fuori sede che, al contrario, vivono la nuova condizione cittadina con grande paura e timore di perdersi, sentendosi estranei al nuovo territorio e respinti (Adamo et al., 2005).

Un ulteriore costrutto importante nel counselling psicodinamico è la *struttura narcisistica del Sé grandioso*. Widseth (1987) ha messo in luce come spesso alla base del fallimento accademico vi siano fantasie grandiose di successo. Secondo l'Autore, lo studente si prefigge mete irrealisticamente elevate che inducono uno stato di sovraeccitazione che rende difficile concentrarsi sullo studio. Il fallimento porta con sé una vertiginosa caduta dell'autostima, incastrando il soggetto in un potenziale circolo vizioso di fallimenti. Tutto ciò può manifestarsi attraverso la procrastinazione degli esami ed il blocco negli studi.

Anche il costrutto di *identificazione proiettiva* di Melanie Klein (1946), sembra essere un utile concetto per il *counsellor* ad orientamento psicodinamico. Secondo Adamo e colleghi (2005), quando il soggetto utilizza prevalentemente meccanismi introiettivi, la sua crescita tende ad essere rappresentata come un processo graduale, nel quale è possibile rintracciare le tappe evolutive raggiunte ed è presente un buon grado di fiducia nelle proprie acquisizioni e nelle proprie capacità. Quando, invece, prevalgono modalità proiettive, il processo di crescita viene rappresentato come discontinuo, con salti e lacune ed il sentimento prevalente è di sfiducia nella qualità delle proprie acquisizioni e di conseguenza nelle proprie capacità. Molti studenti che presentano tali problematiche, riconducono le difficoltà attuali ad “aver sostenuto un cattivo esame di maturità”, “all'esistenza di gravi lacune” o “al non possedere basi sufficientemente solide”. Per alcuni di questi soggetti, infatti, l'ingresso nel mondo universitario o l'avvicinarsi della laurea, possono essere percepiti come “la resa dei conti”. In questi momenti, il soggetto può avere il timore che una crescita avvenuta su basi lacunose possa ora essere messa alla prova dei fatti. In altri casi, invece, il soggetto raggiunge senza

difficoltà le tappe importanti del proprio percorso di studi, ma ognuno di questi obiettivi raggiunti è vissuto come fittizio e immeritato (Adamo et al., 2005).

Secondo Melanie Klein (1931) il desiderio di conoscere è intrinsecamente collegato alle spinte esplorative, che agli esordi della vita sono centrate sull'esplorazione del corpo materno. In tale fase, la *pulsione epistemofilica* è associata a impulsi sadici e aggressivi e correlata a fantasie legate all'intrusione nel corpo materno, persecutorio e minaccioso. Secondo la Klein (1931), seri problemi di apprendimento possono insorgere per inibizione di tale pulsione, specialmente se connotata in maniera massiccia da impulsi sadici. Secondo l'Autrice, quindi, l'inibizione intellettuale è la conseguenza del presentarsi della pulsione epistemofilica nella sua forma originaria, senza un'attenuazione del sadismo insito in essa. Secondo Giusti e Valerio (2001), gli studenti di medicina che non hanno integrato sufficientemente la componente sadica di tale pulsione, potrebbero attuare meccanismi inibitori quando si trovano a manipolare il corpo del paziente.

Un ultimo componente della cassetta degli attrezzi del *counsellor* psicodinamico, riguarda il *modello contenuto-contenitore* di Bion (1962). La competenza dello studente di saper adeguatamente gestire paure e timori connessi all'iter di studio influenza la capacità di assimilare conoscenze. Il modello bioniano consente di riconoscere il ruolo centrale giocato dagli aspetti emozionali dei processi di apprendimento, che comporta per alcuni soggetti difficoltà di attenzione, di memoria e di rielaborazione. Bion (1962), descrive i processi simbolici come "processi di metabolizzazione", ovvero i contenuti che sono oggetto di apprendimento, possono essere assimilati solo se la mente del soggetto è in grado di operare un'adeguata trasformazione, analoga a quella dei processi digestivi. Esperienze emotivamente intense (come l'affrontare un esame propedeutico al proseguimento del corso di laurea), possono mettere a dura prova le capacità di contenimento e metabolizzazione, comportando una fragilità nella costituzione di un apparato di pensiero.

Accanto al contenuto della cassetta degli attrezzi del *counsellor* psicodinamico, è importante descrivere alcuni elementi tecnici derivanti dallo *Young People Counselling Service* della *Tavistock Clinic* di Londra (Copley, 1976; Polacco Williams, 1990; Salzberger-Wittenberg, 1977), alla base anch'essi del modello di intervento di counselling psicodinamico. Tra questi, i clinici londinesi evidenziano, come di fondamentale importanza, l'*autosegnalazione* dello studente, che consiste nel richiedere autonomamente aiuto. Tale caratteristica presuppone un certo grado di consapevolezza circa l'esistenza di una difficoltà e segnala l'incrinatura di un precedente assetto difensivo.

Gli Autori sostengono che la *separazione a breve termine*, insita in un intervento di counselling breve, influenzi necessariamente il corso dell'intera consultazione, agendo in suo favore, oppure ostacolandola. Nella sua accezione positiva, l'ansia separativa può riuscire ad accelerare gli scambi intrapsichici tra *counsellor* e studente, suscitando in quest'ultimo motivazione a sfruttare nel modo più proficuo possibile il breve tempo a disposizione. Nel caso in cui la separazione a breve termine

ostacoli l'intervento, invece, ci si dovrà confrontare con una massiccia presenza di sentimenti legati alla perdita, quali rabbia, rifiuto, dolore e rimpianto, che possono essere così intensi da compromettere lo svolgimento del lavoro di consultazione (Copley, 1976; Polacco Williams, 1990).

Il professionista, inoltre, deve essere in grado di dar vita, insieme allo studente, ad un'esperienza relazionale capace di essere trasformativa, nonostante il numero limitato di colloqui a disposizione. Il *counsellor* dovrà, quindi, evitare lo svilupparsi di un legame di dipendenza con il soggetto e manterrà un livello di osservazione focalizzato sul qui ed ora, capace di evidenziare come ciò che accade nel presente, testimoni i pattern relazionali dello studente e le sue modalità di percepire se stesso e gli altri. Allo stesso tempo, il *counsellor* dovrà elaborare con lo studente *obiettivi realisticamente raggiungibili* nel breve periodo, cercando di promuovere un'interiorizzazione delle problematiche esperite dal giovane, che impara così a riflettere sulle proprie difficoltà emotive (Copley, 1976; Polacco Williams, 1990). Questo passaggio è favorito dalla capacità del *counsellor* di offrirsi come contenitore degli affetti sentiti intollerabili dal soggetto, gli elementi beta di Bioniana memoria, che proietta sul *counsellor* che, grazie alla funzione alfa, simile alla *reverie* materna, contiene ed elabora tali vissuti restituendoli al soggetto in forme pensabili, gli elementi alfa (Bion, 1962). Ciò che deriva da questo processo è una maturata capacità dell'individuo di far fronte e contenere in autonomia i vissuti emotivi, riuscendo a regolarli in maniera più efficace, riflettendo su di essi.

Perché un intervento di counselling sia efficace, è importante che si sviluppi una *buona alleanza di lavoro*, che si manifesta come un'attitudine alla collaborazione e cooperazione tra studente e *counsellor*, in cui si pone enfasi sulle parti adulte del soggetto che possono associarsi al *counsellor* in un lavoro condiviso di esplorazione e riflessione. Inoltre, di fondamentale importanza è l'*uso centrifugo del transfert*, ovvero l'idea che in un percorso a breve termine sia poco funzionale raccogliere e interpretare il transfert infantile e che sia, invece, fondamentale lavorare sul qui ed ora, riflettendo sulla situazione presente che sta vivendo lo studente e su come percepisce il *counsellor* nella relazione con lui (Salzberger-Wittenberg, 1977).

3.2.2 Panorama Americano ed Europeo: caratteristiche e studi di *effectiveness*

▪ Panorama Americano

Le origini del counselling si possono far risalire alla cultura nord americana degli inizi del 1900. Fu inizialmente utilizzato da Frank Parsons (1909) come metodologia di ricerca nell'ambito della psicologia delle differenze individuali, applicata all'orientamento professionale e accademico dei giovani. L'attività di orientamento mostrò un notevole successo nell'ambiente universitario, tanto da sfociare nel 1913 nell'istituzione della *National Vocational Guidance Association* presso l'Università di Boston. Il centro di Boston offriva attività di orientamento accademico e lavorativo a giovani

indecisi rispetto alla strada da intraprendere di fronte alle molteplici opportunità che venivano loro prospettate.

La nascita ufficiale del counselling psicologico risale al 1951, quando negli Stati Uniti la Divisione 17, altresì detta *Division of Counselling and Guidance*, dell'*American Psychiatric Association*, diventò la *Division of Counseling Psychology* (Di Fabio & Sirigatti, 2005). La Divisione 17 organizzò quattro congressi fondamentali tra il 1949 ed il 1987. Il primo, fu organizzato da Bordin ed ebbe come argomento centrale la formazione degli psicologi che si occupavano di counselling, sottolineando l'importanza che la formazione degli operatori fosse di stampo psicologico (Noonan, 1983). Fino ad allora, i *counsellor* svolgevano la propria attività senza una formazione universitaria adeguata e con curricula non necessariamente di natura psicologica. A seguito della suddetta conferenza, i *counsellor* iniziarono a identificarsi come psicologi professionisti, aderendo a specifici modelli teorici e metodologici. Il secondo congresso, si tenne nel 1951 ed ebbe come esito il cambio di nome della Divisione 17 in *Division of Counseling Psychology*, il terzo avvenne nel 1964 che si concluse con uno scritto intitolato “la preparazione professionale del *counsellor* psicologico” ed infine, l'ultimo si svolse nel 1987 sul tema della “programmazione futura del counselling” (APA, 2019).

I *college* americani sono stati il luogo di nascita del counselling psicologico e l'evoluzione dell'intervento in questo contesto è stata determinata da importanti avvenimenti storici e sociali che hanno portato ad un cambiamento della popolazione universitaria e, di conseguenza, anche dei servizi chiamati a rispondere ai suoi bisogni e alle sue difficoltà (Hodges, 2016). È possibile identificare due fasi storiche, la prima è quella segnata dalla conclusione della Seconda Guerra Mondiale alla fine degli anni '40, mentre la seconda si riferisce ai movimenti per i diritti civili e femminili nati negli anni '60.

Alla fine della Seconda Guerra Mondiale, i giovani veterani di guerra venivano incentivati a riprendere gli studi per poter trovare un ricollocamento professionale adeguato. Per far fronte a questa necessità, i servizi di counselling dei *college* sentirono la necessità di configurarsi come servizi di orientamento (*career and academic counselling*) e, grazie all'uso di strumenti psicometrici, furono in grado di aiutare gli studenti a identificare il percorso accademico più appropriato (Prince, 2015). Intorno agli anni '60, però, l'utenza università diventò via via sempre più variegata ed eterogenea, sia dal punto di vista etnico, sia di genere. Ai servizi di counselling dei *college*, diventò presto chiaro come l'apprendimento accademico fosse fortemente influenzato dalle dinamiche evolutive che gli studenti sperimentavano parallelamente al percorso di studio: i *campus career centers* vennero, così, affiancati da servizi di *personal counselling and psychotherapy*, nei quali prestavano servizio diverse tipologie di operatori (*counselling psychologists, clinical psychologists, counselors, peer counselors,*

operatori sociali, psichiatri, medici e infermieri) che avevano, però, in comune un'approfondita e specifica formazione nell'ambito in questione (Nooan, 1983).

Si giunge, dunque, agli ultimi decenni di storia, in cui numerosi Direttori di servizi di counselling afferenti a *college* di tutti gli Stati Uniti, testimoniano un imponente passaggio da un modello evolutivo a un modello medico *DSM-oriented* (Gallagher, 2011). Questa transizione, che per certi versi snatura l'intervento di counselling maggiormente orientato alla normalità, piuttosto che alla patologia, diventa un passaggio obbligato in funzione di un'utenza che, anno dopo anno, mostra tassi sempre più elevati di diagnosi psicopatologiche, spesso di grave entità (*ibidem*).

Fino agli anni '70, i servizi di counselling non possedevano linee guida comuni da seguire, ma ogni servizio lavorava in maniera autonoma e diversificata (Prince, 2015). Nel tempo, però, sono nate diverse associazioni (per citarne alcune l'*American College Counselling Association*, ACCA; l'*American College Health Association*, ACHA; l'*International Association of Counseling Services*, Inc., IACS) che si sono occupate di redigere le linee guida degli interventi di counselling all'interno del *college*, così che gli operatori dei diversi servizi potessero avere un riferimento da seguire e gli interventi attuati avessero dei criteri di garanzia rispetto alla validità e all'affidabilità dell'intervento proposto.

Le differenti associazioni hanno messo in luce le principali aree in cui il counselling universitario dovrebbe gravitare (IACS, 2012):

Offrire interventi psicologici agli studenti che richiedono aiuto. La modalità maggiormente diffusa risulta essere quella individuale a breve termine, composta in media da 6 a 15 colloqui (Gallagher, 2012). Nel panorama americano sono presenti anche modalità di consultazione che si compongono di un'unica approfondita sessione ed i cosiddetti *stepped-care model of service* (King Lyn, 2016), interventi nei quali il soggetto, a seguito di un colloquio di valutazione, viene poi assegnato a differenti tipologie di trattamento a seconda del bisogno presentato (da programmi psicoeducativi a percorsi individuali). Anche l'intervento di gruppo sembra essere altamente efficace nel counselling universitario. Dai sondaggi nazionali americani, emergono tre tipologie di interventi di gruppo principalmente utilizzate: il *general interpersonal process group* (la terapeuticità dell'intervento è veicolata dall'attenzione e dalla promozione dei processi gruppali); *thematic or support groups* (gruppi omogenei che lavorano per sviluppare abilità e strategie di *coping* in grado di far fronte ad ansia, depressione, problematiche relazionali e accademiche); *psychoeducational groups* (esperienze di *workshops* e conferenze in cui figure esperte forniscono informazioni in merito a tematiche specifiche).

Fornire servizi di consultazione e supporto a docenti e personale del campus. La finalità di tali interventi consiste nell'offrire ai docenti e agli operatori del campus indicazioni essenziali che permettano loro di riconoscere specifici segnali di disagio negli studenti. Inoltre, il personale del

campus potrà giovare di uno spazio in cui discutere delle proprie difficoltà, potendo vivere il campus non solo come luogo di lavoro, ma anche come luogo che accoglie e si prende cura loro disagio.

Progettare ed attuare interventi di prevenzione e campagne di sensibilizzazione. Possono essere organizzati *workshop* e seminari tematici in merito alle problematiche psicologiche maggiormente diffuse tra la popolazione studentesca e possono essere diffuse informazioni in merito ai servizi di salute mentale presenti all'interno ed all'esterno del campus. Tali interventi possono far sì che ci sia una diminuzione del pregiudizio ancora fortemente presente riguardo al sostegno psicologico e fornire agli studenti maggiori informazioni circa i servizi a cui potersi rivolgere.

Collaborare alla sicurezza del campus. Far sì che il campus universitario sia un luogo sicuro per gli studenti è un obiettivo primario, specie in seguito a tragiche stragi avvenute nel panorama americano come quelle della *Virginia Tech University* nel 2007 e della *University of Santa Barbara* in California nel 2014. Gli operatori dei servizi di counselling, quindi, prendono parte a commissioni composte dai rappresentanti di diversi organi collegiali per garantire la sicurezza all'interno del college (Prince, 2015).

Numerosi studi, hanno dimostrato che gli studenti universitari di oggi sono più stressati rispetto agli studenti delle generazioni precedenti (Banerjee & Chatterjee, 2016; Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003; Ergene & Yildirim, 2004; Tavolacci, Ladner, Grigioni, Richard, Villet & Dechelotte, 2013) e mostrano maggiori problematiche psicologiche rispetto agli anni passati (Eisenberg, Hunt, & Speer, 2013; Gallagher, 2008). Il 95% dei Responsabili dei servizi di counselling universitari, ha riferito un aumento significativo delle problematiche psicopatologiche riportate dagli studenti ed un aumento dal 10% al 15% del numero di *emerging adults* universitari con diagnosi di depressione negli ultimi anni (Gallagher, 2008). È stato rilevato che i problemi degli studenti variano da difficoltà "tipiche" di sviluppo a disturbi psicologici più gravi (Watkins, Hunt & Eisenberg; 2012). Uno studio turco che esamina il cambiamento nei problemi degli studenti universitari per un periodo di undici anni, tra il 1997 e il 2008, ha rivelato, in maniera simile agli studi americani, che i problemi più comuni segnalati negli ultimi anni dai servizi di counselling universitari riguardavano problemi di salute mentale, relazionali e di sviluppo (Dogan, 2012; 2018).

Recentemente, un numero sempre maggiore di ricercatori ha indagato empiricamente l'*effectiveness* dei servizi di counselling operanti nei college americani (Cooper, Benton, Benton, & Phillips, 2008; Hunt & Eisenberg, 2010; Minami, Davies, Tierney, Bettmann, McAward et al., 2009).

Nel campo della ricerca in psicoterapia, si è soliti operare una distinzione tra *efficacy research* ed *effectiveness research* (Dazzi, Lingardi, & Colli, 2006): nel primo caso si tratta di disegni di ricerca condotti in modo rigoroso da un punto di vista scientifico, in un contesto laboratoriale (si pensi ad esempio alle caratteristiche che definiscono gli RCT, *Randomized Controlled Trials*, quali l'omogeneità diagnostica dei partecipanti, l'esistenza di un gruppo di controllo ed il processo di

randomizzazione nell'assegnazione ad esso o al gruppo sperimentale, la manualizzazione del trattamento); nel secondo caso, si tratta, invece, di studi condotti in un contesto clinico che, pur perdendo rigosità scientifica, acquistano validità ecologica. Secondo Kadzin (2002), le due modalità non devono essere considerate dal ricercatore come antitetiche, ma viceversa cercare di essere integrate fino a giungere a un funzionale compromesso tra condizioni ideali e reali.

Vonk e Thyer (1999), hanno effettuato uno dei primi studi volto a valutare l'*effectiveness* dei servizi di counselling nei *college* americani. Gli Autori indagano i percorsi di counselling di circa 50 studenti che hanno effettuato da 4 a 20 colloqui con professionisti con un approccio integrato. Tra i partecipanti, 40 di essi hanno iniziato i colloqui immediatamente a seguito della richiesta, mentre il restante di essi è stato inserito in una lista d'attesa. Dai risultati, è possibile osservare come la maggior parte degli indici sintomatologici presenti nei soggetti all'inizio dell'intervento, mostri un decremento significativo al termine dello stesso, mentre i soggetti del gruppo in *waiting list* hanno mantenuto tali livelli di sintomatologia invariati nell'attesa di intraprendere il proprio percorso di counselling (Vonk & Thyer, 1999).

Snell e colleghi (2001), hanno valutato l'*effectiveness* del proprio intervento di counselling attraverso l'analisi di *follow-up* 10 mesi dopo il termine degli incontri. Dai risultati, emerge come vi sia una diminuzione significativa dei livelli di sintomatologia, dall'inizio dell'intervento fino a 10 mesi dalla sua conclusione. Nello specifico, gli Autori mettono in luce come un numero maggiore di sessioni di counselling porti a mantenere maggiormente costanti nel tempo i cambiamenti raggiunti grazie all'intervento (Snell, Mallinckrodt, Hill & Lambert, 2001).

Minami e colleghi (2009) effettuano uno studio volto non solo a valutare l'*effectiveness* del proprio intervento, ma anche a confrontarla rispetto a quella di altre forme di interventi clinici. Gli Autori, confrontano gli *outcomes* dell'intervento di counselling universitario con i risultati ottenuti con pazienti adulti sottoposti a *trial* clinici per la cura del disturbo depressivo maggiore. I risultati, evidenziano come, il miglioramento dei soggetti che hanno partecipato al percorso di counselling, sia pari a quello ottenuto dai pazienti depressi in seguito ad un intervento psicoterapeutico; inoltre, l'80% degli studenti mostra livelli di benessere più elevati rispetto ai soggetti del *trial* clinico (Minami et al., 2009).

Choi e colleghi (2010) hanno indagato in un campione composto da 78 studenti, la relazione tra benessere personale, abilità di *problem solving* e *performance* accademica ed hanno rilevato che, al diminuire della sintomatologia grazie all'intervento di counselling, miglioravano le abilità di *coping* del soggetto e la sua prestazione accademica (Choi, Buskey & Johnson, 2010).

Uno studio trans-etnico, ambito di indagine prezioso nella cultura americana, ha messo in luce come l'intervento di counselling risulti essere efficace per tutti i gruppi etnici presi in considerazione, ovvero caucasici, afroamericani, latino-americani ed asiatico-americani. L'unica differenza emersa è

che gli studenti caucasici sembrano richiedere un maggior numero di colloqui di counselling rispetto agli altri gruppi etnici partecipanti allo studio (Kearney, Draper & Baron, 2005).

Kilman e colleghi (2006) hanno effettuato uno studio su interventi di counselling di gruppo, focalizzandosi sull'*outcome* presentato da soggetti con uno stile di attaccamento insicuro. Dai risultati, emerge che questi studenti mostrano un miglioramento delle proprie credenze relazionali problematiche, maggior autostima, gestione più matura della rabbia e stili relazionali interpersonali più adeguati, grazie all'intervento di counselling di gruppo a cui hanno partecipato (Kilman, Urbaniak & Parnell, 2006).

▪ **Panorama Europeo**

In Europa, ed in particolar modo in Gran Bretagna, il counselling si afferma verso la fine degli anni '50, dove viene utilizzato soprattutto all'interno di ambulatori, consultori e centri giovanili. A partire dagli anni '70 iniziarono a nascere le prime associazioni per la professione di counselling, come lo *Standing Council for the Advancement of Counselling* (SCAC), che nel 1976 prese il nome di *British Association of Counselling* (BAC) e successivamente diventò *British Association for Counselling and Psychotherapy* (BACP), con lo scopo di promuovere lo sviluppo del counselling e dei professionisti che lo attuavano. Per tutti gli anni Ottanta, l'associazione si è occupata di studiare ed introdurre i criteri di formazione ed un sistema di accreditamento per migliorare e salvaguardare la professione del counselling (Di Fabio & Sirigatti, 2005).

Alcuni studi, hanno messo in luce come nel Regno Unito, sia aumentato rispetto agli anni 2000 il numero di studenti che hanno richiesto un intervento di counselling a causa di gravi problemi di salute mentale (*Association of University & College Counseling*, 2011) e come quasi un terzo dei problemi psicologici degli studenti siano di rilevanza clinica (Bewick, Gill, Mulhern, Barkham, & Hill, 2008; Macaskill, 2012).

Il counselling psicologico universitario nel panorama europeo non presenta origini così antiche ed uno sviluppo così lineare quanto quello americano. Gli Autori che si sono occupati di indagare la nascita e lo sviluppo del counselling in Europa, commissionati prevalentemente dal *Forum Européenne de l'orientation académique* (Bell, Mcdevitt, Rott, & Valerio, 1994; Watts & Van Esbroeck, 2000; Katzenteiner, Ferrer-Sama, & Rott, 2008; Rott, 2018; Surssock & Smidt, 2010), hanno messo luce la complessità nel rintracciare delle caratteristiche comuni tra le numerose tradizioni accademiche europee. In tutti i Paesi, però, negli ultimi decenni sono nati servizi all'interno delle istituzioni universitarie volte a sostenere lo studente nel corso del suo periodo di formazione (Watts & Van Esbroeck, 2000).

I servizi di counselling psicologico universitario possono essere gestiti dall'Università stessa, frequentemente dai Dipartimenti di Psicologia o di Medicina, oppure commissionati a servizi

nazionali. Tali servizi offrono interventi psicologici di breve durata, condotti da professionisti della salute mentale con *setting* individuale e/o di gruppo (Watts & Van Esbroeck, 2000; Rückert, 2015; Holm-Hadulla & Koutsoukou Argyraki, 2015).

Mentre nel contesto americano è stata evidenziata la recente tendenza dei servizi di counselling universitari a passare da un modello evolutivo ad un modello medico, in Europa le due linee di intervento sembrano riuscire a coesistere. Da un lato, infatti, gli interventi brevi offerti dai Servizi sono rivolti al superamento di situazioni critiche normative e circoscritte e la loro indagine permette allo studente di trovare le risorse per far fronte ai compiti evolutivi fase-specifici. Dall'altro, tali Servizi si pongono in un'ottica preventiva per riconoscere possibili problematiche psicopatologiche che potrebbero necessitare di interventi maggiormente strutturati e prolungati, per cui lo studente viene indirizzato a servizi e professionisti del territorio in grado di prendere in carico il malessere presentato (Rückert, 2015).

Il Regno Unito, nonostante la recente uscita dall'Unione Europea (31 gennaio 2020), si è distinto negli anni per la sua cospicua applicazione di interventi di counselling con studenti universitari (Valerio, 1997). Le università inglesi, infatti, pongono l'accento sulla giovane età degli studenti e sulla particolare fase evolutiva che stanno affrontando, predisponendo un accompagnamento lungo tutto il corso di studi. Altre realtà universitarie europee, invece, si focalizzano prevalentemente sull'offerta di un insegnamento qualificato e vedono gli studenti come soggetti adulti, pertanto autosufficienti ed autonomi (Watts & Van Esbroeck, 2000; Rückert, 2015). Inoltre, la realtà clinica inglese è particolarmente nota nel panorama internazionale per il lavoro svolto con adolescenti e giovani adulti emergenti presso due istituzioni eminenti, ovvero lo *Young People Counselling Service* della *Tavistock Clinic* di Londra ed il *Brent Consultation Centre*, anch'esso londinese.

Per quanto riguarda gli studi volti a indagare l'*effectiveness* dei servizi di counselling inglesi, le prime *reviews* sono state condotte tra gli inizi degli anni '60 e la fine degli anni '80 (Breakwell, 1987), mentre metanalisi più recenti prendono in esame ricerche avute luogo all'incirca negli anni '90 (Connell, Cahill, Barkham, Gibody, & Madill, 2006). Tali studi, mettono in luce l'impossibilità di trarre conclusioni univoche rispetto all'*effectiveness* del counselling universitario nel Regno Unito.

Nel 2008, però, Connel e colleghi effettuano uno studio capace di dare una svolta a tale indagine, analizzando sette *counselling centers* del Paese attraverso un confronto pre e post intervento. Dai dati, emerge che il 70% degli utenti dei Servizi di counselling inglesi mostra un miglioramento grazie all'intervento; di questi, più della metà presentano un livello di sintomatologia clinicamente rilevante. Le valutazioni dei professionisti della salute mentale che operano in questi Servizi, mettono in luce l'*effectiveness* dell'intervento di counselling per problematiche ansiose, depressive, interpersonali e scolastiche/lavorative, mentre questa appare ridotta in presenza di

sintomatologie più gravi, quali disturbi del comportamento alimentare, disturbi da *addiction* e disturbi di personalità (Connel, Barkham & Mellor-Clark, 2008).

McKenzie e colleghi (2015), effettuano uno studio volto ad indagare il miglioramento sintomatologico di 129 studenti universitari che hanno effettuato un percorso di counselling per problematiche accademiche. Dai risultati, emerge che il 67% del campione ottiene un decremento della sintomatologia statisticamente significativo ed il 40% dei soggetti mostra anche un cambiamento clinicamente significativo, ovvero il passaggio da una sintomatologia degna di attenzione clinica ad un livello sintomatologico caratteristico della popolazione generale (McKenzie, Murray, Murray & Richelieu, 2015). Lo stesso gruppo di ricercatori, nel 2016 ha effettuato uno studio volto ad analizzare l'*effectiveness* di un intervento di counselling universitario inglese. Dai risultati, emersi da un campione di 305 studenti, è possibile osservare come il 63% dei soggetti mostra un miglioramento significativo dall'inizio alla conclusione dell'intervento, mentre solo il 2% di essi mostra un deterioramento. Gli Autori, evidenziano, in aggiunta, come i soggetti che mostravano livelli clinicamente significativi di sintomatologia all'inizio dell'intervento, presentano un importante decremento sintomatologico alla sua conclusione (Murray, McKenzie, Murray & Richelieu, 2016).

Per quanto riguarda altre realtà europee, Di Fabio e Sirigatti (2005) sottolineano che in Francia sono stati istituiti numerosi servizi per la salvaguardia e la cura del disagio psicologico degli studenti. Questi servizi sono raggruppabili in tre tipologie: le strutture che mettono in atto interventi preventivi, come il Dipartimento di Medicina Preventiva; i servizi di aiuto psicologico universitario (BAPU), istituiti per rispondere al crescente numero di studenti con disagio psicologico e cliniche universitarie medico-psicologiche che offrono trattamenti a studenti che soffrono di gravi problemi psichiatrici (*ibidem*).

Anche in Polonia sono nati all'interno delle università servizi di counselling, tra cui quello maggiormente all'avanguardia è il servizio di counselling dell'Università di Varsavia, presso la facoltà di psicologia, che offre interventi psicoterapeutici individuali ed interventi sulla crisi (*ibidem*).

Uno studio effettuato in Grecia, ha indagato l'*effectiveness* di un intervento di counselling di stampo cognitivo-comportamentale sui livelli di ansia, depressione ed autostima degli studenti che ne hanno preso parte. Dai dati, è stato possibile evidenziare diminuzioni significative dei sintomi depressivi e ansiosi ed un aumento dell'autostima, grazie all'intervento di counselling gruppale vissuto dagli studenti (Koutra, Katsiadrami & Diakogiannis, 2010).

3.2.3 Panorama italiano: peculiarità e studi di *effectiveness*

In Italia, la diffusione del counselling avviene più lentamente rispetto a quanto accade negli Stati Uniti ed in altri paesi europei. I primi Servizi di counselling universitario, nascono a Palermo nel 1971, a Pavia nel 1981, a Napoli nel 1984 e a Bologna nel 1985 (Adamo et al., 2010). Da allora,

tale modalità di intervento si è diffusa ampiamente nei principali Atenei italiani, tanto che nel 2009, 68 delle 80 università nazionali partecipanti al CRUI (Conferenza dei Rettori delle Università Italiane), presentano tra i diversi servizi offerti, quello di Counselling Psicologico (Adamo, Sarno, Preti, Fontana, & Prunas, 2010). Tra gli obiettivi di tali servizi, vi sono la riduzione del tasso di abbandono degli studi ed il supporto all'apprendimento e alla crescita. Gli ambiti di intervento, tuttavia, non si limitano alle problematiche correlate alla difficoltà nell'affrontare gli esami o a concludere il percorso di studi, ma si sono ampliati fino a comprendere problemi relazionali o identitari e connessi ai compiti evolutivi, che influenzano il percorso accademico dello studente (Strepparava, Bani, Zorzi, Corrias, Dolce & Rezzonico, 2016). Le difficoltà portate dagli studenti, infatti, riguardano principalmente le aree dello studio (difficoltà di concentrazione, mancanza di motivazione, difficoltà nel superamento degli esami) e del percorso accademico (dubbi riguardo alla scelta del corso di studi, integrare lavoro e studio, difficoltà nella conclusione e ingresso nel mondo del lavoro), che possono essere terreno fertile per lo sviluppo di sintomi di ansia e comportamenti di evitamento, ma anche questioni relative alla transizione in un nuovo ambiente sociale e alla formazione di nuove relazioni, all'assunzione di responsabilità e alla gestione autonoma del proprio tempo. Di conseguenza, è auspicabile una buona comprensione delle difficoltà e del disagio portato dallo studente, dal momento che problemi legati allo studio potrebbero essere segnale di disturbi psicologici o di *impasse* nello svolgimento dei compiti evolutivi (Adamo et al., 2010).

Si stima che, nonostante l'aumento di problematiche di tipo psicologico fra gli studenti, soltanto tra il 2 e il 4% della popolazione universitaria acceda ai servizi di *counselling* (Strepparava et al., 2016); ciò potrebbe essere dovuto ad una sovrastima della propria autoefficacia da parte degli studenti, alla difficoltà nell'identificare la presenza di un problema di natura psicologica, o alla mancata conoscenza della presenza di tali servizi (Biasi, Patrizi, Mosca & de Vincenzo, 2017). Tra i fattori che, di converso, sembrano favorire l'accesso ai servizi di counselling, vi sono l'aver svolto precedentemente un percorso con professionisti della salute mentale e caratteristiche personali dello studente, come ottimismo e speranza (Ghilardi, Buizza, Carobbio & Lusenti, 2017).

Ghilardi e colleghi (2017), hanno effettuato una prima metanalisi dei servizi di counselling psicologico offerti dalle università italiane, rilevando un'elevata eterogeneità tra di essi. Ciò sembra essere dovuto principalmente all'assenza di linee guida che specifichino delle direttive da seguire quando si interviene nel contesto universitario. Recentemente, è stato fatto un primo tentativo in questa direzione dall'Organizzazione di Psicologia Accademica (CPA), con l'obiettivo di definire una modalità di intervento condivisa dai numerosi servizi universitari e consolidare la tradizione del counselling clinico in questo ambito. Fornendo un intervento più omogeneo ed efficace agli studenti (Patrizi, Camussi & Confalonieri, 2016). Nel panorama italiano, inoltre, secondo Ghilardi e colleghi (2017), è complicato rintracciare similarità tra i differenti servizi di counselling universitari a causa

del differente approccio che ne è alla base. Tali interventi, hanno radici psicoanalitiche e psicodinamiche nel 46% dei servizi universitari, cognitivo-comportamentali nel 31% di essi, umanistiche con modelli integrati nel 10% e nel restante 13% è difficile rintracciare un orientamento definito. Anche le modalità di *assessment* non sono omogenee: oltre alle comuni informazioni socio-demografiche, alcuni servizi utilizzano strumenti creati *ad hoc* per la ricerca, mentre altri prediligono la somministrazione di strumenti validati (Ghilardi et al., 2017).

Verranno riportati, ora, alcuni dei Servizi di counselling psicologico presenti nelle principali Università Italiane:

Università di Bologna: il Servizio di Aiuto Psicologico è attivo dal 1985 presso il Dipartimento di Psicologia. Il Servizio, prevede la possibilità di effettuare alcuni colloqui volti ad approfondire i motivi della richiesta di consultazione e, in caso di necessità, potrà essere proposto un percorso terapeutico a breve termine, individuale o di gruppo, con sedute a cadenza settimanale (Monti, Tonetti & Ricci Bitti, 2013).

Università degli Studi dell'Aquila: il Servizio di Ascolto e Consultazione per Studenti (SACS) è attivo dal 1991 ed ha un approccio cognitivo-comportamentale. Si focalizza sull'individuazione di pensieri disfunzionali, sulla ristrutturazione cognitiva e sullo sviluppo di capacità di *problem solving* funzionali. L'intervento, si articola in tre colloqui, dedicati alla raccolta dell'anamnesi ed all'analisi del problema portato dallo studente, concludendo l'intervento con una restituzione al soggetto proponendo una strategia di intervento che può vertere sul supporto psicologico, su incontri di gruppo per la gestione dell'ansia, sulla psico-educazione oppure verso un invio ai servizi territoriali (De Lauretis, Giordani Paesani, Casacchia, di Venanzio, Pollice & Roncone, 2013).

Università di Bari: ha creato il servizio di counselling psicodinamico nel 1994, offrendo differenti tipologie di intervento, quali counselling individuale articolato in un ciclo di 5 incontri a cadenza settimanale, counselling di gruppo che prevede un ciclo di 8 incontri di gruppo a cadenza settimanale e incontri-discussioni successivi alla visione di film su temi di attualità giovanile (Laquale, Stella & Taurino, 2015).

Università di Padova: ha istituito il Servizio SAP - Counselling e Psicoterapia che offre un percorso di sostegno psicologico a breve, medio e lungo termine agli studenti dell'Ateneo, ispirandosi alla teoria metacognitiva e al modello metacognitivo motivazionale. Dopo una prima fase di *assessment*, lo studente riceve chiarificazioni sulla problematica da lui portata e possibili indicazioni per affrontarla attraverso una presa in carico presso il Servizio o attraverso un invio ad un altro servizio interno o esterno all'Università (Meneghetti, Zamperlin, Fabris, Rizzato, Palamà & De Beni, 2016).

Università degli Studi di Milano-Bicocca: offre un Servizio di Counselling Psicologico suddiviso in due poli, uno afferente al Dipartimento di Medicina ad orientamento cognitivo-

relazionale (Strepparava et al., 2016), l'altro afferente al Dipartimento di Psicologia con orientamento psicodinamico (Riva Crugnola, Fontana, Preti, Riffaldi, Sarno & Madeddu, 2016).

Università Cattolica di Milano: ha istituito nel 1999 il Servizio di Consulenza Psicologica per gli studenti universitari. L'approccio utilizzato è di tipo psicodinamico e prevede un ciclo di cinque incontri, rinnovabile una sola volta durante il percorso universitario.

Università Bocconi di Milano: ha istituito il Servizio di Counselling and *Self-Empowerment* volto a promuovere il benessere psicologico degli studenti, aiutandoli a potenziare l'autoconsapevolezza e a valorizzare le proprie risorse personali e relazionali. Il servizio offre agli studenti un ciclo di incontri della durata variabile, concordabile a seconda delle necessità individuali degli studenti.

Università Ca' Foscari di Venezia: ha istituito nel 1995 il Servizio di consulenza psicologica presso il Centro universitario di orientamento e formazione (CUORI). Gli approcci utilizzati sono di tipo cognitivo-comportamentale e psicodinamico.

Università Roma Tre: il servizio di counselling ad orientamento psicodinamico prevede un ciclo di quattro colloqui settimanali, preceduti da una sessione di accoglienza in cui si discute la richiesta portata dallo studente e vengono raccolte le sue informazioni sociodemografiche. Vi è, inoltre, la possibilità di effettuare un colloquio di *follow-up* dopo tre mesi (Biasi, 2019).

Università La Sapienza di Roma: ha istituito nel 2007 il Centro di Counselling Psicologico ad orientamento psicodinamico che offre consulenze psicologiche articolate in quattro incontri a cadenza settimanale, con successivo *follow-up* dopo 3 o 4 mesi. Tale servizio offre interventi di sostegno per studenti con problematiche psicologiche nell'area dell'apprendimento o dell'adattamento alla vita universitaria (Dazzi et al., 2009).

Università Federico II di Napoli: che ha istituito il Centro di consultazione psicologica per studenti universitari nel 1990, con un approccio psicodinamico. L'intervento proposto si articola in 4 incontri a cadenza settimanale con possibilità di effettuare un secondo ciclo di incontri a distanza di qualche mese. Tale intervento ha come obiettivo la promozione dei processi riflessivi, per incrementare la performance accademica degli studenti cosiddetti *underachieving*, ovvero con scarso rendimento. Il Servizio utilizza come strumento principale la narrazione per promuovere la funzione riflessiva dello studente (Esposito, Marano & Freda, 2020).

Università di Genova: offre un servizio di counselling psicologico chiamato "Insieme", nato dalla collaborazione tra il Servizio di Orientamento ed il Dipartimento di Scienze della Formazione. Il servizio offre un ciclo di cinque incontri a cui seguirà un *follow-up* dopo tre mesi ed ha come obiettivi specifici: un approfondimento della conoscenza di sé, un'attivazione della consapevolezza delle risorse personali, il sostegno dei processi di cambiamento ed il fronteggiare in maniera efficace situazioni di difficoltà personale, relazionale o accademica.

Università di Bergamo: offre un Servizio di Counselling Orientativo, articolato in due diverse tipologie di intervento, ovvero il Counselling individuale (della durata massima di 4 incontri) ed il Counselling di Gruppo (composto da 3 a 12 studenti).

Università di Catania: possiede un Servizio di Counselling Psicologico che offre due differenti tipologie di intervento, ovvero il counselling individuale (che può essere svolto in presenza e/o online) ed il counselling di gruppo.

Università di Salerno: ha istituito nel 2011 il Centro di Counselling Psicologico volto a fornire ascolto e sostegno agli studenti con difficoltà relazionali, accademiche e relative a momenti di crisi, capaci di generare stress ed ansia. Il Centro, oltre ad offrire interventi di counselling individuale, organizza anche gruppi per la gestione dell'ansia, gruppi per il miglioramento del metodo di studio ed un percorso di laboratorio autobiografico (Savarese, Iannaccone, Mollo, Fasano, Pecoraro, Carpinelli & Cavallo, 2019).

Università di Torino: presenta un Servizio di Supporto Psicologico che si articola in due fasi, nella prima lo studente si rivolge allo Spazio di Ascolto di Ateneo, che lo accoglie per un massimo di 5 colloqui di supporto ed accompagnamento nell'analisi e nella gestione delle difficoltà al fine di sviluppare risorse utili per una buona qualità di vita universitaria. Qualora i professionisti dello Spazio di Ascolto, o lo studente stesso, ritenessero importante il proseguimento dei colloqui, lo studente porterà avanti il proprio percorso presso il Servizio di Counselling.

Università degli Studi di Cagliari: il servizio di Counselling Psicologico propone interventi rivolti agli studenti universitari in molteplici forme. Vi è la possibilità di interventi di supporto psicologico individuale, composto da due incontri di accoglienza e da successivi 4 incontri a cadenza settimanale, con possibilità di un incontro di *follow-up* dopo tre mesi. Al termine dell'intervento di counselling, è possibile l'invio dello studente presso altri professionisti e servizi della salute mentale del territorio. In maniera complementare all'intervento individuale, può attivarsi un supporto psicologico di gruppo, articolato in 8 incontri settimanali. Il Servizio di Counselling effettua anche interventi di mappatura e valutazione degli stili decisionali per studenti della scuola secondaria superiore in transizione verso la scelta del percorso universitario.

Nonostante la vastità degli approcci e delle modalità di intervento, vi sono elementi comuni che possono essere rintracciati tra i differenti servizi di counselling universitario nazionale. Innanzitutto, nella quasi totalità dei servizi, gli studenti possono accedervi gratuitamente nel rispetto delle norme di riservatezza e *privacy* e vi è la tendenza a rendere il Servizio accessibile a tutti gli studenti dell'Ateneo. Lo studente richiede aiuto al Servizio in modalità telefonica o telematica ed i professionisti dello stesso, cercano di prendere in carico la sua richiesta nel minor tempo possibile. Inoltre, gli interventi sono generalmente brevi (da un minimo di 2 ad un massimo di 10 colloqui) ed il *setting* è prevalentemente individuale, anche se diversi Servizi attivano anche interventi di

counselling di gruppo. Vi è, spesso, la possibilità di effettuare un *follow-up* dopo alcuni mesi dalla conclusione dei colloqui di counselling, oppure di intraprendere percorsi psicoterapeutici all'interno del servizio stesso o presso strutture esterne convenzionate. Infine, gli operatori sono professionisti con formazione psicologica e/o medica ed il lavoro clinico è costantemente soggetto a supervisioni da parte dei Direttori del servizio.

Nel panorama italiano sono nati negli ultimi anni i primi studi volti a indagare l'*effectiveness* dei servizi di counselling universitari. Tra gli studi in questo ambito, Strepparava e colleghi (2016) hanno indagato l'*effectiveness* del servizio di counselling ad orientamento cognitivo-relazionale offerto dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca (Dipartimento di Medicina). Il servizio in questione offre un massimo di 10 colloqui, volto ad identificare i temi personali più critici, insegnare tecniche di auto-osservazione per aumentare la consapevolezza dello studente rispetto a schemi emotivi, cognitivi e comportamentali che risultano disfunzionali, esplorare le strategie di regolazione emotiva e sviluppare strategie di *problem solving* e *goal oriented*. Il campione dello studio comprende 45 studenti che hanno concluso l'intervento di counselling e dai risultati emerge una significativa diminuzione dei sintomi psicopatologici nelle rilevazioni pre e post-intervento, così come una diminuzione del livello generale di *distress* ed un miglioramento delle strategie di regolazione emotiva (Strepparava et al., 2016).

Monti e colleghi (2016), invece, hanno condotto uno studio volto a valutare l'intervento proposto dal servizio di counselling dell'Università di Bologna. Il 42% degli studenti presi in considerazione ha seguito un ciclo di incontri di counselling ad orientamento cognitivo-comportamentale, mentre il 58% di essi ha preso parte ad un intervento di counselling di stampo psicodinamico. Grazie alle analisi effettuate pre, post-trattamento e dopo 6 mesi di *follow-up* è stato rilevato un miglioramento significativo della sintomatologia presentata dai soggetti tra l'inizio dell'intervento e la sua conclusione e tale miglioramento si è mantenuto stabile nei 6 mesi successivi alla sua conclusione. I dati dimostrano, quindi, l'*effectiveness* dell'intervento nel ridurre il *distress* degli studenti al termine del trattamento e nel mantenerlo costante nei mesi successivi (Monti, Tonetti & Ricci Bitti, 2016). Lo stesso gruppo di ricerca, nel 2014, ha messo a punto uno studio volto a mettere a confronto l'*effectiveness* dell'intervento cognitivo-comportamentale e dell'intervento psicodinamico nel ridurre i livelli di ansia esperiti dagli studenti. Grazie ai colloqui di consultazione iniziale, gli studenti venivano assegnati ad uno dei due percorsi differenti: i giovani che mostravano un buon *insigh*, forte alleanza e volontà di lavorare sulle motivazioni inconsce sottese alla sofferenza, sono stati indirizzati verso un percorso di tipo psicodinamico; al contrario, i giovani i cui focus principali erano la sintomatologia ed un'impellente richiesta di risolvere le problematiche in tempo breve, sono stati indirizzati ad un intervento di stampo cognitivo-comportamentale. Grazie al confronto dei dati rilevati al termine del trattamento, gli Autori hanno concluso che i due approcci

sono ugualmente efficaci nel ridurre i sintomi ansiosi esperiti dai soggetti. Questo risultato, secondo gli Autori, da un lato rinforza l'idea che fattori aspecifici, quali la relazione tra *counsellor* e studente, siano fondamentali al fine della buona riuscita del trattamento; dall'altra può essere utile un iniziale inquadramento grazie a cui lo studente viene indirizzato verso la tipologia di intervento più adatta alle sue necessità (Monti, Tonetti & Ricci Bitti, 2014).

Ghilardi e colleghi (2018) hanno effettuato uno studio condotto su un gruppo di 100 studenti che hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling, volto a valutare l'*effectiveness* dell'intervento proposto dell'Università di Brescia. Gli Autori, hanno valutato la sintomatologia presentata dagli studenti prima di iniziare l'intervento, al suo termine e dopo 4 mesi di *follow-up*. Dai dati, emerge che i soggetti in seguito agli incontri di counselling riportano maggior benessere, migliori strategie di *coping*, buone capacità di riformulare positivamente i problemi, minore senso di colpa e maggiore soddisfazione rispetto a prima dell'intervento. La maggior parte degli studenti ha sottolineato l'importanza del percorso di counselling per una gestione più efficace del disagio nella loro vita quotidiana. Anche in questo studio, i miglioramenti si riscontrano tra l'inizio del trattamento e la sua conclusione e si mantengono poi costanti nel corso dei mesi successivi (Ghilardi, Buizza, Costa & Teodori, 2018).

Cerutti e colleghi (2020) hanno effettuato un recente studio volto ad analizzare l'*effectiveness* di un intervento di counselling breve di stampo psicodinamico. Dai dati emerge che vi è una diminuzione significativa nella sintomatologia presentata dagli studenti nel corso dell'intervento ed anche a tre mesi dalla sua conclusione. Gli Autori evidenziano, in aggiunta, che gli studenti con sintomi somatici, depressivi e di ritiro sociale mostrano un decremento significativo di tali sintomatologie anche a tre mesi dal termine dell'intervento (Cerutti, Fontana, Ghezzi, Menozzi, Spensieri & Tambelli, 2020).

