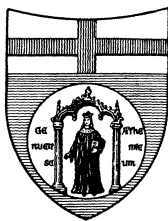


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA  
DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE

**Progetto di ricerca di Psicologia Clinica**  
**Responsabile scientifico: Prof.ssa Cecilia Serena Pace**  
**Dottoranda: Dott.ssa Wanda Morganti**  
**Ciclo XXXVII – Curriculum Psicologia e Scienze Cognitive**

**“Salute mentale nei pazienti con HIV: il ruolo dell’attaccamento, delle esperienze infantili avverse e del funzionamento emotivo”**

**Abstract:** Chronic disease patients may experience greater psychological distress or worse mental health than the general population. When it comes to psychopathological symptoms, People Living With HIV (PLWH) are among the most impacted chronic disease populations. Among the several theoretical frameworks used to explain how various factors can affect mental health there is the Attachment Theory, which can also explain how Adverse Childhood Experiences (ACEs) can have an impact on psychopathological vulnerability and how they can affect an individual’s ability to regulate his emotions throughout life. We **aim** to investigate the role of attachment representations, ACEs, and emotional functioning on mental health both in a clinic group (PLWH) and in a community sample (NHI-G) to highlight possible differences and explore their relationships in such diverse populations. **Methods:** Both interview and self-report measures were used in this correlational and cross-sectional study. We will administer self-report questionnaires to people belonging to both groups (*Large scale study*): BSI, DAST-10, AUDIT to detect the presence of psychopathological symptoms and problematic use of drug/alcohol; ASQ for attachment patterns; ACE-IQ to investigate the presence of ACEs; TAS-20 to evaluate alexithymia; DERS-SF and PANAS-SF to assess emotional functioning. The PLWH group will also complete the HIV Stigma Mechanism Measure and the SMAQ for medication adherence. Then, to assess their attachment representations, a sub-sample will also be interviewed using the Adult Attachment Interview (AAI). We **expect** the large-scale study to reveal: 1) higher psychopathological symptoms in PLWH compared to the (NHI-G); 2) in PLWH, greater number of psychopathological symptoms and lower treatment adherence, predicted by insecurity of attachment and presence of ACEs; 3) the previous association, should be mediated by alexithymia, emotion dysregulation and discrete emotions. For the in-depth part of the study, our hypotheses are: 4) more insecure and disorganized representations in PLWH rather than in the NHI-G and 5) that the insecure ones have worse results on the other examined scales.



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

## **1. Introduzione**

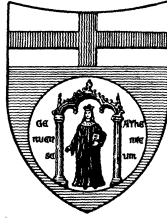
Nella popolazione adulta, le malattie mediche croniche risultano sia fonte, sia fattore associato a numerose condizioni psicopatologiche ma non tutti gli individui portatori di una malattia cronica sviluppano sintomi psicopatologici (Verhaak, 2005). Poiché però la loro presenza comporta minor aderenza al trattamento e un costo sociale-economico aggiuntivo per il *welfare* societario, numerosi gruppi di ricerca si sono sforzati di identificare variabili psicologiche e interrelazioni tra variabili potenzialmente implicate nello sviluppo di disagio psicologico in popolazioni affette da malattie mediche croniche (*ad es.* Anuk et al., 2019; Jadoon et al., 2012; Jiayin & Yunxian, 2016).

Tali sforzi sono stati guidati da diverse cornici teoriche, tra le quali spicca la **teoria dell'attaccamento** (Bowlby, 1969), una prospettiva teorica ampiamente diffusa nel campo della psicologia clinica (Goodwin, 2003; Meredith et al., 2008; Paterson & Moran, 1988) utilizzata anche per spiegare perché certe esperienze avverse infantili (o *Adverse Childhood Experiences* [ACEs]; Felitti et al., 1998) che avvengono entro la relazione