3.2.4 Utilizzo della *waiting list* per la valutazione dell'*effectiveness* degli interventi di counselling universitario

Alcuni studi volti ad indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicologico universitario, utilizzano come metodologia sperimentale il confronto tra un gruppo di soggetti che ha ricevuto l'intervento ed un gruppo che è stato inserito in una lista d'attesa. Tale suddivisione è utile al fine di poter valutare l'effettiva funzione del counselling per incrementare il benessere di chi ne prende parte (McBurney & White, 2008).

Verranno presentati, quindi, alcuni studi emersi in letteratura che utilizzano una *waiting list* per indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling proposto.

Presso l'Università di Roma Tre, Biasi e colleghi (2017) hanno effettuato uno studio volto a indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling di stampo psicodinamico erogato, attraverso il confronto tra un gruppo di 66 studenti che hanno partecipato all'intervento di counselling ed un gruppo di 44 soggetti inseriti, invece, in una lista d'attesa. I risultati, evidenziano una diminuzione statisticamente significativa sia delle problematiche esternalizzanti sia di quelle internalizzanti e, più in generale, un miglioramento delle problematiche interpersonali e lavorative/accademiche negli studenti che hanno effettuato l'intervento di counselling rispetto ai coetanei in lista d'attesa. Inoltre, gli Autori, evidenziano un ulteriore beneficio a seguito dell'intervento di counselling, ovvero gli studenti mostrano una significativa ripresa degli studi e del superamento degli esami e ipotizzano che l'intervento di counselling possa configurarsi anche come strategia di *coping* per ridurre potenziali ritardi negli studi e prevenire l'abbandono scolastico (Biasi et al., 2017).

La stessa autrice, nel 2019 (Biasi, 2019), ha effettuato uno studio con 240 studenti, 90 dei quali inseriti in una *waiting list*, per valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling proposto agli studenti. Dai risultati, è emerso che l'intervento di counselling è in grado di aumentare la consapevolezza degli studenti rispetto ai problemi incontrati durante il percorso universitario, di stampo sintomatologico, interpersonale ed accademico e comprova una riduzione significativa degli stessi al termine dell'intervento. Come nello studio precedente, gli studenti della lista d'attesa non presentano i medesimi miglioramenti rispetto a chi ha ricevuto l'intervento, ma al contrario mantengono costanti le proprie problematiche. Anche da questa seconda analisi, emerge come il counselling riesca ad aiutare gli studenti anche a rimettere in moto il percorso accademico, incrementando il numero di esami sostenuti (Biasi, 2019).

Un recente studio svolto da Suranata e colleghi (2020), indaga l'*effectiveness* di un intervento di counselling di stampo cognitivo-comportamentale su un gruppo di 90 studenti di Bali. I partecipanti sono stati assegnati in maniera randomizzata a tre gruppi: counselling tradizionale *vis-à-vis*, counselling online e *waiting list*. Dai risultati dello studio, emerge che la modalità di intervento di counselling online è efficace tanto quanto la modalità classica in presenza, nell'incrementare le capacità di resilienza degli studenti. Al contrario, invece, i soggetti inseriti in *waiting list* non mostrano un incremento di capacità resilienti nel corso del tempo, ma emerge un decremento delle loro capacità di far fronte alle difficoltà incontrate nel percorso di studi (Suranata, Rangka & Permana, 2020). I risultati del presente studio sono in linea con studi precedenti che hanno messo in luce come il counselling cognitivo-comportamentale effettuato online sia efficace tanto quanto quello svolto in presenza (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014; Hedman, El Alaoui, Lindefors, Andersson, Rück et al., 2014; Hedman, Ljótsson & Lindefors, 2012).

Sempre Suranata e colleghi (2017), in un precedente studio hanno suddiviso in maniera randomizzata 99 studenti partecipanti alla ricerca in tre gruppi: 32 soggetti hanno effettuato un

percorso di counselling cognitivo-comportamentale, 33 studenti hanno partecipato ad un intervento di *strengths-based counseling group* e 34 studenti sono stati inseriti in lista d'attesa. I risultati evidenziano che è statisticamente significativo il miglioramento delle capacità di resilienza di entrambi i gruppi di soggetti presi in carico, ma tali capacità sono significativamente maggiori in coloro che hanno ricevuto un intervento di counselling cognitivo-comportamentale rispetto tanto al gruppo in *waiting list*, quanto al gruppo *strengths-based counseling* (Suranata, Atmoko & Hidayah, 2017).

Gli studi qui presentati forniscono importanti conferme rispetto all'*effectiveness* dei differenti interventi di counselling universitario nazionali ed internazionali, a prescindere dal loro orientamento. Nel capitolo successivo, il lettore entrerà nel vivo del Servizio di Counselling ad orientamento psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, luogo nel quale ha preso forma la ricerca empirica che verrà presentata.

4. Il Servizio di Counselling psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca: profilo psicologico degli utenti ed *effectiveness* dell'intervento

L'Università degli studi di Milano-Bicocca presenta dal 2009 un Servizio di Counselling Psicologico, inserito all'interno della Rete dei Servizi di Orientamento di Ateneo, che offre agli studenti un ventaglio di professionalità per accompagnarli e sostenerli nella scelta de percorso di studi e durante il suo percorso. Il Servizio di Counselling, si configura come uno spazio di consulenza gratuita a cui possono rivolgersi gli studenti di tutti i Dipartimenti che sentono la necessità di uno spazio di approfondimento e chiarificazione personale rispetto ad *impasse* che interferiscono con il proseguimento degli studi o, più ampiamente, con il proprio percorso di maturazione personale.

Il Centro di Counselling Psicologico Per gli Studenti Universitari è coordinato dal Servizio di Orientamento di Ateneo e si divide in due poli: uno afferente al Dipartimento di Medicina con un approccio cognitivo-relazionale (Strepparava et al., 2016), l'altro afferente al Dipartimento di Psicologia con un orientamento psicodinamico (Adamo et al., 2010; Riva Crugnola, 2017). Entrambi i poli offrono cicli di consultazioni brevi al fine di comprendere il disagio espresso dallo studente, mobilitarne le risorse e supportarne la maturazione. Le richieste degli studenti vengono smistate in maniera casuale tra il Polo del Servizio afferente al Dipartimento di Psicologia ed il Polo del Servizio afferente al Dipartimento di Medicina, ad eccezione degli studenti dei corsi di laurea in psicologia (seguiti esclusivamente dal polo del Servizio afferente al Dipartimento di Psicologia) e degli studenti di Medicina (seguiti esclusivamente dal Polo del Servizio afferente al Dipartimento di Medicina).

All'interno della Rete dei Servizi di Orientamento, oltre al Servizio di Counselling, vi sono il Servizio di Orientamento Studenti (S.O.S.), il Servizio di Consulenza Psicosociale ed il Tutorato per le Matricole. Il Servizio di Orientamento Studenti ha lo scopo di informare gli studenti circa l'offerta formativa dell'Ateneo e le modalità di ammissione ai differenti corsi di laurea, al fine di favorire una scelta consapevole del proprio percorso di studi. Il Servizio di Consulenza Psicosociale risponde ai bisogni psicologici di orientamento (di maturandi, diplomandi, lavoratori, laureati interessati ai corsi di laurea dell'Università), di ri-orientamento (per gli studenti che sentono di non aver preso la scelta giusta rispetto al proprio percorso e nutrono la necessità di cambiare) e progettualità formativa e professionale. Il Tutorato per le Matricole, invece, è un servizio *peer-to-peer*, svolto da studenti *seniors* a favore delle matricole, con il fine di supportare i neo-iscritti nell'adattamento alla nuova realtà accademica. È importante sottolineare come il Servizio di Counselling sia profondamente differente rispetto ai Servizi qui citati e si configuri come servizio con un duplice ruolo: preventivo, ovvero capace di intercettare il disagio emergente per prevenire il possibile sviluppo di

sintomatologia e di accoglimento e re-indirizzamento, nel caso in cui emergano problematiche psicopatologiche più importanti e lo studente venga indirizzato a trattamenti più specifici.

Nel corso della trattazione successiva verrà presentata l'offerta clinica ed i risultati empirici del Servizio di Counselling ad orientamento psicodinamico afferente al Dipartimento di Psicologia.

Il modello di intervento di questo Servizio si inserisce all'interno di una cornice teorica psicodinamica. I modelli storici di riferimento rimandano alla pratica di consultazione breve messa a punto presso lo *Young People Counselling Service* della *Tavistock Clinic* di Londra (Copley, 1976; Polacco Williams, 1990; Salzberger-Wittenberg, 1977), presso il *Brent Consultation Centre* anch'esso londinese (Hurry, 1986; Novick, 1976) e ripreso in Italia dal *Centro di Counselling per Studenti Universitari* (CCPSU) dell'Università degli Studi di Napoli (Adamo, Giusti, Portanova, Petri & Valerio, 2003). Tali modelli storici di riferimento delineano una modalità di intervento psicodinamico che offre un sostegno psicologico breve, di durata predeterminata, erogata in un servizio pubblico a costi contenuti o a carattere di gratuità, specificatamente rivolto ad un'utenza adolescente e giovane adulta. Tale modalità di intervento mutua dalla pratica psicoanalitica l'attenzione alle dinamiche transferali e controtransferali, l'attenzione alle comunicazioni non verbali come possibile espressione attuale di aspetti interni "non pensati", la riflessione su vissuti relativi ad angosce di separazione che possono essere elicitate dal setting stesso dell'intervento e sulle dinamiche evolutive in atto nel giovane adulto emergente (Riva Crugnola et al., 2016).

Pur partendo da costrutti teorico-clinici di matrice psicoanalitica inglese, la cornice di riferimento dell'intervento proposto dal Servizio di Counselling del Dipartimento di Psicologia dell'Università Milano-Bicocca si è arricchita, includendo prospettive che si rifanno alla psicoanalisi relazionale e all'*Infant Research* (Riva Crugnola, 2012), quali:

- L'approccio di Stern, su cui si fondano i trattamenti della relazione genitore-bambino, volti a valorizzare le risorse che i *caregivers* mettono in atto per fronteggiare la nascita di un figlio (Sameroff, Mc Donough & Rosenblum, 2004; Stern, 1995). Nonostante tale approccio si inserisca negli interventi psicologici di supporto alla genitorialità, il Servizio ha ritenuto utile ispirarvisi poiché aiuta a focalizzarsi sulle risorse dello studente e sugli aspetti evolutivi e trasformativi insiti nei cambiamenti identitari propri della giovane età adulta;
- I principi del *Boston Change Process Study Group* (2010), che sono volti a valorizzare la condivisione di esperienze relazionali implicite all'interno della relazione clinico-paziente e alla creazione di significati condivisi (Tronick, 2003). Secondo gli Autori, è a questo livello che avverrebbero i fenomeni trasformativi determinati dall'incontro tra terapeuta e paziente e tra psicologo e studente, capaci di generare esperienze di connessione autentica con l'altro che possono portare alla modifica dei pattern relazionali;

- La prospettiva terapeutica centrata sulla mentalizzazione di Fonagy (Allen & Fonagy, 2006; Fonagy & Allison, 2014; Jurist, 2005, 2010) che ha come scopo l'incremento della capacità del soggetto di riflettere sui propri e altrui stati mentali ed emotivi;
- Il modello psicoanalitico delle relazioni oggettuali di Kernberg (1976), relativo all'intreccio dell'immagine del Sé e dell'Oggetto;
- L'approccio clinico all'adolescente e al giovane adulto (Lancini & Madeddu, 2014) centrato sui compiti evolutivi (Maggiolini, 2009).

4.1 Modello di intervento

La modalità di accesso per gli studenti si basa su un'auto-segnalazione volontaria dello studente tramite email, alla quale gli operatori del Servizio rispondono proponendo un primo colloquio nel minor tempo possibile. Il Servizio, offre un breve ciclo di quattro incontri individuali, a cadenza settimanale, della durata di circa 50 minuti.

Al termine dei quattro colloqui di counselling possono essere prese in considerazione differenti alternative, sulla base delle problematiche e dei bisogni di ciascun individuo:

- L'intervento può concludersi, ricordando allo studente che qualora sentisse nuovamente il bisogno di un supporto potrà ricontattare il Servizio nel corso dei successivi anni di studio;
- Lo psicologo può proporre un secondo ciclo di incontri, denominati di *follow-up*, da effettuare entro tre mesi dalla fine del primo ciclo (Riva Crugnola, Preti, Bottini, Fontana, Sarno, Ierardi & Madeddu, 2020);
- Lo studente può essere inviato presso altri Servizi di Orientamento dell'Ateneo, qualora la problematica portata risulti essere maggiormente legata alla scelta del percorso accademico e degli esami da sostenere, piuttosto che di natura psicologica;
- Il psicologo può consigliare allo studente di intraprendere un percorso di psicoterapia, indirizzandolo a Servizi Territoriali di riferimento. A questo proposito, nel corso degli ultimi anni, il Servizio ha stipulato collaborazioni con centri ad indirizzo psicodinamico a cui inviare gli studenti per una presa in carico psicoterapeutica, a tariffe calmierate.

L'equipe di professionisti che lavora presso il Servizio è composta da psicologi clinici e psicoterapeuti con competenze nel campo dell'età tardo-adolescenziale e giovane adulta e del counselling in contesti istituzionali. La pratica clinica si avvale di costante supervisione, programmazione e monitoraggio delle attività, curata dai Docenti Responsabili del Servizio, afferenti al Dipartimento di Psicologia. Negli incontri di supervisione, vengono discussi i protocolli degli incontri di counselling al fine di ampliare la riflessione sullo studente e sulla sua richiesta di aiuto, mobilitando nei membri del gruppo differenti modi di vedere lo studente, le sue risorse, le sue

difficoltà e la sua relazione con il clinico. Tale processo aiuta il professionista a riflettere sui contenuti emersi nei colloqui e sulla restituzione da fornire allo studente, in vista dell'esito della consultazione.

Le motivazioni che spingono gli studenti a richiedere aiuto al Servizio di counselling riguardano prevalentemente problematiche relative al percorso accademico ed allo studio, difficoltà relazionali con la famiglia d'origine, con il partner o con i coetanei o difficoltà nell'elaborazione di eventi traumatici e stressanti (Adamo et al., 2010). In generale, si potrebbe ricondurre tali tematiche ad un complesso destreggiamento che questi giovani si trovano ad affrontare, tra l'esplorazione di un vasto numero di possibilità e la contemporanea richiesta di definizione, tanto nell'ambito identitario quanto nelle relazioni interpersonali (Luyten & Blatt, 2013). Ciò può portare a sperimentare sensazioni di incertezza, smarrimento, blocco, ansia e angoscia che provocano un vissuto soggettivo di sofferenza ed una maggiore vulnerabilità a differenti forme sintomatiche, sia fisiche che psichiche. Ne consegue, pertanto, che le caratteristiche proprie di questa fase del ciclo di vita, così come definite da Arnett (2004) – esplorazione identitaria, instabilità, sensazione di *feeling in between*, età *self focused* e delle possibilità – possano mutare da opportunità di sviluppo del Sé adulto nei suoi aspetti autentici ad ostacoli che impediscono di far fronte in maniera adattiva ai compiti evolutivi tipici dell'adulto emergente.

Per quanto concerne il percorso di studi, emerge spesso da parte degli studenti la difficoltà ad affrontare passaggi sentiti come complessi, quali la conclusione del corso di laurea triennale, l'inizio del corso di laurea magistrale, la conclusione del percorso di studi e l'inserimento nel mondo del lavoro. Si ritrovano, anche, difficoltà nell'affrontare e superare esami, la fatica a conciliare studio e lavoro e a mantenere costante la scelta del proprio percorso formativo, laddove lo studente si sente spinto da pressioni familiari e sociali verso corsi laurea ritenuti più performanti e "sicuri". Accade, nel corso dei colloqui, che tali tematiche concrete si mescolino a tematiche più profonde, legate alle proprie aspirazioni identitarie e alle aspettative genitoriali (Riva Crugnola et al., 2016).

Il Servizio di Counselling offre, in queste situazioni di *impasse*, uno spazio e un tempo di ascolto e di riflessione all'interno di un contesto conosciuto dallo studente, ovvero l'Ateneo, ma protetto tanto dalle pressioni familiari, quanto da quelle accademiche. La figura dello psicologo, percepito come base sicura, agevola la riflessione dello studente rispetto a possibili conflitti evolutivi irrisolti, connessi al processo di individuazione dalle figure genitoriali, al consolidamento delle proprie competenze adulte, alla modulazione delle proprie ed altrui aspirazioni ideali e favorisce consapevolezza rispetto alle proprie risorse e ai propri limiti. L'obiettivo principale del Servizio, quindi, è implementare la capacità dello studente di affrontare le difficoltà incontrate durante il suo percorso di studi o le questioni relazionali legate alle sfide evolutive della giovane adultità emergente (Riva Crugnola, Preti, Bottini, Fontana, Sarno, Ierardi & Madeddu, 2020), il tutto all'interno di un contesto relazionale "*sicuro*" (Fonagy & Allison, 2014).

4.2 Descrizione del Progetto di Ricerca annesso al Servizio di Counselling

Parallelamente all'attività clinica erogata dal Servizio di Counselling a orientamento psicodinamico, a partire dal 2013 è stato avviato uno studio empirico denominato "Counselling psicodinamico per studenti universitari: Profilo psicologico degli utenti, efficacia e fattori di moderazione", i cui principali obiettivi sono:

- Esplorare le caratteristiche degli studenti che si rivolgono al Servizio, indagando la presenza di sintomi psicopatologici, gli stili di attaccamento, la funzione riflessiva, il livello di soddisfazione di vita generale e l'eventuale presenza di esperienze avverse in infanzia e adolescenza, facendo riferimento ai valori normativi della validazione italiana dei questionari *self-report* utilizzati;
- Valutare l'*effectiveness* dell'intervento dalla fase pre-intervento alla fase post-intervento, fino ad arrivare al *follow-up* dopo sei mesi dalla conclusione dello stesso.

I partecipanti al progetto di ricerca sono studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca che hanno richiesto autonomamente di accedere al Servizio di Counselling. Informati via email dell'esistenza del progetto di ricerca, hanno deciso volontariamente se prendervi parte, fornendo il loro consenso informato. È importante sottolineare come l'intervento di counselling sia indipendente dalla partecipazione alla ricerca empirica. Gli studenti, infatti, possono volontariamente scegliere se parteciparvi, senza che la loro scelta abbia una ricaduta sul ciclo di incontri di counselling. I professionisti che si occupano delle consulenze, infatti, sono diversi da coloro che si occupano della ricerca empirica ed i dati, una volta raccolti, vengono analizzati e descritti in forma anonima ed aggregata.

La procedura di raccolta dati avviene interamente online e richiede la compilazione da parte dello studente di tre batterie di questionari che vengono somministrate in tre tempi, ovvero all'inizio dell'intervento, alla sua conclusione e dopo sei mesi. Anche gli psicologi sono chiamati a compilare alcune schede per ogni studente che accede al Servizio, mettendo in luce le motivazioni che secondo il clinico hanno spinto lo studente a richiedere aiuto e monitorando l'andamento del ciclo di incontri (numero di colloqui effettuati, eventuali interruzioni e relative motivazioni, eventuali ritardi dello studente agli incontri, eventuali rinvii per necessità dello psicologo/dello studente, esito della conclusione dell'intervento).

Tutti gli studi che verranno di seguito presentati (vedi tavola sinottica in Tabella 1 e Tabella 2) hanno ricevuto l'approvazione del Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Tabella 1. Tavola sinottica degli studi empirici effettuati – Parte 1.

	OBIETTIVI	CAMPIONE	VARIABILI CONSIDERATE	RISULTATI PRINCIPALI
STUDIO 1 Caratteristiche e profilo psicologico dell'utenza del Servizio	<p>Indagare caratteristiche sociodemografiche, accademiche e profilo psicologico del Gruppo Counselling;</p> <p>Confrontare il Gruppo Counselling con il Gruppo Non Counselling rispetto a livelli sintomatologici, stili di attaccamento, soddisfazione di vita, esperienze avverse infantili e capacità mentalizzanti;</p> <p>Indagare esplorativamente il profilo di rischio nel Gruppo Non Counselling.</p>	<p>739 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, di cui:</p> <p>- 421 studenti afferiscono al Gruppo Counselling,</p> <p>- 318 studenti fanno parte del Gruppo Non Counselling</p>	<p>Indici Sintomatologici (SCL-90 R);</p> <p>Stili di attaccamento (ASQ);</p> <p>Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS);</p> <p>Esperienze avverse infantili (<i>ACE Questionnaire</i>);</p> <p>Capacità di mentalizzazione (<i>RFQ-Short Form</i>).</p>	<p>Differenze significative nei due gruppi rispetto ad alcune variabili sociodemografiche e accademiche;</p> <p>Il Gruppo Counselling presenta un profilo di rischio psicopatologico più elevato, uno stile di attaccamento maggiormente insicuro, minor soddisfazione di vita e maggior numero di esperienze avverse infantili rispetto al Gruppo Non Counselling;</p> <p>Nel Gruppo Counselling, emergono correlazioni tra numerosi indicatori di rischio.</p>
STUDIO 2 Effectiveness breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico	<p>Valutazione dell'<i>effectiveness</i> dell'intervento nel diminuire i livelli sintomatologici e nell'incrementare il livello di soddisfazione di vita e le capacità di mentalizzazione (T0-T1);</p> <p>Valutare, in maniera esplorativa, possibili effetti di moderazione rispetto all'<i>effectiveness</i> dell'intervento.</p>	<p>173 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca che hanno effettuato un ciclo di quattro incontri di counselling ed hanno compilato le batterie di questionari pre e post intervento.</p>	<p>Indici Sintomatologici (SCL-90 R);</p> <p>Stili di attaccamento (ASQ);</p> <p>Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS);</p> <p>Esperienze avverse infantili (<i>ACE Questionnaire</i>);</p> <p>Capacità di mentalizzazione (<i>RFQ-Short Form</i>).</p>	<p><i>Effectiveness</i> dell'intervento nel ridurre di tutti gli indici sintomatologici da T0 a T1;</p> <p><i>Effectiveness</i> dell'intervento nell'incrementare la soddisfazione di vita relativa allo Studio;</p> <p>Effetto di moderazione del Genere sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento rispetto alla soddisfazione amicale;</p> <p>Effetto di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento rispetto alla soddisfazione amicale e alla soddisfazione generale di vita.</p> <p>Effetto di moderazione del numero di ACE sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento sui sintomi di ideazione paranoide e ostilità.</p>

Tabella 2. Tavola sinottica degli studi empirici effettuati – Parte 2.

	OBIETTIVI	CAMPIONE	VARIABILI CONSIDERATE	RISULTATI PRINCIPALI
STUDIO 3 Effectiveness a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico	<p>Valutazione dell'<i>effectiveness</i> dell'intervento rispetto alla diminuzione dei sintomi psicopatologici e rispetto all'incremento della soddisfazione di vita e delle capacità di mentalizzazione a breve (T0-T1) e a lungo termine (T0-T1-T2);</p> <p>Valutare possibili effetti di moderazione rispetto all'<i>effectiveness</i> dell'intervento</p>	<p>79 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca che hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling ed hanno compilato la batteria di questionari pre, post-intervento ed al <i>follow-up</i> a 6 mesi.</p>	<p>Indici Sintomatologici (SCL-90 R);</p> <p>Stili di attaccamento (ASQ);</p> <p>Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS);</p> <p>Esperienze avverse infantili (<i>ACE Questionnaire</i>);</p> <p>Capacità di mentalizzazione (RFQ-Short Form).</p>	<p><i>Effectiveness</i> dell'intervento nel ridurre numerosi indici sintomatologici tra T0, T1, T2;</p> <p>Effetto di moderazione del Genere sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento rispetto ai sintomi di ideazione paranoide, GSI, soddisfazione amicale e RFQ-u.</p> <p>Effetto di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento rispetto alla soddisfazione lavorativa e alla soddisfazione sentimentale;</p> <p>Effetto di moderazione del numero di ACE sull'<i>effectiveness</i> dell'intervento per i sintomi depressivi.</p>
STUDIO 4 Effectiveness dell'intervento di counselling psicodinamico: Gruppo Counselling VS Gruppo Waiting List	<p>Valutazione di tipo esplorativo dell'<i>effectiveness</i> dell'intervento nel ridurre i sintomi psicopatologici e nell'aumentare i livelli di soddisfazione di vita e di funzione riflessiva nel Gruppo Counselling rispetto al Gruppo <i>Waiting List</i>;</p>	<p>55 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 37 appartenenti al Gruppo Counselling, - 18 appartenenti al Gruppo <i>Waiting List</i>. 	<p>Indici Sintomatologici (SCL-90 R);</p> <p>Stili di attaccamento (ASQ);</p> <p>Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS);</p> <p>Esperienze avverse infantili (<i>ACE Questionnaire</i>);</p> <p>Capacità di mentalizzazione (RFQ-Short Form).</p>	<p><i>Effectiveness</i> dell'intervento nel Gruppo Counselling nel ridurre i sintomi di somatizzazione, ossessività-compulsività e GSI;</p> <p>Nel Gruppo <i>Waiting List</i> da T0 a T1 non diminuiscono gli indici sintomatologici, non aumenta la soddisfazione di vita e non migliorano le capacità di mentalizzazione.</p>
STUDIO 5 Confronto esplorativo tra studenti di due paesi europei che effettuano un percorso di counselling: Gruppo Bicocca VS Gruppo Heidelberg.	<p>Valutare in maniera esplorativa le caratteristiche sociodemografiche ed accademiche dei due gruppi;</p> <p>Valutare le motivazioni che spingono gli studenti dei due gruppi a rivolgersi al Servizio di Counselling;</p> <p>Valutare possibili differenze tra i due gruppi rispetto a livelli sintomatologici, soddisfazione di vita, capacità di mentalizzazione e distribuzione degli stili di attaccamento.</p>	<p>132 soggetti, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66 del Gruppo Bicocca, - 66 del Gruppo Heidelberg 	<p>Lista di Motivazioni che portano gli studenti a chiedere aiuto;</p> <p>Indici Sintomatologici (SCL-90 R);</p> <p>Stili di attaccamento (ASQ);</p> <p>Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS);</p> <p>Esperienze avverse infantili (<i>ACE Questionnaire</i>);</p> <p>Capacità di mentalizzazione (RFQ-Short Form).</p>	<p>Differenze significative nei due gruppi rispetto ad alcune variabili sociodemografiche e accademiche;</p> <p>Emergono similitudini tra i due gruppi rispetto alle motivazioni che portano alla richiesta d'aiuto;</p> <p>Differenze significative tra i due gruppi rispetto agli indici sintomatologici, allo stile di attaccamento, alla soddisfazione di vita e alle capacità di mentalizzazione.</p> <p>Emerge effetto di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sul profilo di rischio psicopatologico e sulla soddisfazione di vita, a prescindere dal gruppo di appartenenza degli studenti.</p>

4.3 Studio 1 – Caratteristiche e profilo psicologico dell’utenza del Servizio

Il primo studio del presente elaborato ha come obiettivo generale quello di indagare le caratteristiche degli studenti che dal 2013 si sono rivolti al Servizio di Counselling ed hanno preso parte al progetto di ricerca (tale gruppo sarà denominato Gruppo Counselling), compilando la prima batteria di questionari inviati. I dati di questi studenti sono stati raccolti attraverso la compilazione online di una batteria di questionari sulla piattaforma Qualtrics ed analizzati in forma anonima e aggregata.

Al fine di mettere in luce le aree di maggior sofferenza degli studenti che si rivolgono al Servizio, in questo primo studio ci si è avvalsi dei dati normativi degli strumenti utilizzati nel progetto di ricerca, confrontandoli con quelli emersi dalle compilazioni degli studenti, al fine di valutare se vi fosse un malessere maggiore tra gli studenti seguiti dal Servizio di Counselling rispetto al gruppo normativo di riferimento.

Inoltre, per testare la presenza di una specificità degli studenti che accedono al Servizio di Counselling, è stato raccolto un gruppo di studenti che non hanno chiesto aiuto al Servizio, che sarà denominato Gruppo Non Counselling. Tale gruppo è composto da studenti di differenti corsi di laurea dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca, che hanno deciso volontariamente di partecipare alla ricerca. Per il reclutamento del Gruppo Non Counselling ci si è rivolti, nel corso dell’anno 2019, ai Dipartimenti di Psicologia, Scienze della Formazione, Sociologia, Economia e Statistica, Giurisprudenza e Scienze (Chimica, Biologia, Fisica, Informatica, Matematica, Biotecnologie), presentando il progetto di ricerca agli studenti. Il Gruppo Non Counselling è stato selezionato sulla base delle caratteristiche generali degli studenti afferenti al Servizio di Counselling, ovvero l’età media, il corso di laurea ed il rispettivo anno di corso prevalente. Inoltre, hanno potuto prendere parte alla ricerca solo i soggetti che non avevano effettuato o non avevano in corso un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio di Ateneo.

METODO

Obiettivi e ipotesi

L’obiettivo principale del primo studio è individuare le caratteristiche e il profilo psicologico e di rischio psicopatologico degli studenti universitari che chiedono aiuto al Servizio di Counselling di Ateneo, per delineare una “fotografia” dell’utenza del Servizio e confrontarla con un gruppo di studenti che non richiedono un supporto al Servizio di Counselling d’Ateneo.

Nello specifico, gli obiettivi di questo studio sono:

1. Indagare le caratteristiche sociodemografiche ed accademiche dei soggetti che hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling;

2. Indagare il profilo psicologico degli studenti che si rivolgono al Servizio (Gruppo Counselling), delineando le aree sintomatologiche più frequenti, gli stili di attaccamento, la presenza di esperienze avverse infantili, il grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita e le capacità di mentalizzazione;
3. Confrontare le caratteristiche sociodemografiche e le caratteristiche psicologiche del Gruppo Counselling con quelle del Gruppo Non Counselling;
4. Indagare, in maniera esplorativa, eventuali rischi e sintomi psicopatologici anche negli studenti che non si rivolgono al Servizio di Counselling d'Ateneo, per riflettere in maniera preventiva sul possibile malessere presente globalmente tra gli studenti universitari.

Le ipotesi in merito agli obiettivi prefissati sono:

1. Che le caratteristiche sociodemografiche del Gruppo Counselling siano in linea con quelle della fase dell'*emerging adulthood* messe in luce da Arnett ed ampiamente descritte nel corso del primo capitolo;
2. Che il Gruppo Counselling presenti un profilo psicologico caratterizzato da potenziali fattori di rischio, quali presenza di sintomatologia, stili di attaccamento insicuri, possibile presenza di esperienze avverse nel passato, scarsa soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione non sempre adeguate;
3. Che il confronto tra il Gruppo Counselling e il Gruppo Non Counselling, evidenzii maggior vulnerabilità nel Gruppo Counselling, in termini di più elevata psicopatologia, attaccamento insicuro, scarsa soddisfazione di vita, maggior numero di esperienze avverse infantili e possibili difficoltà di mentalizzazione;
4. Si ipotizza che anche tra gli studenti dell'Ateneo che non richiedono un ciclo di incontri di counselling possano essere presenti fragilità, che potrebbero essere rilevate in maniera preventiva per evitare che possano sfociare in sintomatologia più conclamata.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 739 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, suddivisi in 421 studenti che costituiscono il Gruppo Counselling e 318 studenti che fanno parte del Gruppo Non Counselling.

Gli studenti che hanno avuto accesso al Servizio di Counselling del polo di Psicologia in un arco temporale compreso tra aprile 2013 e novembre 2020 sono circa 100-150 soggetti all'anno, di cui 716 hanno compilato il questionario online. Tra questi, coloro che hanno risposto in maniera completa alla batteria di questionari e costituiscono il Gruppo Counselling sono 421, di cui 100

maschi (23.8%) e 321 femmine (76.2%). L'età media si attesta intorno ai 23 anni ($M=23.00$, $DS=3.19$).

I dati relativi alle esperienze avverse e alla capacità di mentalizzazione provengono da un campione di 134 studenti in quanto i questionari corrispondenti (ACE e RFQ-8) sono stati inseriti nella batteria di test a partire da luglio 2018.

La costruzione del Gruppo Non Counselling è stata svolta presentando il progetto nei corsi dei docenti che hanno fornito la propria disponibilità, raccogliendo nomi, cognomi e indirizzi e-mail degli studenti interessati a partecipare in maniera volontaria. Una volta ottenute tali informazioni, è stata inviata loro una email per procedere alla compilazione della batteria di questionari, uguale a quella compilata dagli studenti che effettuano un percorso di counselling, previo consenso informato.

Rispetto al Gruppo Non Counselling, gli studenti che tra dicembre 2018 e dicembre 2019 hanno lasciato volontariamente la propria e-mail per partecipare alla ricerca sono 509. Tra questi, nel presente studio, sono stati considerati solo coloro che hanno risposto in maniera completa alla batteria dei questionari. Tale gruppo è, quindi, composto da 318 studenti di cui 70 maschi (22%) e 248 femmine (78%). L'età media si attesta intorno ai 22 anni ($M=22.53$, $DS=3.04$).

La partecipazione allo studio è avvenuta previa dettagliata informazione sulle caratteristiche e le finalità dello stesso e solo previo consenso informato.

Procedura

Sia al Gruppo Counselling, sia al Gruppo Non Counselling è stata inviata una email di informazione sul progetto di ricerca ed un *link* di accesso alla piattaforma Qualtrics per la compilazione della batteria di questionari. Tale batteria, somministrata ad entrambi i gruppi, della durata di circa 40 minuti, è composta inizialmente da domande volte a raccogliere informazioni sociodemografiche ed accademiche relative alla situazione dello studente (per esempio genere, età, corso di laurea, se lo studente è lavoratore e la sua realtà abitativa) ed in seconda battuta da questionari *self-report* (che verranno descritti in seguito dettagliatamente), volti a indagare il benessere psicologico dei soggetti e la presenza di eventuali difficoltà, le passate esperienze relazionali con la propria famiglia, la potenziale presenza di esperienze avverse e traumatiche nel passato dello studente, le capacità di mentalizzazione ed il grado di soddisfazione dello studente nelle differenti aree di vita.

Nello specifico la batteria somministrata comprende:

- Domande relative a dati anagrafici ed accademici dello studente (tra le quali, genere, età, corso di laurea, anno di corso, status civile e genitoriale, condizione abitativa, se lo studente è pendolare, in sede o fuorisede, se è studente lavoratore etc.);

- Anamnesi rispetto a precedenti consultazioni/terapie psicologiche/psichiatriche e familiarità nell'ambito dei disturbi psichici;
- Questionari *self-report* per valutare sintomi psicopatologici, stili di attaccamento, livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita, capacità di mentalizzazione ed esperienze avverse infantili.

Strumenti

- ***Symptom Checklist-90 R (SCL-90 R)*** (Derogatis, 1994; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2011): questionario *self-report* composto da 90 item (su scala Likert a 5 punti che vanno da 0 “per niente” a 4 “moltissimo”), volti a indagare la percezione soggettiva di sintomi fisici e psichici nel corso dell'ultima settimana. Il questionario permette di calcolare tre indici generali, il *Global Severity Index* (GSI), il *Positive Symptoms Total* (PST) e il *Positive Symptoms Distress Index* (PSDI) e 9 indici specifici quali: *Somatizzazione* (SOM), *Ossessività- Compulsività* (O-C), *Ipersensibilità Interpersonale* (I-S), *Depressione* (DEP), *Ansia* (ANX), *Ostilità* (HOS), *Ansia fobica* (PHOB), *Ideazione Paranoide* (PAR) e *Psicoticismo* (PSY). Nel presente studio verrà utilizzato il *Global Severity Index* (GSI) come indice globale della sintomatologia.

Le sottoscale del SCL-90 R presentano una buona coerenza interna in questo studio ($.75 < \alpha < .91$), mentre la scala globale GSI presenta un'ottima coerenza interna ($\alpha=.97$).

- ***Attachment Style Questionnaire (ASQ)*** (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994; validazione italiana: Fossati, Feeney, Donati, Donini, Novella, Bagnato, Acquarini & Maffei 2003): questionario *self-report* composto da 40 item, che indaga le caratteristiche principali dell'attaccamento adulto (su scala Likert a 6 punti che vanno da 1 “totalmente in disaccordo” a 6 “totalmente d'accordo”), che determina 5 scale a punteggi fattoriali: “Fiducia”, “Disagio per l'intimità”, “Bisogno di approvazione”, “Preoccupazione per le relazioni”, “Secondarietà delle relazioni”. Alti punteggi nella scala della Fiducia sono correlati ad un attaccamento sicuro, mentre punteggi elevati nelle altre scale mettono in luce uno stile di attaccamento insicuro. Nel recente studio effettuato da Monteleone e colleghi (Monteleone, Cardi, Volpe, Fico, Ruzzi, Pellegrino... & Maj, 2018), sono state create due nuove scale relative all'attaccamento insicuro: la scala Attaccamento Evitante, data dalle medie dei punteggi delle scale “Disagio per l'intimità” e “Secondarietà delle relazioni”, e la scala dell'Attaccamento Ansioso, data dalle medie dei punteggi alle scale “Preoccupazione per le relazioni” e “Bisogno di approvazione”.

Le scale dell'ASQ presentano una discreta coerenza interna nel presente studio ($.74 < \alpha < .81$).

- ***Life Satisfaction Scale (LSS)***: è una scala Likert a 9 punti (da 1 “molto insoddisfatto” a 9 “molto soddisfatto”), i cui item derivano dalla versione italiana del *Response Evaluation Measure-71*

(Prunas, Madeddu, Pozzoli, Gatti, Shaw & Steiner, 2009). Agli studenti, viene chiesto di indicare il loro livello di soddisfazione rispetto a diverse aree di vita: Studio, Lavoro, Amici, Famiglia, Vita Sentimentale e Tempo Libero. Viene, inoltre, calcolata una scala globale relativa alla Soddisfazione Generale di vita.

- **Questionario Adverse Childhood Experiences (ACE)** (Felitti et al., 1998; Hughes, Bellis, Hardcastle, Sethi, Butchart, Mikton, Jones & Dunne, 2017): questionario *self-report* composto da 10 item, volto a indagare le esperienze avverse che il soggetto ha vissuto prima dei 18 anni di età, quali ad esempio abuso fisico, sessuale, psicologico, lutti, separazioni e *neglect*. Ad ogni domanda, il soggetto può assegnare un punteggio pari a 0 (no - se non ha vissuto l'esperienza avversa in questione) o 1 (sì - se ha vissuto l'esperienza avversa menzionata). Il punteggio finale viene calcolato facendo la somma delle risposte. Sulla base della letteratura, si verifica una consistente presenza di esperienze avverse nella storia del soggetto con un *cut-off* maggiore o uguale a 4 (Hughes et al., 2017).

Le scala totale del Questionario *Adverse Childhood Experiences* presenta una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).

- **Reflective Functioning Questionnaire – Short Form (RFQ-8)** (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins, Lee, Warren, Howard, Ghinai, Fearon & Lowyck, 2016): la forma breve del questionario *Reflective Functioning Questionnaire* è composta da 8 item (su scala Likert a 7 punti da 1 “fortemente in disaccordo” a 7 “fortemente d'accordo”) volti a indagare le capacità di mentalizzazione dell'individuo. La versione breve utilizzata, identifica due sottoscale (RFQ-c e RFQ-u) che indicano il grado di Certezza e di Incertezza che l'individuo possiede rispetto al legame tra stati mentali e comportamento di sé e dell'altro. Nello specifico, la scala RFQ-c indaga il grado di certezza di un individuo rispetto agli stati mentali propri e altrui. Punteggi elevati mettono in luce un possibile deficit di ipermentalizzazione, mentre punteggi inferiori a 1 simboleggiano una mentalizzazione più genuina, che riconosce l'opacità degli stati mentali. La scala RFQ-u, invece, indaga il grado di incertezza di un individuo rispetto agli stati mentali propri e altrui. Punteggi elevati evidenziano un possibile deficit di ipomentalizzazione, mentre punteggi inferiori a 1 rappresentano un riconoscimento dell'opacità degli stati mentali e quindi buone capacità mentalizzanti. Seguendo il recente studio effettuato da Handeland e colleghi (2019), il *cut-off* per entrambe le scale viene fissato a 1, ovvero punteggi inferiori ad 1 riflettono buone capacità mentalizzanti, mentre punteggi maggiori o uguali a 1 evidenziano possibili deficit di mentalizzazione (Handeland, Kristiansen, Lau, Håkansson & Øie, 2019). Le scale del RFQ presentano una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).

ANALISI DEI DATI

Tutte le analisi sono state eseguite attraverso l'uso del *software* SPSS Statistic 26.0.

Sono stati utilizzati test del Chi-quadro o t-test per campioni indipendenti per analizzare le differenze sociodemografiche ed accademiche nel Gruppo Counselling e nel Gruppo Non Counselling.

Per effettuare il confronto tra i dati del Gruppo Counselling ed i dati normativi presenti in letteratura, sono stati utilizzati dei t-test per campioni di riepilogo.

Sono stati effettuati t-test per campioni indipendenti per indagare possibili differenze tra il Gruppo Counselling e il Gruppo Non Counselling rispetto alla sintomatologia (SCL-90 R), agli stili di attaccamento (ASQ), ai livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS), alle esperienze avverse infantili (ACE Questionnaire) e rispetto alle capacità di mentalizzazione (RFQ-8).

Sono stati, inoltre, effettuati dei test del Chi-quadro per indagare differenze rispetto alla distribuzione dei due gruppi secondo il cut-off clinico del SCL-90R e rispetto alla distribuzione degli stili di attaccamento Sicurezza e Insicurezza.

Sono state, infine, eseguite correlazioni di Pearson per indagare le associazioni tra le diverse variabili utilizzate nel presente studio.

È stata effettuata una *power-analysis* a posteriori, che ha indicato che un campione di 739 partecipanti, suddivisi in due gruppi, era sufficiente per rilevare un valore medio di *effect size* con una potenza di .99 ($\alpha = .05$).

Risultati

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Sono state analizzate le differenze rispetto alle caratteristiche sociodemografiche ed accademiche tra gli studenti appartenenti al Gruppo Counselling e gli studenti del Gruppo Non Counselling (Tabella 3 e Tabella 4).

Sono stati confrontati i due gruppi e sono emerse differenze significative rispetto all'età ($t = 2.02$; $p = .04$), al corso di laurea ($\chi^2(9) = 140.95$; $p = .000$), alla condizione abitativa ($\chi^2(4) = 26.34$; $p = .000$), alla situazione dello studente ($\chi^2(2) = 37.70$; $p = .000$), all'anno di corso ($\chi^2(5) = 82.70$; $p = .000$), all'accesso a servizi della salute mentale ($\chi^2(1) = 8.73$; $p = .003$) ed alla familiarità rispetto a disturbi psichici ($\chi^2(1) = 10.35$; $p = .001$).

Non sono, invece, emerse differenze significative rispetto al genere ($\chi^2(1) = .31$; $p = .58$), allo stato civile (Test Esatto di Fisher(3) = .52; $p = .97$), allo status genitoriale (Test Esatto di Fisher(1) = .15; $p = .73$) e all'impegno lavorativo ($\chi^2(1) = 3.40$; $p = .06$).

Tabella 3. Confronto caratteristiche sociodemografiche tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling

	Gruppo Counselling (N=421)	Gruppo Non Counselling (N=318)	<i>p</i>
Età (M; SD)	23.00;3.19	22.53;3.04	.04
Genere			n.s
Femmina	321(76.2%)	248(78.0%)	
Maschio	100(23.8%)	70(22.0%)	
Stato Civile			n.s
Celibe/Nubile	398(96.6%)	309(97.2%)	
Sposato/a	4(1.0%)	2(.6%)	
Convivente	8(1.9%)	6(1.9%)	
Separato/a	2(.5%)	1(.3%)	
Status Genitoriale			n.s
Con figli	4(1.0%)	4(1.3%)	
Senza figli	415(99.0%)	314(98.7%)	
Condizione Abitativa			.000
Famiglia	283(69.7%)	269(84.6%)	
Da solo/a	21(5.2%)	10(3.1%)	
Con amici/colleghi	77(19.0%)	22(6.9%)	
Con il partner	14(3.4%)	11(3.5%)	
Altro	11(2.7%)	6(1.9%)	
Situazione Studente			.000
Studente fuorisede	125(30.0%)	45(14.2%)	
Studente pendolare	183(43.9%)	205(64.5%)	
Studente in sede	109(26.1%)	68(21.4%)	
Impegno lavorativo			n.s
Lavoratore	110(26.6%)	66(20.8%)	
Non lavoratore	303(73.4%)	252(79.2%)	
Precedente accesso Servizi Salute Mentale			.003
Si	202(48.3%)	119(37.4%)	
No	216(51.7%)	199(62.6%)	
Familiare con disturbi psichici			.002
Si	134(32.4%)	69(21.7%)	
No	279(67.6%)	249(78.3%)	

Tabella 4. Confronto caratteristiche accademiche tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling

	Gruppo Counselling (N=421)	Gruppo Non Counselling (N=318)	<i>p</i>
Corso di Laurea			.000
Economia e Statistica	37(8.8%)	10(3.1%)	
Giurisprudenza	15(3.6%)	54(17%)	
Medicina e Chirurgia	1(0.2)	0	
Psicologia	256(60.8%)	96(30.2%)	
Scienze	47(11.2%)	70(22.0%)	
Scienze della Formazione	36(8.6%)	81(25.5%)	
Sociologia	25(5.9%)	7(2.2%)	
Tirocinio Professionalizzante	3(0.7%)	0	
Anno di Corso			.000
1° (Laurea Triennale)	63(15.1%)	7(2.2%)	
2° (Laurea Triennale)	60(14.4%)	24(7.5%)	
3° (Laurea Triennale)	108(25.9%)	93(29.2%)	
1° (Laurea Magistrale)	67(16.1%)	107(33.6%)	
2° (Laurea Magistrale)	65(15.6%)	73(23.0%)	
Fuoricorso	54(12.9%)	14(4.4%)	

Profilo Psicopatologico

Confronto Gruppo Counselling e valori normativi

Sono stati confrontati i dati del Gruppo Counselling con i dati normativi presenti in letteratura rispetto alla validazione italiana del SCL-90 R (Prunas et al., 2011).

Dai risultati (Tabella 5), emerge che i maschi del Gruppo Counselling presentano una sintomatologia statisticamente più elevata rispetto ai valori normativi maschili nelle sottoscale Ossessività-Compulsività ($t = 6.48$; $p = .000$), Ipersensibilità Interpersonale ($t = 5.32$; $p = .000$), Depressione ($t = 9.36$; $p = .000$), Ansia ($t = 6.88$; $p = .000$), Ansia Fobica ($t = 4.85$; $p = .000$), Psicoticismo ($t = 5.56$; $p = .000$) e nella scala del *Global Severity Index* ($t = 6.39$; $p = .000$). Nel confronto delle sottoscale Somatizzazione ($t = 1.68$; $p = .09$), Ostilità ($t = 1.71$; $p = .09$) e Ideazione Paranoide ($t = .75$; $p = .46$) non sono presenti differenze statisticamente significative tra gli studenti maschi del Gruppo Counselling ed i valori normativi maschili di riferimento.

Tabella 5. Confronto maschi Gruppo Counselling e Valori Normativi Maschili - SCL-90 R.

	Gruppo Counselling (M \pm DS)	Valori Normativi (M \pm DS)	t	p
SCL-90 R				
Somatizzazione	.69 \pm .76	.56 \pm .50	1.68	.09
Ossessività-Compulsività	1.50 \pm .82	.93 \pm .66	6.48	.000***
Ipersensibilità Interpersonale	1.17 \pm .85	.70 \pm .59	5.32	.000***
Depressione	1.55 \pm .86	.70 \pm .58	9.36	.000***
Ansia	1.16 \pm .82	.57 \pm .56	6.88	.000***
Ostilità	.95 \pm .92	.78 \pm .68	1.71	.09
Ansia Fobica	.50 \pm .58	.21 \pm .31	4.85	.000***
Ideazione Paranoide	1.04 \pm .87	.97 \pm .70	.75	.46
Psicoticismo	.84 \pm .62	.47 \pm .49	5.56	.000***
<i>General Severity Index</i>	1.09 \pm .65	.65 \pm .44	6.39	.000***

Note. M \pm DS: mean and standard deviation; *** $p < .000$

Per quanto riguarda le femmine del Gruppo Counselling (Tabella 6), invece, presentano sintomatologia statisticamente più elevata rispetto ai valori normativi femminili di riferimento (Prunal et al., 2011) nelle sottoscale Ossessività-Compulsività ($t = 8.73$; $p = .000$), Ipersensibilità Interpersonale ($t = 6.70$; $p = .000$), Depressione ($t = 13.25$; $p = .000$), Ansia ($t = 8.25$; $p = .000$), Ostilità ($t = 3.08$; $p = .002$), Ansia Fobica ($t = 4.20$; $p = .000$), Psicoticismo ($t = 7.23$; $p = .000$) e nella scala del *Global Severity Index* ($t = 8.77$; $p = .000$). Solamente nelle sottoscale Somatizzazione ($t = 1.81$; $p = .07$) e Ideazione Paranoide ($t = -.26$; $p = .79$) non sono presenti differenze statisticamente significative tra le donne del Gruppo Counselling ed i valori normativi femminili di riferimento.

Tabella 6. Confronto femmine Gruppo Counselling e Valori Normativi Femminili – SCL-90 R.

	Gruppo Counselling (M \pm DS)	Valori Normativi (M \pm DS)	t	p
SCL-90 R				
Somatizzazione	.88 \pm .72	.80 \pm .63	1.81	.07
Ossessività-Compulsività	1.45 \pm .83	1.00 \pm .73	8.73	.000***
Ipersensibilità Interpersonale	1.17 \pm .79	.84 \pm .70	6.70	.000***
Depressione	1.58 \pm .83	.91 \pm .71	13.25	.000***
Ansia	1.15 \pm .82	.74 \pm .67	8.25	.000***
Ostilità	.83 \pm .75	.68 \pm .67	3.08	.002**
Ansia Fobica	.44 \pm .58	.29 \pm .45	4.20	.000***
Ideazione Paranoide	.91 \pm .76	.92 \pm .73	-.260	.79
Psicoticismo	.62 \pm .58	.43 \pm .51	7.23	.000***
<i>General Severity Index</i>	1.08 \pm .60	.76 \pm .53	8.77	.000***

Note. M \pm DS: mean and standard deviation; ** $p < .01$, *** $p < .000$

Confronto Gruppo Counselling vs Gruppo Non Counselling

Attraverso t-test per campioni indipendenti sono state analizzate le differenze rispetto al profilo di rischio psicopatologico tra gli studenti del Gruppo Counselling e quelli del Gruppo Non Counselling, analizzando le sottoscale e la scala globale della SCL-90 R. Dai dati, emerge che i soggetti del Gruppo Counselling hanno punteggi più elevati rispetto ai coetanei del Gruppo Non Counselling in tutte le sottoscale ed anche nella scala *Global Severity Index* della SCL-90 R (Tabella 7).

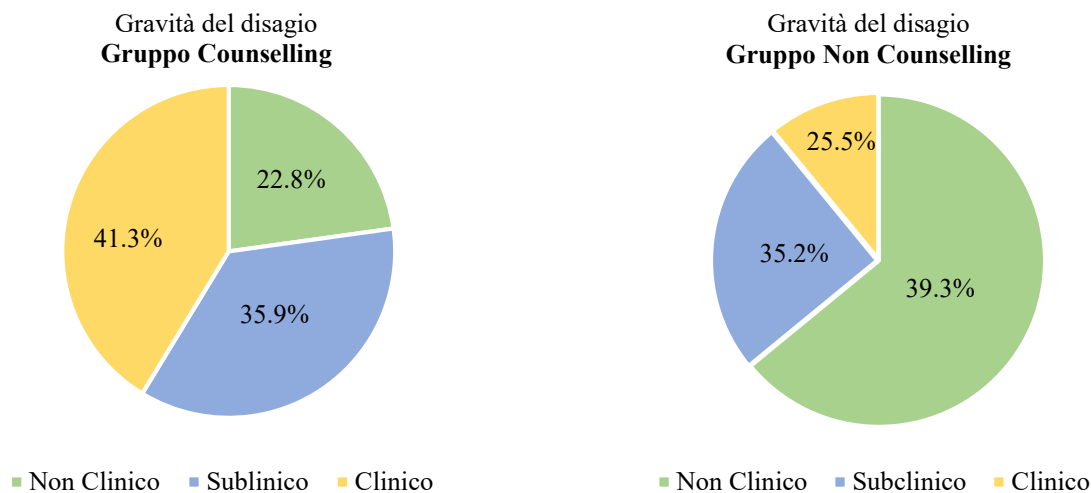
Tabella 7. Confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling rispetto agli indici sintomatologici (SCL-90 R).

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Gruppo Non Counselling (M ±DS)	t	p	d
SCL-90 R					
Somatizzazione	.83±.74	.70±.61	2.64	.008**	.19
Ossessività-Compulsività	1.46±.82	.99±.71	8.15	.000***	.61
Ipersensibilità Interpersonale	1.17±.80	.86±.68	5.66	.000***	.42
Depressione	1.58±.84	.99±.74	9.97	.000***	.74
Ansia	1.15±.82	.71±.65	8.09	.000***	.59
Ostilità	.85±.79	.63±.61	4.34	.000***	.31
Ansia Fobica	.45±.58	.34±.53	2.79	.005**	.20
Ideazione Paranoide	.94±.79	.76±.69	3.30	.001**	.24
Psicoticismo	.72±.59	.49±.48	5.83	.000***	.43
<i>General Severity Index</i>	1.08±.61	.76±.53	7.51	.000***	.56

Note. M ±DS: mean and standard deviation; ** $p < .01$, *** $p < .000$

È stata, inoltre, esplorata la distribuzione dei soggetti dei due gruppi rispetto al *Global Severity Index* (GSI) della SCL-90 R (Figura 3). Sono stati considerati i cut-off riportati nel manuale della validazione italiana dello strumento (Prunas et al., 2011), in termini di rilevanza clinica della sintomatologia esperita dai partecipanti, che può classificarsi come Clinica ($45 \leq T < 55$), Subclinica ($55 \leq T < 65$) e Non Clinica ($65 \leq T \leq 75$). Il test del Chi-quadrato di Pearson, mostra delle differenze significative tra i due gruppi nella distribuzione del rischio psicopatologico ($\chi^2(2) = 29.73$; $p = .000$). Gli studenti del Gruppo Counselling si posizionano in percentuale maggiore nel range Clinico (41.3%) (adj = 4.5), rispetto agli studenti del Gruppo Non Counselling (25.5%). Gli studenti del Gruppo Non Counselling, invece, rientrano in percentuali maggiori nel range Non Clinico (39.3%) (adj = 4.9) rispetto al Gruppo Counselling (22.8%).

Figura 3. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling.



Stile di attaccamento

Confronto valori normativi

Sono stati confrontati i dati del Gruppo Counselling con i dati normativi presenti in letteratura rispetto alla validazione italiana del ASQ (Fossati et al., 2003).

Dai risultati (Tabella 8), emerge che i maschi del Gruppo Counselling presentano punteggi statisticamente differenti, rispetto ai valori normativi maschili, nelle scale Fiducia ($t = -5.28$; $p = .000$), Bisogno di approvazione ($t = 3.44$; $p = .001$) e Preoccupazione per le relazioni ($t = 2.93$; $p = .004$). Mostrano, invece, punteggi non statisticamente differenti rispetto ai valori normativi maschili nelle scale Disagio per l'intimità ($t = -1.81$; $p = .07$) e Secondarietà delle relazioni ($t = .14$; $p = .99$).

Tabella 8. Confronto maschi Gruppo Counselling e Valori Normativi Maschili - ASQ.

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Valori Normativi (M ±DS)	t	p
ASQ				
Fiducia	28.02±6.36	31.78±5.83	-5.28	.000***
Disagio per l'intimità	36.65±9.92	38.63±7.21	-1.81	.07
Secondarietà delle relazioni	17.86±6.22	17.85±6.17	.01	.99
Bisogno di approvazione	23.23±7.36	20.41±5.52	3.44	.001**
Preoccupazione per le relazioni	31.28±7.54	28.77±6.06	2.93	.004**

Note. M ±DS: mean and standard deviation; ** $p < .01$, *** $p < .000$

Le femmine del Gruppo Counselling (Tabella 9), invece, presentano punteggi statisticamente differenti rispetto ai valori normativi femminili nelle scale Fiducia ($t = -10.67$; $p = .000$), Disagio per l'intimità ($t = 58.70$; $p = .000$), Secondarietà delle relazioni ($t = -2.31$; $p = .021$), Bisogno di approvazione ($t = 7.28$; $p = .000$) e Preoccupazione per le relazioni ($t = 4.80$; $p = .000$).

Tabella 9. Confronto femmine Gruppo Counselling e Valori Normativi Femminili - ASQ.

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Valori Normativi (M ±DS)	t	p
ASQ				
Fiducia	27.54±6.50	32.59±5.66	-10.67	.000***
Disagio per l'intimità	38.57±8.29	37.45±7.02	58.70	.000***
Secondarietà delle relazioni	14.90±5.27	15.89±5.67	-2.31	.021*
Bisogno di approvazione	24.89±7.07	21.12±6.30	7.28	.000***
Preoccupazione per le relazioni	31.37±7.35	28.84±6.11	4.80	.000***

Note. M ±DS: mean and standard deviation; * $p < .05$, *** $p < .000$

Confronto Gruppo Counselling vs Gruppo Non Counselling

Attraverso t-test per campioni indipendenti, sono state indagate le differenze negli stili di attaccamento tra gli studenti del Gruppo Counselling e quelli Gruppo Non Counselling, analizzando i valori delle scale dell'ASQ (Tabella 10). Dai dati, emergono differenze significative tra i soggetti dei due gruppi. In particolare, gli studenti del Gruppo Counselling mostrano punteggi maggiori nelle scale dell'ASQ riguardanti l'insicurezza dell'attaccamento (Secondarietà delle relazioni, Bisogno di approvazione e Preoccupazione per le relazioni) e punteggi minori nella scala della Fiducia.

Sono stati, inoltre, effettuati dei t-test per campioni indipendenti utilizzando la suddivisione dei punteggi dell'ASQ suggerita da Monteleone e colleghi (2018), creando due nuove scale relative all'attaccamento insicuro: la scala Attaccamento Evitante (data dalle medie dei punteggi delle scale "Disagio per l'intimità" e "Secondarietà delle relazioni") e la scala dell'Attaccamento Ansioso (data dalle medie dei punteggi alle scale "Preoccupazione per le relazioni" e "Bisogno di approvazione"). Dai dati, emerge che il Gruppo Counselling presenta punteggi maggiori sia nella scala Attaccamento Evitante ($t = 2.59$; $p = .010$), sia nella scala Attaccamento Ansioso ($t = 5.13$; $p = .000$) rispetto al Gruppo Non Counselling.

Tabella 10. Confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling rispetto allo stile di attaccamento (ASQ).

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Gruppo Non Counselling (M ±DS)	t	p	d
ASQ					
Fiducia	27.65±6.47	29.39±6.42	-3.61	.000***	.27
Disagio per l'intimità	38.11±8.74	37.06±8.86	1.62	.11	
Secondarietà delle relazioni	15.61±5.65	14.11±4.69	3.94	.000***	.29
Bisogno di approvazione	24.51±7.17	21.98±7.06	4.75	.000***	.35
Preoccupazione per le relazioni	31.35±7.39	28.91±7.27	4.45	.000***	.33
Attaccamento Evitante	26.78±6.43	25.58±5.99	2.59	.010*	.19
Attaccamento Ansioso	27.89±6.40	25.45±6.42	5.13	.000***	.38

Note. M ±DS: mean and standard deviation; * $p < .05$, *** $p < .000$

Seguendo le indicazioni della validazione italiana dell'ASQ (Fossati et al., 2003), è stata utilizzata la scala delle Fiducia per identificare la distribuzione dell'attaccamento valutato in maniera dicotomica sicurezza/insicurezza. Secondo Fossati e colleghi (2003), punteggi inferiori al 25° percentile nella scala della Fiducia sono indicatori di sicurezza nell'attaccamento insicuro, mentre punteggi superiori al 25° percentile sono indicatori di insicurezza nell'attaccamento. Il test del Chi-quadrato di Pearson indica una differenza significativa tra i due gruppi nella distribuzione sicurezza e insicurezza dell'attaccamento ($\chi^2(1) = 8.36; p = .004$). A livello descrittivo, i soggetti del Gruppo Counselling mostrano per il 53.8% Sicurezza nell'attaccamento, mentre per il 46.2% Insicurezza nell'attaccamento; gli studenti del Gruppo Non Counselling hanno, invece, nel 56.9% dei casi un attaccamento di tipo sicuro, mentre nel 43.1% uno stile di attaccamento insicuro.

Soddisfazione nelle diverse aree di vita, Esperienze Avverse e Capacità di mentalizzazione.

Attraverso t-test per campioni indipendenti sono state indagate possibili differenze tra il Gruppo Counselling e il Gruppo Non Counselling, rispetto al grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita, al numero di esperienze avverse vissute nella propria infanzia e alle capacità di mentalizzazione (vedi Tabella 11). Dai dati, emerge una differenza significativa tra i due gruppi rispetto alla soddisfazione di vita. Gli studenti del Gruppo Counselling hanno punteggi più bassi nei livelli di soddisfazione relativi a Studio, Lavoro, Amici, Famiglia, Vita Sentimentale, Tempo Libero e Soddisfazione Generale rispetto al Gruppo Non Counselling. Emergono, inoltre, differenze significative tra i due gruppi rispetto alle esperienze avverse infantili che sono più elevate nel Gruppo Counselling. Non emergono, invece, differenze significative rispetto alla funzione riflessiva.

Tabella 11. Confronto grado di soddisfazione, esperienze avverse e funzione riflessiva tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling.

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Gruppo Non Counselling (M ±DS)	t	p	d
LSS					
Studio	5.11±2.31	6.40±1.92	-8.28	.000***	.61
Lavoro	4.29±2.37	4.97±2.33	-3.81	.000***	.29
Amici	5.81±2.00	6.56±1.80	-5.37	.000***	.39
Famiglia	5.74±2.22	7.21±1.76	-10.03	.000***	.73
Vita Sentimentale	5.06±2.97	5.76±2.83	-3.26	.001**	.24
Tempo Libero	4.91±2.25	5.89±2.12	-5.99	.000***	.45
Soddisfazione Generale	5.06±1.92	6.10±1.78	-7.60	.000***	.56
ACE	1.74±1.69	1.10±1.45	3.80	.000***	.41
RFQ-8					
RFQ-c	.95± .60	1.03± .64	-1.25	.21	
RFQ-u	.61± .47	.66± .40	-1.05	.29	

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; **p<.01, *** p<.000

Inoltre, per quanto concerne le esperienze avverse infantili, seguendo la *review* di Hughes e colleghi (2017), il cut-off per definire l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse fino ai 18 anni, è stato fissato a maggiore uguale a 4. Sulla base di tale cut-off, è stato calcolato che il Gruppo Counselling ha avuto esperienze avverse considerevoli in una percentuale del 18.8%, mentre il Gruppo Non Counselling in una percentuale del 7.9%. Dal test del Chi-quadrato di Pearson emerge una differenza significativa nei due gruppi rispetto alle esperienze avverse vissute nell'infanzia ($\chi^2(1) = 11.38; p = .001$), maggiori nel Gruppo Counselling rispetto al gruppo Non Counselling.

Correlazioni tra rischio psicopatologico, attaccamento, esperienze avverse, funzione riflessiva e soddisfazione di vita

Sono state effettuate delle correlazioni di Pearson nel Gruppo Counselling (Tabella 12), per indagare possibili associazioni tra le variabili esaminate. È stata utilizzata la scala *Global Severity Index* del SCL-90 R, le scale Fiducia, Attaccamento Evitante ed Attaccamento Ansioso del ASQ, le scale RFQ-c e RFQ-u, la scala ACE e la scala LSS Soddisfazione Generale.

Nello specifico, la scala GSI della SCL-90 R è associata positivamente alle scale globali dell'ASQ Attaccamento Evitante e Attaccamento Ansioso e alla scala RFQ-u, mentre risulta associata negativamente alla scala ASQ Fiducia, alla scala della LSS Soddisfazione Generale e alla scala RFQ-c. Non risulta, invece, associata alla scala ACE.

La scala ASQ Fiducia risulta associata positivamente alla scala della LSS Soddisfazione Generale e alla scala RFQ-c, mentre risulta associata negativamente alle scale globali dell'ASQ Attaccamento Evitante e Attaccamento Ansioso, alla scala RFQ-u e alla scala ACE.

La scala globale dell'ASQ Attaccamento Evitante è associata positivamente alla scala Attaccamento Ansioso, alla scala RFQ-u e alla scala ACE, mentre risulta associata negativamente alla scala della LSS Soddisfazione Generale e alla scala RFQ-c.

La scala globale dell'ASQ Attaccamento Ansioso è associata positivamente alla scala RFQ-u e alla scala ACE, mentre risulta associata negativamente alla scala della LSS Soddisfazione Generale e alla scala RFQ-c.

La scala della LSS Soddisfazione Generale è associata positivamente alla scala RFQ-c e negativamente alla scala RFQ-u e alla scala ACE.

La scala RFQ-c è associata negativamente alla scala RFQ-u e non risulta associata alla scala ACE.

Non risultano, infine, associate la scala RFQ-u e la scala ACE.

Tabella 12. Correlazioni nel Gruppo Counselling tra sintomi psicopatologici, Stili di attaccamento, soddisfazione di vita, funzione riflessiva ed esperienze avverse.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
SCL-90 R GSI (1)	-							
ASQ FIDUCIA (2)	-.37**	-						
ATT. EVITANTE (3)	.45**	-.50**	-					
ATT. ANSIOSO (4)	.53**	-.46**	.40**	-				
SODD. GENERALE (5)	-.46**	.48**	-.35**	-.39**	-			
RFQ-c (6)	-.22**	.23**	-.36**	-.48**	.20*	-		
RFQ-u (7)	.29**	-.15	.21*	.30**	-.29**	-.29**	-	
ACE (8)	.14	-.22**	.17*	.18*	-.14	.07	.04	-

SCL-90 R GSI (*General severity Index*); ASQ FIDUCIA (*Fiducia*); ATT. EVITANTE (*Attaccamento Evitante*); ATT. ANSIOSO (*Attaccamento Ansioso*); SODD. GENERALE (*Soddisfazione Generale*); RFQ-c (*Certezza*); RFQ-u (*Incertezza*); ACE (*Adverse Childhood Experiences*). * $p < .05$, ** $p < .01$

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'obiettivo principale del primo studio è stato analizzare le caratteristiche peculiari dei soggetti che chiedono aiuto al Servizio di Counselling Psicodinamico dell'Università Milano-Bicocca.

Per giungere ad una descrizione completa dell'utenza del Servizio, sono stati effettuati dei confronti con un gruppo di studenti del medesimo Ateneo che non ha effettuato un ciclo di incontri di counselling (Gruppo Non Counselling), dal punto di vista socio-demografico, accademico e rispetto ai livelli di benessere e ai principali indicatori di salute mentale.

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Per quanto riguarda gli aspetti sociodemografici (Tabella 3 e Tabella 4), il primo dato che emerge è la preponderanza a livello globale del genere femminile rispetto a quello maschile. Tale aspetto potrebbe essere collegato alla maggior provenienza in entrambi i gruppi (nonostante questo dato sia maggiore tra gli studenti del Gruppo Counselling, 60.8%) da corsi di laurea in Psicologia, nei quali è noto esserci un bias di genere a favore delle donne (nel 2015 un'indagine dell'ENPAP ha riportato che circa l'82.5% degli psicologi sono donne e il 17.5% uomini). In merito a ciò, Cox (2014) ha, inoltre, segnalato un'inclinazione maggiore per le femmine rispetto ai maschi a chiedere aiuto a servizi di salute mentale.

A livello generale, entrambi i gruppi incarnano i tratti distintivi dell'*emerging adulthood* ampiamente descritti nel corso del primo capitolo. Tra questi vi è l'età che, attestandosi intorno ai 23 anni, si inserisce perfettamente nel *range* dell'adulthood emergente (19-30 anni) individuato da Arnett (2000). Si riscontrano, inoltre, altre caratteristiche peculiari del giovane adulto emergente, come il posticipo del matrimonio e della genitorialità (quasi la totalità del campione, infatti, non è sposata e non ha figli), il prolungamento della dipendenza dalle figure genitoriali, sia a livello abitativo (la

quasi totalità degli studenti vive ancora nella casa di origine), sia a livello economico (la maggior parte dei soggetti non lavora). L'elevata percentuale nel presente studio di studenti che vivono ancora con i genitori, infatti, rispecchia la tendenza dei giovani dei Paesi Mediterranei a lasciare la casa di origine più tardivamente rispetto ai coetanei del Nord e Centro Europa, dell'Australia, Canada e Stati Uniti (Choroszewicz & Wolff, 2010; Fussel et al., 2007).

Riguardo alla condizione abitativa, emergono differenze tra i due gruppi. Nonostante la maggioranza degli studenti di entrambi i gruppi viva ancora con la famiglia di origine, il Gruppo Counselling, presenta percentuali maggiori di soggetti che vivono con amici e colleghi (19%), rispetto al Gruppo Non Counselling (6.9%). Tale condizione potrebbe determinare un carico maggiore di stress e di sofferenza per gli studenti del Gruppo Counselling, richiedendo ai giovani non solo di conciliare lo studio e l'organizzazione della vita autonoma, ma anche di gestire i difficili processi di separazione-individuazione rispetto alle figure genitoriali e ai luoghi di origine (Adamo et al., 2005).

In linea con i dati emersi rispetto alla condizione abitativa, è possibile osservare come in entrambi i gruppi prevalgono gli studenti pendolari, ma nel Gruppo Counselling vi siano anche discrete percentuali di studenti fuori sede, probabilmente rappresentate dagli studenti che vivono con amici e colleghi, da soli o con il partner.

Interessante è, anche, quanto emerso dall'anamnesi rispetto a consultazioni psicologiche/psichiatriche effettuate in precedenza. Il 48.3% del Gruppo Counselling ed il 37.4% del Gruppo Non Counselling, dichiara, infatti, di essersi rivolto durante l'infanzia, l'adolescenza o la giovane età adulta ad uno specialista della salute mentale: è dunque evidente, in accordo con quanto osservato da Hunt & Eisenberg (2010), che le consultazioni dei servizi di salute mentale avvengono sempre più precocemente. Inoltre, il Gruppo Counselling ha avuto maggiori accessi precedenti a Servizi della Salute Mentale (48.3%) ed ha maggior familiarità per disturbi psichici (32.4%), rispetto al Gruppo Non Counselling. Tali caratteristiche, potrebbero mettere in luce maggiori livelli di sofferenza e vulnerabilità tra gli studenti del Gruppo Counselling, che richiedono aiuto al Servizio.

Relativamente al profilo accademico (Tabella 4), l'alta prevalenza degli studenti di Psicologia nel Gruppo Counselling (60.8%), potrebbe essere dovuta al fatto che all'inizio della sua attività, il Servizio di Counselling era rivolto solamente agli studenti dei corsi di laurea in Psicologia. Tuttavia, vi sono due ulteriori ipotesi che potrebbero spiegare la maggior affluenza di questi studenti: potrebbero essere più esposti alla pubblicità del Servizio, poiché gestito da docenti che lavorano nel Dipartimento a cui afferiscono, oppure l'indirizzo di studio potrebbe sensibilizzarli maggiormente rispetto a temi psicologici, portandoli a concepire i servizi di salute mentale con minor pregiudizio e minori stereotipi negativi, non sentendosi stigmatizzati per la richiesta di aiuto.

La provenienza accademica degli studenti del Gruppo Non Counselling risulta, invece, essere distribuita più equamente tra i vari Dipartimenti sebbene vi sia una predominanza di studenti di

psicologia: quest'ultimo dato può essere collegato sia alla maggior disponibilità dei docenti dei corsi di psicologia ad aderire al progetto, sia al tentativo, nella costruzione del Gruppo Non Counselling, di ricalcare le caratteristiche della composizione del Gruppo Counselling.

È, infine, interessante notare che gli studenti del Gruppo Counselling si rivolgono al Servizio principalmente tra il terzo anno di laurea triennale ed il primo anno di laurea magistrale. Questo momento di passaggio potrebbe riflettere le diverse problematiche con cui i ragazzi sono chiamati a confrontarsi: definire il progetto accademico futuro, concludere il percorso formativo o decidere di proseguire gli studi, così come approcciarsi alla difficile realtà lavorativa. Le caratteristiche psicologiche dell'*emerging adulthood* descritte da Arnett (2004), quali instabilità, età delle possibilità, *feeling in between* ed incertezza, ben rappresentano la situazione di transizione che si trovano ad affrontare tali studenti.

Indici di salute mentale e livelli di benessere

Il Gruppo Counselling è stato confrontato rispetto agli indici sintomatologici e agli stili di attaccamento con i valori normativi presenti in letteratura e, successivamente, con il Gruppo Non Counselling. È emerso che, gli studenti che richiedono aiuto al Servizio di Counselling, presentano maggiori livelli sintomatologici rispetto ai valori normativi di riferimento (Tabella 5 e Tabella 6). Tale dato, indica che questi soggetti stanno vivendo un periodo di difficoltà nel momento in cui accedono al Servizio di Counselling, ma sono in grado di percepire tale malessere e chiedere un supporto per poterlo affrontare.

Gli studenti che effettuano un ciclo di incontri di counselling, inoltre, presentano maggior sintomatologia rispetto ai coetanei del Gruppo Non Counselling (Tabella 7), in tutte le aree indagate dal *Symptom Checklist-90 Revised* (somatizzazione, ossessività-compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo e GSI). Il livello sintomatologico esperito dagli utenti nel periodo concomitante al loro accesso al Servizio è, quindi, superiore in modo significativo rispetto a forme di malessere psicologico che possono comunemente provare coetanei (anch'essi studenti del medesimo Ateneo). Da questo confronto, è possibile mettere in luce come le aree sintomatologiche maggiormente presenti negli studenti del Gruppo Counselling siano i sintomi ossessivo-compulsivi, i sintomi depressivi e quelli ansiosi. Tale dato è in linea con numerosi ricerche presenti in letteratura (American College Health Association, 2014; Blanco et al., 2008; Hunt & Eisenberg, 2010) che evidenziano come prevalenti tra gli studenti universitari sintomi internalizzanti.

Dall'analisi della gravità del disagio esperito dagli studenti del Gruppo Counselling (Figura 3), inoltre, emerge che la maggior parte di essi presenta un livello di sintomatologia di rilevanza clinica (41.3%) o subclinica (35.9%); tuttavia, i risultati evidenziano che, anche tra gli studenti del Gruppo Non Counselling, vi sia una non trascurabile percentuale di studenti che presenta un disagio degno di

attenzione clinica (25.5%), mentre il 35.2% mostra una sintomatologia subclinica. Tali dati, sono in linea con quanto emerso dalla ricerca condotta da Kreß e colleghi (Kreß, Sperth, Hofmann & Holm-Hadulla, 2015), secondo cui circa il 50% degli studenti che afferisce al Servizio di Counselling Psicosociale dell'Università di Heidelberg, sperimenta sintomatologia di rilevanza clinica, mentre nel gruppo di studenti che non afferisce al servizio tale percentuale si attesta attorno al 12-15%.

Per quanto concerne gli stili di attaccamento, il Gruppo Counselling presenta un profilo caratterizzato da maggior insicurezza rispetto ai valori normativi di riferimento (Tabella 8 e Tabella 9). Inoltre, rispetto alla distribuzione della sicurezza/insicurezza valutata attraverso l'*Attachment Style Questionnaire* (Feeney et al., 1994; Fossati et al., 2003), è possibile osservare che in generale il campione afferente al Servizio di Counselling si pone su un versante insicuro (53.8%) rispetto all'attaccamento, mentre i soggetti del Gruppo Non Counselling, pur presentando una percentuale di stile di attaccamento insicuro pari al 43.1%, rientrano nel campione normativo², distribuendosi su un versante maggiormente sicuro.

Per quanto riguarda il confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo Non Counselling per le scale dell'ASQ (Tabella 10), emergono differenze significative rispetto a numerose scale. È possibile osservare come i soggetti del Gruppo Counselling presentino punteggi minori nella scala Fiducia relativa all'attaccamento sicuro rispetto ai coetanei del Gruppo Non Counselling e punteggi più elevati nelle scale relative all'attaccamento insicuro (Secondarietà delle relazioni, Bisogno di approvazione, Preoccupazione per le relazioni, Attaccamento Evitante ed Attaccamento Ansioso). Come noto dalla letteratura, uno stile di attaccamento insicuro, se correlato ad altri fattori di rischio, può aumentare la probabilità di sviluppare disagio clinico (Fermani et al., 2019; Riva Crugnola, 2017; Scharf, Maysless & Kivenson-Baron, 2004).

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita, si evidenzia una minor soddisfazione del Gruppo Counselling in tutte le aree indagate ed anche nella Soddisfazione Generale, rispetto agli studenti che non accedono al Servizio (Tabella 11). Tale dato che mette in luce come il malessere sperimentato comporti un decremento di soddisfazione per la propria vita. In accordo con quanto emerso dall'analisi di Kreß e colleghi (2015) e dallo studio di Guarnieri e colleghi (2015), si osserva che la soddisfazione di vita ha una correlazione con la sintomatologia: nella presente ricerca si osserva, infatti, che gli studenti del Gruppo Counselling mostrano una soddisfazione minore rispetto al Gruppo Non Counselling in tutte le diverse aree di vita valutate tramite la *Life Satisfaction*

² Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn (2009), attraverso un'analisi in cui confrontano i pattern di attaccamento tra campioni clinici e normativi, dimostrano che i primi sono maggiormente caratterizzati da uno stile di attaccamento insicuro e irrisolto rispetto ai secondi. Il campione normativo si distribuisce generalmente nel seguente modo: 58% sicuri, 23% distanzianti, 19% preoccupati, di questi 18% anche disorganizzati.

Scale e che la soddisfazione generale di vita sia correlata alla scala *General Severity Index* del SCL-90 R (Tabella 12).

Il 18.8% degli studenti del Gruppo Counselling afferma, inoltre, di aver vissuto 4 o più esperienze avverse, mentre nel Gruppo Non Counselling tale percentuale si attesta al 7.9%. La percentuale di esperienze avverse riportata dal Gruppo Non Counselling è in linea con quanto emerso nella metanalisi di Hughes e colleghi (2015), che evidenzia una percentuale di 4 o più esperienze avverse infantili, che oscilla tra il 6% ed il 13% per i gruppi normativi. Come messo in luce dall'analisi della letteratura nel corso dei capitoli precedenti, l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse nell'infanzia si configura come fattore di rischio per lo sviluppo psicofisico dell'individuo (Clarke, 2015; Felitti et al., 1998; Newcomb-Anjo et al., 2016). Seppur gli effetti dell'esperienze avverse infantili nel corso dell'*emerging adulthood* siano stati a lungo sotto-studiati, varie ricerche hanno mostrato interesse nell'approfondire tale ambito. Molti studi concordano nel ritenere che l'aver vissuto più esperienze avverse nell'infanzia rappresenti un importante fattore di rischio per molte condizioni di salute psico-fisica (Newcomb-Anjo et al., 2016; Schilling, Aseltine & Gore, 2007). In uno studio di Schilling e colleghi (2007), viene dimostrato come i giovani adulti emergenti che hanno vissuto più *Adverse Childhood Experiences* sono più vulnerabili per lo sviluppo di psicopatologia, comportamenti aggressivi e violenti e abuso di sostanze.

Per quanto concerne le capacità di mentalizzazione degli studenti, indagate attraverso il *Reflective Functioning Questionnaire*, non emergono differenze significative tra i due gruppi (Tabella 11). Tale risultato potrebbe imputarsi sia alla disomogeneità della numerosità dei due gruppi rispetto alla compilazione di questo questionario (134 studenti del Gruppo Counselling e 318 del Gruppo Non Counselling), sia al ridotto numero di item in esso presenti (avendo usato la versione breve ad 8 item) che potrebbe, quindi, non permettere di cogliere differenze significative.

Sono, inoltre, emersi risultati interessanti dalle analisi di correlazione effettuate nel Gruppo Counselling tra le problematiche psicopatologiche, l'attaccamento, la soddisfazione, le esperienze avverse e la capacità di mentalizzazione (Tabella 12). La presenza di sintomatologia in generale correla con uno stile di attaccamento insicuro, con bassi livelli di soddisfazione e con minori capacità di mentalizzazione. I soggetti con attaccamento sicuro, invece, sono maggiormente soddisfatti, riportano un minor numero di esperienze avverse infantili, hanno più bassa sintomatologia e capacità di mentalizzazione migliori rispetto ai soggetti insicuri. Sulla base dei dati presentati, si evince, dunque, che la sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rappresenti un importante fattore di protezione/rischio.

In conclusione, quindi, il Gruppo Counselling si configura come un gruppo con numerosi fattori di rischio, a livello sintomatologico, di attaccamento, di esperienze avverse infantili e di soddisfazione di vita. È importante, quindi, che gli studenti che sperimentano tali difficoltà siano in grado di

chiedere aiuto in maniera spontanea al Servizio, ricercando l'aiuto di un professionista della salute mentale per poter meglio comprendere ed affrontare le proprie difficoltà.

A livello preventivo, si potrebbe concludere che il Gruppo Non Counselling non presenta fattori di rischio cospicui come il Gruppo Counselling, ma potrebbe essere utile aumentare il campione al fine di poter effettuare un *screening* maggiormente rappresentativo della popolazione dell'Ateneo e rilevare in maniera preventiva possibili manifestazioni di malessere e difficoltà. Il 25% dei soggetti del Gruppo Non Counselling, infatti, nonostante non si rivolga al Servizio, mostra una sintomatologia di rilevanza clinica silente, che potrebbe necessitare un intervento al fine di prevenire possibili derive psicopatologiche.

4.4 Studi volti a valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico

4.4.1 Studio 2 - *Effectiveness* breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico

Il secondo studio del presente elaborato è finalizzato ad indagare l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio, confrontando i dati raccolti a T0, ovvero prima dell'inizio dell'intervento, con quelli emersi a T1, ovvero al termine del ciclo di quattro incontri.

I dati di questi studenti sono stati raccolti attraverso le compilazioni online di due batterie di questionari sulla piattaforma Qualtrics ed analizzati in forma anonima e aggregata. La batteria somministrata prima dell'inizio dell'intervento (tempo T0) ha una durata di circa 40 minuti ed è composta, come nello studio precedente, da informazioni sociodemografiche ed accademiche relative alla situazione dello studente (per esempio genere, età, corso di laurea, se lo studente è lavoratore e la realtà abitativa) ed in seconda battuta da questionari *self-report*, volti a indagare il benessere psicologico dei soggetti e la presenza di eventuali difficoltà, le passate esperienze relazionali con la propria famiglia, la potenziale presenza di esperienze avverse e traumatiche nel passato dello studente, le capacità di mentalizzazione ed il grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita.

Al termine dei quattro colloqui di counselling (tempo T1), viene inviata una seconda batteria di questionari allo studente, contenente alcuni dei questionari *self-report* compilati anche al tempo T0, ovvero quelli relativi al benessere psicologico, alle capacità di mentalizzazione e al grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita dello studente.

METODO

Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo principale del secondo studio è valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio di Counselling di Ateneo, usando uno studio *single group* pre-post intervento, con disegno longitudinale.

Nello specifico, gli obiettivi di questo studio sono:

1. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace³ nel diminuire i livelli di sintomi psicopatologici da T0 a T1;
2. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nel migliorare il livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita da T0 a T1;
3. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nel migliorare il livello di mentalizzazione da T0 a T1;
4. Valutare, a livello esplorativo, se l'efficacia dell'intervento è influenzata da possibili effetti di moderazione di alcune variabili sociodemografiche, dello stile di attaccamento e della presenza di esperienze avverse passate.

Le ipotesi, in merito agli obiettivi prefissati, sono che vi possa essere una riduzione della sintomatologia riportata dai soggetti prima dell'intervento rispetto al termine dello stesso, che le capacità di mentalizzazione possano subire un incremento grazie ai colloqui effettuati, così come si ipotizza che possa verificarsi un incremento nella soddisfazione di vita generale degli studenti in seguito all'intervento di counselling.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 173 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che hanno richiesto spontaneamente aiuto al Servizio di Counselling, effettuando un ciclo di quattro incontri, ed hanno compilato in maniera completa le due batterie di questionari (T0 e T1).

Tra il 2013 e il 2020, 740 studenti hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio di Ateneo, ma solo 173 soggetti hanno preso parte alla ricerca, completando integralmente le batterie di questionari a T0 e a T1.

Il campione finale di questo secondo studio, quindi, è composto da 173 studenti, 41 maschi (23.7%) e 132 femmine (76.3%). L'età media si attesta intorno ai 23 anni (M=22.73, DS=2.48).

I dati relativi alle esperienze avverse e alle capacità di mentalizzazione provengono da un campione di 40 studenti in quanto i questionari corrispondenti (ACE e RFQ-8) sono stati inseriti nella batteria di test a partire da luglio 2018. La partecipazione allo studio è avvenuta previa dettagliata informazione sulle caratteristiche e le finalità dello stesso e solo previo consenso informato.

³ Si specifica che nel corso della descrizione degli obiettivi, si utilizza il termine "efficacia" nell'accezione di *effectiveness*.

Procedura

Agli studenti che hanno preso parte allo studio è stata inviata una email di informazione sul progetto ed un *link* di accesso alla piattaforma Qualtrics per la compilazione della prima batteria di questionari (T0). Essa comprende una serie di dati sociodemografici ed accademici, utili a comprendere e definire le caratteristiche del campione preso in esame, e dei questionari *self-report*, medesimi rispetto alla batteria presentata nel primo studio. Nello specifico la prima batteria di test al tempo T0 comprende:

- Dati anagrafici e accademici dello studente;
- Anamnesi rispetto a precedenti consultazioni/terapie psicologiche/psichiatriche e familiarità nell'ambito dei disturbi psichici;
- Questionari per valutare sintomi psicopatologici (SCL-90 R), Stili di attaccamento (ASQ), livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS), capacità di mentalizzazione (RFQ-8) ed esperienze avverse infantili (ACE).

Al termine dei quattro incontri di counselling, lo studente riceve via email un nuovo link che lo indirizza alla compilazione della seconda batteria di questionari (T1), composta da:

- Breve richiamo dei dati anagrafici dello studente;
- Questionari *self-report* somministrati al tempo T0 (SCL-90 R, LSS, RFQ-8), ad esclusione del questionario relativo alle esperienze avverse infantili e dell'*Attachment Style Questionnaire*.

Strumenti

- ***Symptom Checklist-90 R (SCL-90 R)*** (Derogatis, 1994; Prunas et al., 2011). Le sottoscale del SCL-90 R presentano una buona coerenza interna in questo studio ($.76 < \alpha < .88$), mentre la scala globale GSI presenta un'ottima coerenza interna ($\alpha=.97$);
- ***Attachment Style Questionnaire(ASQ)*** (Feeney et al., 1994; validazione italiana: Fossati et al., 2003) somministrato solo a T0. Le scale dell'ASQ presentano una discreta coerenza interna nel presente studio ($.67 < \alpha < .81$);
- ***Life Satisfaction Scale (LSS)*** (Prunas et al., 2009);
- ***Questionario Adverse Childhood Experiences (ACE)*** (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017) somministrato solo a T0. La scala totale del *Questionario Adverse Childhood Experiences* presenta una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$);
- ***Reflective Functioning Questionnaire – Short Form*** (Fonagy et al., 2016). Le scale del RFQ presentano una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).

Per una descrizione dettagliata degli strumenti, rifarsi al primo studio.

ANALISI DEI DATI

Tutte le analisi sono state eseguite attraverso l'uso del *software* SPSS Statistic 26.0.

Sono state utilizzate analisi descrittive per indagare le variabili sociodemografiche ed accademiche del campione. Per indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling, sono state utilizzate ANOVA a misure ripetute, confrontando le differenze rispetto al rischio psicopatologico, alla funzione riflessiva e alla soddisfazione nelle diverse aree di vita tra T0 e T1. Sono state, successivamente, effettuate analisi di moderazione rispetto all'*effectiveness* dell'intervento.

È stata effettuata una *power-analysis* a posteriori, che ha indicato che un campione di 173 partecipanti era sufficiente per rilevare un valore medio di *effect size* con una potenza di .99 ($\alpha = .05$).

Risultati

Caratteristiche sociodemografiche, accademiche ed esperienze avverse infantili

Sono state analizzate le caratteristiche sociodemografiche ed accademiche dei partecipanti allo studio (Tabella 13 e Tabella 14).

Tabella 13. Caratteristiche sociodemografiche.

	N (173)	%
Età (M; SD)	22.73;2.48	
Genere		
Femmina	132	76.3%
Maschio	41	23.7%
Stato Civile		
Celibe/Nubile	160	92.5%
Sposato/a	3	1.7%
Convivente	4	2.3%
Separato/a	1	.6%
Status Genitoriale		
Con figli	3	1.7%
Senza figli	169	97.7%
Condizione Abitativa		
Famiglia	119	68.8%
Da solo/a	7	4.0%
Con amici/colleghi	28	16.2%
Con il partner	8	4.6%
Altro	3	1.7%
Situazione Studente		
Studente fuorisede	48	27.7%
Studente pendolare	81	46.8%
Studente in sede	43	24.9%
Impegno lavorativo		
Lavoratore	46	26.6%
Non lavoratore	125	72.3%
Precedente accesso Servizi Salute Mentale		
Si	76	43.9%
No	96	55.5%
Familiare con disturbi psichici		
Si	46	26.6%
No	123	71.1%

Tabella 14. Caratteristiche accademiche.

	N (173)	%
Corso di Laurea		
Economia e Statistica	13	7.5%
Giurisprudenza	8	4.6%
Medicina e Chirurgia	1	.6%
Psicologia	109	63.0%
Scienze	17	9.8%
Scienze della Formazione	12	6.9%
Sociologia	11	6.4%
Tirocinio Professionalizzante	1	.6%
Anno di Corso		
1° (Laurea Triennale)	27	15.6%
2° (Laurea Triennale)	29	16.8%
3° (Laurea Triennale)	46	26.6%
1° (Laurea Magistrale)	25	14.5%
2° (Laurea Magistrale)	26	15.0%
Fuoricorso	19	11.0%

È stata indagata la presenza di esperienze avverse infantili nel campione del presente studio, seguendo la *review* di Hughes e colleghi (2017) in cui il cut-off per definire l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse fino ai 18 anni è stato fissato a maggiore uguale a 4. Sulla base di tale cut-off, è stato calcolato che nel campione del presente studio, il 17.5% dei soggetti ha vissuto un numero considerevole di esperienze avverse infantili ($ACE \geq 4$), mentre l'82.5% non ha vissuto un numero considerevole di esperienze avverse nell'infanzia ($ACE < 4$).

È stata indagata la distribuzione della sicurezza e dell'insicurezza dell'attaccamento al tempo T0. Seguendo le indicazioni della validazione italiana dell'ASQ (Fossati et al., 2003), punteggi inferiori al 25° percentile nella scala della Fiducia sono indicatori di attaccamento insicuro, mentre punteggi superiori al 25° percentile sono indicatori di attaccamento sicuro. A livello descrittivo i soggetti mostrano per il 45.7% Sicurezza nell'attaccamento, mentre per il 53.8% Insicurezza nell'attaccamento.

Sono state effettuate delle analisi preliminari (t-test per campioni indipendenti ed ANOVA multivariate) per indagare possibili influenze delle variabili sociodemografiche ed accademiche sulle variabili analizzate. I risultati non mostrano effetti significativi delle variabili sociodemografiche ed accademiche, ad eccezione del genere.

Dai t-test per campioni indipendenti effettuati per indagare se il genere potesse avere un effetto rispetto alla sintomatologia, gli stili di attaccamento, alle capacità di mentalizzazione ed alla soddisfazione di vita a T0 sono emersi alcuni effetti significativi. Nello specifico, è emerso che il

genere ha un effetto significativo sulla sottoscala Somatizzazione del SCL-90 R ($t = -2.09$; $p = .038$) e sulla scala Disagio per l'Intimità dell'ASQ ($t = -2.26$; $p = .025$), nelle quali le femmine presentano punteggi maggiori rispetto ai maschi, e sulla scala Secondarietà delle relazioni dell'ASQ ($t = 2.41$; $p = .019$), in cui i maschi presentano punteggi più elevati rispetto alle femmine.

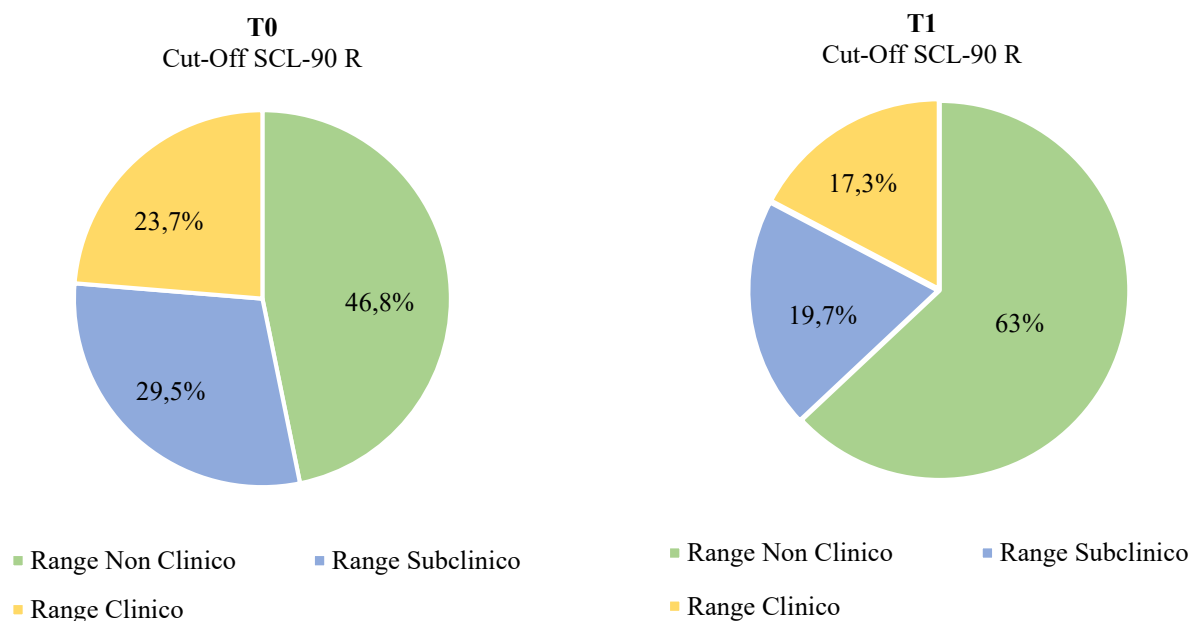
Per tale ragione il genere verrà utilizzato successivamente come fattore di interazione rispetto all'*effectiveness* dell'intervento.

Effectiveness dell'intervento sul rischio psicopatologico da T0 a T1

È stata esplorata la distribuzione dei soggetti nei due tempi rispetto al *Global Severity Index* (GSI) del SCL-90 R (Figura 4). Per fare ciò, sono stati considerati i cut-off riportati nel manuale della validazione italiana dello strumento (Prunas et al., 2011) in termini di rilevanza clinica della sintomatologia esperita dai partecipanti, che può classificarsi come Clinica ($45 \leq T < 55$), Subclinica ($55 \leq T < 65$) e Non Clinica ($65 \leq T \leq 75$).

A livello descrittivo, a T0 i soggetti si distribuivano per il 46.8% nel range Non Clinico, per il 29.5% nel range Subclinico e per il restante 23.7% nel range Clinico. A T1 tale distribuzione subisce un cambiamento, infatti il 63% dei soggetti rientra nel range Non Clinico, il 19.7% nel range Subclinico ed il restante 17.3% nel range Clinico.

Figura 4. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - T0 e T1



Il test del Chi-quadrato di Pearson indica delle differenze significative nella distribuzione del rischio psicopatologico tra T0 e T1 ($\chi^2(4) = 61.29$; $p = .000$). Nel passaggio da T0 a T1 vi è un aumento dei soggetti che rientrano nel range Non clinico, con percentuali che aumentano dal 46.8%

a T0 al 63% a T1 (adj=6.6). Parallelamente, è presente una diminuzione dei soggetti da T0 a T1 nel range Subclinico (adj = 2.5) nel Range Clinico (adj = -6.2).

È stata testata l'*effectiveness* dell'intervento di counselling da T0 a T1 nel ridurre il rischio psicopatologico degli studenti, utilizzando ANOVA a misure ripetute, comparando le differenze tra i punteggi delle sottoscale e della scala GSI del SCL-90 R (Tabella 15). Dai dati, emerge che i punteggi di tutte le sottoscale del SCL-90 R ed anche i punteggi relativi alla scala globale GSI decrescono significativamente da T0 a T1.

Tabella 15. Confronto indici sintomatologici T0 – T1.

	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	F	p	η
SCL-90 R					
Somatizzazione	.82±.71	.59±.61	33.90	.000***	.16
Ossessività-Compulsività	1.41±.76	1.13±.77	33.38	.000***	.16
Ipersensibilità Interpersonale	1.17±.75	.93±.74	25.42	.000***	.13
Depressione	1.54±.79	1.15±.82	52.09	.000***	.23
Ansia	1.10±.78	.84±.70	28.00	.000***	.14
Ostilità	.85±.78	.69±.73	10.53	.001**	.06
Ansia Fobica	.47±.59	.39±.52	3.98	.048*	.02
Ideazione Paranoide	.96±.78	.85±.69	4.33	.039*	.02
Psicoticismo	.72±.58	.58±.54	15.32	.000***	.08
<i>General Severity Index</i>	1.06±.57	.83±.57	49.11	.000***	.22

Note. M ±DS: mean and standard deviation; *p<.05, **p<.01, *** p<.000, η= effect size.

Effectiveness dell'intervento sulla soddisfazione di vita e sulle capacità di mentalizzazione da T0 a T1

È stato testato l'effetto principale relativo all'*effectiveness* dell'intervento di counselling da T0 a T1, utilizzando ANOVA a misure ripetute, comparando le differenze tra i punteggi delle scale relative alla soddisfazione nelle diverse aree di vita. Allo stesso modo sono stati confrontati i punteggi delle due scale relative alla funzione riflessiva (RFQ-c e RFQ-u).

Dai dati (Tabella 16), emerge che, per quanto riguarda la *Life Satisfaction Scale*, ci sono differenze significative tra T0 e T1 solamente nella soddisfazione rispetto allo Studio.

La scala RFQ-c non mostra differenze significative tra T0 e T1, contrariamente a quanto accade per la scala RFQ-u, che mostra un incremento significativo dei punteggi nel passaggio da T0 a T1.

Tabella 16. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0 – T1.

	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	F	p	η
LSS					
Studio	4.96±2.39	5.28±2.03	4.52	.035*	.03
Lavoro	4.34±2.46	4.44±2.39	.29	.59	
Amici	5.70±1.92	5.83±1.98	.99	.32	
Famiglia	5.73±2.09	5.53±2.22	2.17	.14	
Vita Sentimentale	4.98±3.00	4.94±3.01	.52	.82	
Tempo Libero	5.16±2.29	5.37±2.19	2.02	.16	
Soddisfazione Generale	5.24±1.87	5.47±1.63	3.45	.06	
RFQ-8					
RFQ-c	.93±.55	.86±.57	.35	.56	
RFQ-u	.39±.44	.65±.50	7.37	.010*	.17

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; *p<.05; η= effect size.

Effetti di moderazione dell'effectiveness dell'intervento di counselling tra T0 e T1.

Sono stati indagati possibili effetti di moderazione rispetto all'*effectiveness* tra T0 e T1 dell'intervento di counselling proposto. È stata testata la variabile genere, che dalle analisi precedentemente presentate mostrava un effetto rispetto ad alcune delle variabili analizzate a T0, la variabile dicotomica Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento e la variabile dicotomica CutOff ACE, relativa alla presenza di esperienze avverse infantili in misura considerevole (ACE≥4).

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra genere ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 17), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto non è significativo per tutte le sottoscale del SCL-90 R (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo) e non risulta significativo anche per la scala *General Severity Index*.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra genere ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto alle differenti aree di soddisfazione di vita (Tabella 17), dai risultati dell'ANOVA a misure ripetute, risulta significativo solo per la soddisfazione di vita relativa agli Amici, che aumenta da T0 a T1 per le femmine del campione. Non emergono, invece, effetti di interazione significativi per le altre aree di soddisfazione di vita (Studio, Lavoro, Famiglia, Vita, Tempo Libero e Soddisfazione Generale).

Non risulta significativo, neanche, l'effetto di interazione tra le capacità di mentalizzazione ed il genere (Tabella 17) sulle scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 17. Effetti di moderazione del Genere sull'*effectiveness* dell'intervento a breve termine.

	Femmine		Maschi		<i>Genere X Effectiveness</i>	
	T0 (M \pm DS)	T1 (M \pm DS)	T0 (M \pm DS)	T1 (M \pm DS)	F	<i>p</i>
SCL-90 R						
Somatizzazione	.88 \pm .68	.63 \pm .63	.62 \pm .76	.45 \pm .54	.63	.43
Ossessività-Compuls.	1.39 \pm .75	1.10 \pm .78	1.46 \pm .82	1.23 \pm .73	.34	.56
Ipersensib. Interpers.	1.18 \pm .70	.93 \pm .72	1.12 \pm .91	.95 \pm .82	.53	.47
Depressione	1.56 \pm .77	1.13 \pm .82	1.47 \pm .87	1.19 \pm .86	1.37	.24
Ansia	1.10 \pm .76	.85 \pm .70	1.08 \pm .84	.80 \pm .71	.06	.81
Ostilità	.88 \pm .77	.71 \pm .78	.76 \pm .82	.62 \pm .57	.04	.84
Ansia Fobica	.46 \pm .58	.37 \pm .52	.49 \pm .62	.46 \pm .51	.49	.48
Ideaz.Paranoide	.98 \pm .75	.84 \pm .70	.90 \pm .86	.89 \pm .67	1.06	.30
Psicoticismo	.69 \pm .56	.55 \pm .53	.82 \pm .65	.68 \pm .57	.00	.97
GSI	1.08 \pm .55	.83 \pm .57	1.01 \pm .65	.83 \pm .58	.81	.37
LSS						
Studio	4.96 \pm 2.32	5.27 \pm 1.99	4.95 \pm 2.61	5.29 \pm 2.17	.01	.93
Lavoro	4.37 \pm 2.47	4.48 \pm 2.29	4.24 \pm 2.49	4.32 \pm 2.73	.00	.97
Amici	5.62 \pm 1.95	5.93 \pm 1.97	5.95 \pm 1.80	5.51 \pm 1.99	6.24	.013*
Famiglia	5.73 \pm 2.11	5.59 \pm 2.27	5.73 \pm 2.06	5.34 \pm 2.08	.69	.41
Vita Sentiment.	4.98 \pm 3.05	5.00 \pm 3.00	4.97 \pm 2.90	4.75 \pm 3.05	.45	.50
Tempo Libero	5.21 \pm 2.31	5.47 \pm 2.20	4.98 \pm 2.23	5.05 \pm 2.14	.28	.60
Soddisfaz. Generale	5.26 \pm 1.87	5.56 \pm 1.56	5.17 \pm 1.87	5.20 \pm 1.82	.89	.35
RFQ-8						
RFQ-c	1.01 \pm .60	.96 \pm .59	.70 \pm .28	.60 \pm .41	.04	.83
RFQ-u	.40 \pm .46	.59 \pm .45	.35 \pm .41	.83 \pm .60	1.89	.18

Note. M \pm DS: mean and standard deviation; GSI= General Severity Index, LSS=Life Satisfaction Scale, **p*<.05

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 18), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto non è significativo per le sottoscale e per la scala *General Severity Index* del SCL-90.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto alla Soddisfazione nelle diverse aree di vita (Tabella 18), risulta significativo rispetto alla soddisfazione relativa agli Amici, che aumenta da T0 a T1 per i soggetti insicuri, e alla Soddisfazione Generale di vita, che aumenta anch'essa da T0 a T1 per i soggetti

insicuri. Non emergono, invece, effetti di interazione significativi per la soddisfazione relativa allo Studio, al Lavoro, alla Famiglia, alla Vita Sentimentale e al Tempo Libero.

Per quanto riguarda, l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto alle capacità di mentalizzazione (Tabella 18), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute non mostrano un effetto significativo per le scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 18. Effetti di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull'*effectiveness* dell'intervento a breve termine.

	Sicurezza		Insicurezza		Sicurezza/Insicurezza dell'Attaccamento X Effectiveness	
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	F	p
SCL-90 R						
Somatizzazione	.70±.67	.51±.57	.94±.72	.66±.65	1.27	.26
Ossessività-Compulsiv.	1.22±.71	.96±.69	1.58±.77	1.29±.80	.14	.71
Ipersensibilità Interper.	.91±.65	.65±.59	1.39±.77	1.17±.77	.24	.62
Depressione	1.33±.75	.94±.72	1.73±.78	1.33±.87	.00	.99
Ansia	.95±.72	.68±.64	1.23±.81	.97±.73	.01	.90
Ostilità	.74±.75	.58±.73	.96±.80	.80±.73	.00	.98
Ansia Fobica	.35±.57	.25±.40	.58±.59	.52±.58	.32	.57
Ideazione Paranoide	.69±.67	.64±.57	1.20±.79	1.04±.74	.89	.34
Psicoticismo	.50±.51	.41±.42	.92±.58	.73±.59	1.66	.20
<i>General Severity Index</i>	.88±.54	.66±.48	1.23±.55	.98±.61	.28	.59
LSS						
Studio	5.24±2.43	5.46±1.94	4.67±2.33	5.10±2.10	.47	.49
Lavoro	5.03±2.17	4.82±2.31	3.78±2.53	4.14±2.39	2.25	.14
Amici	6.64±1.60	6.45±1.81	4.88±1.78	5.30±1.94	5.60	.019*
Famiglia	6.29±1.89	6.03±2.14	5.22±2.11	5.08±2.20	.21	.65
Vita Sentimentale	6.13±2.59	5.87±2.73	4.07±2.99	4.22±3.02	1.71	.19
Tempo Libero	5.70±2.22	5.82±2.17	4.69±2.27	5.01±2.14	.45	.50
Soddisfazione Generale	5.91±1.78	5.88±1.46	4.61±1.70	5.09±1.68	4.03	.046*
RFQ-8						
RFQ-c	1.05±.53	.93±.65	.81±.55	.80±.49	.27	.61
RFQ-u	.32±.43	.51±.48	.45±.45	.78±.49	.58	.45

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; *p<.05

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse ($ACE \geq 4$) ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 19), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto è significativo per le sottoscale Ideazione Paranoide e Ostilità del SCL-90 R, nelle quali vi è una diminuzione dei punteggi da T0 a T1 per i soggetti con un numero considerevole di ACE. Non risulta, invece, significativo per le altre sottoscale del SCL-90, quali Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ansia Fobica, Psicoticismo e per la scala *General Severity Index*.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse ($ACE \geq 4$) ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto alla Soddisfazione nelle diverse aree di vita (Tabella 19), non risulta significativo rispetto alla soddisfazione relativa allo Studio, al Lavoro, agli Amici, alla Famiglia, alla Vita Sentimentale, al Tempo Libero e alla Soddisfazione Generale di vita.

Per quanto riguarda, l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse ($ACE \geq 4$) ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1 rispetto alle capacità di mentalizzazione (Tabella 19), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute non mostrano un effetto significativo per le scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 19. Effetti di moderazione del numero di esperienze avverse sull'*effectiveness* dell'intervento.

	No ACE (<4)		Sì ACE (≥4)		Numero di ACE X <i>Effectiveness</i>	
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	F	p
SCL-90 R						
Somatizzazione	1.02±.93	.80±.78	.89±1.08	.36±.38	1.30	.26
Ossessività-Compuls.	1.66±.91	1.47±.94	.164±.99	1.24±.88	.37	.55
Ipersensibilità Interper.	1.17±.71	1.16±.79	1.54±1.14	1.00±.98	3.93	.05
Depressione	1.68±.83	1.50±.90	1.49±1.12	.96±1.05	1.16	.29
Ansia	1.25±.96	1.11±.80	1.28±1.26	.74±.95	1.60	.21
Ostilità	.77±.64	.80±.93	1.59±1.46	.78±.83	6.81	.013*
Ansia Fobica	.64±.91	.52±.62	.47±.46	.45±.69	.13	.72
Ideazione Paranoide	.98±.66	1.12±.82	1.38±1.10	.88±1.04	4.64	.038*
Psicoticismo	.84±.73	.69±.58	.86±.74	.74±.76	.03	.86
<i>General Severity Index</i>	1.19±.69	1.05±.66	1.25±.92	.81±.76	1.94	.17
LSS						
Studio	4.74±2.45	5.06±2.32	4.00±2.45	5.43±2.51	1.72	.20
Lavoro	4.65±2.43	4.23±2.22	4.57±1.20	5.00±2.77	.72	.40
Amici	5.58±2.14	5.65±1.98	5.14±2.61	5.86±2.67	.68	.41
Famiglia	5.71±1.94	5.10±2.44	4.43±2.70	5.43±3.64	2.74	.11
Vita Sentimentale	5.32±2.64	5.13±3.02	4.86±2.12	4.86±2.97	.04	.85
Tempo Libero	4.67±2.26	4.63±1.96	4.43±2.51	6.00±2.31	3.39	.07
Soddisfazione Generale	5.37±1.81	5.20±1.67	4.86±2.41	5.14±2.19	.33	.57
RFQ-8						
RFQ-c	.96±.58	.83±.55	.76±.37	1.00±.66	1.88	.18
RFQ-u	.38±.43	.68±.51	.45±.50	.55±.47	.67	.42

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; *p<.05

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'obiettivo principale del secondo studio è stato valutare l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio di Counselling di Ateneo, attraverso un disegno di ricerca longitudinale.

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Per quanto riguarda gli aspetti sociodemografici (Tabella 13) è possibile osservare come vi sia una preponderanza a livello globale del genere femminile rispetto a quello maschile, come nel precedente studio, ed un'età media che si attesta intorno ai 23 anni, perfettamente in linea con il *range*

di età 19-30 anni considerato da Arnett (2000) per la descrizione dell'*emerging adulthood*. Anche in questo campione è possibile riscontrare numerose caratteristiche peculiari del giovane adulto emergente, come il posticipo del matrimonio e della generatività (la quasi totalità del campione, infatti, non è sposata e non ha figli) ed il prolungamento della dipendenza abitativa ed economica dalle figure genitoriali (la maggior parte dei soggetti, infatti, vive ancora con la propria famiglia d'origine e non lavora). Il 46.8% degli studenti infatti, riporta di essere studente pendolare, caratteristiche che richiama la permanenza abitativa presso il nucleo familiare. Per quanto riguarda la condizione abitativa, vi è una piccola percentuale del campione che vive con amici e colleghi e questa nuova realtà abitativa potrebbe comportare una situazione maggiormente stressante per questi studenti, che devono riuscire a conciliare lo studio con il prendersi cura del proprio ambiente domestico e gestire i complessi processi di separazione-individuazione rispetto ai propri genitori e ai propri luoghi di origine (Adamo et al., 2005).

Per quanto concerne il profilo accademico (Tabella 14), la maggior parte degli studenti del campione proviene da un corso di laurea in Psicologia. Tale preponderanza potrebbe essere dovuta, come detto nel corso del precedente studio, al fatto che all'inizio della sua attività il Servizio di Counselling fosse rivolto solo agli studenti dei corsi di laurea in Psicologia. Potrebbe essere, però, che gli studenti di questi indirizzi siano maggiormente esposti alla sponsorizzazione del Servizio da parte dei docenti del medesimo Dipartimento e possano essere maggiormente sensibili rispetto a contemplare una chiave di lettura psicologica delle proprie sofferenze, percependo minori stereotipi e pregiudizi nel poter ricevere l'aiuto di un professionista.

Rispetto al momento nel quale gli studenti richiedono aiuto al Servizio, è possibile osservare come la percentuale maggiore delle richieste avvenga quando gli studenti sono al terzo anno del corso di laurea triennale (Tabella 13). Il raggiungimento della laurea triennale, infatti, potrebbe rappresentare un importante momento di scelta per lo studente, che deve riflettere rispetto al proprio piano formativo, se procedere con gli studi o tentare l'ingresso nel mondo del lavoro. Emerge un forte richiamo delle caratteristiche psicologiche delineate da Arnett (2004) quali instabilità, età delle possibilità, *feeling in between* ed incertezza che ben rappresentano la complessa transizione affrontata dagli studenti.

Interessante è osservare come un'elevata percentuale degli studenti del presente studio (43.9%) abbia già avuto accesso precedentemente a servizi per la salute mentale. Tale dato potrebbe avere un'influenza nella capacità dei soggetti di richiedere aiuto al Servizio, forse proprio grazie ad una precedente esperienza di supporto. Inoltre, è possibile osservare dai dati che il 26.6% degli studenti del campione riporta di avere un familiare che soffre o ha sofferto di disturbi psichici nel corso della vita.

Per quanto riguarda il numero di esperienze avverse vissute nell'infanzia dai partecipanti alla ricerca, emerge che la maggior parte di essi non è stato esposto ad un numero considerevole di esperienze avverse (82.5%). Tale dato, può configurarsi come un fattore di protezione per lo sviluppo psicofisico dei soggetti (Newcomb-Anjo et al., 2016). L'aver vissuto un numero cospicuo di esperienze avverse nel corso dell'infanzia, sembra, infatti, essere associato ad un maggior rischio di sviluppare sintomi psicopatologici e ad una diminuzione del benessere dell'individuo (Schilling et al., 2007).

Per quanto riguarda la distribuzione dello stile di attaccamento, i soggetti del presente studio mostrano in prevalenza un profilo caratterizzato da insicurezza (53.8%). Come noto dalla letteratura, un attaccamento insicuro può aumentare la possibilità di sviluppare disagio clinico (Fermani et al., 2019), specialmente quando l'insicurezza nell'attaccamento è correlata ad altri fattori di rischio. Numerosi studi presenti in letteratura, infatti, evidenziano correlazioni tra differenti forme di psicopatologia ed uno stile di attaccamento insicuro (Attili, 2007; Lyons-Ruth et al., 2004; Schimmenti & Bifulco, 2015).

Effectiveness dell'intervento a breve termine

Per quanto concerne l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling a orientamento psicodinamico, analizzata attraverso il confronto pre-post intervento, i dati mettono in luce che l'intervento effettuato porti ad un decremento della sintomatologia degli studenti, in tutte le aree indagate attraverso la SCL-90 R (Tabella 15). Tale andamento degli indicatori sintomatologici tra T0 e T1, conferma l'utilità clinica degli incontri di counselling nel contesto universitario: quattro colloqui sembrano poter portare ad un miglioramento significativo del disagio esperito dagli studenti. Questo risultato è in linea con altre ricerche svolte in ambito accademico che hanno utilizzato il medesimo questionario *self-report*: Vonk e Thyer (1999) rilevano che nel passaggio pre-post intervento vi è un decremento significativo dei livelli di sintomatologia presentati di soggetti, ad eccezione dei sintomi relativi all'Ideazione Paranoide; allo stesso modo, Strepparava e colleghi (2016) riscontrano una diminuzione significativa pre-post intervento della maggior parte delle sottoscale della SCL-90 R, ad eccezione dei sintomi relativi all'Ansia Fobica ed alla Ipersensibilità Interpersonale. Anche gli studi che utilizzano strumenti *self-report* differenti rispetto alla SCL-90 R (Biasi et al., 2017; Choi et al., 2010; Connel et al., 2008; Kearney et al., 2005; Koutra et al., 2010; Minami et al., 2009; Monti et al., 2014; Murray et al. 2015), ottengono risultati che confermano l'*effectiveness* degli interventi di counselling proposti. Tali dati presenti in letteratura evidenziano che, nonostante la brevità che caratterizza gli interventi di counselling nel contesto universitario, questi possano essere in grado di favorire una riduzione del malessere vissuto dagli studenti.

Nonostante all'inizio dell'intervento la maggioranza degli studenti presentasse una sintomatologia di rilevanza non clinica, indagata attraverso l'uso del cut-off del *General Severity Index* della SCL-90 R (Figura 4), una percentuale di essi mostrava una sintomatologia di rilevanza subclinica (29.5%) e di rilevanza clinica (23.7%). Al termine dei quattro incontri di counselling è possibile osservare una diminuzione dei soggetti che esperiscono sintomatologia di rilevanza clinica (17.3%) e subclinica (19.7%) ed un aumento di coloro che rientrano nel *range* di sintomatologia di rilevanza non clinica (63%). Connel e colleghi (2008), in uno studio effettuato in diversi centri di counselling nel mondo anglosassone, evidenziano come quasi la metà degli studenti che chiedono supporto a Servizi di counselling inglesi mostra una sintomatologia di rilevanza clinica. Tale ricerca, inoltre, evidenzia l'*effectiveness* degli interventi di counselling messi in atto nel territorio anglosassone, capaci di generare una diminuzione della sintomatologia esperita dagli studenti, specialmente quando questa non raggiunge livelli di gravità elevata (Connel et al., 2008). A risultati simili, giunge anche lo studio di McKenzie e colleghi (2015) che ha rilevato decrementi sintomatologici grazie all'intervento di counselling effettuato ed un cambiamento clinicamente significativo, per il 40% degli studenti da una sintomatologia degna di attenzione clinica, ad un livello sintomatologico caratteristico della popolazione generale (McKenzie, Murray, Murray & Richelieu, 2015).

Per quanto concerne, invece, l'*effectiveness* dell'intervento di counselling volto ad incrementare il benessere degli studenti, dai dati emerge come solo la soddisfazione rispetto allo Studio subisca un incremento statisticamente significativo post intervento (Tabella 16). Analizzando i punteggi medi nelle differenti aree di soddisfazione di vita, è possibile osservare come quelli relativi alla soddisfazione nel Lavoro, con gli Amici, nel Tempo Libero e rispetto alla Soddisfazione Generale, presentino un lieve incremento nel passaggio da T0 a T1, che non risulta, però, ancora significativo. Si potrebbe ipotizzare che, per raggiungere una più elevata soddisfazione nelle diverse aree di vita, possa essere necessario un tempo più lungo, che permetta agli studenti di raccogliere i frutti del lavoro effettuato su di sé.

Per quanto riguarda le capacità di mentalizzazione, indagate attraverso il questionario *self-report* RFQ, non si osservano differenze significative tra T0 e T1 (Tabella 16). Seguendo il recente studio effettuato da Handeland e colleghi (2019), i punteggi inferiori ad 1 in entrambe le scale sono interpretabili come buone capacità mentalizzanti, mentre punteggi maggiori o uguali a 1 evidenziano possibili deficit di mentalizzazione, quali ipermentalizzazione (RFQ-c \geq 1) o ipomentalizzazione (RFQ-u \geq 1) (Handeland et al., 2019). Dai dati, è possibile osservare come i punteggi medi della scala RFQ-certezza (che indaga il grado di certezza di un individuo rispetto agli stati mentali propri e altrui) decrescono da T0 a T1, anche se non in maniera significativa, mentre i punteggi della scala RFQ-u

(che indaga il grado di incertezza di un individuo rispetto agli stati mentali propri e altrui) aumentano in maniera significativa da T0 a T1, permanendo comunque al di sotto del cut-off di 1 e quindi in un *range* di buone capacità mentalizzanti.

Per la valutazione dell'*effectiveness*, sono state, inoltre, condotte analisi esplorative di moderazione volte a indagare possibili effetti di interazione di alcune variabili, con l'obiettivo di analizzare se l'essere donna o uomo, oppure l'aver un attaccamento sicuro o insicuro, o l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse, potessero essere fattori in grado di moderare l'*effectiveness* dell'intervento proposto.

Per quanto riguarda il genere (Tabella 17), dai risultati non sono emerse differenze significative tra donne e uomini rispetto all'*effectiveness* dell'intervento nel ridurre la sintomatologia presentata. Allo stesso modo, non sono emerse differenze di genere nell'*effectiveness* dell'intervento per l'incremento delle capacità di mentalizzazione. Sono emerse, invece, differenze tra donne e uomini solamente rispetto alla soddisfazione amicale, che mostra un incremento maggiore per le donne del campione da T0 a T1.

Per quanto riguarda l'effetto della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto all'*effectiveness* dell'intervento (Tabella 18), in maniera simile a quanto rilevato per il genere, non sono emerse differenze significative tra soggetti sicuri ed insicuri rispetto alla riduzione dei livelli sintomatologici e alle capacità di mentalizzazione. Emergono, invece, differenze significative rispetto all'*effectiveness* dell'intervento nell'area della soddisfazione amicale e della soddisfazione generale di vita. Interessante è evidenziare che in queste due aree di soddisfazione, sono prevalentemente i soggetti con attaccamento insicuro a mostrare un incremento del grado di soddisfazione.

In ultimo, per quanto riguarda l'effetto delle esperienze avverse nell'infanzia sull'*effectiveness* dell'intervento (Tabella 19), dai dati emerge una differenza significativa per la sottoscala Ideazione Paranoide della SCL-90 R, che sembra diminuire nel corso dell'intervento prevalentemente per i soggetti con un numero di esperienze avverse maggiore o uguale a 4 ed anche per la sottoscala Ostilità, che presenta un decremento nei punteggi prevalentemente per i soggetti con un numero cospicuo di esperienze avverse infantili. Non emergono, invece, differenze significative in merito alla soddisfazione dei soggetti nelle diverse aree di vita e rispetto alle capacità di mentalizzazione.

Tali dati mettono in luce come l'intervento di counselling psicodinamico effettuato risulti essere efficace globalmente, a prescindere da alcune variabili che caratterizzano i partecipanti, in linea con studi internazionali ed italiani nel campo dell'analisi dell'*effectiveness* degli interventi di counselling universitario (Vonk & Thyer, 1999, Minami et al., 2009; Kearney et al., 2005; Murray et al., 2015; Ghilardi et al., 2017; Strepparava et al., 2016). Tale area di ricerca non è ancora ampiamente esplorata in letteratura, per cui i presenti dati si inseriscono in un terreno di ricerca ancora poco coltivato.

4.4.2 Studio 3 - *Effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico.

Il terzo studio del presente elaborato ha come obiettivo generale quello di indagare l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio, utilizzando il *follow-up* dopo sei mesi dalla conclusione dell'intervento.

I dati di questi studenti sono stati raccolti attraverso le compilazioni online di tre batterie di questionari sulla piattaforma Qualtrics ed analizzati in forma anonima e aggregata. La batteria somministrata prima dell'inizio dell'intervento (tempo T0), della durata di circa 40 minuti, è composta inizialmente, come negli studi precedenti, da informazioni sociodemografiche ed accademiche relative alla situazione dello studente (per esempio genere, età, corso di laurea, se lo studente è lavoratore e la realtà abitativa). Successivamente, vi sono questionari *self-report*, volti a indagare il benessere psicologico dei soggetti e la presenza di eventuali difficoltà, le passate esperienze relazionali con la propria famiglia, la potenziale presenza di esperienze avverse e traumatiche nel passato dello studente, le capacità di mentalizzazione ed il suo grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita.

Al termine dei quattro colloqui di counselling (tempo T1), viene inviato agli studenti un link per la compilazione tramite la piattaforma Qualtrics di una seconda batteria di questionari, contenente alcuni dei questionari *self-report* già compilati al tempo T0, ovvero quelli relativi al benessere psicologico, alle capacità di mentalizzazione e al grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita dello studente.

Dopo sei mesi dalla conclusione dell'intervento (tempo T2), viene inviato agli studenti un link per la compilazione tramite la piattaforma Qualtrics di una terza batteria di questionari, contenente i questionari *self-report* compilati al tempo T0 e T1, ovvero relativi al benessere psicologico, alle capacità di mentalizzazione e al grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita dello studente.

METODO

Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo principale del terzo studio è valutare l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio di Counselling di Ateneo, usando uno studio *single group* pre-post intervento-*follow-up*, con disegno longitudinale.

Nello specifico, gli obiettivi di questo studio sono:

1. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace⁴ nel diminuire i livelli di sintomi psicopatologici da T0 a T1 e se tale efficacia si mantenga anche dopo sei mesi dalla conclusione dell'intervento (T2);
2. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nell'aumentare i livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita sia a breve termine (T1), sia nel lungo periodo (T2);
3. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nel migliorare il livello di mentalizzazione sia a breve termine (T1), sia nel lungo periodo (T2);
4. Valutare se l'efficacia dell'intervento è influenzata da possibili effetti di moderazione di alcune variabili sociodemografiche, dello stile di attaccamento e della presenza di esperienze avverse passate.

Si ipotizza, in merito agli obiettivi prefissati, che vi possa essere una riduzione della sintomatologia riportata dai soggetti prima dell'intervento rispetto al termine dello stesso, che le capacità di mentalizzazione possano subire un incremento grazie ai colloqui effettuati, così come si ipotizza che possa verificarsi un incremento nella soddisfazione di vita degli studenti in seguito all'intervento di counselling e che tali modifiche possano mantenersi stabili anche a lungo termine.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 79 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che hanno richiesto spontaneamente aiuto al Servizio di Counselling, effettuando un ciclo di quattro incontri, ed hanno compilato in maniera completa le batterie di questionari al tempo T0, T1 e T2.

Tra il 2013 e il 2020, 740 soggetti hanno effettuato un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio di Ateneo, ma solo 79 soggetti hanno partecipato alla ricerca completando integralmente le batterie di questionari a T0, T1 e al follow-up a T2.

Il campione finale di questo studio, quindi, è composto da 79 studenti, 22 maschi (27.8%) e 57 femmine (72.2%). L'età media si attesta intorno ai 23 anni (M=22.72, DS=2.47).

I dati relativi alle esperienze avverse e alle capacità di mentalizzazione, provengono da un campione di 15 studenti in quanto i questionari corrispondenti (ACE e RFQ-8) sono stati inseriti nella batteria di test a partire da luglio 2018.

La partecipazione allo studio è avvenuta previa dttagliata informazione sulle caratteristiche e le finalità dello stesso e solo previo consenso informato.

⁴Si specifica che nel corso della descrizione degli obiettivi, si utilizza il termine "efficacia" nell'accezione di *effectiveness*.

Procedura

Agli studenti che hanno preso parte allo studio è stata inviata una email di informazione sul progetto ed un *link* di accesso alla piattaforma Qualtrics per la compilazione della prima batteria di questionari (T0). Essa comprende, come negli studi precedenti, una serie di dati sociodemografici, accademici e dei questionari *self-report*. Nello specifico, la prima batteria di test al tempo T0 comprende:

- Dati anagrafici e accademici dello studente;
- Anamnesi rispetto a precedenti consultazioni/terapie psicologiche/psichiatriche e familiarità nell'ambito dei disturbi psichici;
- Questionari per valutare sintomi psicopatologici, Stili di attaccamento, livello di soddisfazione generale di vita, funzione riflessiva ed esperienze avverse infantili.

Al termine dei quattro incontri di counselling, lo studente riceve via email un nuovo link che lo indirizza alla compilazione della seconda batteria di questionari (T1), composta da:

- Breve richiamo dei dati anagrafici dello studente;
- Questionari *self-report* somministrati al tempo T0 (SCL-90 R, LSS, RFQ-8), ad esclusione del questionario relativo alle esperienze avverse infantili e dell'*Attachment Style Questionnaire*.

Dopo sei mesi dalla conclusione dell'intervento, lo studente riceve via email un nuovo ed ultimo link per la compilazione di una terza batteria di questionari (T2), composta da:

- Breve richiamo dei dati anagrafici dello studente;
- Questionari *self-report* somministrati al tempo T0 e al tempo T1 (SCL-90 R, LSS, RFQ-8), ad esclusione del questionario relativo alle esperienze avverse infantili e dell'*Attachment Style Questionnaire*.

Strumenti

- ***Symptom Checklist-90 R (SCL-90 R)*** (Derogatis, 1994; Prunas et al., 2011). Le sottoscale del SCL-90 R presentano una buona coerenza interna in questo studio ($.71 < \alpha < .88$), mentre la scala globale GSI presenta un'ottima coerenza interna ($\alpha=.96$);
- ***Attachment Style Questionnaire(ASQ)*** (Feeney et al., 1994; validazione italiana: Fossati et al., 2003) somministrato solo a T0. Le scale dell'ASQ presentano una discreta coerenza interna nel presente studio ($.66 < \alpha < .82$);
- ***Life Satisfaction Scale (LSS)*** (Prunas et al., 2009);

- **Questionario Adverse Childhood Experiences (ACE)** (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017) somministrato solo a T0. La scala totale del Questionario *Adverse Childhood Experiences* presenta una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).
- **Reflective Functioning Questionnaire – Short Form** (Fonagy et al., 2016). Le scale del RFQ presentano una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).

Per una descrizione dettagliata degli strumenti, rifarsi al primo studio.

ANALISI DEI DATI

Tutte le analisi sono state eseguite attraverso l'uso del *software* SPSS Statistic 26.0.

Sono state utilizzate analisi descrittive per indagare le variabili sociodemografiche ed accademiche del campione.

Per indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling proposto, sono state utilizzate ANOVA a misure ripetute, confrontando le differenze rispetto al rischio psicopatologico, alla funzione riflessiva e alla soddisfazione nelle diverse aree di vita tra T0, T1 e T2. Sono state, successivamente, effettuate analisi di moderazione rispetto all'*effectiveness* dell'intervento a lungo termine.

È stata effettuata una *power-analysis* a posteriori, che ha indicato che un campione di 79 partecipanti era sufficiente per rilevare un valore medio di *effect size* con una potenza di .99 ($\alpha = .05$).

Risultati

Caratteristiche sociodemografiche, accademiche ed esperienze avverse infantili

Sono state analizzate le caratteristiche sociodemografiche ed accademiche dei partecipanti allo studio (Tabella 20 e Tabella 21).

Tabella 20. Caratteristiche sociodemografiche.

	N (79)	%
Età (M; SD)	22.72;2.47	
Genere		
Femmina	57	72.2%
Maschio	22	27.8%
Stato Civile		
Celibe/Nubile	74	96.1%
Sposato/a	2	2.6%
Convivente	1	1.3%
Status Genitoriale		
Con figli	2	2.6%
Senza figli	76	97.4%
Condizione Abitativa		
Famiglia	60	82.2%
Da solo/a	2	2.7%
Con amici/colleghi	6	8.2%
Con il partner	3	4.1%
Altro	2	2.7%
Situazione Studente		
Studente fuorisede	19	24.4%
Studente pendolare	34	43.6%
Studente in sede	25	32.1%
Impegno lavorativo		
Lavoratore	20	25.3%
Non lavoratore	59	74.7%
Precedente accesso Servizi Salute Mentale		
Si	35	44.9%
No	43	55.1%
Familiare con disturbi psichici		
Si	17	21.8%
No	61	78.2%

Tabella 21. Caratteristiche accademiche.

	N (79)	%
Corso di Laurea		
Economia e Statistica	5	6.3%
Giurisprudenza	3	3.8%
Medicina e Chirurgia	1	1.3%
Psicologia	53	67.1%
Scienze	3	3.8%
Scienze della Formazione	7	8.9%
Sociologia	7	8.9%
Anno di Corso		
1° (Laurea Triennale)	12	15.2%
2° (Laurea Triennale)	15	19.0%
3° (Laurea Triennale)	20	25.3%
1° (Laurea Magistrale)	14	17.7%
2° (Laurea Magistrale)	10	12.7%
Fuoricorso	8	10.1%

È stata indagata la presenza di esperienze avverse infantili nel campione del presente studio, seguendo la *review* di Hughes e colleghi (2017) in cui il cut-off per definire l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse fino ai 18 anni è stato fissato a maggiore uguale a 4. Sulla base di tale cut-off, è stato calcolato che nel campione del presente studio, il 12.7% dei soggetti ha vissuto esperienze avverse infantili ($ACE \geq 4$), mentre l'87.3% non ha vissuto un numero considerevole di esperienze avverse nell'infanzia ($ACE < 4$).

È stata indagata la distribuzione della sicurezza e dell'insicurezza dello stile di attaccamento al tempo T0. Seguendo le indicazioni della validazione italiana dell'ASQ (Fossati et al., 2003), punteggi inferiori al 25° percentile nella scala della Fiducia sono indicatori di attaccamento insicuro, mentre punteggi superiori al 25° percentile sono indicatori di attaccamento sicuro. A livello descrittivo, a T0 i soggetti mostravano per il 46.2% Sicurezza nell'attaccamento, mentre per il 53.8% Insicurezza nell'attaccamento.

Sono state effettuate delle analisi preliminari (t-test per campioni indipendenti ed ANOVA multivariate), per indagare possibili influenze delle variabili sociodemografiche, accademiche e delle esperienze avverse infantili sulle variabili analizzate. I risultati, non mostrano effetti significativi delle variabili sociodemografiche ed accademiche, ad eccezione del genere.

Dai t-test per campioni indipendenti effettuati per indagare se il genere potesse avere un effetto rispetto alla sintomatologia, gli stili di attaccamento, alle capacità di mentalizzazione ed alla soddisfazione di vita a T0 sono emersi alcuni effetti significativi. Nello specifico è emerso che il genere ha un effetto significativo sulle sottoscale del SCL-90 R Somatizzazione ($t = -2.90; p = .005$),

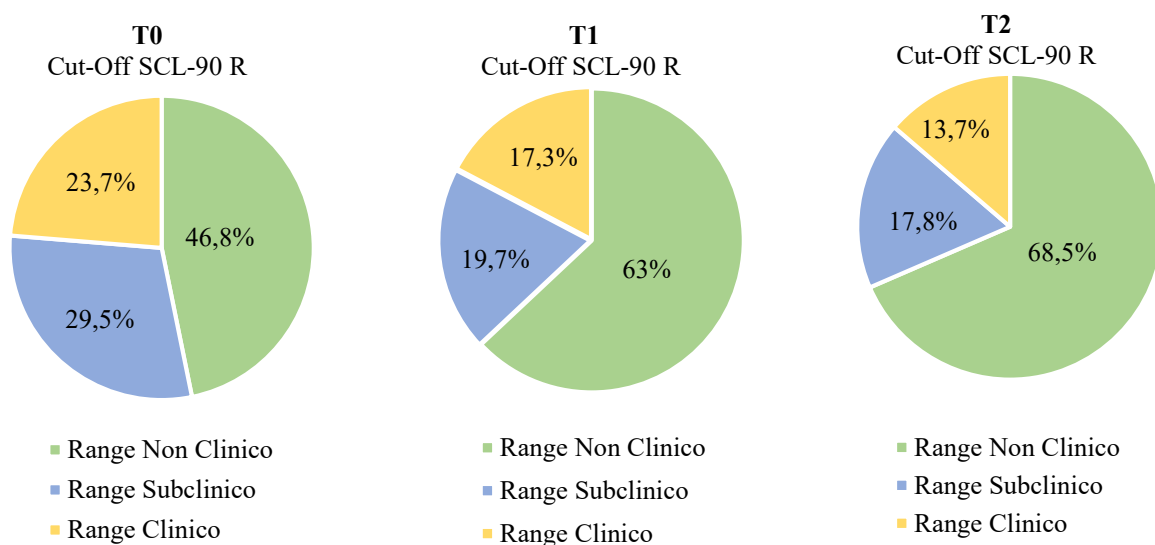
Ipersensibilità Interpersonale ($t = -2.10$; $p = .039$), Depressione ($t = -2.20$; $p = .031$), Ostilità ($t = -2.23$; $p = .029$), Ideazione Paranoide ($t = -2.44$; $p = .017$), sulla scala GSI ($t = -2.30$; $p = .024$) e sulla scala Disagio per l'Intimità dell'ASQ ($t = -2.41$; $p = .018$). In tutte queste aree le femmine presentano punteggi medi maggiori rispetto ai maschi.

Per tale ragione il genere verrà utilizzato successivamente come fattore di interazione rispetto all'*effectiveness* dell'intervento.

Effectiveness a lungo termine dell'intervento sul rischio psicopatologico - T0, T1, T2.

È stata esplorata la distribuzione dei soggetti nei tre tempi rispetto al *Global Severity Index* (GSI) del SCL-90 R (Figura 5). Per fare ciò, sono stati considerati i cut-off riportati nel manuale della validazione italiana dello strumento (Prunas et al., 2011) in termini di rilevanza clinica della sintomatologia esperita dai partecipanti, che può classificarsi come Clinica ($45 \leq T < 55$), Subclinica ($55 \leq T < 65$) e Non Clinica ($65 \leq T \leq 75$).

Figura 5. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0, T1 e T2.



I test del Chi-quadro indicano differenze significative nella distribuzione del rischio psicopatologico tra T0 e T1 ($\chi^2(4) = 61.65$; $p = .000$), nel passaggio tra T0 e T2 ($G^2(4) = 21.58$; $p = .000$) e tra T1 e T2 ($G^2(4) = 15.72$; $p = .003$).

Nello specifico, nel passaggio da T0 a T1 vi è un aumento dei soggetti che rientrano nel range Non clinico, con percentuali che aumentano dal 46.8% a T0 al 63% a T1 (adj=6.6). Vi è, infatti, una diminuzione dei soggetti da T0 a T1 nel range Subclinico (adj = 2.5) nel Range Clinico (adj = -6.2).

Nel passaggio da T1 a T2 la distribuzione dei soggetti nei tre range si mantiene stabile, con un leggero aumento dal 63% al 68.5% per i soggetti del range Non clinico ed una diminuzione dei

soggetti nel range Subclinico dal 19.7% al 17.8% e del range Clinico dal 17.3% al 13.7% (vedi Figura 5).

È stata, successivamente, testata l'*effectiveness* dell'intervento di counselling tra T0, T1 e T2 nel ridurre il rischio psicopatologico degli studenti, utilizzando ANOVA a misure ripetute, comparando le differenze tra i punteggi delle sottoscale e della scala GSI del SCL-90 R (Tabella 22).

Dai risultati dei test entro i soggetti, emerge che i punteggi di tutte le sottoscale del SCL-90 R ed anche i punteggi relativi alla scala *General Severity Index* decrescono significativamente tra T0, T1 e T2, ad eccezione della sottoscala Ansia Fobica che non decresce significativamente.

Dai confronti *pairwise*, è possibile osservare come il decremento significativo degli indici sintomatologici si verifica per la maggior parte delle sottoscale del SCL-90 R nel passaggio tra T0 e T1 e a lungo termine tra T0 e T2, mentre non si verifica tra T1 e T2.

Tabella 22. Confronto indici sintomatologici T0, T1, T2.

	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T2 (M ±DS)	F	p	η	Confronti Pairwise		
							T0 - T1 p	T0 - T2 p	T1 - T2 p
SCL-90 R									
Somatizzaz.	.80±.64	.53±.58	.54±.63	9.57	.000***	.12	.000***	.000***	.85
Ossess-Comp.	1.31±.68	.95±.69	1.00±.77	12.81	.000***	.15	.000***	.000***	.55
Ipers. Interper.	1.10±.70	.84±.68	.86±.68	8.94	.000***	.11	.000***	.000***	.82
Depressione	1.49±.76	1.10±.83	1.15±.87	11.59	.000***	.13	.000***	.000***	.61
Ansia	1.05±.77	.80±.70	.80±.76	6.79	.002**	.08	.001**	.003**	1.00
Ostilità	.74±.69	.59±.613	.56±.59	4.21	.017*	.05	.028*	.017*	.58
Ansia Fobica	.44±.37	.37±.49	.34±.46	1.48	.23		.23	.15	.55
Ideaz. Paran.	.93±.72	.83±.68	.73±.69	3.73	.026*	.05	.21	.005**	.16
Psicoticismo	.66±.52	.52±.46	.51±.49	5.08	.007**	.06	.007**	.008**	.80
GSI	1.01±.52	.76±.54	.76±.56	14.97	.000***	.17	.000***	.000***	.94

Note. M ±DS: mean and standard deviation; GSI= General Severity Index; η= effect size, *p<.05, **p<.01, *** p<.000

Effectiveness a lungo termine dell'intervento sulla soddisfazione di vita e sulle capacità di mentalizzazione – T0, T1, T2.

È stata testata l'*effectiveness* dell'intervento di counselling tra T0, T1 e T2 nell'incrementare la soddisfazione nelle diverse aree di vita e nell'aumentare le capacità di mentalizzazione, utilizzando ANOVA a misure ripetute sulle scale della *Life Satisfaction Scale* e del RFQ-8 (Tabella 23).

Per quanto riguarda la *Life Satisfaction Scale*, dai dati non emergono differenze significative tra T0, T1 e T2 in nessuna delle aree di soddisfazione di vita e neanche nella Soddisfazione Generale di vita. Alcune scale della *Life Satisfaction Scale* mostrano un incremento nei punteggi medi nel tempo, che non risulta, però, significativo.

Per quanto riguarda RFQ-8, dai dati emerge una differenza significativa tra T0, T1 e T2 per la scala RFQ-c. Nello specifico, attraverso i confronti *Pairwise*, è possibile osservare un incremento significativo della scala RFQ-c nel passaggio da T1 a T2. Per quanto riguarda la scala RFQ-u, non mostra differenze significative tra T0, T1 e T2.

Tabella 23. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0, T1, T2.

	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T2 (M ±DS)	F	p	η	Confronti Pairwise		
							T0 - T1 p	T0 - T2 p	T1 - T2 p
LSS									
Studio	5.32±2.29	5.67±1.91	5.75±2.22	1.94	.15				
Lavoro	4.36±2.70	4.64±2.54	4.41±2.76	.54	.58				
Amici	5.79±1.81	6.06±1.90	5.97±1.94	.87	.42				
Famiglia	5.75±2.06	5.67±2.36	5.60±2.37	.27	.76				
Vita Sent.	5.07±3.12	4.97±3.13	4.74±2.93	.79	.46				
Tempo Lib.	5.31±2.50	5.53±2.41	5.49±2.40	.47	.63				
Sodd. Gen.	5.47±1.60	5.63±1.50	5.62±1.74	.53	.59				
RFQ-8									
RFQ-c	1.03±.59	.90±.62	1.35±.69	4.66	.018*	.25	.34	.08	.011*
RFQ-u	.30±.40	.63±.60	.31±.20	3.	.06				

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS= *Life Satisfaction Scale*; η= effect size, *p<.05

Effetti di moderazione dell'effectiveness dell'intervento di counselling tra T0, T1 e T2.

Sono stati indagati possibili effetti di moderazione rispetto all'*effectiveness* tra T0, T1 e T2 dell'intervento di counselling proposto. È stata testata la variabile genere, che dalle analisi precedentemente presentate mostrava un effetto rispetto ad alcune delle variabili analizzate a T0, la variabile dicotomica Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento e la variabile dicotomica CutOff ACE relativa alla presenza di esperienze avverse infantili in misura considerevole ($ACE \geq 4$).

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra genere ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 24), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto è significativo per la sottoscale Ideazione Paranoide, nella quale il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T0 a T2 e da T1 a T2 e per le donne da T0 a T1 e da T0 a T2 e per la scala *General Severity Index*, nella quale il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T0 a T1, da T1 a T2 ed anche a lungo termine da T0 a T2 e per le donne da T0 a T1 e da T0 a T2. Non emergono, invece, effetti di interazione significativi per le sottoscale del SCL-90 R Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica e Psicoticismo.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione genere ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alle differenti aree di soddisfazione di vita (Tabella 24), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto è significativo rispetto alla soddisfazione di vita nell'area degli Amici, nella quale l'incremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T1 a T2 e da T0 a T2 e per le donne prevalentemente da T0 a T1, ma non è significativo per la soddisfazione relativa allo Studio, Lavoro, Famiglia, Vita Sentimentale, Tempo Libero e Soddisfazione Generale.

Per quanto riguarda le capacità di mentalizzazione (Tabella 24), risulta significativo l'effetto di interazione tra genere ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alla scala RFQ-u, nella quale il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T1 a T2 e da T0 a T2 e per le donne da T1 a T2, mentre non risulta significativo per la scala RFQ-c.

Tabella 24. Effetti di moderazione del genere sull'*effectiveness* dell'intervento a lungo termine.

	Femmine			Maschi			Genere X Effectiveness	
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	F	p
	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)		
SCL-90 R								
Somatizzazione	.91±.62	.57±.57	.61±.68	.51±.60	.42±.60	.36±.48	1.29	.28
Ossess-Compul.	1.36±.66	.94±.69	1.09±.81	1.16±.71	.98±.68	.78±.61	2.45	.09
Ipersensib. Interp.	1.20±.67	.88±.65	.98±.70	.84±.73	.75±.77	.53±.50	2.37	.10
Depressione	1.61±.75	1.10±.84	1.25±.87	1.20±.72	1.11±.82	.88±.82	2.80	.06
Ansia	1.13±.81	.82±.69	.86±.79	.83±.62	.74±.74	.63±.68	.79	.46
Ostilità	.82±.74	.61±.65	.59±.59	.54±.51	.55±.49	.48±.59	1.30	.27
Ansia Fobica	.45±.47	.34±.47	.38±.50	.41±.66	.46±.52	.24±.29	2.19	.11
Ideaz. Paranoide	1.05±.72	.84±.69	.85±.72	.63±.63	.80±.68	.44±.52	3.72	.027*
Psicoticismo	.69±.55	.50±.45	.53±.49	.59±.46	.58±.51	.46±.50	1.48	.23
GSI	1.09±.51	.77±.53	.84±.58	.80±.49	.74±.57	.57±.49	3.41	.036*
LSS								
Studio	5.32±2.37	5.77±1.92	5.70±2.19	5.30±2.13	5.40±1.90	5.90±2.36	.59	.55
Lavoro	4.19±2.69	4.72±2.46	4.38±2.71	4.93±2.76	4.36±2.84	4.50±3.03	1.33	.27
Amici	5.81±1.80	6.37±1.80	5.87±1.97	5.75±1.90	5.25±1.97	6.25±1.90	6.08	.003**
Famiglia	5.85±2.10	5.79±2.45	5.49±2.43	5.50±2.10	5.35±2.11	5.90±2.24	2.10	.13
Vita Sentiment.	5.15±3.10	5.04±3.08	4.60±3.02	4.85±3.25	4.80±3.33	5.10±2.71	1.08	.34
Tempo Libero	5.38±2.58	5.83±2.38	5.42±2.39	5.10±2.36	4.75±2.38	5.65±2.48	2.98	.05
Soddisfaz. Gen.	5.40±1.70	5.74±1.33	5.55±1.75	5.65±1.31	5.35±1.84	5.80±1.73	1.75	.18
RFQ-8								
RFQ-c	1.15±.61	1.01±.60	1.47±.73	.55±.10	.44±.51	.89±.25	.00	.99
RFQ-u	.33±.44	.50±.54	.36±.18	.17±.17	1.17±.60	.11±.10	4.32	.024*

Note. M ±DS: mean and standard deviation; GSI= General Severity Index; LSS=Life Satisfaction Scale; * $p < .05$, ** $p < .01$

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 25), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto non è significativo per nessuna delle sottoscale del SCL-90, quali Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo e per la scala *General Severity Index*.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alla Soddisfazione di vita (Tabella 25), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano tale effetto di interazione è significativo per la soddisfazione relativa al Lavoro, nella quale l'incremento medio dei punteggi si osserva prevalentemente per i soggetti insicuri nel passaggio da T0 a T1 e da T0 a T2, e alla Vita Sentimentale, nella quale l'incremento medio dei punteggi si osserva prevalentemente per i soggetti insicuri nel passaggio da T0 a T1 e da T0 a T2.

Non emerge, invece, un effetto significativo di tale interazione tra T0, T1 e T2 nella Soddisfazione relativa allo Studio, agli Amici, alla Famiglia, al Tempo Libero e alla Soddisfazione Generale di vita.

Per quanto riguarda, in ultimo, l'effetto di interazione tra attaccamento sicuro/insicuro ed effectiveness dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alla capacità di mentalizzazione (Tabella 25), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute non mostrano un effetto significativo per le scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 25. Effetti di moderazione della Sicurezza/Insicurezza dell'attaccamento sull'*effectiveness* dell'intervento a lungo termine.

	Sicurezza			Insicurezza			Sicurezza/Insicurezza Attaccamento X Effectiveness	
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	F	p
	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)	(M ±DS)		
SCL-90 R								
Somatizzazione	.76±.64	.45±.47	.52±.70	.86±.63	.62±.67	.57±.57	.34	.71
Ossess-Compul.	1.22±.66	.87±.67	.97±.79	1.41±.68	1.04±.70	1.05±.76	.23	.79
Sensib. Interp.	.98±.71	.65±.63	.72±.70	1.22±.68	1.03±.70	1.01±.62	.46	.63
Depressione	1.37±.74	.96±.72	1.06±.89	1.63±.77	1.24±.91	1.26±.84	.11	.89
Ansia	1.02±.82	.71±.70	.76±.76	1.09±.73	.89±.71	.84±.78	.26	.77
Ostilità	.70±.73	.52±.64	.45±.48	.78±.66	.67±.59	.67±.66	.49	.61
Ansia Fobica	.38±.48	.31±.47	.32±.52	.51±.57	.44±.51	.37±.39	.31	.73
Ideaz.Paranoide	.75±.72	.70±.62	.61±.68	1.11±.69	.98±.70	.87±.69	.28	.75
Psicoticismo	.53±.57	.43±.43	.47±.53	.79±.45	.62±.48	.56±.46	1.31	.27
GSI	.91±.55	.66±.47	.70±.57	1.12±.47	.87±.58	.85±.55	.24	.79
LSS								
Studio	5.46±2.27	5.51±1.98	5.97±1.95	5.11±2.32	5.76±1.85	5.54±2.49	1.19	.31
Lavoro	5.53±2.25	5.00±2.42	4.73±2.75	3.23±2.64	4.29±2.64	4.10±2.77	5.88	.004**
Amici	6.71±1.57	6.53±1.85	6.44±2.05	4.89±1.58	5.57±1.86	5.46±1.69	2.81	.06
Famiglia	6.20±2.05	6.09±2.38	6.00±2.40	5.24±1.93	5.19±2.25	5.16±2.30	.04	.96
Vita Sentiment.	6.69±2.42	5.97±2.96	5.69±2.95	3.65±2.97	4.14±3.02	3.81±2.67	3.39	.037*
Tempo Libero	6.09±2.34	6.24±2.27	5.94±2.40	4.65±2.49	4.97±2.37	5.03±2.36	.60	.55
Soddisfaz. Gen.	5.89±1.59	5.91±1.36	5.89±1.86	4.97±1.40	5.30±1.52	5.32±1.60	.56	.57
RFQ-8								
RFQ-c	1.10±.69	.96±.72	1.56±.49	.95±.51	.83±.52	1.12±.85	.64	.53
RFQ-u	.17±.27	.54±.65	.31±.23	.45±.49	.74±.57	.31±.18	.44	.65

Note. M ±DS: mean and standard deviation; GSI= General Severity Index; LSS=Life Satisfaction Scale; *p<.05, **p<.01

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse (ACE≥4) ed effectiveness dell'intervento T0/T1/T2 rispetto al rischio psicopatologico (Tabella 26), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano che tale effetto è

significativo per la sottoscala Depressione, nella quale il decremento medio dei punteggi si osserva prevalentemente per i soggetti senza ACE nel passaggio da T0 a T1, da T1 a T2 e da T0 a T2 e per i soggetti con ACE nel passaggio da T0 a T1. Non emergono, invece, effetti significativi per le sottoscale Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo e per la scala *General Severity Index*.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse ($ACE \geq 4$) ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alla Soddisfazione di vita (Tabella 26), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute mostrano tale effetto di interazione non è significativo per nessuna delle aree di soddisfazione di vita (Studio, Lavoro, Amici, Famiglia, Vita Sentimentale, Tempo Libero) e nemmeno per la Soddisfazione Generale di vita.

Per quanto riguarda, in ultimo, l'effetto di interazione tra l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse ($ACE \geq 4$) ed *effectiveness* dell'intervento T0/T1/T2 rispetto alle capacità di mentalizzazione (Tabella 26), i risultati dell'ANOVA a misure ripetute non mostrano un effetto significativo per le scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 26. Effetti di moderazione del numero di esperienze avverse sull'*effectiveness* dell'intervento a lungo termine.

	No ACE (<4)			Si ACE (≥4)			Numero di ACE X Effectiveness	
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T2 (M ±DS)	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	T2 (M ±DS)	F	p
SCL-90 R								
Somatizzazione	.88±.83	.49±.51	.66±1.09	.50±.47	.29±.06	.37±.41	.06	.95
Ossess-Compul.	1.41±.76	.96±.65	.91±.90	.70±.42	.40±.42	1.00±1.41	1.99	.15
Ipersens. Interp.	.90±.64	.77±.71	.59±.71	.33±.16	.28±.08	.28±.39	.19	.83
Depressione	1.66±.81	1.35±.91	.99±.94	.61±.54	.19±.16	1.35±1.69	5.96	.007**
Ansia	1.14±.98	.86±.83	.81±1.01	.30±.14	.15±.07	.15±.21	.10	.91
Ostilità	.46±.37	.49±.38	.32±.45	.17±.00	.08±.12	.58±.82	2.97	.07
Ansia Fobica	.56±.78	.43±.59	.23±.31	.43±.00	.14±.00	.50±.71	1.01	.37
Ideaz.Paranoide	.90±.75	.99±.69	.71±.65	.33±.23	.17±.00	.00±.00	.19	.83
Psicoticismo	.77±.63	.51±.43	.47±.53	.20±.14	.25±.07	.35±.49	1.37	.27
GSI	1.08±.65	.80±.56	.69±.71	.47±.17	.27±.13	.59±.79	2.28	.12
LSS								
Studio	5.54±2.29	6.00±1.82	5.62±2.60	6.00±1.41	6.50±3.54	6.50±2.12	.04	.96
Lavoro	4.31±2.39	4.85±1.99	4.08±2.53	5.00±1.41	7.00±2.83	4.50±4.95	.80	.46
Amici	5.54±1.85	5.62±2.10	5.54±1.27	6.50±.71	7.50±2.12	8.00±1.41	.49	.62
Famiglia	6.00±1.96	5.77±2.52	5.15±2.44	7.50±.71	8.50±.71	8.50±.71	.73	.49
Vita Sentiment.	5.62±2.84	5.31±2.93	5.00±3.00	6.00±.00	7.00±1.41	7.00±2.83	.54	.59
Tempo Libero	4.54±2.47	4.69±2.06	4.54±2.07	7.00±.00	8.00±.00	8.00±1.41	.27	.76
Soddisfaz. Gen.	5.15±1.62	5.85±1.40	5.38±2.02	7.00±.00	7.00±1.41	6.00±4.24	.66	.53
RFQ-8								
RFQ-c	1.03±.63	.88±.66	1.23±.66	1.08±.35	1.00±.00	2.17±.00	2.65	.09
RFQ-u	.31±.42	.73±.59	.29±.20	.25±.35	.00±.00	.42±.12	2.15	.14

Note. M ±DS: mean and standard deviation; GSI= General Severity Index; LSS=Life Satisfaction Scale; **p<.01

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'obiettivo del terzo studio è stato indagare l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico effettuato dal Servizio di Ateneo, analizzando i dati emersi pre-post intervento ed al *follow-up* a sei mesi dalla conclusione dello stesso.

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti (Tabella 20) è possibile osservare, come negli studi precedenti, una prevalenza del campione femminile rispetto a

quello maschile. L'età media si attesta anche in questo studio attorno ai 23 anni, inserendosi quindi nel *range* identificato da Arnett per l'*emerging adulthood* (2000).

Anche in questo campione è possibile riscontrare numerose caratteristiche peculiari del giovane adulto emergente, come il rinvio del matrimonio e della genitorialità (la quasi totalità del campione, infatti, non è sposata e non ha figli). Emerge, inoltre, il mantenimento della dipendenza dai propri genitori, sia in termini abitativi che economici (la maggior parte dei soggetti, infatti, vive ancora con la propria famiglia d'origine, è studente pendolare e non lavora). Anche in questo studio, vi è una piccola percentuale del campione (8.2%) che vive con amici e colleghi e, come detto precedentemente, tale situazione potrebbe generare maggiori livelli di stress in questi studenti che devono conciliare lo studio, la gestione della propria casa e la separazione dai propri genitori e dal proprio luogo di origine (Adamo et al., 2005).

Per quanto concerne il profilo accademico (Tabella 21), come negli studi precedenti, la maggior parte degli studenti del campione proviene da un corso di laurea in Psicologia (67.1%). Rispetto al momento nel quale gli studenti richiedono aiuto al Servizio, è possibile osservare come la percentuale maggiore delle richieste avvenga, anche in questo studio, quando gli studenti sono al terzo anno del corso di laurea triennale, momento che può configurarsi come complesso da affrontare per i giovani adulti emergenti, che devono scegliere se proseguire il proprio percorso formativo o tentare il non semplice inserimento nel mondo del lavoro.

È interessante notare come un'elevata percentuale del campione del presente studio (44.9%), riporta di aver avuto precedentemente accesso a servizi per la salute mentale. Tale precedente percorso, probabilmente, potrebbe aver agevolato una nuova richiesta di aiuto in un momento di difficoltà, senza vivere il contatto con un professionista in ottica stigmatizzante.

Per quanto riguarda il numero di esperienze avverse vissute nell'infanzia dai partecipanti al presente studio, emerge che la maggior parte di essi non è stato esposto ad un numero considerevole di esperienze avverse (87.3%). Tale dato, può configurarsi come un fattore di protezione per lo sviluppo psicofisico dei soggetti (Newcomb-Anjo et al., 2016). L'aver vissuto un numero cospicuo di esperienze avverse nel corso dell'infanzia, infatti, sembra essere associato a maggior rischio di sviluppare sintomi psicopatologici e ad una diminuzione del benessere dell'individuo (Schilling et al., 2007).

Per quanto riguarda la distribuzione dello stile di attaccamento, i soggetti del presente studio mostrano in prevalenza un profilo caratterizzato da insicurezza (53.8%) che, come noto dalla letteratura, può aumentare la possibilità di sviluppare disagio clinico (Fermani et al., 2019), specialmente quando l'insicurezza nell'attaccamento è associata ad altri fattori di rischio (Attili, 2007; Lyons-Ruth et al., 2004).

Effectiveness a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico

Per quanto concerne l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico erogato dal Servizio di Ateneo, i dati supportano l'ipotesi che tale intervento sia efficace nel ridurre i livelli sintomatologici esperiti inizialmente dagli studenti, mantenendo il suo effetto anche a lungo termine.

Riguardo la distribuzione della gravità del disagio sintomatologico degli studenti (Figura 5), indagata attraverso l'uso del cut-off della scala *General Severity Index* della SCL-90 R, è possibile osservare come nel corso dell'intervento diminuisca la percentuale di soggetti che rientrano nel *range* clinico (23.7% a T0, 17.3% a T1 e 13.7% a T2) ed anche di coloro che rientrano nel *range* subclinico (29.5% a T0, 19.7% a T1 e 17.8% a T2) ed aumenta la percentuale di studenti che esperisce una sintomatologia di rilevanza non clinica (46.8% a T0, 63% a T1 e 68.5% a T2). Tale distribuzione, mette in luce come l'intervento di counselling effettuato sia stato in grado di ridurre il malessere provato dai soggetti, sia a breve termine, sia a lungo termine, ovvero dopo sei mesi dalla sua conclusione. Tale dato consente di evidenziare il mantenimento dei benefici correlati all'intervento di counselling e come questi continuino a lavorare nel tempo, portando ad un'ulteriore diminuzione della sintomatologia anche nei sei mesi successivi alla conclusione dei colloqui.

Focalizzandosi sui dati relativi alla diminuzione dei punteggi nelle sottoscale e nella scala GSI della SCL-90 R nel corso dei tre tempi (Tabella 22), è possibile osservare come la quasi totalità delle sottoscale mostri una diminuzione significativa dei propri punteggi tra l'inizio, la fine ed il *follow-up* dell'intervento, ad esclusione della sottoscala Ansia Fobica. Osservando i confronti *Pairwise*, relativi al passaggio tra i singoli tempi, è possibile evidenziare come l'intervento risulti efficace prevalentemente nel passaggio da T0 a T1 e a lungo termine da T0 a T2. Tale dato mette in luce come gli incontri di counselling aiutino gli studenti a ridurre la sintomatologia provata nel corso dei colloqui e a mantenere tale miglioramento nel corso dei sei mesi successivi. Nel passaggio da T1 a T2, infatti, non emergono differenze significative, ma si assiste ad un mantenimento dei risultati ottenuti.

Per quanto concerne l'*effectiveness* dell'intervento rispetto al grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita, dai dati non emergono incrementi significativi nel corso del tempo (Tabella 23). Alcune scale relative alla soddisfazione, presentano tuttavia un lieve incremento medio nei punteggi a T1 e a T2, ma che non risulta ancora significativo. Tale dato si discosta rispetto a quanto evidenziato in altri studi presenti in letteratura, nei quali emerge, oltre alla diminuzione degli indici sintomatologici degli studenti grazie all'intervento, un parallelo incremento della soddisfazione di vita (Ghilardi et al., 2108).

Per quanto riguarda, invece, l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento rispetto alle capacità di mentalizzazione, si osserva un incremento nei punteggi della scala RFQ-c (che indaga il grado di

certezza di un individuo rispetto agli stati mentali propri e altrui) nel corso del tempo, con un aumento significativo che avviene prevalentemente tra T1 e T2 (Tabella 23). Tale incremento, non evidenzia risultati positivi in quanto, seguendo, lo studio effettuato da Handeland e colleghi (2019), i punteggi in entrambe le scale maggiori o uguali a 1 si interpretano come possibili deficit di mentalizzazione (Handeland et al., 2019). Nell'interpretazione di tale dato, però, è bene ricordare che solo 15 soggetti del presente campione hanno compilato il questionario relativo alle capacità di mentalizzazione, per cui tali risultati potrebbero non rappresentare l'andamento generale degli studenti che effettuano un ciclo di incontri di counselling. È possibile, inoltre, che l'inserimento nella batteria di questionari del RFQ-Short Form a soli 8 item non permetta di cogliere in maniera più completa il funzionamento riflessivo degli studenti nel corso del tempo (Müller, Wendt, Spitzer, Masuhr, Back & Zimmermann, 2020).

Complessivamente, i risultati emersi dall'analisi dell'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico attuato presso il Servizio di Ateneo, sono in linea con numerosi studi presenti in letteratura che mostrano un decremento pre-post intervento della sintomatologia esperita dagli studenti universitari che afferiscono ai Servizi di Counselling e come tale diminuzione si mantenga stabile nel tempo, attraverso l'analisi del *follow-up*. Lo studio di Monti e colleghi (2016) mette in luce, a tal proposito, l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling attuato presso l'Università di Bologna, che porta ad una riduzione significativa della sintomatologia esperita dagli studenti dall'inizio alla fine dell'intervento, che si mantiene stabile nei sei mesi successivi alla conclusione dello stesso (Monti et al., 2106). Anche Ghilardi e colleghi (2018) hanno effettuato uno studio volto a indagare l'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling proposto dall'Università di Brescia, attraverso l'analisi pre-post intervento e del *follow-up* a 4 mesi di distanza. Dalle analisi, si evince che nel post-intervento gli studenti riportano maggiori livelli di benessere e minori livelli di sintomatologia e, anche in questo studio, i miglioramenti si mantengono costanti nel corso dei mesi successivi (Ghilardi et al., 2018). Allo stesso modo, Cerutti e colleghi (2020) indagano l'*effectiveness* a lungo termine di un intervento di counselling breve di stampo psicodinamico ed osservano come vi sia una diminuzione significativa della sintomatologia presentata dagli studenti nel corso dell'intervento e come tale miglioramento si mantenga costante anche a 3 mesi dalla sua conclusione (Cerutti et al., 2020).

Inoltre, per la valutazione dell'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling, sono state condotte nel presente studio analisi di moderazione volte a indagare possibili effetti di interazione di alcune variabili, con l'obiettivo di analizzare se l'essere donna o uomo, oppure l'aver un attaccamento sicuro o insicuro o l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse, potessero essere fattori in grado di moderare l'efficacia dell'intervento proposto.

Per quanto riguarda il genere (Tabella 24), si osservano differenze significative tra donne e uomini rispetto all'*effectiveness* dell'intervento, nel ridurre la sintomatologia presentata, solo rispetto alla sottoscala Ideazione Paranoide (nella quale il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T0 a T2 e da T1 a T2 e per le donne da T0 a T1 e da T0 a T2) e rispetto alla scala *General Severity Index* (in cui il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T0 a T1, da T1 a T2 ed anche a lungo termine da T0 a T2 e per le donne da T0 a T1 e da T0 a T2). Inoltre, sono emerse differenze tra donne e uomini rispetto all'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento per quanto riguarda la soddisfazione amicale, nella quale l'incremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T1 a T2 e da T0 a T2 e per le donne prevalentemente da T0 a T1. Infine, sono emerse differenze tra donne e uomini rispetto all'*effectiveness* a lungo termine dell'intervento per quanto riguarda la scala RFQ-u, in cui il decremento medio dei punteggi si osserva per gli uomini da T1 a T2 e da T0 a T2 e per le donne da T1 a T2. Sembrerebbe, quindi, che uomini e donne manifestino il beneficio dell'intervento effettuato in diversi momenti temporali.

Per quanto riguarda l'effetto della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto all'*effectiveness* dell'intervento non sono emerse differenze significative tra soggetti sicuri ed insicuri rispetto alla riduzione dei livelli sintomatologici e alle capacità di mentalizzazione (Tabella 25). Emergono, invece, differenze significative rispetto all'*effectiveness* dell'intervento nell'area della soddisfazione lavorativa e della soddisfazione relativa alle relazioni sentimentali. Interessante è evidenziare che in queste due aree di soddisfazione, sono prevalentemente i soggetti con attaccamento insicuro a mostrare un incremento del grado di soddisfazione nel corso del tempo.

In ultimo, per quanto riguarda l'effetto delle esperienze avverse nell'infanzia sull'*effectiveness* dell'intervento (Tabella 26), dai dati emerge una differenza significativa per la sottoscala Depressione della SCL-90 R, che sembra diminuire nel corso dell'intervento prevalentemente per i soggetti con un numero di esperienze avverse non elevato. Non emergono, invece, differenze significative in merito alla soddisfazione nelle diverse aree di vita e alle capacità di mentalizzazione tra i soggetti con un numero consistente o meno di esperienze avverse infantili.

Tali dati mettono in luce come l'intervento di counselling psicodinamico effettuato risulti essere prevalentemente efficace a livello globale nel corso del tempo, senza effetti cospicui di alcune variabili che caratterizzano i partecipanti, in linea con numerosi studi internazionali ed italiani nel campo dell'analisi dell'*effectiveness* degli interventi di counselling universitario (Vonk & Thyer, 1999; Minami et al., 2009; Kearney et al., 2005; Murray et al., 2015; Ghilardi et al., 2017; Strepparava et al., 2016).

4.4.3 Studio 4 - *Effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico: Gruppo Counselling VS Gruppo *Waiting List*.

Il quarto studio del presente elaborato è uno studio esplorativo volto a sondare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico, confrontando gli studenti che effettuano un percorso di counselling poco dopo la propria auto-segnalazione al Servizio (Gruppo Counselling) con studenti che richiedono aiuto al Servizio, ma vengono inseriti in lista d'attesa a causa del sovraccarico di richieste al Servizio (Gruppo *Waiting List*).

I dati di questi studenti sono stati raccolti attraverso le compilazioni online di due batterie di questionari sulla piattaforma Qualtrics ed analizzati in forma anonima e aggregata. Per il Gruppo Counselling, la prima batteria viene somministrata prima dell'inizio dell'intervento (tempo T0), ha una durata di circa 40 minuti ed è composta, come negli studi precedenti, da informazioni sociodemografiche ed accademiche relative alla situazione dello studente (per esempio genere, età, corso di laurea, se lo studente è lavoratore e la realtà abitativa) e da questionari *self-report*, volti a indagare il benessere psicologico dei soggetti e la presenza di eventuali difficoltà, le passate esperienze relazionali con la propria famiglia, la potenziale presenza di esperienze avverse e traumatiche nel passato dello studente, le capacità di mentalizzazione ed il suo grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita. Al termine dei quattro colloqui (tempo T1), al Gruppo Counselling viene inviata una seconda batteria di questionari.

Al Gruppo *Waiting List*, invece, viene inviata la prima batteria di questionari (tempo T0), medesima a quella del Gruppo Counselling, quando il Servizio riceve la loro richiesta di effettuare un ciclo di incontri, mentre la seconda batteria di questionari (tempo T1) viene inviata qualche giorno prima dell'inizio degli incontri di counselling, che prendono avvio all'incirca dopo un mese di attesa. Nel corso del mese di attesa del Gruppo *Waiting List*, il Gruppo Counselling effettua i quattro colloqui ed è così possibile confrontare i due gruppi, uno che ha ricevuto l'intervento di counselling e l'altro che è rimasto in una condizione di controllo, attendendo l'inizio del ciclo di incontri.

METODO

Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo di tipo esplorativo è di valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico, confrontando gli studenti che effettuano un percorso di counselling poco dopo la propria auto-segnalazione al Servizio (Gruppo Counselling), con studenti che richiedono aiuto al Servizio, ma vengono inseriti in lista d'attesa a causa del sovraccarico di richieste (Gruppo *Waiting List*). Gli obiettivi specifici, quindi, sono:

1. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace⁵ nel diminuire i livelli di sintomi psicopatologici nel Gruppo Counselling da T0 a T1, rispetto ai soggetti della *Waiting list*;
2. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nell'aumentare i livelli di soddisfazione nelle diverse di vita nel Gruppo Counselling da T0 a T1, rispetto ai soggetti della *Waiting list*;
3. Valutare se l'intervento di counselling psicodinamico è efficace nel migliorare il livello di mentalizzazione nel Gruppo Counselling da T0 a T1, rispetto ai soggetti della *Waiting list*.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 55 studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che hanno richiesto spontaneamente aiuto al Servizio di Counselling ed hanno compilato in maniera completa le batterie di questionari al tempo T0 e al tempo T1. A causa della pandemia da Covid-19, nel corso della quale il Servizio ha dovuto riorganizzarsi effettuando i colloqui di counselling online, non è stato possibile reperire un campione più ampio di studenti in lista d'attesa.

Tra il 2019 e il 2020, 52 soggetti sono stati inseriti in una condizione di Lista d'Attesa della durata di circa un mese, ma solo 18 soggetti hanno partecipato alla ricerca completando integralmente le batterie di questionari a T0 e a T1. Dei soggetti inseriti nel Gruppo Counselling, invece, sono stati inseriti nel presente studio 37 soggetti che hanno partecipato alla ricerca tra il 2019 ed il 2020, nel medesimo arco di tempo nel quale si è costituita la lista d'attesa, completando integralmente le batterie di questionari a T0 e a T1.

Il campione finale di questo quarto studio, quindi, è composto da 55 studenti, 37 appartenenti al Gruppo Counselling e 18 appartenenti al Gruppo *Waiting List*. Il Gruppo Counselling è composto da 8 maschi (21.6%) e 29 femmine (78.4%). L'età media si attesta intorno ai 22 anni (M=22.41, DS=1.67). Il Gruppo *Waiting List* è composto da 5 maschi (27.8%) e 13 femmine (72.2%). L'età media si attesta intorno ai 22 anni (M=22.17, DS=2.15). La partecipazione allo studio è avvenuta previa dettagliata informazione sulle caratteristiche e le finalità dello stesso e solo previo consenso informato.

Procedura

Agli studenti che hanno preso parte allo studio (Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List*) è stata inviata una email di informazione sul progetto ed un *link* di accesso alla piattaforma Qualtrics per la compilazione della prima batteria di questionari (T0). Essa comprende, come negli studi

⁵ Si specifica che nel corso della descrizione degli obiettivi, si utilizza il termine "efficacia" nell'accezione di *effectiveness*.

precedenti, una serie di dati sociodemografici, accademici e dei questionari *self-report*. Nello specifico la prima batteria di test al tempo T0 comprende:

- Dati anagrafici e accademici dello studente;
- Anamnesi rispetto a precedenti consultazioni/terapie psicologiche/psichiatriche e familiarità nell'ambito dei disturbi psichici;
- Questionari per valutare sintomi psicopatologici, stili di attaccamento, livello di soddisfazione generale di vita, funzione riflessiva ed esperienze avverse infantili.

Al termine dei quattro incontri per il Gruppo Counselling ed in prossimità del primo incontro di counselling per il Gruppo *Waiting List*, lo studente riceve via email un nuovo link che lo indirizza alla compilazione della seconda batteria di questionari (T1), composta da:

- Breve richiamo dei dati anagrafici dello studente;
- Questionari *self-report* somministrati al tempo T0 (SCL-90 R, LSS, RFQ-8), ad esclusione del questionario relativo alle esperienze avverse infantili e dell'*Attachment Style Questionnaire*.

Strumenti

- ***Symptom Checklist-90 R (SCL-90 R)*** (Derogatis, 1994; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2011). Le sottoscale del SCL-90 R presentano una buona coerenza interna in questo studio ($.75 < \alpha < .91$), mentre la scala globale GSI presenta un'ottima coerenza interna ($\alpha=.97$);
- ***Attachment Style Questionnaire(ASQ)*** (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994; validazione italiana: Fossati et al., 2003) somministrato solo a T0. Le scale dell'ASQ presentano una discreta coerenza interna nel presente studio ($.66 < \alpha < .78$).
- ***Life Satisfaction Scale (LSS)*** (Prunas et al., 2009);
- ***Questionario Adverse Childhood Experiences (ACE)*** (Felitti et al., 1998; Hughes, Bellis, Hardcastle, Sethi, Butchart, Mikton, Jones & Dunne, 2017) somministrato solo a T0. Le scala totale del Questionario *Adverse Childhood Experiences* presenta una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$);
- ***Reflective Functioning Questionnaire – Short Form*** (Fonagy et al., 2016). Le scale del RFQ presentano una scarsa coerenza interna nel presente studio ($\alpha < .65$).

Per una descrizione dettagliata degli strumenti, rifarsi al primo studio.

ANALISI DEI DATI

Tutte le analisi sono state eseguite attraverso l'uso del *software* SPSS Statistic 26.0.

Sono stati utilizzati test del Chi-quadro o t-test per campioni indipendenti per analizzare le differenze sociodemografiche ed accademiche nel Gruppo Counselling e nel Gruppo *Waiting List*.

Sono stati, inoltre, effettuate analisi con il test di Mann-Whitney per indagare possibili differenze tra il Gruppo Counselling e nel Gruppo *Waiting List* rispetto alla sintomatologia (SCL-90 R), gli stili di attaccamento (ASQ), al livello di soddisfazione nelle diverse aree di vita (*Life Satisfaction Scale*), alle esperienze avverse infantili (*ACE Questionnaire*) e rispetto alle capacità di mentalizzazione (RFQ-8).

Sono stati, inoltre, effettuati dei test del Chi-quadro per indagare differenze rispetto alla distribuzione dei due gruppi secondo il cut-off clinico del SCL-90R e rispetto alla distribuzione degli stili di attaccamento Sicurezza e Insicurezza.

Sono stati utilizzati test non parametrici a causa della bassa numerosità del campione, motivo per cui lo studio si configura come esplorativo, e a causa della distribuzione non normale delle variabili prese in esame, testata con il test di Kolmogorov-Smirnov e il test di Shapiro-Wilk.

Sono, quindi, stati eseguiti test non parametrici di Mann-Whitney e test non parametrici dei ranghi con segno di Wilcoxon, per confrontare l'*effectiveness* dell'intervento da T0 a T1 nel Gruppo Counselling e nel Gruppo *Waiting List*.

È stata effettuata una *power-analysis* a posteriori, che ha indicato che un campione di 55 partecipanti era sufficiente per rilevare un valore medio di *effect size* con una potenza di .95 ($\alpha = .05$).

Risultati

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Sono state analizzate le differenze rispetto alle caratteristiche sociodemografiche ed accademiche tra gli studenti appartenenti al Gruppo Counselling e gli studenti del Gruppo *Waiting List* (Tabella 27 e Tabella 28).

Sono stati confrontati i due gruppi e non sono emerse differenze significative rispetto al genere (Test Esatto di Fisher(1) = .25; $p = .74$), all'età ($t = .45$; $p = .65$), allo stato civile ($\chi^2(2) = 3.04$; $p = .22$), all'impegno lavorativo ($\chi^2(1) = .56$; $p = .50$), al corso di laurea ($\chi^2(6) = 7.43$; $p = .28$), alla condizione abitativa ($\chi^2(4) = 3.08$; $p = .54$), alla situazione dello studente (Test Esatto di Fisher(1) = .54; $p = .50$), all'anno di corso ($\chi^2(5) = 7.51$; $p = .19$), all'accesso a servizi della salute mentale ($\chi^2(1) = .09$; $p = .76$) ed alla familiarità rispetto a disturbi psichici ($\chi^2(1) = 3.54$; $p = .07$). In entrambi i gruppi nessun soggetto ha figli.

Tabella 27 Confronto caratteristiche sociodemografiche - Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List*.

	Gruppo Counselling (N=37)	Gruppo <i>Waiting List</i> (N=18)	<i>p</i>
Età (M; SD)	22.41;1.67	22.17;2.15	n.s
Genere			n.s
Femmina	29(78.4%)	13(72.2%)	
Maschio	8(21.6%)	5(27.8%)	
Stato Civile			n.s
Celibe/Nubile	36(97.3%)	17(94.4%)	
Convivente	0	1(5.6%)	
Separato/a	1(2.7%)	0	
Status Genitoriale			n.s
Con figli	0	0	
Senza figli	37(100.0%)	18(100.0%)	
Condizione Abitativa			n.s.
Famiglia	29(78.4%)	14(77.8%)	
Da solo/a	1(2.7%)	0	
Con amici/colleghi	5(13.5%)	2(11.1%)	
Con il partner	0	1(5.6%)	
Altro	2(5.4%)	1(5.6%)	
Situazione Studente			n.s.
Studente fuorisede	10(27.0%)	5(27.8%)	
Studente pendolare	16(43.2%)	11(61.1%)	
Studente in sede	11(29.7%)	2(11.1%)	
Impegno lavorativo			n.s
Lavoratore	7(18.9%)	5(27.8%)	
Non lavoratore	30(81.1%)	13(72.2%)	
Precedente accesso Servizi Salute Mentale			n.s.
Si	16(43.2%)	7(38.9%)	
No	21(56.8%)	11(61.1%)	
Familiare con disturbi psichici			n.s.
Si	9(24.3%)	9(50.0%)	
No	28(75.7%)	9(50.0%)	

Tabella 28. Confronto caratteristiche accademiche - Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List*.

	Gruppo Counselling (N=37)	Gruppo <i>Waiting List</i> (N=18)	<i>p</i>
Corso di Laurea			n.s.
Economia e Statistica	1(2.7%)		
Giurisprudenza	3(8.1%)	1(5.6%)	
Psicologia	19(51.4%)	5(27.8%)	
Scienze	7(18.9%)	6(33.3%)	
Scienze della Formazione	5(13.5%)	2(11.1%)	
Sociologia	2(5.4%)	3(16.7%)	
Anno di Corso			n.s.
1° (Laurea Triennale)	2(5.4%)	5(27.8%)	
2° (Laurea Triennale)	7(18.9%)	3(16.7%)	
3° (Laurea Triennale)	10(27.0%)	3(16.7%)	
1° (Laurea Magistrale)	7(18.9%)	2(11.1%)	
2° (Laurea Magistrale)	10(27%)	3(16.7%)	
Fuoricorso	1(2.7%)	2(11.1%)	

È stata indagata la presenza di esperienze avverse infantili nel campione del presente studio, seguendo la *review* di Hughes e colleghi (2017) in cui il cut-off per definire l'aver vissuto un numero considerevole di esperienze avverse fino ai 18 anni è stato fissato a maggiore uguale a 4.

Sulla base di tale cut-off, è stato calcolato che nel Gruppo Counselling, il 13.5% dei soggetti ha vissuto esperienze avverse infantili ($ACE \geq 4$), mentre l'86.5% non ha vissuto un numero considerevole di esperienze avverse nell'infanzia ($ACE < 4$). Nel Gruppo *Waiting List*, le percentuali sono simili a quelle del Gruppo Counselling, infatti l'11.1% dei soggetti ha vissuto esperienze avverse infantili ($ACE \geq 4$), mentre l'88.9% non ha vissuto un numero considerevole di esperienze avverse nell'infanzia ($ACE < 4$).

È stata indagata la distribuzione della sicurezza e dell'insicurezza degli stili di attaccamento nei due Gruppi a T0. Seguendo le indicazioni della validazione italiana dell'ASQ (Fossati et al., 2003), punteggi inferiori al 25° percentile nella scala della Fiducia sono indicatori di attaccamento insicuro, mentre punteggi superiori al 25° percentile sono indicatori di attaccamento sicuro. A livello descrittivo, i soggetti del Gruppo Counselling a T0 mostravano per il 45.9% Sicurezza nell'attaccamento, mentre per il 54.1% Insicurezza nell'attaccamento, mentre i soggetti del Gruppo *Waiting List*, invece, a T0 si distribuivano equamente tra Sicurezza (50%) ed Insicurezza (50%) dell'attaccamento.

Confronto Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* a T0

Attraverso il test di Mann-Whitney sono state analizzate le differenze tra i due gruppi rispetto alle variabili esaminate a T0. Dai risultati, non emergono differenze significative per tutte le sottoscale e la scala GSI del SCL-90 R, ad eccezione della sottoscala Ossessività-Compulsività che presenta un *p-value* ai limiti della significatività (Tabella 29).

Per quanto riguarda gli stili di attaccamento, la soddisfazione nelle diverse aree di vita, le capacità di mentalizzazione e le esperienze avverse infantili, non emergono differenze significative a T0 tra il Gruppo Counseling e il Gruppo *Waiting List* (Tabella 29 e Tabella 30).

Tabella 29. Confronto Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* a T0 – SCL-90 R e ASQ.

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Gruppo <i>Waiting List</i> (M ±DS)	U	<i>p</i>
SCL-90 R				
Somatizzazione	.87±.87	1.12±.89	413.50	.15
Ossessività-Compulsività	1.43±.83	1.78±.59	442.00	.05
Ipersensibilità Interpersonale	1.06±.69	1.26±.79	381.50	.38
Depressione	1.51±.82	1.64±.72	368.50	.52
Ansia	1.13±.94	1.15±.89	342.00	.87
Ostilità	.67±.67	1.06±.1.01	408.00	.18
Ansia Fobica	.49±.70	.44±.67	333.50	.99
Ideazione Paranoide	.96±.74	.93±.79	327.50	.92
Psicoticismo	.79±.71	.83±.55	374.50	.45
<i>General Severity Index</i>	1.06±.66	1.21±.62	393.00	.28
ASQ				
Fiducia	28.59±6.47	27.17±5.90	294.50	.49
Disagio per l'intimità	38.65±8.21	41.44±7.94	385.50	.34
Secondarietà delle relazioni	14.73±4.63	15.17±5.83	350.50	.75
Bisogno di approvazione	24.65±7.49	24.22±6.48	306.00	.63
Preoccupazione per le relazioni	31.22±6.41	32.28±7.89	355.50	.69
Attaccamento Evitante	26.69±5.60	28.30±6.21	287.00	.41
Attaccamento Ansioso	27.93±6.22	28.25±6.10	312.50	.71

Note. M ±DS: mean and standard deviation; U = test di Mann-Whitney

Tabella 30. Confronto Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* a T0 – LSS e RFQ-8.

	Gruppo Counselling (M ±DS)	Gruppo <i>Waiting List</i> (M ±DS)	U	p
LSS				
Studio	5.41±2.30	4.78±2.18	273.50	.28
Lavoro	4.68±2.40	4.17±2.18	279.00	.33
Amici	6.00±1.94	5.44±2.09	273.00	.27
Famiglia	5.81±2.09	5.56±2.20	300.50	.55
Vita Sentimentale	4.92±2.63	4.89±3.34	349.50	.76
Tempo Libero	4.92±2.31	4.44±2.06	278.50	.32
Soddisfazione Generale	5.30±1.81	4.50±2.06	259.50	.18
RFQ-8				
RFQ-c	.94±.58	.98±.71	329.00	.94
RFQ-u	.26±.37	.35±.36	390.00	.28
ACE	1.57±1.36	1.67±1.37	318.50	.79

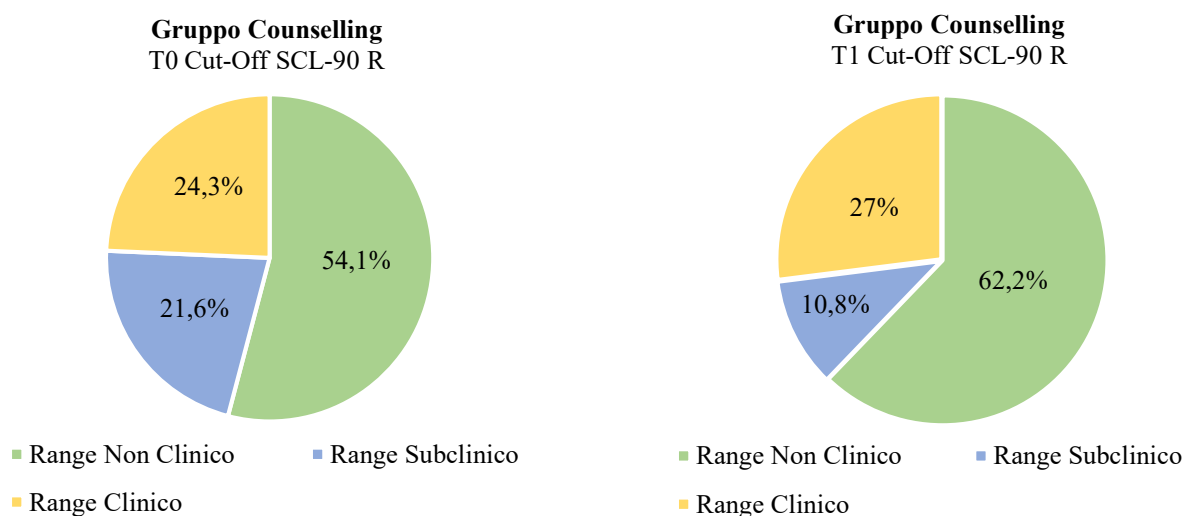
Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; U = test di Mann-Whitney

Confronto Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* – T0 e T1.

Profilo Psicopatologico

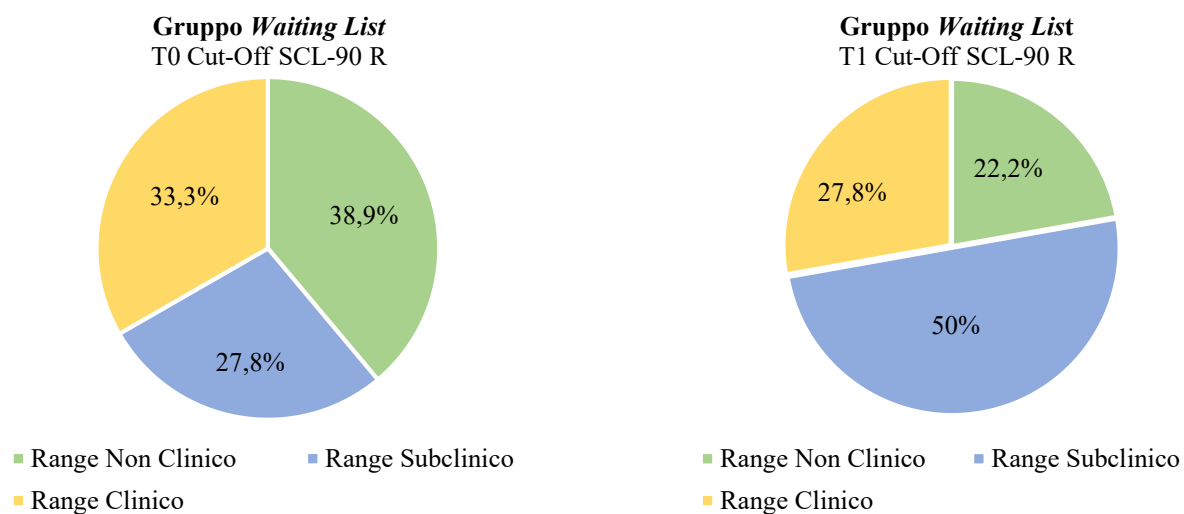
È stata esplorata la distribuzione dei soggetti dei due Gruppi nei due tempi rispetto al *Global Severity Index* (GSI) del SCL-90 R (Figura 6 e Figura 7). Per fare ciò, sono stati considerati i cut-off riportati nel manuale della validazione italiana dello strumento (Prunas et al., 2011) in termini di rilevanza clinica della sintomatologia esperita dai partecipanti, che può classificarsi come Clinica ($45 \leq T < 55$), Subclinica ($55 \leq T < 65$) e Non Clinica ($65 \leq T \leq 75$).

Figura 6. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0 e a T1 – Gruppo Counselling



Il test del Chi-quadro effettuato sul Gruppo Counselling, mostra delle differenze significative nella distribuzione del rischio psicopatologico tra T0 e T1 ($\chi^2(4) = 18.59; p = .000$). Nel passaggio da T0 a T1 vi è un aumento dei soggetti che rientrano nel range Non clinico, con percentuali che aumentano dal 54.1% a T0, al 62.2% a T1 (adj=3.8). Vi è, infatti, una diminuzione dei soggetti da T0 a T1 nel range Subclinico che diminuiscono dal 21.6% al 10.8% (adj = 1.5), mentre si verifica un leggero aumento dei soggetti nel Range Clinico, dal 24.3% al 27% (adj = 3.1).

Figura 7. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R a T0 e a T1 – Gruppo *Waiting List*.



Il test del Chi-quadro effettuato sul Gruppo *Waiting List*, non mette in luce differenze significative nella distribuzione del rischio psicopatologico tra T0 e T1 ($\chi^2(4) = 7.43; p = .08$). A livello descrittivo, nel passaggio da T0 a T1 è possibile osservare un aumento dei soggetti che rientrano nel range Subclinico ed una diminuzione dei soggetti che rientrano nel range Non Clinico.

Sono state, successivamente, analizzate le differenze tra T0 e T1 in entrambi i gruppi separatamente con il test non parametrico dei ranghi con segno di Wilcoxon.

Nel Gruppo Counselling, i risultati indicano differenze significative tra T0 e T1, con una diminuzione dei punteggi nelle sottoscale Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Depressione, Psicoticismo e nella scala *General Severity Index* (Tabella 31).

Tabella 31. Confronto indici sintomatologici T0-T1 nel Gruppo Counselling.

	Gruppo Counselling			
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	Z	p
SCL-90 R				
Somatizzazione	.87±.87	.58±.69	-2.93	.003**
Ossessività-Compulsività	1.43±.83	1.25±.93	-2.06	.039*
Ipersensibilità Interpersonale	1.06±.69	.98±.79	-1.01	.31
Depressione	1.51±.82	1.29±.96	-1.97	.049*
Ansia	1.13±.94	.93±.80	-1.88	.06
Ostilità	.67±.67	.64±.78	-.53	.59
Ansia Fobica	.49±.70	.40±.60	-.97	.33
Ideazione Paranoide	.96±.74	.95±.87	-.35	.72
Psicoticismo	.79±.71	.59±.58	-2.21	.027*
<i>General Severity Index</i>	1.06±.66	.88±.66	-2.78	.006**

Note. M ±DS: mean and standard deviation; Z = segno di Wilcoxon; *p<.05, **p<.01

Per quanto riguarda il Gruppo *Waiting List*, i risultati del test del segno di Wilcoxon non indicano alcuna differenza significativa tra T0 e T1 nelle sottoscale e nella scala GSI del SCL-90 R (Tabella 32).

Tabella 32. Confronto indici sintomatologici T0-T1 nel Gruppo *Waiting List*.

	Gruppo <i>Waiting List</i>			
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	Z	p
SCL-90 R				
Somatizzazione	1.12±.89	1.03±.68	-.55	.58
Ossessività-Compulsività	1.78±.59	1.79±.65	-.14	.89
Ipersensibilità Interpersonale	1.26±.79	1.30±.72	-.86	.39
Depressione	1.64±.72	1.79±.72	-1.24	.22
Ansia	1.15±.89	1.18±.71	-.26	.79
Ostilità	1.06±.1.01	1.05±.91	-.07	.94
Ansia Fobica	.44±.67	.50±.59	-.64	.52
Ideazione Paranoide	.93±.79	1.12±.78	-1.28	.20
Psicoticismo	.83±.55	.85±.49	-.44	.66
<i>General Severity Index</i>	1.21±.62	1.24±.52	-.50	.62

Note. M ±DS: mean and standard deviation; Z = segno di Wilcoxon

Soddisfazione nelle diverse aree di vita e capacità di mentalizzazione

Sono state analizzate le differenze tra T0 e T1 in entrambi i gruppi separatamente con il test non parametrico dei ranghi con segno di Wilcoxon.

Nel Gruppo Counselling (Tabella 33), i risultati non indicano differenze significative tra T0 e T1 nelle aree di Soddisfazione della propria vita relative allo Studio, Lavoro, Amici, Famiglia, Vita Sentimentale, Tempo Libero e Soddisfazione Generale. Rispetto alle capacità di mentalizzazione, non emergono differenze significative tra T0 e T1 per la scala RFQ-c, mentre vi sono differenze significative per la scala RFQ-u.

Tabella 33. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0-T1 nel Gruppo Counselling.

	Gruppo Counselling			
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	Z	p
LSS				
Studio	5.41±2.30	5.59±2.11	-.56	.57
Lavoro	4.68±2.40	4.62±2.15	-.23	.82
Amici	6.00±1.94	6.05±1.96	-.14	.89
Famiglia	5.81±2.09	5.68±2.42	-.19	.85
Vita Sentimentale	4.92±2.63	4.65±2.86	-.33	.74
Tempo Libero	4.92±2.31	5.00±2.31	-.67	.50
Soddisfazione Generale	5.30±1.81	5.68±1.65	-1.12	.26
RFQ-8				
RFQ-c	.94±.58	.86±.63	-1.08	.28
RFQ-u	.26±.37	.40±.36	-2.09	.036*

Note. M ±DS: mean and standard deviation; Z = segno di Wilcoxon; *p<.05

Per quanto riguarda il Gruppo *Waiting List* (Tabella 34), i risultati del test del segno di Wilcoxon non indicano differenze significative tra T0 e T1 nelle aree di Soddisfazione della propria vita relative allo Studio, Lavoro, Amici, Famiglia, Vita Sentimentale, Tempo Libero e Soddisfazione Generale. Anche per quanto riguarda le capacità di mentalizzazione non emergono differenze significative tra T0 e T1 per le scale RFQ-c e RFQ-u.

Tabella 34. Confronto Soddisfazione di vita e capacità di mentalizzazione T0-T1 nel Gruppo *Waiting List*.

	Gruppo <i>Waiting List</i>			
	T0 (M ±DS)	T1 (M ±DS)	Z	p
LSS				
Studio	4.78±2.18	4.72±2.35	-.36	.72
Lavoro	4.17±2.18	4.22±2.13	-.57	.57
Amici	5.44±2.09	5.44±2.31	-.15	.88
Famiglia	5.56±2.20	5.78±2.51	-.54	.59
Vita Sentimentale	4.89±3.34	4.89±3.56	.00	1.00
Tempo Libero	4.44±2.06	4.78±2.04	-1.33	.18
Soddisfazione Generale	4.50±2.06	4.61±1.72	-.25	.81
RFQ-8				
RFQ-c	.98±.71	1.10±.66	-1.00	.32
RFQ-u	.35±.36	.34±.33	-.08	.93

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; Z = segno di Wilcoxon

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'obiettivo del quarto studio, di tipo esplorativo, è valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico, confrontando gli studenti che effettuano un percorso di counselling poco dopo la propria auto-segnalazione al Servizio (Gruppo Counselling), con studenti che richiedono aiuto al Servizio, ma vengono inseriti in lista d'attesa a causa del sovraccarico di richieste (Gruppo *Waiting List*).

Caratteristiche sociodemografiche ed accademiche

Per quanto riguarda gli aspetti sociodemografici ed accademici (Tabella 27 e Tabella 28), sono state effettuate delle analisi per confrontare i due gruppi di soggetti e non sono emerse differenze significative. Tale dato mette in luce la similarità nelle caratteristiche di base dei due gruppi, composti entrambi da soggetti che richiedono aiuto al Servizio di Counselling per affrontare un momento di difficoltà. Nel primo studio del presente elaborato, invece, relativo alla definizione delle caratteristiche peculiari dei soggetti che afferiscono al Servizio di Counselling, sono stati effettuati dei confronti con un gruppo di studenti del medesimo Ateneo, che non richiedevano supporto al Servizio, che hanno messo in luce differenze significative tra i due gruppi.

A livello generale, anche in questo studio emerge una preponderanza del genere femminile rispetto a quello maschile per entrambi i gruppi, che incarnano i tratti distintivi dell'*emerging adulthood* ampiamente descritti nel corso del primo capitolo. Tra questi vi è l'età che, attestandosi intorno ai 22 anni, si inserisce nel *range* dell'adulthood emergente (19-30 anni) individuato da Arnett

(2000). Si riscontrano, inoltre, altre caratteristiche peculiari del giovane adulto emergente, come il posticipo del matrimonio (la quasi totalità del campione non è sposata) e della genitorialità (nessun partecipante ha figli), il prolungamento della dipendenza dalle figure genitoriali, sia a livello abitativo (la quasi totalità degli studenti vive ancora nella casa di origine), sia a livello economico (la maggior parte dei soggetti non lavora). Rispetto alla situazione degli studenti, è possibile notare come in entrambi i gruppi la maggior percentuale di studenti sia pendolare, seguiti dagli studenti fuorisede. Tale condizione, potrebbe comportare maggior carico di stress per i soggetti, che devono gestire i propri studi e la propria realtà domestica ed affrontare i processi di separazione-individuazione dalle proprie figure genitoriali e dal proprio luogo di nascita (Adamo et al., 2005).

Interessante è anche quanto emerso dall'anamnesi rispetto a consultazioni psicologiche/psichiatriche effettuate in precedenza. La popolazione di studenti di entrambi i gruppi dichiara in percentuali cospicue di essersi rivolta durante l'infanzia, l'adolescenza o la giovane età adulta ad uno specialista della salute mentale: è dunque evidente, in accordo con quanto osservato da Hunt & Eisenberg (2010), che le consultazioni dei servizi di salute mentale avvengono sempre più precocemente. Tale dato risulta essere in linea con altri studi presenti in letteratura che riportano percentuali intorno al 40% di precedenti accessi a Servizi della Salute Mentale (Biasi et al, 2017). Inoltre, il Gruppo *Waiting List* ha maggior familiarità per disturbi psichici (50%), rispetto al Gruppo Counselling. Questo dato, però, deve essere analizzato alla luce della ridotta numerosità del campione.

Relativamente al profilo accademico (Tabella 28), i due gruppi sembrano differire, seppure non a livello significativo, rispetto al corso di laurea che frequentano. Mentre nel Gruppo Counselling la maggioranza dei soggetti sta effettuando un corso di laurea in Psicologia, nel Gruppo *Waiting List* vi è maggior omogeneità di distribuzione tra i corsi di laurea in Psicologia e Scienze.

È, inoltre, interessante notare che gli studenti del Gruppo Counselling si rivolgono al Servizio principalmente durante il terzo anno di laurea triennale ed il secondo anno di laurea magistrale, mentre il Gruppo *Waiting List* chiede aiuto al Servizio prevalentemente nel corso del primo anno di laurea triennale. Tale dato, potrebbe simboleggiare i momenti di maggior affluenza al Servizio, ovvero quelli precedenti alle sessioni di esame. Potrebbe essere che il Gruppo *Waiting List* sia composto in percentuale maggiore da studenti al primo anno di laurea triennale poiché richiedono aiuto al Servizio proprio nei periodi di maggiori affluenza, trovandosi per la prima volta a confrontarsi con il sostenere esami universitari.

Per quanto concerne il numero di esperienze avverse vissute nella propria infanzia, i due gruppi presentano una distribuzione simile, con percentuali di soggetti che non hanno vissuto esperienze avverse infantili in maniera considerevole che si attestano a 86.5% per il Gruppo Counselling e a

88.9% per il Gruppo *Waiting List*. Tale dato può configurarsi come un fattore di protezione per lo sviluppo psicofisico dei soggetti (Newcomb-Anjo et al., 2016), poiché l'aver vissuto un numero cospicuo di esperienze avverse nel corso dell'infanzia, sembra essere associato a maggior rischio di sviluppare sintomi psicopatologici e ad una diminuzione del benessere dell'individuo (Schilling et al., 2007).

Indici di salute mentale e livelli di benessere – Effectiveness dell'intervento a breve termine

Oltre al confronto tra i due gruppi rispetto alle caratteristiche sociodemografiche ed accademiche, sono stati effettuati dei confronti pre-intervento tra Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* rispetto agli indici sintomatologici, allo stile di attaccamento, alla soddisfazione nelle diverse aree di vita e alle capacità di mentalizzazione rilevate pre-intervento (Tabella 29 e Tabella 30). Dai risultati, emerge che i due gruppi non mostrano differenze significative in nessuna delle aree citate, ad eccezione dei sintomi Ossessivo-Compulsivi, maggiori nel Gruppo *Waiting List*. Tale dato ben riflette il bisogno di entrambi i gruppi di ricevere un supporto da parte del Servizio di Counselling in un momento di difficoltà.

Per quanto riguarda il cambiamento dell'intensità del disagio pre-post intervento, indagato attraverso l'uso del cut-off del *General Severity Index* della SCL-90 R, è possibile osservare come per i soggetti del Gruppo Counselling vi sia una diminuzione statisticamente significativa degli studenti che rientrano nel *range* clinico e subclinico tra T0 e T1 ed un conseguente aumento pre-post intervento dei soggetti che esperiscono livelli di sintomatologia non di rilevanza clinica (Figura 6).

Nel Gruppo *Waiting List*, invece, le percentuali dei soggetti nei differenti *range* di gravità della sintomatologia si modificano in maniera differente: da T0 a T1 si osserva un aumento dei soggetti che rientrano nel *range* subclinico ed una diminuzione dei soggetti che rientrano nel *range* non clinico (Figura 7). Tali dati mettono in luce come i soggetti del Gruppo Counselling presentino a T1 una sintomatologia di minor attenzione clinica grazie all'intervento effettuato, mentre gli studenti che vengono inseriti in lista d'attesa presentino una sintomatologia che si intensifica con il passare del tempo.

Per quanto riguarda l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling rispetto agli indici sintomatologici, il gruppo Counselling (Tabella 31) presenta una diminuzione significativa pre-post intervento dei punteggi medi delle sottoscale Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Depressione, Psicoticismo e GSI della SCL-90 R. I coetanei del Gruppo *Waiting List* (Tabella 32) non mostrano, invece, decrementi significativi nella sintomatologia nel passaggio da T0 a T1. Tale dato evidenzia, quindi, l'*effectiveness* dell'intervento per i soggetti del Gruppo Counselling, mentre i soggetti in lista d'attesa non ricevendo l'intervento non mostrano un miglioramento del disagio esperito.

Per quanto concerne l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling rispetto al grado di soddisfazione nelle differenti aree di vita, dalle analisi non emergono incrementi significativi tra T0 a T1 né per il Gruppo Counselling (Tabella 33) né per il Gruppo *Waiting List* (Tabella 34). Come emerso dagli studi presentati precedentemente, la soddisfazione nelle diverse aree di vita non mostra un incremento significativo nemmeno per i soggetti che ricevono l'intervento di counselling, nonostante alcune aree di soddisfazione presentino un leggero incremento medio nei punteggi.

Per quanto concerne, in ultimo, l'*effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling rispetto alle capacità di mentalizzazione, è possibile osservare come nel Gruppo Counselling (Tabella 33), vi sia un aumento significativo della scala RFQ-u nel passaggio da T0 a T1, che si mantiene comunque al di sotto del cut-off di 1, che secondo Handeland e colleghi (2019) evidenzia buone capacità mentalizzanti. Per il Gruppo *Waiting List* (Tabella 34), invece, non emergono differenze significative nel passaggio da T0 a T1, anche se è possibile osservare come i punteggi medi della scala RFQ-c incrementino nel corso del tempo, superando la soglia del cut-off di 1 ed evidenziando, quindi, possibili deficit di mentalizzazione (Handeland et al., 2019).

I dati emersi nel presente studio sono in linea con quanto riportato in letteratura da studi nazionali ed internazionali che prevedono l'utilizzo di *waiting list*, nei quali emerge l'*effectiveness* degli interventi di counselling per coloro che ricevono l'intervento ed un parallelo mantenimento/incremento dei livelli di malessere e difficoltà riportati dagli studenti che vengono inseriti in una lista d'attesa.

Vonk e Thyer (1999) hanno effettuato uno dei primi studi volto a valutare l'*effectiveness* dei servizi di counselling nei college americani, confrontando studenti che iniziano i colloqui immediatamente a seguito della propria richiesta, con studenti inseriti in lista d'attesa. Dai risultati, è possibile osservare come la maggior parte degli indici sintomatologici presenti nei soggetti all'inizio dell'intervento, mostri un decremento significativo al termine dello stesso, mentre i soggetti del gruppo in *waiting list* mantengono tali livelli di sintomatologia invariati nell'attesa di intraprendere il proprio percorso di counselling (Vonk & Thyer, 1999).

Biasi e colleghi (2017) hanno effettuato uno studio volto a indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico proposto, attraverso il confronto tra un gruppo di studenti che ricevono l'intervento ed un gruppo di studenti inseriti in lista d'attesa. Dai risultati, è possibile osservare come per il gruppo di studenti che riceve l'intervento vi sia una diminuzione delle problematiche esternalizzanti ed internalizzanti ed un conseguente miglioramento delle problematiche interpersonali e lavorative/accademiche, ma tali risultati non si manifestano anche nel gruppo di studenti inseriti in lista d'attesa (Biasi et al., 2017).

Biasi (2019) effettua, successivamente, un ulteriore studio volto a indagare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling proposto, attraverso l'uso di un gruppo di studenti che effettua gli incontri di counselling ed un gruppo di soggetti inseriti in lista d'attesa. Dai risultati è emerso che il percorso di counselling aiuta gli studenti a ridurre in maniera significativa la sintomatologia esperita e le difficoltà accademiche ed interpersonali vissute. I soggetti inseriti in lista d'attesa, però, non presentano miglioramenti simili ai coetanei che ricevono l'intervento, ma mantengono costanti le proprie problematiche e il proprio malessere (Biasi, 2019).

Anche Suranata e colleghi (2017, 2020) in due recenti studi hanno rilevato come gli studenti inseriti in una *waiting list* non mostrino un incremento di capacità resilienti, come accade, invece, per coloro che ricevono l'intervento, ma mostrano un decremento delle proprie capacità di fronteggiare le difficoltà incontrate nel percorso accademico (Suranata et al., 2017; Suranata et al., 2020).

In conclusione, quindi, dal presente studio è possibile osservare come i soggetti inseriti in lista d'attesa mantengano costanti o presentino un incremento nel corso del tempo dei livelli di malessere e difficoltà esperiti. I soggetti che effettuano, invece, i colloqui di counselling a seguito della propria autosegnalazione, presentano un decremento dei livelli sintomatologici pre-post intervento, evidenziando l'*effectiveness* dell'intervento messo in atto dal Servizio di Counselling di Ateneo.

4.5 Studio 5 – Confronto esplorativo tra studenti di due paesi europei che effettuano un percorso di counselling: Gruppo Bicocca VS Gruppo Heidelberg.

Il quinto studio del presente elaborato prende avvio da un periodo di ricerca all'estero effettuato nel corso del terzo anno di dottorato presso l'Università Ruprecht Karl di Heidelberg con il Prof. Rainer Matthias Holm-Hadulla e presso il Servizio di Counselling Psicosociale, coordinato dal dott. Frank Hofmann, a cui gli studenti universitari possono rivolgersi (Holm-Hadulla et al., 2011; Kreß et al., 2015). Nel corso di questa esperienza, è stato avviato nel mese di marzo 2020 uno studio congiunto volto ad analizzare e confrontare il benessere psicologico, il rischio psicopatologico, gli stili di attaccamento e le capacità di mentalizzazione degli studenti dell'Università Milano-Bicocca che effettuano un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio di Ateneo e gli studenti dell'Università Ruprecht Karl di Heidelberg che si rivolgono al Servizio di Counselling Psico-Sociale. Il progetto di ricerca più ampio prevede l'analisi dell'*effectiveness* dei due servizi di counselling, attraverso valutazioni pre-post intervento.

Il Servizio di counselling dell'Università Milano-Bicocca offre un intervento di counselling ad orientamento psicodinamico, mentre il Servizio di Counselling Psico-Sociale di Heidelberg offre un intervento di counselling integrativo, dato dall'unione del modello psicodinamico con il modello cognitivo (per una più ampia descrizione rifarsi al capitolo 3).

I dati che verranno presentati in questo studio sono una prima analisi esplorativa tra i due gruppi, volta a mettere in luce possibili differenze tra l'utenza dei due servizi di counselling europei. A causa della situazione pandemica, vi è stato un rallentamento nella raccolta dati, specialmente post-intervento, motivo per il quale si presenterà una prima indagine esplorativa rispetto ai livelli di sintomatologia, soddisfazione di vita, capacità di mentalizzazione e stile di attaccamento pre-trattamento tra i due gruppi.

METODO

Obiettivi

L'obiettivo di tipo esplorativo è confrontare un gruppo di studenti italiani che effettuano un ciclo di incontri di counselling presso il Servizio dell'Università Milano-Bicocca, con un gruppo di studenti tedeschi che si rivolgono al Servizio di Counselling Psico-Sociale dell'Università Ruprecht Karl di Heidelberg.

Nello specifico, gli obiettivi sono:

1. Valutare possibili differenze rispetto alle caratteristiche socio-demografiche nei due gruppi;
2. Valutare se le motivazioni che spingono gli studenti italiani a rivolgersi al servizio di counselling sono simili o differenti rispetto a quelle degli studenti tedeschi;
3. Valutare possibili differenze rispetto ai livelli di sintomatologia, di soddisfazione di vita e di capacità di mentalizzazione tra i due gruppi;
4. Valutare se vi sono differenze nella distribuzione degli stili di attaccamento nei due gruppi.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono 66 studenti appartenenti al Gruppo Bicocca e 66 studenti appartenenti al Gruppo Heidelberg, che hanno chiesto, in entrambi i paesi, spontaneamente aiuto al Servizio di Counselling di riferimento ed hanno compilato la batteria di questionari somministrata.

Il Gruppo Bicocca è composto da 11 maschi (16.7%) e 55 femmine (83.3%). L'età media si attesta intorno ai 23 anni ($M=23.44$, $DS=3.36$).

Il Gruppo Heidelberg è composto da 20 maschi (30.3%) e 46 femmine (69.7%). L'età media si attesta intorno ai 24 anni ($M=24.53$, $DS=3.41$).

La partecipazione allo studio è avvenuta previa dettagliata informazione sulle caratteristiche e le finalità dello stesso e solo previo consenso informato.

Procedura

Agli studenti del Gruppo Bicocca che hanno preso parte allo studio, è stata inviata una email di informazione sul progetto ed un *link* di accesso alla piattaforma Qualtrics per la compilazione della batteria di questionari. Agli studenti del Gruppo Heidelberg, invece, è stata consegnata la medesima batteria in forma cartacea, poiché il Servizio è aperto ed accoglie gli studenti senza necessità di un contatto email precedente. Essa comprende, come negli studi precedenti, una serie di dati sociodemografici, accademici e dei questionari *self-report* ed è composta come segue:

- Domande relative a dati anagrafici ed accademici dello studente (ad esempio genere, età, corso di laurea, anno di corso, status civile e genitoriale, condizione abitativa, se lo studente è pendolare, in sede o fuorisede, se è studente lavoratore etc.);
- Lista di motivazioni per cui lo studente ha richiesto aiuto al Servizio di Counselling;
- Anamnesi rispetto a precedenti consultazioni/terapie psicologiche/psichiatriche e familiarità nell'ambito dei disturbi psichici;
- Questionari *self-report* per valutare sintomi psicopatologici, stili di attaccamento, livello di soddisfazione generale di vita e funzione riflessiva.

Strumenti

- **Lista di Motivazioni:** il soggetto deve riportare, attraverso una scala Likert a 3 punti (da 1=Per nulla/Poco, 2=Moderato, 3=Molto/Del Tutto), quanto ciascun item descriva la situazione dello studente rispetto a “Difficoltà a superare gli esami”, “Difficoltà nello studio”, “Difficoltà relative alla tesi di laurea”, “Problemi di ansia legati agli esami/studio”, “Problemi di ansia non legati agli esami/studio”, “Difficoltà nelle relazioni con i docenti”, “Difficoltà nella relazione con amici e colleghi”, “Difficoltà nella relazione con il partner”, “Difficoltà nelle relazioni familiari”, “Difficoltà legate a specifiche situazioni/eventi”, “Problemi fisici”, “Curiosità verso il servizio” e “Altro”;
- **Symptom Checklist-90 R (SCL-90 R)** (Derogatis, 1994; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2011). Le sottoscale del SCL-90 R presentano una buona coerenza interna in questo studio ($.70 < \alpha < .87$), mentre la scala globale GSI presenta un’ottima coerenza interna ($\alpha=.96$);
- **Attachment Style Questionnaire(ASQ)** (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994; validazione italiana: Fossati et al., 2003). Le scale dell’ASQ presentano una discreta coerenza interna nel presente studio ($.63 < \alpha < .81$);
- **Life Satisfaction Scale (LSS)** (Prunas et al., 2009);
- **Reflective Functioning Questionnaire – Short Form** (Fonagy et al., 2016). Le scale del RFQ presentano una sufficiente coerenza interna nel presente studio ($\alpha > .65$).

Per una descrizione dettagliata degli strumenti, rifarsi al primo studio.

ANALISI DEI DATI

Tutte le analisi sono state eseguite attraverso l’uso del *software* SPSS Statistic 26.0.

Sono stati utilizzati test del Chi-quadro o t-test per campioni indipendenti per analizzare le differenze sociodemografiche ed accademiche tra il Gruppo Bicocca e il Gruppo Heidelberg.

Sono state effettuate analisi descrittive per valutare la frequenza delle motivazioni che hanno spinto gli studenti dei due gruppi a richiedere aiuto ai servizi di counselling.

Sono stati effettuati t-test per campioni indipendenti per indagare possibili differenze tra i due gruppi rispetto alla sintomatologia (SCL-90 R), agli stili di attaccamento (ASQ), ai livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita (LSS) e rispetto alle capacità di mentalizzazione (RFQ-8).

Sono stati, inoltre, effettuati dei test del Chi-quadro per indagare differenze rispetto alla distribuzione dei due gruppi secondo il cut-off clinico del SCL-90R e rispetto alla distribuzione degli stili di attaccamento Sicurezza e Insicurezza.

È stata effettuata una *power-analysis* a posteriori, che ha indicato che un campione di 132 partecipanti, suddivisi in due gruppi, era sufficiente per rilevare un valore medio di *effect size* con una potenza di .99 ($\alpha = .05$).

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche ed accademiche

Sono state analizzate le differenze rispetto alle caratteristiche sociodemografiche ed accademiche tra gli studenti appartenenti al Gruppo Bicocca e al Gruppo Heidelberg (Tabella 35 e Tabella 36).

Sono stati confrontati i due gruppi e sono emerse differenze significative rispetto alla condizione abitativa ($\chi^2(4) = 61.48; p = .000$), allo stato civile ($\chi^2(2) = 12.48; p = .002$), all'impegno lavorativo ($\chi^2(1) = 24.05; p = .000$) e rispetto alla familiarità rispetto a disturbi psichici ($\chi^2(1) = 7.09; p = .008$). Non sono emerse, invece, differenze significative tra i due gruppi rispetto all'età ($t = -1.85; p = .07$), al genere ($\chi^2(1) = 3.41; p = .06$), allo status genitoriale (Test Esatto di Fisher (1) = 1.08; $p = .62$) e al precedente accesso a servizi della salute mentale ($\chi^2(1) = 1.95; p = .16$).

Tabella 35. Confronto caratteristiche sociodemografiche ed accademiche - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.

	Gruppo Bicocca	Gruppo Heidelberg
	(N=66)	(N=66)
Età (M; SD)	23.44;3.36	24.53;3.41
Genere		
Femmina	55(83.3%)	46(69.7%)
Maschio	11(16.7%)	20(30.3%)
Stato Civile		
Celibe/Nubile	61(92.4%)	62(93.9%)
Convivente	5(7.6%)	0
Sposato/a	0	4(6.1%)
Status Genitoriale		
Con figli	1(1.5%)	3(4.5%)
Senza figli	65(98.5%)	63(95.5%)
Condizione Abitativa		
Famiglia	48(72.7%)	11(16.7%)
Da solo/a	4(6.1%)	39(59.1%)
Con amici/colleghi	5(7.6%)	11(16.7%)
Con il partner	5(7.6%)	4(6.1%)
Altro	3(4.5%)	1(1.5%)
Situazione Studente		
Studente fuorisede	18(27.3%)	7(10.6%)
Studente pendolare	31(47%)	
Studente in sede	17(25.8%)	59(89.4%)
Impegno lavorativo		
Lavoratore	9(13.6%)	36(54.5%)
Non lavoratore	56(84.8%)	30(45.5%)
Precedente accesso Servizi Salute Mentale		
Si	35(53%)	27(40.9%)
No	31(47%)	39(59.1%)
Familiare con disturbi psichici		
Si	19(28.8%)	34(51.5%)
No	47(71.2%)	32(48.5%)

Tabella 36. Confronto caratteristiche sociodemografiche ed accademiche - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.

	Gruppo Bicocca (N=66)	Gruppo Heidelberg (N=66)
Corso di Laurea		
Economia e Statistica	4(6.1%)	2(3%)
Giurisprudenza	5(7.6%)	1(1.5%)
Psicologia	33(50%)	1(1.5%)
Scienze	15(22.7%)	6(9.1%)
Scienze della Formazione	8(12.1%)	1(1.5%)
Sociologia	1(1.5%)	0
Medicina	0	2(3%)
Anno di Corso		
1° (Laurea Triennale)	11(16.7%)	5(27.8%)
2° (Laurea Triennale)	13(19.7%)	3(16.7%)
3° (Laurea Triennale)	11(16.7%)	3(16.7%)
1° (Laurea Magistrale)	7(10.6%)	2(11.1%)
2° (Laurea Magistrale)	13(19.7%)	3(16.7%)
Fuoricorso	11(16.7%)	2(11.1%)
Titolo di Studio		
Bachelor	20(30.3%)	26(39.4%)
Master	0	7(25.8%)
PhD	0	2(3%)
Altro	0	20(30.3%)

Motivazioni che spingono gli studenti a chiedere aiuto

Sono state indagate, a livello descrittivo, le motivazioni principali che hanno spinto gli studenti del Gruppo Bicocca e gli studenti del Gruppo Heidelberg a rivolgersi ai servizi di counselling. Dalle analisi (Tabella 37), è possibile osservare come tanto per il Gruppo Bicocca, quanto per il Gruppo Heidelberg, le motivazioni principali che spingono gli studenti a richiedere aiuto, riguardino l'Ansia non legata ad Esami/Studio e le Difficoltà legate a Specifici Eventi.

Tabella 37. Motivazioni che spingono a chiedere aiuto al Servizio di Counselling nel Gruppo Bicocca e nel Gruppo Heidelberg.

	Gruppo Bicocca (N=66)			Gruppo Heidelberg (N=66)		
	Per Nulla/Poco	Moderato	Molto/Del Tutto	Per Nulla/Poco	Moderato	Molto/Del Tutto
Difficoltà Esami	37(56.1%)	13(19.7%)	16(24.2%)	51(77.3%)	5(7.6%)	10(15.2%)
Difficoltà Studio	22(33.3%)	17(25.8%)	27(40.9%)	37(56.1%)	11(16.7%)	18(27.3%)
Difficoltà Tesi	47(71.2%)	6(9.1%)	13(19.7%)	51(77.3%)	4(6.1%)	11(16.7%)
Ansia Esami/Studio	24(36.4%)	10(15.2%)	32(48.5%)	38(57.6%)	9(13.6%)	19(28.8%)
Ansia Non Esami/Studio	8(12.1%)	17(25.8%)	41(62.1%)	24(36.4%)	14(21.2%)	28(42.4%)
Difficoltà Relaz. Docenti	53(80.3%)	5(7.6%)	8(12.1%)	62(93.9%)	2(3%)	2(3%)
Difficoltà Relaz. Amici	35(53%)	16(24.2%)	15(22.7%)	54(81.8%)	7(10.6%)	5(7.6%)
Difficoltà Relaz. Partner	39(59.1%)	16(24.2%)	11(16.7%)	49(74.2%)	1(1.5%)	16(24.2%)
Difficoltà Relaz. Familiari	29(43.9%)	19(28.8%)	18(27.3%)	49(74.2%)	8(12.1%)	9(13.6%)
Difficoltà Specifici Eventi	16(24.2%)	14(21.2%)	36(54.5%)	32(48.5%)	9(13.6%)	25(37.9%)
Problemi Fisici	51(77.3%)	7(10.6%)	8(12.1%)	57(86.4%)	4(6.1%)	5(7.6%)
Curiosità Servizio	36(54.5%)	15(22.7%)	15(22.7%)	60(90.9%)	3(4.5%)	3(4.5%)
Altre motivazioni	49(74.2%)	6(9.1%)	11(16.7%)	51(78.5%)	3(4.6%)	11(16.9%)

Profilo Psicopatologico

Attraverso t-test per campioni indipendenti sono state analizzate le differenze rispetto al profilo di rischio psicopatologico tra gli studenti del Gruppo Bicocca e quelli del Gruppo Heidelberg, analizzando le sottoscale e la scala globale della SCL-90 R. Dai dati, emergono differenze statisticamente significative nei due gruppi solamente nelle sottoscale Ideazione Paranoide e Psicoticismo (Tabella 38).

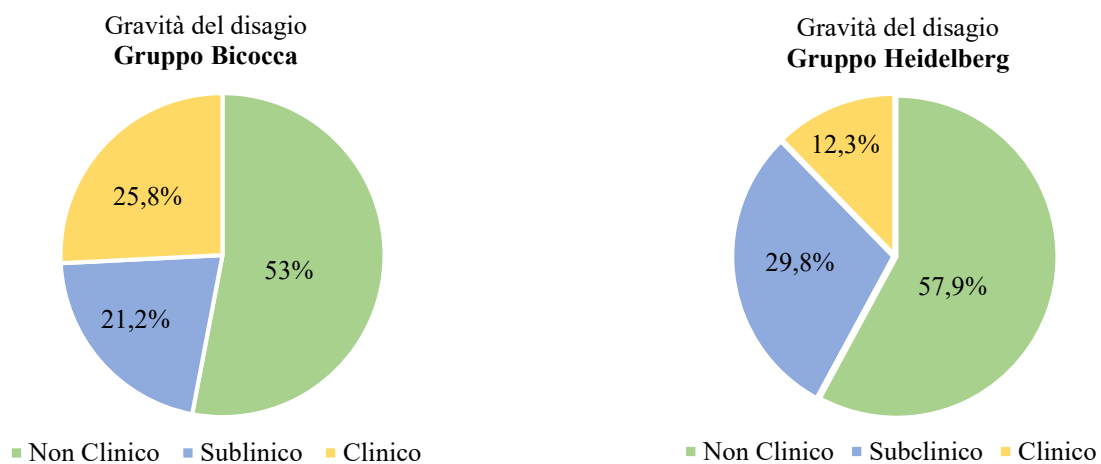
Tabella 38. Confronto tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg rispetto agli indici sintomatologici (SCL-90 R).

	Gruppo	Gruppo	t	p	d
	Bicocca	Heidelberg			
	(M ±DS)	(M ±DS)			
SCL-90 R					
Somatizzazione	.81±.73	.61±.56	1.71	.09	
Ossessività/Compulsività	1.43±.85	1.33±.69	.74	.46	
Ipersensibilità Interpersonale	1.04±.71	.96±.75	.60	.55	
Depressione	1.49±.85	1.50±.76	-.06	.95	
Ansia	1.11±.85	.88±.73	1.63	.11	
Ostilità	.85±.76	.79±.65	.48	.63	
Ansia Fobica	.51±.70	.33±.41	1.78	.08	
Ideazione Paranoide	.85±.67	.50±.54	3.30	.001**	.58
Psicoticismo	.70±.55	.49±.49	2.24	.027*	.39
General Severity Index	1.03±.62	.87±.45	1.68	.10	

Note. M ±DS: mean and standard deviation; *p<.05, ** p<.01

È stata, inoltre, esplorata la distribuzione dei soggetti dei due gruppi rispetto al *Global Severity Index* (GSI) della SCL-90 R (Figura 8). Sono stati considerati i cut-off riportati nel manuale della validazione italiana dello strumento (Prunas et al., 2011) in termini di rilevanza clinica della sintomatologia esperita dai partecipanti, che può classificarsi come Clinica ($45 \leq T < 55$), Subclinica ($55 \leq T < 65$) e Non Clinica ($65 \leq T \leq 75$). Il test del Chi-quadrato di Pearson non indica differenze significative tra i due gruppi ($\chi^2(2) = 3.88; p = .14$).

Figura 8. Distribuzione Cut-Off SCL-90 R - Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.



Stili di attaccamento

Attraverso t-test per campioni indipendenti sono state indagate le differenze degli stili di attaccamento tra gli studenti del Gruppo Bicocca e quelli Gruppo Heidelberg, analizzando i valori delle scale dell'ASQ (Tabella 39). Dai dati, emergono differenze significative tra i soggetti dei due gruppi. In particolare, gli studenti del Gruppo Heidelberg mostrano punteggi maggiori nella scala Fiducia e nella scala Bisogno di approvazione, mentre gli studenti del Gruppo Bicocca mostrano punteggi maggiori nella scala Secondarietà delle relazioni.

Sono stati, inoltre, effettuati dei t-test per campioni indipendenti utilizzando la suddivisione dei punteggi dell'ASQ suggerita da Monteleone e colleghi (2018), creando due nuove scale relative all'attaccamento insicuro: la scala Attaccamento Evitante (data dalle medie dei punteggi delle scale "Disagio per l'intimità" e "Secondarietà delle relazioni") e la scala dell'Attaccamento Ansioso (data dalle medie dei punteggi alle scale "Preoccupazione per le relazioni" e "Bisogno di approvazione"). Dai dati, non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Tabella 39. Confronto tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg rispetto allo stile di attaccamento (ASQ).

	Gruppo Bicocca (M ±DS)	Gruppo Heidelberg (M ±DS)	t	p	d
ASQ					
Fiducia	29.16±5.74	31.48±5.84	-2.25	.026*	.40
Disagio per l'intimità	34.52±6.36	33.86±7.04	.56	.58	
Secondarietà delle relazioni	15.32±4.88	13.14±5.25	2.43	.017*	.42
Bisogno di approvazione	24.13±7.50	29.15±8.77	-3.48	.001**	.61
Preoccupazione per le relazioni	30.11±6.45	28.87±6.79	1.05	.30	
Attaccamento Evitante	24.92±5.03	23.31±5.81	1.68	.10	
Attaccamento Ansioso	27.12±6.13	29.05±6.04	-1.79	.08	

Note. M ±DS: mean and standard deviation; * $p < .05$, ** $p < .01$

Seguendo le indicazioni della validazione italiana dell'ASQ (Fossati et al., 2003), è stata utilizzata la scala delle Fiducia per identificare la distribuzione dell'attaccamento valutato in maniera dicotomica sicurezza/insicurezza. Secondo Fossati e colleghi (2003), punteggi inferiori al 25° percentile nella scala della Fiducia sono indicatori di attaccamento insicuro, mentre punteggi superiori al 25° percentile sono indicatori di attaccamento sicuro. Il test del Chi-quadrato di Pearson non indica differenze significative tra i due gruppi nella distribuzione sicurezza e insicurezza dell'attaccamento ($\chi^2(1) = 3.32$; $p = .07$). A livello descrittivo, è possibile osservare che nel Gruppo Bicocca il 52.4% del campione mostra Sicurezza nell'attaccamento, mentre il 47.6% mostra Insicurezza nell'attaccamento; nel Gruppo Heidelberg il 68.3% dei soggetti ha un attaccamento sicuro, mentre il 31.7% degli studenti mostra un attaccamento di tipo insicuro.

Grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita e capacità di mentalizzazione.

Attraverso t-test per campioni indipendenti, sono state indagate possibili differenze tra il Gruppo Bicocca e il Gruppo Heidelberg rispetto al grado di soddisfazione nelle diverse aree di vita e alle capacità di mentalizzazione (vedi Tabella 40).

Dai dati, emerge una differenza significativa tra i due gruppi rispetto alla soddisfazione di vita. Gli studenti del Gruppo Heidelberg hanno punteggi più elevati nei livelli di soddisfazione relativi a Lavoro e Amici, mentre gli studenti del Gruppo Bicocca hanno punteggi più elevati nella Soddisfazione Generale di vita. Emergono, inoltre, differenze significative tra i due gruppi nella sottoscala RFQ-u, nella quale gli studenti del Gruppo Heidelberg mostrano punteggi più elevati rispetto al Gruppo Bicocca.

Tabella 40. Confronto grado di soddisfazione e funzione riflessiva tra Gruppo Bicocca e Gruppo Heidelberg.

	Gruppo Bicocca (M ±DS)	Gruppo Heidelberg (M ±DS)	t	p	d
LSS					
Studio	5.12±2.48	5.65±1.96	-1.35	.18	
Lavoro	4.23±2.04	6.34±1.92	-5.22	.000***	1.06
Amici	5.35±2.12	6.91±2.14	-4.10	.000***	.73
Famiglia	6.07±2.03	6.73±2.10	-1.79	.08	
Vita Sentimentale	4.38±2.83	4.82±2.73	-.87	.39	
Tempo Libero	4.67±2.13	4.48±2.11	.48	.63	
Soddisfazione Generale	5.38±1.94	4.61±1.81	2.32	.022*	.41
RFQ-8					
RFQ-c	.99±.60	1.18±.71	-1.62	.11	
RFQ-u	.57±.40	1.28±.68	-7.19	.000***	.56

Note. M ±DS: mean and standard deviation; LSS=Life Satisfaction Scale; * $p < .05$, *** $p < .000$

Effetto della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto al rischio psicopatologico.

È stato indagato, attraverso un ANOVA multivariata, l'effetto principale della variabile dicotomica sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto al rischio psicopatologico degli studenti, a prescindere dal gruppo a cui essi appartengono. Tale analisi, è stata effettuato al fine di indagare il ruolo della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento come possibile fattore di protezione o di rischio rispetto all'insorgenza di sintomatologia.

I risultati dei test multivariati, mostrano un effetto principale statisticamente significativo della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto al rischio psicopatologico ($F=2.55, p=.008$).

Nello specifico è possibile osservare che i soggetti sicuri ed insicuri differiscono in maniera statisticamente significativa nelle sottoscale del SCL-90 R Ipersensibilità Interpersonale ($F=11.90, p=.001$), Depressione ($F=12.66, p=.001$) e nella scala *General Severity Index* ($F = 7.33, p = .008$), nelle quali i soggetti con attaccamento insicuro riportano punteggi medi maggiori rispetto ai soggetti con attaccamento sicuro. Non emergono, invece, differenze significative tra soggetti sicuri ed insicuri rispetto alle sottoscale del SCL-90 R Somatizzazione ($F = 1.22, p = .27$), Ossessività-Compulsività ($F = 3.19, p = .08$), Ansia ($F = 2.11, p = .15$), Ostilità ($F = 2.81, p = .10$), Ansia Fobica ($F = .26, p = .61$), Ideazione Paranoide ($F = 2.45, p = .12$) e Psicoticismo ($F = 3.71, p = .06$).

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza dell'attaccamento e Gruppo di appartenenza (Bicocca e Heidelberg) rispetto al rischio psicopatologico, i risultati dei test mutivariati mostrano che tale effetto non è significativo ($F = 1.15, p = .33$). Osservando, però, i test a livello univariato è possibile osservare come, solo la sottoscala Ansia del SCL-90 R mostra differenze statisticamente significative tra soggetti sicuri ed insicuri italiani e tedeschi ($F = 4.04, p =$

.047). Nello specifico, i soggetti insicuri italiani mostrano punteggi medi più elevati nella sottoscala Ansia ($M=1.41$), sia rispetto ai soggetti insicuri tedeschi ($M=.80$), sia rispetto ai soggetti italiani con attaccamento sicuro ($M=.89$).

Effetto della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alla soddisfazione di vita.

È stato indagato, attraverso un ANOVA multivariata, l'effetto principale della variabile dicotomica sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alla soddisfazione di vita degli studenti, a prescindere dal gruppo a cui essi appartengono.

I risultati dei test multivariati mostrano un effetto principale statisticamente significativo della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alla soddisfazione di vita ($F=7.55, p=.000$). A livello dei test univariati, è possibile osservare che i soggetti sicuri ed insicuri differiscono in maniera statisticamente significativa nella soddisfazione relativa agli Amici ($F=21.35, p=.000$), alla Vita Sentimentale ($F=8.39, p=.005$), al Tempo Libero ($F=7.50, p=.007$) e rispetto alla Soddisfazione Generale ($F=33.41, p=.000$), nelle quali i soggetti con attaccamento sicuro riportano punteggi medi più elevati rispetto ai soggetti con attaccamento insicuro. Non emergono, invece, differenze significative tra soggetti sicuri ed insicuri rispetto alla soddisfazione relativa allo Studio ($F=1.99, p=.16$), al Lavoro ($F=1.95, p=.17$) e rispetto alla Famiglia ($F=.11, p=.74$).

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza dell'attaccamento e Gruppo di appartenenza (Bicocca e Heidelberg) rispetto alla soddisfazione nelle diverse aree di vita, i risultati dei test multivariati mostrano che tale effetto non è significativo ($F=1.16, p=.34$). Osservando i test univariati, è possibile osservare che solo la soddisfazione relativa alla Famiglia mostra differenze statisticamente significative tra soggetti sicuri ed insicuri italiani e tedeschi ($F=4.27, p=.041$). Nello specifico, i soggetti sicuri italiani mostrano punteggi medi più elevati nella soddisfazione relativa alla Famiglia ($M=6.60$) rispetto ai soggetti italiani con attaccamento insicuro ($M=5.53$). I soggetti sicuri tedeschi ($M=6.43$) mostrano, invece, punteggi medi inferiori nella soddisfazione relativa alla Famiglia rispetto ai soggetti insicuri tedeschi ($M=7.20$).

Effetto della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alle capacità di mentalizzazione.

È stato indagato attraverso un ANOVA multivariata l'effetto principale della variabile dicotomica sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alle capacità di mentalizzazione degli studenti, a prescindere dal gruppo a cui essi appartengono.

I risultati dei test multivariati non mostrano un effetto principale statisticamente significativo della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento rispetto alle capacità di mentalizzazione ($F=.00, p=.99$).

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza dell'attaccamento e Gruppo di appartenenza (Bicocca e Heidelberg) rispetto alle capacità di mentalizzazione, i risultati dei test multivariati e univariati mostrano che tale effetto non è significativo ($F = 1.28, p = .28$).

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il presente studio si è posto l'obiettivo indagare, in maniera esplorativa, possibili differenze tra gli studenti appartenenti al Gruppo Bicocca e quelli appartenenti al Gruppo Heidelberg, al fine di mettere in luce peculiarità o similitudini rispetto all'utenza che accede ai servizi di counselling nei due paesi europei. Il progetto più ampio all'interno del quale si inserisce questo primo studio preliminare, riguarda l'analisi ed il confronto dell'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico effettuato dal Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e dell'intervento di counselling integrato (modello psicodinamico e modello cognitivo) erogato dal Servizio di Counselling Psicosociale dell'Università Ruprecht Karl di Heidelberg. Entrambi i servizi, infatti, stanno procedendo nella somministrazione delle batterie di questionari pre e post-intervento, che ha subito, a causa della situazione pandemica, un forte rallentamento.

Per questo motivo, si è deciso di inserire nel presente elaborato i frutti, anche se preliminari, di questo progetto di ricerca congiunto al fine di evidenziare possibili peculiarità o similitudini e differenze tra i due gruppi.

Caratteristiche socio-demografiche ed accademiche

Per quanto riguarda gli aspetti sociodemografici (Tabella 35), il primo dato che emerge è la preponderanza in entrambi i gruppi del genere femminile rispetto a quello maschile. Tale aspetto potrebbe essere collegato, come messo in luce da Cox (2014), ad una maggior inclinazione per le femmine rispetto ai maschi nel rivolgersi a servizi della salute mentale, fenomeno che sembrerebbe manifestarsi tanto nella realtà dell'Università Bicocca, quanto nella realtà dell'Università di Heidelberg. Inoltre, nel Gruppo Bicocca sono maggioritari gli studenti appartenenti a corsi di laurea del Dipartimento di Psicologia, nei quali è noto esserci un *bias* di genere a favore delle donne.

A livello generale, i soggetti di entrambi i gruppi riflettono i tratti distintivi dell'*emerging adulthood*, descritti ampiamente nel corso del primo capitolo. Tra questi vi è l'età, che attestandosi nel Gruppo Bicocca intorno ai 23 anni e nel Gruppo Heidelberg intorno ai 24 anni, rientra correttamente nel *range* della giovane adultità emergente (19-30 anni), individuata da Arnett (2000). È possibile riscontrare ulteriori caratteristiche proprie di questa fase del ciclo di vita, come il posticipo del matrimonio e della genitorialità, messo in luce dalle percentuali maggioritarie in entrambi i gruppi di soggetti non sposati e senza figli. Nonostante la maggior parte dei soggetti dei due gruppi si definisca celibe o nubile, nel Gruppo Bicocca vi è una piccola percentuale di soggetti (7.6%) che è

convivente, mentre in Germania una del 6.1% del campione è sposato. Tali differenze, nonostante riguardino pochi soggetti di entrambi i gruppi, potrebbero mettere in luce come nel Gruppo Bicocca i giovani adulti emergenti che intraprendono una relazione sentimentalmente stabile, scelgano prevalentemente la convivenza come prima definizione di coppia, intesa da Arnett (2004) come opportunità per l'esplorazione romantica nel giovane adulto emergente. Nel Gruppo Heidelberg, invece, chi vive una relazione sentimentale stabile e profonda, sembra aver scelto di sancirla attraverso il legame matrimoniale.

Tra i due gruppi, emergono interessanti differenze rispetto alla condizione abitativa. Se nel Gruppo Bicocca sono prevalenti i soggetti che vivono ancora con la propria famiglia di origine (72.7%), nel Gruppo Heidelberg sono prevalenti gli studenti che vivono da soli (59.1%). Tale differente distribuzione ben ricalca la distinzione messa a punto da Cavalli e Galland (1996) rispetto a tre differenti modelli riguardanti i profili dei giovani europei (modello mediterraneo, modello inglese e modello francese e nordeuropeo). I soggetti del Gruppo Bicocca, infatti, sembrano prolungare la fase di dipendenza dai genitori, rimandando la propria autonomia ed indipendenza abitativa; i soggetti de Gruppo Heidelberg, invece, vivono per la maggior parte da soli mettendo in luce una separazione abitativa più precoce rispetto ai coetanei italiani. Tali differenze, ricalcano la tendenza dei giovani dei Paesi Mediterranei a lasciare la casa di origine più tardivamente rispetto ai coetanei del Nord e Centro Europa (Choroszewicz & Wolff, 2010; Fussel et al., 2007).

Queste differenze a livello di dipendenza da parte della parte della famiglia di origine, sono riflesse anche nella dipendenza economica, differente in maniera significativa nei due gruppi. Mentre, nel Gruppo Bicocca, la maggior parte dei soggetti (84.8%) non lavora e dipende, quindi, anche economicamente dai propri genitori, nel Gruppo Heidelberg il 54.5% dei soggetti è lavoratore. Emerge, quindi, l'immagine dei soggetti del Gruppo Bicocca come ancora fortemente ancorati alla propria famiglia di origine, tanto abitativamente quanto economicamente, mentre i soggetti del Gruppo Heidelberg mostrano maggiore indipendenza dai propri *caregivers*, tanto a livello abitativo, quanto economico. Tali dati, però, potrebbero aver risentito dalla situazione pandemica attuale, nella quale molte attività lavorative hanno subito frequenti chiusure e potrebbero aver portato gli studenti del Gruppo Bicocca a non definirsi più lavoratori nel momento in cui richiedono aiuto al Servizio. Inoltre, anche la condizione abitativa potrebbe aver subito un cambiamento nel corso della situazione pandemica poiché, molti studenti potrebbero essere tornati a vivere con la famiglia di origine per non dover affrontare in solitudine i numerosi periodi di *lockdowns* avvenuti nell'ultimo anno. Come emerso, però, dagli studi presentati precedentemente, la maggior parte degli studenti che negli anni ha effettuato un ciclo di incontri di counselling, ricalca le medesime caratteristiche del Gruppo Bicocca qui presentato.

Per quanto riguarda le informazioni relative ai corsi di laurea e all'anno di corso (Tabella 36), non è stato possibile ottenere informazioni omogenee tra i due gruppi, poiché alcuni dei soggetti del Gruppo Heidelberg non hanno fornito risposta a queste domande. Per i dati a disposizione, per il Gruppo Bicocca, è possibile osservare come anche in questo studio la maggioranza del campione provenga da un corso di laurea del Dipartimento di Psicologia (50%), seguito da coloro che stanno frequentando un corso di laurea presso il Dipartimento di Scienze (22.7%). Per quanto riguarda il titolo di studio, tale domanda è stata aggiunta dai *counsellors* del Centro di Counselling Psicossociale di Heidelberg, che segue sia studenti iscritti ai differenti corsi di laurea dell'Università di Heidelberg, sia coloro che hanno terminato il proprio percorso di *Bachelor* o *Master* (corrispondenti alle lauree triennali o magistrali italiane). Essendo stata aggiunta dai *counsellors* di Heidelberg, non è stato possibile effettuare un confronto statistico tra i due gruppi, ma verrà discussa questa variabile solamente a livello descrittivo. È possibile, infatti, osservare che nel Gruppo Bicocca la maggior parte dei soggetti sia in formazione per raggiungere la laurea triennale, mentre nel Gruppo Heidelberg il 39.4% del campione possiede già la laurea triennale.

Per quanto concerne l'anamnesi rispetto a consultazioni psicologiche/psichiatriche effettuate in precedenza (Tabella 35), non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi, nonostante i soggetti del Gruppo Bicocca riportino di aver avuto accesso a servizi della salute mentale nel corso dell'infanzia, adolescenza o giovane età adulta in percentuale maggiore (53%) rispetto ai soggetti del Gruppo Heidelberg (40.9%). Emergono, invece, differenze significative tra i due gruppi rispetto alla presenza di un familiare che soffre o ha sofferto di disturbi psichici, che nel Gruppo Heidelberg viene affermato dal 51.5% dei soggetti, a differenza del Gruppo Bicocca in cui tale familiarità viene riportata dal 28.8% degli studenti.

Per quanto riguarda le motivazioni sottostanti alla richiesta di aiuto, è possibile osservare (Tabella 37) come in entrambi i Gruppi le motivazioni prevalenti siano l'Ansia non legata ad esami/studio (Gruppo Bicocca 62.1% - Gruppo Heidelberg 42.4%) e le Difficoltà relativi ad eventi specifici (Gruppo Bicocca 54.5% - Gruppo Heidelberg 37.9%) ed in secondo luogo le motivazioni legate a Difficoltà nello studio (Gruppo Bicocca 40.9% - Gruppo Heidelberg 27.3%) e all'Ansia generata dagli esami e dallo studio (Gruppo Bicocca 48.5% - Gruppo Heidelberg 28.8%). L'indicazione di queste motivazioni principali tanto nel Gruppo Bicocca, quanto nel Gruppo Heidelberg, potrebbero mettere in luce come, nonostante il differente paese europeo di appartenenza, i giovani adulti emergenti stiano affrontando la situazione pandemica sperimentando le medesime difficoltà, ovvero maggiori livelli di ansia, difficoltà collegate a specifici eventi vissuti e difficoltà nella gestione dello studio, probabilmente accentuata dall'uso della tanto discussa Didattica A Distanza.

Indici di salute mentale e livelli di benessere

I due gruppi sono stati confrontati rispetto agli indici sintomatologici, alle dimensioni di attaccamento, alla soddisfazione nelle differenti aree di vita e alle capacità di mentalizzazione.

Rispetto al rischio psicopatologico, dalle analisi effettuate (Tabella 38), è emerso che i due gruppi differiscono solamente rispetto alle sottoscale Ideazione Paranoide e Psicoticismo della *Symptom Checklist-90 revised*, nelle quali i soggetti del Gruppo Bicocca mostrano punteggi medi più elevati rispetto al Gruppo Heidelberg. Non emergono, invece, differenze significative tra i due gruppi rispetto alle altre sottoscale (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Ipersensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità ed Ansia fobica) e alla scala *General Severity Index*. Il livello sintomatologico esperito dagli studenti di entrambi i gruppi, che li porta a richiedere aiuto ai Servizi di Counselling, sembra essere, quindi, globalmente della medesima portata a prescindere dal paese di appartenenza.

Dall'analisi della gravità del disagio esperito dai soggetti del Gruppo Bicocca e del Gruppo Heidelberg (Figura 8), non emergono differenze significative. Nello specifico, infatti, entrambi i gruppi mostrano una maggior percentuale di soggetti che presenta un livello di sintomatologia di rilevanza non clinica (Gruppo Bicocca 53% - Gruppo Heidelberg 57.9%). Nel Gruppo Bicocca emerge, però, seppur non in maniera statisticamente significativa, una maggior percentuale di soggetti con una sintomatologia di rilevanza clinica (25.8%) rispetto al Gruppo Heidelberg (12.3%). Tale dato, potrebbe corrispondere ai punteggi medi maggiori nel Gruppo Bicocca rispetto al Gruppo Heidelberg nelle sottoscale Ideazione Paranoide e Psicoticismo, che evidenziano un cluster di sintomatologia maggiormente invalidante rispetto alle altre sottoscale del SCL-90 R. Tali dati, sembrano essere in contrasto con quanto emerso dalla ricerca condotta da Kreß e colleghi (Kreß et al., 2015) presso il Servizio di Counselling Psicosociale di Heidelberg, nella quale emergeva una percentuale di circa il 50% di studenti che con una sintomatologia di rilevanza clinica. Tale ricerca, però, è stata effettuata su un campione molto ampio di studenti, a differenza del presente studio preliminare, motivo che potrebbe spiegare le differenti percentuali di rilevanza clinica della sintomatologia esperita.

Per quanto concerne le dimensioni di attaccamento (Tabella 39), i due gruppi mostrano differenze significative nella scala della Fiducia (maggiore nei soggetti del Gruppo Heidelberg), nella scala Secondarietà delle relazioni (maggiore nei soggetti del Gruppo Bicocca) e nella scala Bisogno di approvazione (maggiore nei soggetti del Gruppo Heidelberg). Non emergono, invece, differenze significative nelle scale Attaccamento Evitante ed Attaccamento Ansioso, calcolate utilizzando la suddivisione dei punteggi dell'ASQ suggerita da Monteleone e colleghi (2018). Sembrerebbe, quindi che i soggetti del Gruppo Heidelberg mostrino uno stile di attaccamento maggiormente orientato

verso la sicurezza o verso un'insicurezza di stampo ansioso, al contrario dei soggetti del Gruppo Bicocca che mostrano di tendere maggiormente verso uno stile di attaccamento di tipo evitante.

Per quanto riguarda la distribuzione della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento, effettuata seguendo le linee guida della validazione italiana (Fossati et al., 2003) non emergono differenze significative tra i due gruppi, che mostrano entrambi maggiori percentuali di sicurezza (Gruppo Bicocca 52.4% - Gruppo Heidelberg 68.3%) rispetto all'insicurezza nell'attaccamento (Gruppo Bicocca 47.6% - Gruppo Heidelberg 31.7%). Da queste percentuali, però, è possibile osservare come, in linea con i dati relativi alle analisi effettuate sulle singole scale dell'*Attachment Style Questionnaire* tra i due gruppi, i soggetti del Gruppo Heidelberg mostrino un attaccamento maggiormente orientato verso la sicurezza rispetto al Gruppo Bicocca. Come è noto in letteratura, un attaccamento di tipo insicuro, se correlato ad altri fattori di rischio, può aumentare la probabilità di sviluppare sintomi psicopatologici (Fermani et al., 2019; Riva Crugnola, 2017). Confrontando la distribuzione della sicurezza/insicurezza dell'attaccamento nei due gruppi, emerge come il Gruppo Heidelberg presenti una distribuzione in linea con il campione normativo evidenziato dallo studio di Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn (2009), nel quale il campione normativo si distribuisce generalmente nel seguente modo: 58% sicurezza e 42% insicurezza. Il Gruppo Bicocca, invece, sembra mostrare livelli di sicurezza inferiori rispetto al campione normativo messo in luce dagli Autori e maggiori livelli di insicurezza.

Per quanto riguarda i livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita (Tabella 40), confrontando i due gruppi, sono emerse differenze significative rispetto alla soddisfazione relativa al Lavoro, agli Amici e rispetto al livello di soddisfazione Generale. Nello specifico, gli studenti del Gruppo Heidelberg mostrano una maggior soddisfazione lavorativa rispetto al Gruppo Bicocca, probabilmente perché, come emerso dalle caratteristiche sociodemografiche dei due gruppi, sono maggiori gli studenti che lavorano nel Gruppo Heidelberg rispetto ai coetanei del Gruppo Bicocca. Inoltre, gli studenti del Gruppo Heidelberg mostrano una maggiore soddisfazione amicale rispetto al Gruppo Bicocca, probabilmente legata ad una maggior percentuale di soggetti nel Gruppo Heidelberg (16.7%) che stanno affrontando la situazione pandemica vivendo con amici o colleghi. Infine, il Gruppo Bicocca, però, dichiara punteggi medi maggiori di soddisfazione Generale di vita. Differenti studi in letteratura hanno messo in luce come la soddisfazione di vita ed il benessere dell'invidio, possano essere aumentati grazie ad un attaccamento di tipo sicuro, capace di svolgere un'importante anche azione di salvaguardia della salute mentale (Eagle, 2013; Guarnieri, Smorti e Tani, 2015; O'Connor, Sanson, Hawkins, Letcher, Toumbourou, Smart & Olsson, 2011).

Per quanto concerne, infine, le capacità di mentalizzazione, emergono differenze significative tra i due gruppi rispetto alla sottoscala RFQ-u collegata all'incertezza nella mentalizzazione (Tabella

40). Nello specifico, gli studenti del Gruppo Heidelberg mostrano punteggi medi significativamente più elevati rispetto ai coetanei del Gruppo Bicocca, superando il cut-off di 1, evidenziato nello studio di Handeland e colleghi (2019) come simbolo di possibili deficit di mentalizzazione, quali l'ipomentalizzazione.

Sono state effettuate analisi ulteriori per indagare il possibile effetto di interazione tra sicurezza/insicurezza dell'attaccamento e gruppo di appartenenza sul rischio psicopatologico, sulla soddisfazione nelle diverse aree di vita e sulle capacità di mentalizzazione. Non sono emerse sostanziali differenze tra i soggetti sicuri ed insicuri del Gruppo Bicocca e del Gruppo Heidelberg.

Le principali differenze osservate, invece, riguardano i soggetti con attaccamento sicuro rispetto ai soggetti con attaccamento insicuro, senza distinzione rispetto al paese di provenienza. Nello specifico, infatti, a prescindere dal paese di appartenenza, i soggetti sicuri mostrano un minor rischio psicopatologico rispetto ai soggetti insicuri, messo in luce dai punteggi medi inferiori rispetto ai coetanei insicuri nelle sottoscale Ipersensibilità Interpersonale, Depressione e *General Severity Index* del SCL-90 R. È possibile riscontrare il medesimo andamento anche per quanto concerne i livelli di soddisfazione nelle diverse aree di vita. I soggetti con attaccamento sicuro, infatti, mostrano, a prescindere dal gruppo a cui appartengono, maggiori punteggi medi nella soddisfazione relativa ad Amici, Vita Sentimentale, Tempo libero e Soddisfazione Generale di vita. Non sono emerse, invece, differenze tra soggetti sicuri ed insicuri, a prescindere dal gruppo di appartenenza, per quanto concerne le capacità di mentalizzazione.

Questi dati, per quanto preliminari, mostrano come uno stile di attaccamento sicuro si configuri come potente fattore di protezione rispetto al rischio psicopatologico e consenta all'individuo di sperimentare maggiori livelli di soddisfazione di vita, a prescindere dal paese europeo di appartenenza. Come evidenziato in letteratura, infatti, un attaccamento di tipo sicuro è in grado di salvaguardare la salute mentale dell'individuo, portando ad un incremento del suo benessere e della sua soddisfazione di vita, consentendogli di fronteggiare situazioni stressanti ed aumentando la sua capacità di *recovery* di fronte a problematiche psicologiche, riducendo il rischio psicopatologico (Eagle, 2013; Guarnieri et al., 2015; Ma & Huebner, 2008; O'Connor et al., 2011). Un attaccamento di tipo insicuro, al contrario, sembra contribuire in maniera aspecifica a differenti patologie, implicando una generale vulnerabilità alla psicopatologia e a difficoltà personali, riducendo la resilienza del soggetto (Mikulincer & Shaver, 2012).

5. Conclusioni

Il presente elaborato ha indagato le caratteristiche peculiari della complessa fase del ciclo di vita dell'*emerging adulthood*, mettendone in luce le specificità rispetto alla fase adolescenziale ed alla successiva età adulta, le possibili difficoltà insite in questo processo di crescita e le sue possibili derive psicopatologiche, analizzando quali modalità di intervento possano essere messe in atto nel corso della giovane età adulta. A fronte dell'instabilità e dell'essere focalizzati su se stessi, della sensazione di non sentirsi né pienamente adulti né del tutto adolescenti, del difficile compito di definire chi si è e cosa si vorrà essere nel futuro, di orientarsi all'interno delle molteplici possibilità che la società offre (instabilità, *self focus*, *feeling in between*, esplorazione identitaria e possibilità; Arnett, 2004), i giovani adulti emergenti possono, infatti, sentirsi smarriti e confusi, sviluppando differenti forme di sintomatologia.

Tra le modalità di intervento presentate nel corso della trattazione, particolare rilievo è stato dato al Servizio di Counselling ad orientamento psicodinamico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che da anni accoglie le richieste di aiuto degli studenti dell'Ateneo. Nel corso dell'*emerging adulthood*, il giovane adulto emergente è alle prese con la propria definizione identitaria, che coinvolge numerosi aspetti della vita, quali il lavoro, lo studio, la famiglia e le relazioni. Il Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, si configura come un luogo capace di offrire supporto che risulta efficace sia nel breve, sia nel lungo periodo.

I differenti studi presentati, permettono di comprendere come il Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca risponda alla necessità di offrire un sostegno a chi, in una fase del ciclo di vita delicata, attraversa un momento di *impasse*, accompagnando il giovane verso il superamento di difficoltà evolutive e prevenendo l'insorgenza di sintomatologia di rilevanza clinica.

Il profilo sociodemografico ed accademico degli studenti che emerge dai differenti studi presentati, offre uno spaccato di quanto descritto da numerosi autori in letteratura (Arnett, 2005; Choroszewicz & Wolff, 2010; Lancini e Madeddu, 2014; Seiffge-Krenke, 2009) rispetto alla situazione dei giovani adulti emergenti inseriti nel contesto universitario, i quali sono per lo più dipendenti economicamente ed a livello abitativo dalle proprie figure genitoriali, per la maggior parte svolgono lavori occasionali e tendono a posticipare la costituzione di una coppia amorosa con un progetto generativo.

Il primo studio "Caratteristiche e profilo psicologico dell'utenza del Servizio" permette di evidenziare come gli studenti che si rivolgono al Servizio di Counselling presentino un profilo psicologico caratterizzato da un maggior numero di fattori di rischio, rispetto ai coetanei che non richiedono aiuto al Servizio. I soggetti del Gruppo Counselling, infatti, mostrano livelli

sintomatologici più elevati, sia rispetto ai dati normativi, sia rispetto ai coetanei del medesimo Ateneo, raggiungendo livelli di gravità del disagio percepito di rilevanza clinica nel 41.3% del campione. Tale dato mette in luce come questi studenti si trovino a fronteggiare un momento di crisi, ma siano in grado di riconoscere il proprio malessere e chiedere aiuto. Inoltre, gli studenti che afferiscono al Servizio di Counselling, presentano uno stile di attaccamento caratterizzato da maggior insicurezza, sia rispetto ai valori normativi di riferimento, sia rispetto ai soggetti del Gruppo Non Counselling, una minor soddisfazione in tutte le differenti aree di vita ed un maggior numero di esperienze avverse infantili. Tutti questi dati hanno permesso di mettere in luce un profilo dell'utenza del Servizio, caratterizzato da un maggior numero di fattori di rischio rispetto ai coetanei che non effettuano un percorso di counselling. Sembrerebbe, quindi, che gli studenti del Gruppo Counselling siano correttamente in grado di autosegnalarsi, poiché la loro richiesta di aiuto è coerente rispetto alla gravità della sintomatologia evidenziata. Nel Gruppo Non Counselling, invece, il 25% degli studenti riporta livelli di sintomatologia di rilevanza clinica, nonostante non chiedano aiuto al Servizio. Tale dato mette in luce la necessità di aumentare le strategie comunicative e di pubblicizzazione del Servizio di Counselling, al fine di poter intercettare il malessere sperimentato in maniera silente da questi studenti ed agire in maniera preventiva rispetto ad una possibile deriva psicopatologica.

Il secondo gruppo di studi presentato ha avuto l'obiettivo generale di sondare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Nello studio pre-post intervento "*Effectiveness* a breve termine dell'intervento di counselling psicodinamico", è stato possibile osservare come un ciclo di incontri di counselling porti ad un decremento della sintomatologia degli studenti, confermando l'utilità clinica dell'intervento proposto. Il ciclo di incontri di counselling, inoltre, si configura come efficace a prescindere dal genere del soggetto, dalla sicurezza/insicurezza dell'attaccamento e dal numero di esperienze avverse infantili vissute. L'unica eccezione riguarda i sintomi di ideazione paranoide, che risultano maggiori in coloro che hanno vissuto un numero cospicuo di esperienze avverse nell'infanzia. Nello studio "*Effectiveness* a lungo termine dell'intervento di counselling psicodinamico" si è indagato se i miglioramenti ottenuti al termine del ciclo di incontri di counselling si mantenessero stabili anche dopo sei mesi dalla sua conclusione. I dati emersi dalle analisi effettuate hanno messo in luce come il decremento sintomatologico ottenuto al termine dell'intervento, si mantenga stabile nel corso dei sei mesi successivi. Tale dato consente di evidenziare il mantenimento dei benefici correlati all'intervento di counselling e come questi continuino a lavorare nel tempo, portando ad un'ulteriore diminuzione della sintomatologia anche nei sei mesi successivi alla conclusione dei colloqui. Tanto lo studio sull'*effectiveness* a breve termine, quanto a lungo termine, hanno evidenziato come l'intervento di counselling risulti essere prevalentemente efficace a livello

globale, senza effetti cospicui di alcune variabili che caratterizzano i partecipanti, in linea con numerosi studi presenti in letteratura (Vonk & Thyer, 1999, Minami et al., 2009; Kearney et al., 2005; Murray et al., 2015; Ghilardi et al., 2017; Strepparava et al., 2016).

Nello studio “*Effectiveness* dell’intervento di counselling psicodinamico: Gruppo Counselling VS Gruppo *Waiting List*”, è stato possibile osservare un’ulteriore prova dell’*effectiveness* dell’intervento proposto. Nonostante medesimi livelli sintomatologici tra Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List* nel momento in cui gli studenti hanno contattato il servizio, dalle analisi pre-post intervento è stato possibile osservare come i soggetti che ricevono l’intervento mostrano un decremento significativo della sintomatologia esperita ed una conseguente diminuzione della percentuale di studenti che presentano una sintomatologia di rilevanza clinica. Nel Gruppo *Waiting List*, invece, dopo un mese di attesa, aumentano i soggetti che esperiscono una sintomatologia di rilevanza clinica, mettendo in luce come questi studenti, non ricevendo l’intervento, non mostrino un miglioramento del disagio esperito. Questi dati evidenziano, quindi, l’*effectiveness* dell’intervento proposto, capace di portare ad un decremento della sintomatologia per coloro che effettuano i colloqui, a differenza dei coetanei inseriti in lista d’attesa, mettendo in luce come non sia sufficiente il solo scorrere del tempo per generare una diminuzione del malessere esperito.

Nell’ultimo studio “Confronto esplorativo tra studenti di due paesi europei che effettuano un percorso di counselling: Gruppo Bicocca VS Gruppo Heidelberg” sono stati presentati i dati preliminari di un più ampio progetto di ricerca congiunto tra il Servizio di Counselling dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca ed il Servizio di Counselling Psicosociale dell’Università Ruprecht Karl di Heidelberg. I primi dati qui presentati mettono in luce interessanti similitudini tra i due gruppi di studenti, che sembrano andare al di là dell’appartenenza geografica. Emerge, infatti, che tanto gli studenti del Gruppo Bicocca, quanto quelli del Gruppo Heidelberg, chiedono aiuto ai due servizi per le medesime classi di motivazioni, ovvero motivazioni legate a tematiche di ansia, difficoltà rispetto ad eventi specifici vissuti e problematiche nello studio. Questo dato sembra evidenziare comuni difficoltà dei giovani adulti emergenti europei nell’affrontare la situazione pandemica, a prescindere dalla città di studio e dal paese di appartenenza. Le similitudini tra i due gruppi emergono anche rispetto ai livelli di sintomatologia ed alla gravità del disagio esperito. Sono emerse, invece, differenze tra i due campioni rispetto alle dimensioni di attaccamento ed alla soddisfazione nelle differenti aree di vita. Un ulteriore dato interessante, emerso dal presente studio, riguarda l’effetto della sicurezza/insicurezza dell’attaccamento sui livelli di benessere e malessere esperiti dai soggetti dei due gruppi. È emerso che, a prescindere dal paese di provenienza, i soggetti con attaccamento sicuro mostrano un minor rischio psicopatologico ed una maggior soddisfazione di vita rispetto ai soggetti con attaccamento insicuro. Questo dato, in linea con diverse ricerche presenti in letteratura

(Eagle, 2013; Guarnieri et al., 2015; Ma & Huebner, 2008; O'Connor et al., 2011), evidenzia l'importante ruolo protettivo svolto da un attaccamento di tipo sicuro e come, invece, l'insicurezza nell'attaccamento, si configuri come potenziale fattore di rischio e di vulnerabilità a prescindere dal paese di appartenenza degli individui. Tale studio, per quanto ad oggi ancora esplorativo e preliminare, si configura come innovativo rispetto agli studi presenti in letteratura, in cui sembrano non emergere ricerche volte ad indagare possibili similitudini e differenze tra *emerging adults* di differenti paesi europei.

In conclusione, quindi, gli studi qui presentati hanno permesso di mettere in luce l'*effectiveness* dell'intervento di counselling psicodinamico proposto dal Servizio di Counselling dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Questo risultato è coerente con la funzione che Evans (2009) attribuisce ai servizi di counselling universitari: aiutare gli studenti ad affrontare i problemi che interferiscono con il loro percorso accademico e la loro personale maturazione, giocando un importante ruolo preventivo, intercettando e prevenendo lo sviluppo di problemi psicopatologici.

Limiti e prospettive future

Gli studi presentati non sono naturalmente esenti da limiti, dovuti sia ai differenti disegni di ricerca adottati, sia a *bias* spontaneamente emersi nel corso dell'indagine.

In primo luogo, un limite comune a tutti gli studi discussi riguarda la somministrazione online dei questionari. Se, da un lato, questa tipologia di procedura permette allo studente di accettare liberamente se prendere parte o meno alla ricerca e lo rende libero di poter rispondere alle domande nei tempi e nelle modalità a lui più congeniali, dall'altra parte può comportare una dispersione dei dati. La lunghezza cospicua della batteria inviata agli studenti, potrebbe indurre alcuni di essi a non completare integralmente i questionari, rendendo impossibile utilizzare i loro dati nelle analisi, in quanto frammentati.

Un ulteriore limite comune a tutti gli studi presentati riguarda la sovra-rappresentanza dell'utenza femminile rispetto a quella maschile ed una scarsa equa distribuzione dei dipartimenti di provenienza degli studenti, spesso sbilanciata nei confronti del Dipartimento di Psicologia dal quale proviene la maggior parte degli utenti. Questi dati rischiano di rendere i campioni degli studi scarsamente omogenei e rappresentativi della popolazione studentesca globale dell'Ateneo.

Tutti gli studi finalizzati alla valutazione dell'*effectiveness* dell'intervento di counselling sono di tipo naturalistico pre-post intervento e non prevedono l'uso di *trial* randomizzati. Per ovviare a questo limite, è stata raccolta una *waiting list* come gruppo di controllo. In letteratura, infatti, sono ancora scarse le ricerche volte a indagare l'*effectiveness* degli interventi di counselling universitari e tra questi, molti hanno costruito una lista d'attesa per ovviare alla mancanza di *trial* randomizzati.

Un ulteriore limite, comune agli studi volti a valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling, riguarda la non compilazione di tutte le batterie inviate ai soggetti. Si registrano casi di soggetti che compilano una sola delle batterie inviate nel corso della ricerca, rendendo, quindi, inutilizzabili i dati raccolti che, per poter essere analizzati in forma aggregata, necessitano della compilazione dei questionari nella fase pre intervento, post intervento e di *follow-up* nel caso della valutazione dell'*effectiveness* a lungo termine. Inoltre, i questionari *Adverse Childhood Experiences* e *Reflective Functioning Questionnaire – Short Form* sono stati implementati nel progetto di ricerca dal mese di luglio 2018, motivo per cui, non tutti i soggetti dei differenti studi, ne possiedono i dati. Questo potrebbe in parte mettere in luce la complessità nel rilevare un incremento nelle capacità di mentalizzazione dei soggetti a seguito dell'intervento di counselling effettuato.

Un ulteriore limite riguarda la scelta della versione breve del questionario *Reflective Functioning Questionnaire* (Fonagy et al., 2016) che, seppur effettuata con l'intento di non rendere eccessivamente lunga e corposa la batteria di questionari, si è osservato come forse attraverso soli 8 item sia difficile catturare la complessità del costrutto di mentalizzazione nella popolazione in questa specifica fase del ciclo di vita.

Per quanto riguarda lo studio con il Gruppo *Waiting List*, un ulteriore limite è stato dettato dalla situazione pandemica attuale, che ha comportato l'interruzione della raccolta del campione in lista d'attesa a causa del passaggio da intervento in presenza ad intervento on line, portando ad una scarsa numerosità del campione e ad una difficile generalizzazione dei risultati ottenuti. Inoltre, a causa della scarsa numerosità del campione, sono state utilizzate solamente analisi non parametriche, mentre, con un campione più ampio, potrebbero essere utilizzate analisi parametriche per il confronto tra Gruppo Counselling e Gruppo *Waiting List*.

L'emergenza Covid-19 ha comportato limiti anche nello studio esplorativo con il Gruppo Bicocca ed il Gruppo Heidelberg, a causa di un rallentamento nel reclutamento del campione e nell'ottenere tanto i dati pre-intervento, quanto quelli post-intervento al termine dei quattro colloqui di counselling.

Le prospettive future sono numerose all'interno di questo progetto di ricerca.

Si prospetta di poter aumentare i campioni dei differenti studi volti a valutare l'*effectiveness* dell'intervento di counselling, con l'obiettivo di indagare se i risultati ottenuti negli studi presentati nel presente elaborato possano essere confermati o modificati a seguito di un ampliamento della numerosità dei partecipanti. Inoltre, si prospetta di poter implementare la numerosità del Gruppo *Waiting List*, confrontandolo con il Gruppo Counselling e di poter aumentare collateralmente anche il numero dei dati relativi alla compilazione dei questionari *Adverse Childhood Experiences* e

Reflective Functioning Questionnaire – Short Form. Inoltre, rispetto all'utilizzo della forma breve del questionario RFQ a fronte della difficoltà nel catturare possibili modifiche in un costrutto così complesso come la funzione riflessiva, si prospetta di poter inserire nella batteria di questionari la versione a 54 item dello stesso (Fonagy et al., 2016), oppure un differente questionario che possa cogliere in maniera più completa le capacità di mentalizzazione degli studenti ed il loro cambiamento a seguito dell'intervento.

Un'ulteriore prospettiva futura riguarderà la valutazione dell'*effectiveness* dell'intervento di counselling effettuato online nel corso della situazione pandemica, confrontandolo con l'intervento di counselling effettuato in presenza, al fine di indagare se anche la modalità online possa essere efficace per ridurre il livello sintomatologico degli studenti ed aumentare il loro benessere.

Infine, si prospetta di poter raggiungere un buon numero di soggetti che compilano i questionari pre e post intervento tanto presso il Servizio di Counselling dell'Università Milano-Bicocca, quanto presso il Servizio di Counselling Psicosociale dell'Università Rupert Karl di Heidelberg, al fine di poter confrontare l'*effectiveness* dei due interventi proposti e riflettere su possibili aspetti specifici ed aspecifici propri di ognuna della due modalità di intervento, capaci di ridurre i livelli di malessere esperiti dagli studenti ed incrementare il benessere degli stessi.

Riferimenti bibliografici

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, *96*(2), 358.
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child abuse & neglect*, *26*(5), 455-473.
- Adamo, S. M. G. (1990). *Un breve viaggio nella propria mente. Consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*. Napoli: Liguori Editore.
- Valerio, P., & Adamo, S. M. (1995). Psychodynamic counselling in a university setting: a space for thinking together over emotional problems. *Psychodynamic counselling*, *1*(4), 576-590.
- Adamo, S., Fontana, M., Preti, E., Prunas, A., Riffaldi, M., & Sarno, I. (2010). Psychological Counselling for University Students: A "Border" Intervention. In *XIV World Congress of Comparative Education Societies*.
- Adamo, S.M.G., Giusti, P., Portanova, F., Petri, F., & Valerio, P. (2005). La cassetta degli attrezzi: i concetti che troviamo più utili nel lavoro di counselling psicodinamico con studenti universitari. In G. Ruvolo (a cura di), *Domanda e offerta di consultazione psicologica nei contesti universitari. Esperienze e modelli applicativi* (pp. 17-33). Milano: Franco Angeli.
- Ahmadabadi, Z., Najman, J. M., Williams, G. M., Clavarino, A. M., d'Abbs, P., & Smirnov, A. (2019). Intimate partner violence in emerging adulthood and subsequent substance use disorders: findings from a longitudinal study. *Addiction*, *114*(7), 1264-1273.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, *41*(1), 49-67.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.
- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: a meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, *54*(7), 821-827.
- Allen, G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: Author.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *13*(3), 288-295.
- Andolfi, M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

- Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Ro, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders? *Comprehensive Psychiatry*, *64*, 46–58.
- American Psychiatric Association (2019). Society of Counseling Psychology (<https://www.apa.org/about/division/div17>)
- Aquilino, W. S. (2006). Family Relationships and Support Systems in Emerging adulthood. In *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. (pp. 193-217). American Psychological Association. Washington, DC, pp 193–218.
- Arbona, C., & Power, T. G. (2003). Parental attachment, self-esteem, and antisocial behaviors among African American, European American, and Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(1), 40.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of drug issues*, *35*(2), 235-254.
- Arnett, J. J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child development perspectives*, *1*(2), 68-73.
- Arnett, J. J. (2016). Introduction: Emerging adulthood Theory and Research: Where We Are and Where We Should Go. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 1-7). New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (Ed.). (2015). *The Oxford handbook of emerging adulthood*. Oxford University Press.
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, *1*(7), 569-576.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, *55*(5), 469.
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Winick, E. R., Baron, R. A., & O’Grady, K. E. (2013). Discontinuous college enrollment: Associations with substance use and mental health. *Psychiatric Services*, *64*(2), 165–172.
- Asberg, K. K., & Wagaman, A. (2010). Emotion regulation abilities and perceived stress as predictors of negative body image and problematic eating behaviors in emerging adults. *American Journal of Psychological Research*, *6*(1), 193-2017.
- Astin, A. W., & Sax, L. J. (1998). How undergraduates are affected by service participation. *Service Participation*, *39*(3), 251.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, *127*(7), 623.

- British Association for Counselling and Psychotherapy (1989). *Code of Ethics and Practice for Counsellors*. Rugby: British Association for Counselling.
- British Association for Counselling and Psychotherapy (1992). *Invitation to Membership*. Rugby: British Association for Counselling.
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury. *PLOS ONE*, *10*(12), 1-14.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development*, *11*(3), 223-263.
- Banerjee, N., & Chatterjee, I. (2016). Academic stress, suicidal ideation & mental wellbeing among 1st semester & 3rd semester medical, engineering & general stream students. *Journal of Arts, Science & Commerce*, *7*(3), 73–80.
- Bankoff, S. M., Valentine, S. E., Jackson, M. A., Schacht, R. L., & Pantalone, D. W. (2013). Compensatory weight control behaviors of women in emerging adulthood: associations between childhood abuse experiences and adult relationship avoidance. *Journal of American college health*, *61*(8), 468-475.
- Baroni, S., & Riva, E. (2017). Conflitti nella costruzione dell'identità di genere. In A. Maggiolini (a cura di), *Psicopatologia del ciclo di vita* (pp. 212-230). Milano: Franco Angeli.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, *18*(1), 36-51.
- Baumeister, R. E., & Tice, D. M. (1986). Four selves, two motives, and a substitute process self-regulation model. In *Public self and private self* (pp. 63-74). Springer, New York, NY.
- Baxter Magolda, M. & Taylor, K. B. (2016). Developing self-authorship in college to navigate emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 299-315). New York: Oxford University Press.
- Bell, E., McDevitt, C., Rott, G., & Valerio, P. (1994). *Psychological Counselling in Higher Education. A European Overview*. Napoli: Edizioni La Città del Sole.
- Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., ... & Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, *22*(2), 69-76.
- Bennett, N., & Lemoine, G. J. (2014). What VUCA really means for you. *Harvard business review*, *92*(1), 10.
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W. C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional psychology: Research and practice*, *34*(1), 66.

- Bergeret, J. (1987). *Adolescenza terminata adolescenza interminabile*. Borla.
- Bert, G., Doglio, M., & Quadrino, S. (2004). Le parole del Counseling Sistemico. *Change, Torino*.
- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of adolescent research, 4*(3), 268-282.
- Berzonsky, M. D., & Neimeyer, G. J. (1994). Ego identity status and identity processing orientation: The moderating role of commitment. *Journal of Research in Personality, 28*(4), 425-435.
- Biasi, V. (2019). Counselling universitario e orientamento. *Strumenti e rilevazioni empiriche. Milan: LED*.
- Biasi, V., Mallia, L., Menozzi, F., & Patrizi, N. (2015). Adaptive functioning and behavioral, emotional and social problems of Italian university students: Indications for the University Counseling Services. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 205*, 66-69.
- Biasi, V., Patrizi, N., Mosca, M., & De Vincenzo, C. (2017). The effectiveness of university counselling for improving academic outcomes and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling, 45*(3), 248-257.
- Binetti, P., & Bruni, R. (2003). Counseling e tutoring. P. Binetti, R. Bruni, *Il counseling in una prospettiva multimodale*, Roma. Edizioni Magi.
- Biolcati, R., Mancini, G., & Villano, P. (2020). 'And yet I'm an adult now'. The influence of parental criticism on women's body satisfaction/dissatisfaction during emerging adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth, 25*(1), 599-608.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Heinemann - Medical Books - Ltd. (tr. it. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972).
- Blanca, M. J., Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Bendayan, R. (2018). Life satisfaction and character strengths in Spanish early adolescents. *Journal of Happiness Studies, 19*(5), 1247-1260.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college attending peers: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 65*(12), 1429-1437.
- Blos, P. (1962). *On Adolescence. A Psychoanalytic Interpretation*. New York: Free Press (tr. it. *L'adolescenza. Un'interpretazione psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 1980).
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child, 22*(1), 162-186.
- Blos, P. (1979). *The Adolescent Passage: Developmental Issues*. New York Universities Press (tr.it. *L'adolescenza come fase di transizione*. Roma: Armando, 1988).

- Blustein, D. L., Chaves, A. P., Diemer, M. A., Gallagher, L. A., Marshall, K. G., Sirin, S., & Bhati, K. S. (2002). Voices of the forgotten half: The role of social class in the school-to-work transition. *Journal of Counseling Psychology, 49*(3), 311.
- Borelli, J. L., Brugnera, A., Zarbo, C., Rabboni, M., Bondi, E., Tasca, G. A., & Compare, A. (2019). Attachment comes of age: adolescents' narrative coherence and reflective functioning predict well-being in emerging adulthood. *Attachment & human development, 21*(4), 332-351.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG), (2010). *Change in Psychotherapy. A unifying paradigm*. New York: Norton.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry, 145*(1), 1-10.
- Boyle, A. M., & O'Sullivan, L. F. (2013). The influence of dating anxiety on normative experiences of dating, sexual interactions, and alcohol consumption among Canadian middle adolescents. *Journal of Youth Studies, 16*(2), 222-236.
- Bozick, R., & DeLuca, S. (2011). Not making the transition to college: School, work, and opportunities in the lives of American youth. *Social Science Research, 40*(4), 1249-1262.
- Breakwell, G. M. (1987). The evaluation of student counselling: A review of the literature 1962-86. *British Journal of Guidance & Counselling, 15*(2), 131-139.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(3), 267-283.
- Burke, J. D. (2012). An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(11), 1176-1183.
- Burke, J. D., Rowe, R., & Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of child psychology and psychiatry, 55*(3), 264-272.
- Burke, J. D., Waldman, I., & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 739.
- Burt, N. M., Boddy, L. E., and Bridgett, D. J. (2015). Contribution of temperament to eating disorder symptoms in emerging adulthood: additive and interactive effects. *Eating behaviors, 100*(18), 30-35.
- Butterbaugh, S. M., Ross, D. B., & Campbell, A. (2020). My money and me: Attaining financial independence in emerging adulthood through a conceptual model of identity capital theory. *Contemporary Family Therapy, 42*(1), 33-45.
- Cahn, R. (1998). L'adolescent dans la psychoanalyse. L'aventure de la subjectivation. Paris: Presses Universitaires de France (tr. it. L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivazione. Roma: Borla, 2000).
- Calvo, V. (2007). *Il colloquio di counseling: tecniche di intervento nella relazione di aiuto*. Il mulino.

- Candela, R., Salvadori, S., Spiombi, G., Verticchio, G. (2007). *Forme della consultazione psicoanalitica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner abuse, 3*(2), 231-280.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2002). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Rough Guides.
- Cavalli, A., & Galland, O. (1996), *Senza fretta di crescere*. Napoli: Liguori.
- Cerutti, R., Fontana, A., Ghezzi, V., Menozzi, F., Spensieri, V., & Tambelli, R. (2020). Exploring psychopathological distress in Italian university students seeking help: A picture from a university counselling service. *Current Psychology, 1*-13.
- Chan, R. C., & Mak, W. W. (2020). Empowerment for civic engagement and well-being in emerging adulthood: Evidence from cross-regional and cross-lagged analyses. *Social Science & Medicine, 244*, 112703.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 217–225.
- Choi, K., Buskey, W., & Johnson B. (2010). Evaluation of Counseling Outcomes at a University Counseling Center: The impact of Clinically Significant Change on Problem Resolution and Academic Functioning. *Journal of Counseling Psychology, 57*(3), 297-303
- Chua, H. M., Goh, X. Y., & Lim, Z. Y. (2019). *The impact of game engagement and game motivation on game addiction among the young adult multiplayer online battle arena players in Malaysia* (Doctoral dissertation, UTAR).
- Cionini, L. (2013). *Modelli di psicoterapia*. Roma: Carocci Editore.
- Clarke, S. (2015). *Emotional Abuse and Emotional Neglect in Childhood: Subtypes, Ecological Correlates, and Developmental Tasks of Emerging adulthood* (Doctoral dissertation, University of Minnesota).
- Claxton, S. E., & van Dulmen, M. H. (2013). Casual sexual relationships and experiences in emerging adulthood. *Emerging adulthood, 1*(2), 138-150.
- Claxton, S.E., & van Dulmen, M.H.M. (2016). Casual sexual relationships and experiences in emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 245-261). New York: Oxford University Press.
- Collins, A., & van Dulmen, M. (2006). Friendships and Romance in Emerging adulthood: Assessing Distinctiveness in Close Relationships. In *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. (pp. 219-234). American Psychological Association.
- Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. *Handbook of adolescent psychology, 2*, 331-362.

- Connell, J., Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2008). The effectiveness of UK student counselling services: an analysis using the CORE System. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(1), 1-18.
- Connell, J., Cahill, J., Barkham, M., Gibody, S., & Madill, A. (2006). *A systematic scoping review of the research on counselling in higher education and further education*. Rugby, UK: British Association of Counselling and Psychotherapy.
- Cooper, S.E., Benton S.A., Benton S.L., & Phillips, J.C. (2008). Evidence-based practice in psychology among college counselling center clinicians. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(4), 28-50.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764-772.
- Copley, B. (1976). Brief work with adolescents and young adults in a counselling service. In *Journal of Child Psychotherapy*, Vol. 4, 2, pp. 93-106. Tr. It. In Adamo, S. M. G. (a cura di). (1990). *Un breve viaggio nella propria mente. Consultazioni psicoanalitiche con adolescenti*. Napoli: Liguori Editore.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*, 6(4), 343-359.
- Côte, J. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. New York: New York University Press.
- Côté, J. E., & Schwartz, S. J. (2002). Comparing psychological and sociological approaches to identity: Identity status, identity capital, and the individualization process. *Journal of adolescence*, 25(6), 571-586.
- Côte, J., & Bynner, J.M. (2008). Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: the role of structure and agency in emerging adulthood. *Journal of Youth Studies*, 11(3), 251-268.
- Coté, J. & Levine, G. (2002). *Identity Formation, Culture and Agency: A Social Psychosocial Synthesis*, Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Coulter, R. W., Jun, H. J., Truong, N., Mair, C., Markovic, N., Friedman, M. R., ... & Corliss, H. L. (2019). Effects of familial and non-familial warmth during childhood and adolescence on sexual-orientation disparities in alcohol use trajectories and disorder during emerging adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 205, 107643.
- Coyne, S. M., Stockdale, L. A., Warburton, W., Gentile, D. A., Yang, C., & Merrill, B. M. (2020). Pathological video game symptoms from adolescence to emerging adulthood: A 6-year longitudinal study of trajectories, predictors, and outcomes. *Developmental psychology*, 56(7), 1385-1396.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277.
- Crocetti, E., Rabaglietti, E., & Sica, L. S. (2012). Personal identity in Italy. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2012(138), 87-102.

- Cui, M., Ueno, K., Fincham, F. D., Donnellan, M. B., & Wickrama, K. A. S. (2012). The association between romantic relationships and delinquency in adolescence and young adulthood. *Personal Relationships, 19*(2), 354-366
- Daining, C., & DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review, 29*(9), 1158–1178.
- Dainon-Boileau, M. (1992). *L'échec dans les études universitaires. L'importance d'un point de vie psychodynamique*. Paris: Payot.
- Davila, J., Mattanah, J., Bhatia, V., Latack, J. A., Feinstein, B. A., Eaton, N. R., ... & Zhou, J. (2017). Romantic competence, healthy relationship functioning, and well-being in emerging adults. *Personal Relationships, 24*(1), 162-18.
- Dazzi, N., & Speranza, A. M. (2005). Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e adolescenza, 4*(1), 18-30.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., & Colli, A. (2006). *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- De Lauretis I., Giordani Paesani N., Casacchia M., di Venanzio, C., Pollice, R. & Roncone, R. (2013). Il Servizio di Ascolto e Consultazione per Studenti. L'esperienza del S.A.C.S. dell'Università degli studi dell'Aquila, *Medicina e Chirurgia, 58*(5), 2582-2585.
- De Meuse, K. P. (1985). The life event stress-performance linkage: An exploratory study. *Journal of Human Stress, 11*(3), 111–117.
- DePaulo, B. M., Lindsay, J. J., Malone, B. E., Muhlenbruck, L., Charlton, K., & Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin, 129*(1), 74–118.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Deroma, V. M., Leach, J. B., & Leverett, J. P. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal, 43*(2), 325–334.
- DeWall, C. N., Maner, J. K., Deckman, T., & Rouby, D. A. (2011). Forbidden fruit: Inattention to attractive alternatives provokes implicit relationship reactance. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(4), 621.
- Di Fabio & Sirigatti (2005). *Counselling: Prospettive e applicazioni*. Milano: Ponte delle Grazie srl.
- Di Fabio, A. (1999). *Counseling. Dalla teoria all'applicazione*. Firenze: Giunti.
- Di Manno, L., Macdonald, J. A., Youssef, G. J., Little, K., & Olsson, C. A. (2018). Psychosocial profiles of adolescents from dissolved families: Differences in depressive symptoms in emerging adulthood. *Journal of affective disorders, 241*, 325-337.
- Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva: Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*(3), 227–259.
- Dogan, S. J., Conger, R. D., Kim, K. J., & Masyn, K. E. (2007). Cognitive and parenting pathways in the transmission of antisocial behavior from parents to adolescents. *Child Development, 78*(1), 335-349.
- Dogan, T. (2012). A long-term study of the counselling needs of Turkish University Students. *Journal of Counselling and Development, 90*(1), 91–96.
- Dogan, T. (2018). Problem areas of students at a university psychological counselling centre: a 16-year analysis. *British Journal of Guidance & Counselling, 46*(4), 429-440.
- Douglass, C. B. (2007). From duty to desire: Emerging adulthood in Europe and its consequences. *Child development perspectives, 1*(2), 101-108.
- Doyle, A. B., Lawford, H., & Markiewicz, D. (2009). Attachment style with mother, father, best friend, and romantic partner during adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 19*(4), 690-714.
- Doyle, E. A., Quinn, S. M., Ambrosino, J. M., Weyman, K., Tamborlane, W. V., and Jastreboff, A. M. (2017). Disordered eating behaviors in emerging adults with type 1 diabetes: a common problem for both men and women. *Journal of Pediatric Health Care, 31*(3), 327–333.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA, 286*(24), 3089–3096.
- Dush, C. M. K., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships, 22*(5), 607-627.
- Dutra-Thomé, L., DeSousa, D., & Koller, S. H. (2019, April). Promotive and risk factors for positive youth development among emerging adults in Brazil. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 48, No. 2, pp. 171-185). Springer US.
- Dutra-Thomé, L., Romera-Leme, V. B., Siqueira-Pereira, A., Garcia-Dias, A. C., Koller, S. H., & Souza-Gaião e Albuquerque, E. (2017). Protective and Risk Factors during the Transition to Adulthood in the Five Brazilian Regions. *Avances en Psicología Latinoamericana, 35*(3), 485-499.
- Eaves, L. J., Prom, E. C., & Silberg, J. L. (2010). The mediating effect of parental neglect on adolescent and young adult anti-sociality: A longitudinal study of twins and their parents. *Behavior genetics, 40*(4), 425-437.
- Egerton, G. A., & Read, J. P. (2019). Relationship Role Transitions and Problem Alcohol Use in Emerging adulthood. *Emerging adulthood, 7*(4), 291-303.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S.E. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care, 45*(7), 594-601.
- Eisenberg, D., Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(1), 60–67.

- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. & Morris, A. (2014). Empathy-related responding in children. In M. Killen & J.G. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development* (2nded., pp. 184-207). New York: Psychology Press.
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 67–78.
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the trauma reflective functioning scale. *Frontiers in Psychology, 5*(1471), 1-12.
- Ergene, T., & Yildirim, I. (2004). Depression among university entrance examination candidates. *The Journal of Psychiatry, Psychology and Psychopharmacology, 12*(2), 91–100.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton (tr. it. Gioventù e crisi d'identità. Roma: Armando, 1974).
- Esposito, G., Marano, D., & Freda, M. F. (2020). Supportive and interpretative interventions in fostering mentalisation during counselling. *British Journal of Guidance and Counselling, 48*(3), 314-332.
- Evans, J. (2009). *Online counselling and guidance skills: A practical resource for trainees and practitioners*. London: Sage Publications.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development, 81*(2), 435-456.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment* (pp. 128-152). New York: Guilford.
- Feinberg, M. E., Button, T. M., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., & Hetherington, E. M. (2007). Parenting and adolescent antisocial behavior and depression: Evidence of genotype× parenting environment interaction. *Archives of general psychiatry, 64*(4), 457-465.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 14*(4), 245-258.
- Fenton, S., & Dermott, E. (2006). Fragmented careers? Winners and losers in young adult labour markets. *Work, Employment, and Society, 20*(2), 205-221.
- Fermani, A., Bongelli, R., Canestrari, C., Muzi, M., Riccioni, I., & Burro, R. (2020). “Old Wine in a New Bottle”. Depression and Romantic Relationships in Italian Emerging adulthood: The Moderating Effect of Gender. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 4121.

- Fermani, A., Bongelli, R., Carrieri, A., del Moral Arroyo, G., Muzi, M., & Portelli, C. (2019). “What is more important than love?” Parental attachment and romantic relationship in Italian emerging adulthood. *Cogent Psychology*, 6(1), 1693728.
- Ferraro, F. & Petrelli, D. (2000), *Tra desiderio e progetto. Counseling all’università in una prospettiva psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli.
- Fingerman, K. L., Huo, M., Kim, K., & Birditt, K. S. (2017). Coresident and non-coresident emerging adults’ daily experiences with parents. *Emerging adulthood*, 5(5), 337–350.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 202-207.
- Fischer-Kern, M., Tmej, A., Kapusta, N. D., Naderer, A., Leithner-Dziubas, K., Loffler-Stastka, H., & Springer-Kremser, M. (2008). The capacity for mentalization in depressive patients: A pilot study. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 54(4), 368–380.
- Flanagan, C., & Levine, P. (2010). Civic Engagement and the Transition to Adulthood. *Future of Children*, 20(1), 159-179.
- Flanagan, C., Finlay, A., Gallay, L., & Kim, T. (2012). Political incorporation and the protracted transition to adulthood: The need for new institutional inventions. *Parliamentary affairs*, 65(1), 29-46.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76(Pt 1), 39-44.
- Fonagy, P. (1996). The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 5(1), 67-86.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 24(3), 212-239.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization: A protective factor and a focus of psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 28–95.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*, 11(7), e0158678.

- Ford, E., Clark, C., & Stansfeld, S. A. (2011). The influence of childhood adversity on social relations and mental health at mid-life. *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 320–327.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the attachment style questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55–79.
- Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2014). Thinking about feelings: Affective state mentalization, attachment styles, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 41–67.
- Fowler, J. W., & Dell, M. L. (2006). Stages of faith from infancy through adolescence: Reflections on three decades of faith development theory. In *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (34–45). Sage Publications.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanism of Defence*. London: The Hogart Press (tr. it. L'Io e i meccanismi di difesa. Firenze: Martinelli, 1967).
- Freud, S. (1916). Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. (tr. it. Alcuni tipi di carattere tratti dal lavoro psicoanalitico. In C.L. Musatti, *Opere* (vol.8). Torino, Boringhieri, 1976).
- Frison, E., & Eggermont, S. (2016). Exploring the relationships between different types of Facebook use, perceived online social support, and adolescents' depressed mood. *Social Science Computer Review*, 34(2), 153–171.
- Furman, W., Simon, V. A., Shaffer, L., & Bouchey, H. A. (2002). Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners. *Child development*, 73(1), 241–255.
- Furstenberg, F.F. (2010). On a new schedule: Transition to adulthood and family change. *Future of the Children*, 20(1), 67–87.
- Gabbard, O.G. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5 ed.). American Psychiatric Press, Inc. (tr.it. Psichiatria Psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina, 2015).
- Gallagher, R. (2008). *National Survey of Counselling Center Directors*. Alexandria, VA: International Association of Counselling Services, Inc.
- Gallagher, R.P. (2011). *National Survey of Counselling Center Directors*. Alexandria, VA: International Association of Counselling Services, Inc.
- Gallagher, R. P. (2012). *National survey of counseling center directors*. Alexandria, VA: International Association of Counselling Services, Inc.
- Gentile, D. (2009). Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: A national study. *Psychological science*, 20(5), 594–602.
- Gentile, D. A., Bailey, K., Bavelier, D., Brockmyer, J. F., Cash, H., Coyne, S. M., ... & Markle, T. (2017). Internet Gaming Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 140(Supplement 2), S81–S85.

- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview for adults*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Germani, A., Delvecchio, E., Li, J. B., & Mazzeschi, C. (2020). Protective factors for depressive symptoms in emerging adulthood. *Scandinavian journal of psychology*, 61(2), 237-242.
- Ghilardi, A., Buizza, C., Carobbio E.M., & Lusenti, R. (2017). Detecting and Managing Mental Health Issues within Young Adults. A Systematic Review on College Counselling in Italy. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13, 61-70.
- Ghilardi, A., Buizza, C., Costa, A., & Teodori, C. (2018). A follow-up study on students attending a university counselling service in Northern Italy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(4), 456-466.
- Giacobbi, S. (2009). *Peter e Wendy. Psicoterapia psicoanalitica del giovane adulto*. Mimesis, Milano.
- Giannakoulas, A. & Fizzarotti Selvaggi, S. (2003). *Il counselling psicodinamico*. Roma: Edizioni Borla.
- Giusti, P., & Valerio, P. (2001). *Diventare medico. Emozioni, fantasie, conflitti*. Armando Editore.
- Goldscheider, F. (1997). Recent changes in U.S. young adult living arrangements in comparative perspectives. *Journal of Family Issues*, 18(6), 708-724.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Zhang, J., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Developmental psychology*, 52(3), 475.
- Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2415.
- Gomis-Pomares, A., & Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood/La influencia de las experiencias adversas infantiles sobre la conducta antisocial y altruista en la adultez emergente. *Psicothema*, 32(1), 33-40.
- Gonidakis, F., Lemonoudi, M., Charila, D., & Varsou, E. (2018). A study on the interplay between emerging adulthood and eating disorder symptomatology in young adults. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 797-805.
- Granger, T. A., Cook, P. F., & Ramos, G. (2020). Adolescent peer and parent relationships into emerging adulthood. *Western journal of nursing research*, 42(2), 90-96.
- Gritti, P., & Di Caprio, E. L. (2006). *Le nuove prospettive della psicoterapia sistemico relazionale*. Armando Editore.
- Guarino, S., & Vismara, L. (2012). Mental state of attachment and reflective function in a group of antisocial adolescents. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 16(3), 579-598.
- Guarnieri, S., Smorti, M., & Tani, F. (2015). Attachment relationships and life satisfaction during emerging adulthood. *Social Indicators Research*, 121(3), 833-847.

- Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC psychiatry*, *18*(1), 1-15.
- Gutton, P. (2000). *Psychothérapie et adolescence*. Presses universitaires de France.
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, *36*(6), 1215–1223.
- Ha, T., Kim, H., Christopher, C., Caruthers, A., & Dishion, T. J. (2016). Predicting sexual coercion in early adulthood: The transaction among mal-treatment, gang affiliation, and adolescent socialization of coercive relationship norms. *Development and Psychopathology*, *28*(3), 707–720.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, *74*(1), 49–57.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 293–319.
- Hammerton, G., Edwards, A. C., Mahedy, L., Murray, J., Maughan, B., Kendler, K. S., ... & Heron, J. (2020). Externalising pathways to alcohol-related problems in emerging adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(6), 721-731.
- Handeland, T. B., Kristiansen, V. R., Lau, B., Håkansson, U., & Øie, M. G. (2019). High degree of uncertain reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Addictive behaviors reports*, *10*, 100193.
- Handley, E. D., Russotti, J., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2019). Developmental cascades from child maltreatment to negative friend and romantic interactions in emerging adulthood. *Development and psychopathology*, *31*(5), 1649-1659.
- Hardy, S. A., & Carlo, G. (2011). Moral identity: what is it, how does it develop, and is it linked to moral action? *Child Development Perspectives*, *5*(3), 212–218.
- Harkness, K. L., & Lumley, M. N. (2008). *Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents*. The Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *Emerging self-processes during childhood and adolescence*. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (p. 680–715). The Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*, 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press.
- Hasselle, A. J., Howell, K. H., Dormois, M., & Miller-Graff, L. E. (2017). The influence of childhood polyvictimization on disordered eating symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *100*(68), 55-64.
- Hatchel, T., Subrahmanyam, K., & Negriff, S. (2019). Adolescent peer victimization and internalizing symptoms during emerging adulthood: the role of online and offline social support. *Journal of Child and Family Studies*, *28*(9), 2456-2466.
- Havighurst, A.R. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: Basic Books.

- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(4), 441-455.
- Hedman, E., El Alaoui, S., Lindefors, N., Andersson, E., Rück, C., Ghaderi, A., ... & Ljótsson, B. (2014). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet-vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-Year follow-up of a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, (59), 20-29.
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745-764.
- Hill, J. M., Blokland, A. A., & van der Geest, V. R. (2018). Risk factors for self-reported delinquency in emerging adulthood. *European Journal of Criminology*, 15(5), 544-566.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1133-1144.
- Hodges, S. (2016). *The College and University Counselling Manual: Integrating Essential Services across the Campus*. New York: Springer Publishing Company.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F. H., & Sperth, M. (2011). An integrative model of counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 3-24.
- Holm-Hadulla, R. M., & Koutsoukou-Argyriaki, A. (2015). Mental health of students in a globalized world: Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 1-4.
- Hough, M. (1996). *Counselling Skills*. London: Addison Welsey Longman (tr. it. Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione. Trento: Erickson, 1999).
- Howell, K. H., & Miller-Graff, L. E. (2014). Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child abuse & neglect*, 38(12), 1985-1994.
- Hu, H. F., Chang, Y. P., Lin, C., & Yen, C. F. (2019). Quality of life of gay and bisexual men during emerging adulthood in Taiwan: Roles of traditional and cyber harassment victimization. *PLoS one*, 14(2), e0213015.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behaviour among college students. *The Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10.

- Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self-esteem. *Psychology & Health, 19*(4), 515-526.
- Hurry, A. (1986). Walk-in work with adolescents. *Journal of Child psychotherapy, 12*(1), 33-45.
- Hymowitz, G., Salwen, J., and Salis, K. L. (2017). A mediational model of obesity related disordered eating: the roles of childhood emotional abuse and self- perception. *Eat. Behav. 26*, 27–32.
- International Association of Counseling Services, Inc. (2012). *Standards for University and College Counseling Centers*. Retrieved from <http://www.iacsinc.org>.
- Jackson, D. B., & Beaver, K. M. (2015). A shared pathway of antisocial risk: A path model of parent and child effects. *Journal of Criminal Justice, 43*(2), 154-163.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., & Jasnow, M. D. (2001). Rhythms of Dialogue in Infancy: Coordinated Timing in Development. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66*(2), 1-132.
- Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Javier, S. J., & Belgrave, F. Z. (2019). “I’m not White, I have to be pretty and skinny”: A qualitative exploration of body image and eating disorders among Asian American women. *Asian American journal of psychology, 10*(2), 141.
- Jeammet, P. (2009). *Adulti senza riserva: quel che aiuta un adolescente*. Raffaello Cortina Editore.
- Jensen, L. A., & Arnett, J. J. (2012). Going global: New pathways for adolescents and emerging adults in a changing world. *Journal of Social Issues, 68*(3), 473-492.
- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 354–373.
- Johnston, O. G., Derella, O. J., & Burke, J. D. (2018). Identification of oppositional defiant disorder in young adult college students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 40*(4), 563-572.
- Jones, R. P., Cox, D., & Banchoff, T. (2012). A generation in transition: Religion, values, and politics among college-age Millennials. *Washington, DC: Public Religion Research Institute. Accessed January, 24, 2018*.
- Jun, H. J., Sacco, P., Bright, C., & Cunningham-Williams, R. M. (2019). Gender differences in the relationship between depression, antisocial behavior, alcohol use, and gambling during emerging adulthood. *International Journal of Mental Health and Addiction, 17*(6), 1328-1339.
- Jung, J. Y. (2013). Amotivation and indecision in the decision- making processes associated with university entry. *Research in Higher Education, 54*(1), 115–136.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*(3), 426.

- Jurist, E. L. (2010). Mentalizing minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(4), 289-300.
- Kandel, D. B. (1983). Drug and drinking behavior among youth. *Psychiatrie De L Enfant*, 26(2), 565–629.
- Karoly, L.A. (2009). The future at work: Labour-market realities and the transition to adulthood. In I. Schoon & R.K. Silbersen (Eds.), *Transitions from school to work: Globalization, individualization, and patterns of diversity* (pp.352-384). Cambridge, UK: Cambridge Books Online.
- Karriker-Jaffe, K. J., Lönn, S. L., Cook, W. K., Kendler, K. S., & Sundquist, K. (2021). Young men's behavioral competencies and risk of alcohol use disorder in emerging adulthood: Early protective effects of parental education. *Development and psychopathology*, 33(1), 135-148.
- Katzenteiner, M., Ferrer-Sama, P., & Rott, G. (2008). *Guidance and Counselling in higher education in European Union Member States*. Aarhus: University of Aarhus.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical psychology review*, 34(2), 107-117.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.
- Kearney, L. K., Draper, M., & Barón, A. (2005). Counseling utilization by ethnic minority college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(3), 272.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1167–1175.
- Kelly, K., Slade, A., & Grienberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–Infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299–311.
- Keltner, D., & Anderson, C. (2000). Saving face for Darwin: The functions and uses of embarrassment. *Current Directions in Psychological Science*, 9(6), 187–92.
- Kernberg, O. F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... & Bruffaerts, R. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472.
- Kilman, P.R., Urbaniak, G.C., & Parnell, M.M. (2006). Effects of attachment-focused versus relationship skills-focused group interventions for college students with insecure attachment patterns. *Attachment & Human Development*, 8(1), 47-62.

- King Lyn, M.M. (2016). Essential Services in College Counselling. In S. Hodges (a cura di), *The College and University Counselling Manual: Integrating Essential Services across the Campus* (pp. 41-64). New York: Springer Publishing Company.
- Klein, M. (1931). A Contribution to the Theory of Intellectual Inhibition. *International Journal of Psycho-Analysis*, 12, 206-218.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *The International journal of psycho-analysis*, 27(Pt 3-4), 99-110.
- Koutra, A., Katsiadrami, A., & Diakogiannis, G. (2010). The effect of group psychological counselling in Greek university students' anxiety, depression, and self-esteem. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 12(2), 101-111.
- Kreß, V., Sperth, M., Hofmann, F. H. & Holm-Hadulla, R. M. (2015). Psychological complaints and disorder of students: A comparison of field samples with clients of a counseling service at a typical German University. *Mental Health and prevention*, 3(1-2), 41-47.
- Kumru, A., & Thompson, R. A. (2003). Ego identity status and self-monitoring behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 18(5), 481-495.
- Kvedaraite, M., Zelviene, P., Elklit, A., & Kazlauskas, E. (2020). The Role of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress on Social Anxiety in a Youth Sample in Lithuania. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 103-112.
- La Guardia, A. C., Cramer, R. J., Bryson, C. N., & Emelianchik-Key, K. (2020). Analysis of Personality, Suicide, and Self-Injury in Emerging adulthood. *Journal of College Counseling*, 23(1), 57-70.
- Laird, R. D., Jordan, K. Y., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2001). Peer rejection in childhood, involvement with antisocial peers in early adolescence, and the development of externalizing behavior problems. *Development and Psychopathology*, 13(2), 337-354.
- Lancini, M. & Madeddu, F. (2014). *Il giovane adulto. La terza nascita*. Milano: Raffaello Cortina.
- Landberg, M., Lee, B., & Noack, P. (2019). What alters the experience of emerging adulthood? How the experience of emerging adulthood differs according to socioeconomic status and critical life events. *Emerging adulthood*, 7(3), 208-222.
- Lanz, M., Tagliabue, S. & Marzana, D. (2013). Transizione all'età adulta e relazioni familiari, in Bacchini, D. (ed.), *Il ruolo educativo della famiglia. Essere genitori nella società contemporanea*. Trento: Erickson.
- Laquale, M. G., Stella, A., & Taurino, A. (2015). Il counselling psicodinamico per studenti universitari. Una ricerca empirica di valutazione dell'efficacia. *Psicologia della salute*.
- Laufer, M., & Laufer, M.E. (1984). *Adolescence and Developmental Breakdown. A Psychoanalytic View*. New Haven: Yale University Press (tr. it. *Adolescenza e Breakdown Evolutivo*. Torino: Boringhieri, 1986).

- Lauterbach, W., & Lüscher, K. (1999). Wer sind die Spätauszieher? Eine empirische Untersuchung über das Alter bei der Haushaltsgründung [Who are the late leavers? An empirical study of age of establishing household]. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 4, 425–448.
- Leadbeater, B. J., & Homel, J. (2015). Irritable and defiant sub-dimensions of ODD: Their stability and prediction of internalizing symptoms and conduct problems from adolescence to young adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 407-421.
- Leadbeater, B. J., Sukhawathanakul, P., Holfeld, B., & Temple, J. R. (2017). The effects of continuities in parent and peer aggression on relational intimate partner violence in the transition to young adulthood. *Prevention science*, 18(3), 350-360.
- Leadbeater, B., Thompson, K., & Gruppuso, V. (2012). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 719-730.
- Lee, J. C., & Staff, J. (2007). When work matters: The varying impact of work intensity on high school dropout. *Sociology of Education*, 80(2), 158-178.
- Lefkowitz, E. S., & Gillen, M. M. (2006). " Sex Is Just a Normal Part of Life": Sexuality in Emerging adulthood. In *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. (pp. 235-255). American Psychological Association.
- Lehnart, J., & Neyer, F. J. (2006). Should I stay or should I go? Attachment and personality in stable and instable romantic relationships. *European Journal of Personality*, 20(6), 475–495.
- Leiter, J. (2007). School performance trajectories after the advent of reported maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 29(3), 363-382.
- Lenhart, A., Kahne, J., Middaugh, E., Macgill, A. R., Evans, C., & Vitak, J. (2008). Teens, Video Games, and Civics: Teens' Gaming Experiences Are Diverse and Include Significant Social Interaction and Civic Engagement. *Pew internet & American life project*.
- Lichtenstein, P., Cederlöf, M., Lundström, S., D'Onofrio, B. M., Anckarsäter, H., Larsson, H., & Pettersson, E. (2020). Associations between conduct problems in childhood and adverse outcomes in emerging adulthood: a longitudinal Swedish nationwide twin cohort. *Journal of child psychology and psychiatry*, 61(7), 798-806.
- Linder, J. R., & Collins, W. A. (2005). Parent and peer predictors of physical aggression and conflict management in romantic relationships in early adulthood. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 252.
- Linder, J. R., Crick, N. R., & Collins, W. A. (2002). Relational aggression and victimization in young adults' romantic relationships: Associations with perceptions of parent, peer, and romantic relationship quality. *Social Development*, 11(1), 69-86.
- Lo Re, E. & Bestazza, R. (2017). *Identità fluide. Gruppo e ricerca con i giovani adulti*. Roma: Armando.
- Lucas, V. J. (2010). *Impact of parenting factors and personal ego development on risk for eating disorders among college women* (Dissertations). Marquette University, Milwaukee, WI, United States.

- Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., & Beyers, W. (2006). Unpacking commitment and exploration: Preliminary validation of an integrative model of late adolescent identity formation. *Journal of adolescence*, 29(3), 361-378.
- Luyten, P., & Blatt, S.J. (2013). Interpersonal Relatedness and Self-Definition in Normal and Disrupted Personality Development. *American Psychologist*, 68(3), 172-183.
- Lydecker, J. A., Hubbard, R. R., Tully, C. B., Utsey, S. O., & Mazzeo, S. E. (2014). White public regard: associations among eating disorder symptomatology, guilt, and white guilt in young adult women. *Eating behaviors*, 15(1), 76-82.
- Lyod, C. B. (2005). *Growing up global: The changing transitions to adulthood in developing countries*. National Research Council and Institute of Medicine of the National Academic. Washington, DC: The National Academies Press.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 25(4), 318-335.
- Ma, C. Q., & Huebner, E. S. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190.
- Maggiolini, A. (2009). *Ruoli affettivi e psicoterapia. Il cambiamento come sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 161-184.
- Main, M., & Hesse, E. (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*. Ammaniti M., Stern D., (a cura di), Attaccamento e Psicoanalisi, Laterza, Roma-Bari.
- Main, M., & Hesse, E. (1997, December). Attachment narratives and attachment across the lifespan. In *Fall Meeting of the American Psychoanalytic Association, New York* (Vol. 20).
- Makarios, M., Cullen, F. T., & Piquero, A. R. (2017). Adolescent criminal behavior, population heterogeneity, and cumulative disadvantage: Untangling the relationship between adolescent delinquency and negative outcomes in emerging adulthood. *Crime & Delinquency*, 63(6), 683-707.
- Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
- Markstrom, C. A., Marshall, S. K., & Tryon, R. J. (2000). Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups. *Journal of Adolescence*, 23(6), 693-703.
- Marshall, E.A. & Butler, K., (2016). School to work transitions in emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood*. New York: Oxford University Press.

- Marta-Simões, J., & Ferreira, C. (2020). Self-to-others and self-to-self relationships: paths to understanding the valence of body image and eating attitudes in emerging adult women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(2), 399-406.
- Mason, T. B., & Heron, K. E. (2016). Do depressive symptoms explain associations between binge eating symptoms and later psychosocial adjustment in young adulthood?. *Eating Behaviors*, 100(23), 126-130.
- Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and Psychological Distress in Emerging adulthood: A Gender Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Grenon, R., Faye, M., Ritchie, K., Bissada, H., & Balfour, L. (2018). Change in attachment dimensions in women with binge-eating disorder following group psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28(6), 887-901.
- Mc Adams, D. P., (2016). Life Authorship in Emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood*. New York: Oxford University Press.
- Mc Namara Barry C., & Abo-Zena, M. M. (2016). The experience of Meaning-Making: the role of religiousness and spirituality in emerging adults' lives. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 464-480). New York: Oxford University Press.
- McBurney, D. H., & White, T. L. (2008). *Metodologia della ricerca in psicologia*. Il mulino.
- McKenzie, K., Murray, K. R., Murray, A. L., & Richelieu, M. (2015). The effectiveness of university counselling for students with academic issues. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(4), 284-288.
- McKinney, C., Brown, K., & Malkin, M. L. (2018). Parenting style, discipline, and parental psychopathology: Gender dyadic interactions in emerging adults. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 290-301.
- McKinney, C., Stearns, M., & Szkody, E. (2020). Temperament and Affective and Behavioral ODD Problems in Emerging Adults: Moderation by Gender and Perceived Parental Psychopathology. *Child psychiatry and human development*, 51(6), 900-912.
- McKinney, C., Stearns, M., & Szkody, E. (2021). Maltreatment and affective and behavioral problems in emerging adults with and without oppositional defiant disorder symptoms: mediation by parent-child relationship quality. *Journal of interpersonal violence*, 36(5-6), 2612-2632.
- McKinney, C., Walker, C. S., & Kwan, J. W. (2020). Mother-father dyad conflict strategy clusters: Implications for emerging adults. *Journal of interpersonal violence*, 35(1-2), 319-340.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007a). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(8), 986-1003.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007b). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta- analysis. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), 155-172.
- McLeod, J. (2013). *An Introduction to Counselling*. Vol. Fifth edition. McGraw-Hill Education.

- McMahan, K. D., & Olmstead, S. B. (2020). Are College Students' Perceptions of the Developmental Features of Emerging adulthood Associated with Motivations for Sex? Implications for Research and Policy. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-15.
- Meier, A., & Allen, G. (2008). Intimate relationship development during the transition to adulthood: Differences by social class. *New directions for child and adolescent development*, 2008(119), 25-39.
- Meier, S. T., & Davis, S. R. (2019). *The elements of counseling*. Waveland Press.
- Meneghetti, C., Zamperlin, C., Fabris, M., Rizzato, R., Palamà, D., & De Beni, R. (2016). Studenti universitari in difficoltà: esperienza di un percorso per la promozione delle abilità di studio. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 20(3), 477-484.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 36(1), 38-56.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5).
- Michikyan, M. (2020). Linking online self-presentation to identity coherence, identity confusion, and social anxiety in emerging adulthood. *British Journal of Developmental Psychology*, 38(4), 543-565.
- Michikyan, M., Dennis, J., & Subrahmanyam, K. (2014). Can you guess who I am? Real, ideal, and false self-presentation on Facebook among emerging adults. *Emerging adulthood*, 3(1), 55–64.
- Migdley, N. & Vrouva, I. (2014). *La mentalizzazione nel ciclo di vita. Interventi con bambini, genitori e insegnanti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Minami, T., Davies, D.R., Tierney, S.C., Bettmann, J.E., McAward, S.M., Averill, L.A., Huebner, L.A., Weitzman, L.M., Benbrook, A.R., Serlin, R.C., & Wampold, B.E. (2009). Preliminary Evidence on the Effectiveness of Psychological Treatments Delivered at a University Counseling Center. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 309-320.
- Misra, R., & Castillo, L. G. (2004). Academic stress among college students: Comparison of American and international students. *International Journal of Stress Management*, 11(2), 132–148.
- Mohr, J. J., Jackson, S. D., & Sheets, R. L. (2017). Sexual orientation self-presentation among bisexual- identified women and men: Patterns and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1465– 79.
- Monahan, K. C., Steinberg, L., & Cauffman, E. (2009). Affiliation with antisocial peers, susceptibility to peer influence, and antisocial behavior during the transition to adulthood. *Developmental psychology*, 45(6), 1520.
- Montgomery, M. J. (2005). Psychosocial intimacy and identity: From early adolescence to emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20(3), 346-374.

- Monti, F., Tonetti, L., & Ricci Bitti, P. E. (2013). Il Servizio di Aiuto Psicologico (SAP) dell'Università di Bologna. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 17(1), 147-0.
- Monti, F., Tonetti, L., & Ricci Bitti, P.E. (2014). Comparison of cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapy in the treatment of anxiety among university students: an effectiveness study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(3), 233-244.
- Monti, F., Tonetti, L., & Ricci Bitti, P.E. (2016). Short-term effectiveness of psychotherapy treatments delivered at a university counselling service. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(4), 414-422.
- Morgan E. M (2016). Contemporary issues in sexual orientation and identity development. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 262-279). New York: Oxford University Press.
- Morsy, H. (2012). Scarred generation: In advanced economies, the crisis sparked a huge increase in unemployment among younger workers that will take a long time to abate. *Finance & development*, 49, 15-17.
- Mowen, T. J., & Boman IV, J. H. (2018). The relationship between supportive friendships, conflictual friendships, and deviance during emerging adulthood. *Crime & Delinquency*, 64(10), 1351-1372.
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2020). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire.
- Murphy, K. A., Blustein, D. L., Bohlig, A. J., & Platt, M. G. (2010). The college-to-career transition: An exploration of emerging adulthood. *Journal of Counseling & Development*, 88(2), 174–181.
- Murray, A. L., McKenzie, K., Murray, K. R., & Richelieu, M. (2016). An analysis of the effectiveness of university counselling services. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(1), 130-139.
- Newcomb-Anjo, S. E., Barker, E. T., & Howard, A. L. (2017). A person-centered analysis of risk factors that compromise wellbeing in emerging adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 46(4), 867-883.
- Neyer, F. J., & Lehnart, J. (2007). Relationships matter in personality development: Evidence from an 8-year longitudinal study across young adulthood. *Journal of Personality*, 75(3), 535–568.
- Noonan, E. (1983). *Counselling young people*. London: Methuen (tr. it. Counselling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti. Napoli: Gnocchi Editore, 1997).
- Novelletto, A. (2009). *L'adolescente. Una prospettiva psicoanalitica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Novick, J. (1976). Termination of treatment in adolescence. *The Psychoanalytic study of the child*, 31(1), 389-414.
- Núñez, J., & Flanagan, C. (2016). Political beliefs and civic engagement in emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 481-496). New York: Oxford University Press.
- O'Connor, M., Sanson, A., Toumbourou, J., Hawkins, M., Letcher, P., Williams, P., & Olsson, C. (2015). Positive development and resilience in emerging adulthood. In J. Arnett (ed.), *The Oxford handbook of emerging adulthood* (pp. 601–614). Oxford: Oxford University Press.

- O'Connor, M., Sanson, S., Hawkins, M. T., Letcher, P., Toumbourou, J. W., Smart, D., . . . Olsson, C. A. (2011). Predictors of positive development in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*(7), 860–874.
- Olatunji, O. A., Idemudia, E. S., & Olawa, B. D. (2020). Family support, self-efficacy and suicidal ideation at emerging adulthood: a mediation analysis. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 920-931.
- Olson, C. K. (2010). Children's motivations for video game play in the context of normal development. *Review of general Psychology*, *14*(2), 180-187.
- Osgood, D. W., Ragan, D. T., Wallace, L., Gest, S. D., Feinberg, M. E., & Moody, J. (2013). Peers and the emergence of alcohol use: Influence and selection processes in adolescent friendship networks. *Journal of Research on Adolescence*, *23*(3), 500-512.
- Oudekerk, B. A., Allen, J. P., Hessel, E. T., & Molloy, L. E. (2015). The cascading development of autonomy and relatedness from adolescence to adulthood. *Child Development*, *86*(2), 472–485.
- Padilla-Walker, L.M. (2016). Moral development during emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 449-463). New York: Oxford University Press.
- Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation*. Boston, MA: Houghton Mifflin
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (1991). How college affects students: findings and insights from 20 years of research. *Reviews Online*, *29*, 29-1027.
- Patrizi, P., Camussi, E., Confalonieri, E., et al. (2016). *Linee Guida della CPA sul counseling psicologico universitario*. Consulta Psicologia Accademica.
- Pelanda, E. (2014). Adolescenti e genitori sfiduciati: processo diagnostico e azione terapeutica. *Adolescenti e genitori sfiduciati: processo diagnostico e azione terapeutica*, 411-420.
- Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Social skills and risk and protective factors in emerging adulthood. *Psico*, *47*(4), 268-278.
- Pesola, F., Shelton, K. H., Heron, J., Munafo, M., Maughan, B., Hickman, M., & van den Bree, M. B. (2015). The mediating role of deviant peers on the link between depressed mood and harmful drinking. *Journal of Adolescent Health*, *56*(2), 153–159.
- Pettit, J. W., Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Yaroslavsky, I. (2011). Developmental relations between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: blood is thicker than water. *Journal of family Psychology*, *25*(1), 127.
- Pietropolli Charmet, G., & Lancini, M. (2009). Nuova generazione di genitori. In M. De Pra & P. Scalari (a cura di), *Nascere e crescere. Il mestiere dei genitori*. Bari: Edizioni la meridiana.
- Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida*. Milano: Cortina.
- Piliavin, J.A., & Siegel, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, *48*(4), 450-464.

- Pivarunas, B., and Shomaker, L. B. (2016). *Binge Eating In European American And Latina Emerging Adult Women*. *Psychosomatic Medicine*, 78(3), A135-A136.
- Polacco Williams, G. (1990). L'attrazione di un impegno temporalmente limitato. *Breve viaggio nella propria mente*, Liguori, Napoli.
- Potterton, R., Richards, K., Allen, K., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders during emerging adulthood: A systematic scoping review. *Frontiers in psychology*, 10, 3062.
- Prince, J.P. (2015). University student counseling and mental health in United States: trends and challenges. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 5-10.
- Prunas, A., Madeddu, F., Pozzoli, S., Gatti, C., Shaw, R. J., & Steiner, H. (2009). The Italian version of the Response Evaluation Measure-71. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 369–377.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2011). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R; A study on a large community sample. *European Psychiatry*, 27(8), 591-597.
- Ranta, M., Punamäki, R. L., Chow, A., & Salmela-Aro, K. (2020). The economic stress model in emerging adulthood: The role of social relationships and financial capability. *Emerging adulthood*, 8(6), 496-508.
- Rao, U., Hammen, C., Ortiz, L. R., Chen, L., & Poland, R. (2008). Effects of early and recent adverse life experiences on adrenal response to psychosocial stress in depressed adolescents. *Biological Psychiatry*, 64(6), 521–526.
- Rawana, J. S., McPhie, M. L., & Hassibi, B. (2016). Eating-and weight-related factors associated with depressive symptoms in emerging adulthood. *Eating Behaviors*, 100(22), 101-108.
- Refaeli, T., Eyal-Lubling, R., & Komem, M. (2019, November). Predicting high-risk situations among marginalized young women navigating towards adulthood: Protective and accelerating factors. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 77, p. 102278). Pergamon.
- Regalia, C., Iafrate, R., (2011). Come colonne di un tempio. L'identità di coppia, in Regalia, C., Marta Rizzi, E. (ed.), *Identità in relazione, Le sfide odierne dell'essere adulto*, McGraw-Hill Education, Milano 2011: 35- 51
- Regnerus, M., & Uecker, J. (2011). *Premarital sex in America: How young Americans meet, mate, and think about marrying*. Oxford University Press.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse & neglect*, 34(4), 244-252.
- Rezzonico, G., & Meier, C. (2010). Il counselling cognitivo relazionale.
- Ripamonti, C. A. (2015). *Manuale di psicologia della salute. Prospettive cliniche, dinamiche e relazionali*. Il Mulino.
- Riva Crugnola, C. (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Il mulino.

- Riva Crugnola, C. (2017). Emerging adulthood: modalità di intervento clinico. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 21(2), 321-328.
- Riva Crugnola, C., Bottini, M., Fontana, M., Ierardi, E., & Sarno, I. (2019). Effectiveness of a psychodynamic university counselling intervention at University of Milano-Bicocca. In *XXI National Congress Italian Psychological Association Clinical and Dynamic Section, Milan–27-29 September 2019* (pp. 70-71).
- Riva Crugnola, C., Fontana, M. R., Preti, E., Riffaldi, M., Sarno, I., & Madeddu, F. (2016). Il counselling rivolto a studenti universitari: un modello a orientamento psicodinamico. In Soresi, S., Nota L., Ginevra, M. C. (a cura di), *Il counselling in Italia. Funzioni, criticità, prospettive future e applicazioni* (pp. 439-436). Padova: Cleup Editore.
- Riva Crugnola, C., Preti, E., Bottini, M., Rosaria Fontana, M., Sarno, I., Ierardi, E., & Madeddu, F. (2020). Effectiveness of a university counseling intervention based on a psychodynamic approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(4), 373-398.
- Riva Crugnola, C., Preti, E., Bottini, M., Rosaria Fontana, M., Sarno, I., Ierardi, E., & Madeddu, F. (2020). Effectiveness of a university counseling intervention based on a psychodynamic approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(4), 373-398.
- Rogers, C.R., (1951) *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Houghton Mifflin, Boston, Tr. It., *Terapia centrata sul cliente*, Firenze: La Nuova Italia, 1997
- Rothschild-Yakar, L., Waniel, A., & Stein, D. (2013). Mentalizing in self vs. parent representations and working models of parents as risk and protective factors from distress and eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 510–518.
- Rott, G. (2018). Fedora Charter on Guidance and Counselling within the European Higher Education Area.
- Rückert, H. (2015). Students' Mental Health and Psychological Counselling in Europe. *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 34-40.
- Rudden, M., Milrod, B., Target, M., Ackerman, S., & Graf, E. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: A pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(4), 1339-1343.
- Russel, J., Dexter, G., & Bond, T. (1992). *Differentiation between Advice, Guidance, Befriending, Counselling Skills and Counselling*. Welwyn, Herts: The Advice and Guidance Lead Body.
- Sabbadini, R. (2009). *Manuale di counselling. Guida pratica per i professionisti: Guida pratica per i professionisti*. Milano: Franco Angeli.
- Sadler, L. S., Novick, G., & Meadows-Oliver, M. (2016). “Having a baby changes everything” Reflective functioning in pregnant adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), e219–e231.
- Salerno, A. (2010). *Vivere insieme. Tendenze e trasformazioni della coppia moderna*. Bologna: il Mulino.
- Salzberger Wittenberg I. (1977). Servizi di consulenza per i giovani. In: Boston M., Daws D. (a cura di). *Il lavoro psicoterapeutico con bambini ed adolescenti*. Napoli: Liguori, 1981.

- Sameroff, A.J., Mc Donough, S.C., & Rosenblum, K.L. (2004). *Treating parent-infant relationship problems*. New York: Guilford Press (tr. it. I disturbi della relazione nella prima infanzia. Torino: Bollati Boringhieri, 1991).
- Sanderson, C. A., & Cantor, N. (1995). Social dating goals in late adolescence: Implications for safer sexual activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(6), 1121.
- Sareen, J., Henriksen, C. A., Bolton, S. L., Afifi, T. O., Stein, M. B., & Asmundson, G. J. (2013). Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel. *Psychological Medicine*, 43(1), 73–84.
- Savarese, G., Iannaccone, A., Mollo, M., Fasano, O., Pecoraro, N., Carpinelli, L., & Cavallo, P. (2019). Academic performance-related stress levels and reflective awareness: the role of the elicitation approach in an Italian University's psychological counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(5), 569-578.
- Scabini, E. (2000). Parent-child relationships in Italian families: connectedness and autonomy in the transition to adulthood. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 23-30.
- Scabini, E., & Donati, P. (1988). *La famiglia «lunga» del giovane adulto: Verso nuovi compiti evolutivi*. Milano: Vita e pensiero.
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnine, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect*, 85(2018), 17-27.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public health*, 7(1), 30.
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41-48.
- Schnyders, C. M., Rainey, S., & McGlothlin, J. (2018). Parent and Peer Attachment as Predictors of Emerging adulthood Characteristics. *Adulthood Journal*, 17(2), 71-80.
- Schulenberg, J., Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Miech, R., & Patrick, M. (2020). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2018: Volume II, College students and adults ages 19-60.
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth and Society*, 37(2), 201–229.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). Leaving-home patterns in emerging adults. The impact of earlier parental support and developmental task progression. *European Psychologist*, 14(3), 238–248.
- Senise, T. (1990). Il setting nella terapia breve di individuazione. *ALIPRANDI M., PELANDA E., SENISE T., Psicoterapia breve di individuazione Milano, Feltrinelli. STERN D.(1985), Il mondo interpersonale del bambino, Bollati-Boringhieri, Torino.*

- Sestito, L. A., & Sica, L. S. (2014). Identity formation of Italian emerging adults living with parents: A narrative study. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1435–1447.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, 4(2), 133-161.
- Shulman, S., & Connolly, J. (2016). the challenge of romantic relationships in emerging adulthood. In J. J. Arnett (a cura di), *The Oxford Handbook of Emerging adulthood* (pp. 230-244). New York: Oxford University Press.
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., Scharf, M., Boiangiu, S. B., & Tregubenko, V. (2018). The diversity of romantic pathways during emerging adulthood and their developmental antecedents. *International Journal of Behavioral Development*, 42(2), 167-174.
- Shweder, R. A., Much, N. C., Mahapatra, M., & Park, L. (1997). The “big three” of morality (autonomy, community, divinity), and the “big three” explanations of suffering. In A. Brandt & P. Rozin (Eds.), *Morality and health* (pp. 119-172). New York: Routledge.
- Sica, L. S., Crocetti, E., Ragozini, G., Aleni Sestito, L., & Serafini, T. (2016). Future-oriented or present-focused? The role of social support and identity styles on ‘futuring’ in Italian late adolescents and emerging adults. *Journal of Youth Studies*, 19(2), 183-203.
- Smetana, J. G., & Turiel, E. (2006). Moral development during adolescence. In G.R. Adams & M. D Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 247-268). New York: Blackwell.
- Smith, C., & Snell, P. (2009). *Souls in transition: The religious and spiritual lives of emerging adults*. New York: Oxford University Press.
- Smout, A., Lazarus, R. S., & Hudson, J. L. (2020). The Relationship Between Parenting and Anxiety in Emerging adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 182-195.
- Snell, M. N., Mallinckrodt, B., Hill, R. D., & Lambert, M. J. (2001). Predicting counseling center clients’ response to counseling: A 1-year follow-up. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 463–473.
- Soller, B. (2014). Caught in a bad romance: Adolescent romantic relationships and mental health. *Journal of health and social behavior*, 55(1), 56-72.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7(4), 349-367.
- Stearns, M., & McKinney, C. (2018). Parent and child antisocial problems: Moderation by emerging adult religiosity and gender. *Personality and Individual Differences*, 134, 182-189.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*, 29, 133-158.

- Steinhausen, H. C., & Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 845-850.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books (tr. it. La costellazione materna. Torino: Bollati Boringhieri, 1995).
- Stockdale, L., & Coyne, S. M. (2018). Video game addiction in emerging adulthood: Cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. *Journal of affective disorders, 225*, 265-272.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive behaviors, 37*(7), 747-775.
- Strepparava M.G., Bani, M., Zorzi, F., Corrias, D., Dolce, R., & Rezzonico, G. (2016). Cognitive counselling intervention: treatment effectiveness in an Italian university centre. *British Journal of Guidance & Counselling, 44*(4), 423-433.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & human development, 12*(6), 567-585.
- Suranata, K., Atmoko, A., & Hidayah, N. (2017). Enhancing Students' Resilience: Comparing The Effect of Cognitive-Behavior And Strengths-Based Counseling. In *2nd International Conference on Innovative Research Across Disciplines (ICIRAD 2017)*. Atlantis Press.
- Suranata, K., Rangka, I. B., & Permana, A. A. J. (2020). The comparative effect of internet-based cognitive behavioral counseling versus face to face cognitive behavioral counseling in terms of student's resilience. *Cogent Psychology, 7*(1), 1751022.
- Sursock, A., & Smidt, H. (2010). *Trends 2010: A decade of change in European Higher Education*. EUA.
- Tanner, J. L., & Arnett, J. J. (2011). Presenting "emerging adulthood": What makes it developmentally distinctive? In J. J. Arnett, M. Kloep, L. B. Hendry, J. L. Tanner (Eds.), *Debating emerging adulthood: stage or process?* (pp. 13–30). New York, NY: Oxford University Press.
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., & Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: A cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health, 13*(1), 26.
- Thurston, I. B., Hardin, R., Kamody, R. C., Herbozo, S., and Kaufman, C. (2018). The moderating role of resilience on the relationship between perceived stress and binge eating symptoms among young adult women. *Eating Behavior, 29*, 114–119.
- Travers, Á., Armour, C., Hansen, M., Cunningham, T., Lagdon, S., Hyland, P., ... & Walshe, C. (2020). Lesbian, gay or bisexual identity as a risk factor for trauma and mental health problems in Northern Irish students and the protective role of social support. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1708144.

- Tronick, E. Z. (2003). "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 473-491.
- Trurax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Towards Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Aldine Publishing Company.
- Trudeau, K. J., & Reich, R. (1995). Correlates of psychological mindedness. *Personality and Individual Differences*, 19(5), 699-704.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Losel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 63-73.
- Tucker, J. S., Rodriguez, A., Dunbar, M. S., Pedersen, E. R., Davis, J. P., Shih, R. A., & D'Amico, E. J. (2019). Cannabis and tobacco use and co-use: trajectories and correlates from early adolescence to emerging adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 204, 107499.
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental psychology*, 43(2), 267.
- Van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice*. Sage.
- Villanueva, L., & Gomis-Pomares, A. (2020). The cumulative and differential relation of adverse childhood experiences and substance use during emerging adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-10.
- Von Bertalanffy, L. (1953). Philosophy of science in scientific education. *The scientific monthly*, 77(5), 233-239.
- Vonk, M. E., & Thyer, B. A. (1999). Evaluating the effectiveness of short-term treatment at a university counseling center. *Journal of clinical psychology*, 55(9), 1095-1106.
- Wang, C. C., Lin, H. C., Chen, M. H., Ko, N. Y., Chang, Y. P., Lin, I. M., & Yen, C. F. (2018). Effects of traditional and cyber homophobic bullying in childhood on depression, anxiety, and physical pain in emerging adulthood and the moderating effects of social support among gay and bisexual men in Taiwan. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 1309.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.
- Waszczuk, M. A., Waaktaar, T., Eley, T. C., & Torgersen, S. (2019). Etiological influences on continuity and co-occurrence of eating disorders symptoms across adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 554-563.
- Watkins, D. C., Hunt, J., & Eisenberg, D. (2012). Increased demand for mental health services on college campuses: Perspective from administrators. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 11(3), 319-337.
- Watts, A.G., & Van Esbroeck, R. (2000). New skills for new futures: a comparative review of higher education guidance and counselling services in the European Union. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 22(3), 173-187.

- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A., Glickman, A., & Lovald, B. E. (2001). Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma meditational model. *Development and Psychopathology, 13*(4), 847–871.
- Wendland, J., Lebert, A., de Oliveira, C., & Boujut, E. (2017). Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. *L'Évolution Psychiatrique, 82*(2), e17-e26.
- West, C. E., Goldschmidt, A. B., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: Findings from Project EAT. *International Journal of Eating Disorders, 52*(6), 659-668.
- Westefeld, J. S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L., & Werth, J. L. (2005). Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(6), 640-645.
- Wickrama, K. A., Noh, S., & Elder, G. H. (2009). An investigation of family SES-based inequalities in depressive symptoms from early adolescence to emerging adulthood. *Advances in life course research, 14*(4), 147-161.
- Widseth, Y.C. (1987). Hearing the Theme of Archaic Grandiosity in Procrastination by College Students. *Journal of College Student Psychotherapy, 1*(3), 91-98.
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Baliousis, M., & Joseph, S. (2008). The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology, 55*(3), 385–99.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect, 33*(1), 59–68.
- Wu, W. C., Hsieh, H. F., Chang, H. Y., Lin, H. C., & Buu, A. (2020). Aggressive-depressive trajectories in childhood and their associations with drinking behaviors and problems in adolescence and emerging adulthood. *Journal of youth and adolescence, 49*(9), 1897-1912.
- Ybarra, M. L., Boyd, D., Korchmaros, J. D., & Oppenheim, J. K. (2012). Defining and measuring cyberbullying within the larger context of bullying victimization. *Journal of Adolescent Health, 51*(1), 53-58.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Borgi, S., Vianzone, S., & Carassa, A. (2016). A longitudinal study of attachment and caregiving representations among Swiss mother-child dyads. *Minerva Psichiatrica, 57*(1), 10–21.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Siebenbruner, J., & Collins, W. A. (2001). Diverse aspects of dating: Associations with psychosocial functioning from early to middle adolescence. *Journal of adolescence, 24*(3), 313-336.
- Zorotovich, J., & Johnson, E. I. (2019). Five Dimensions of Emerging adulthood: A Comparison Between College Students, Nonstudents, and Graduates. *College Student Journal, 53*(3), 376-384.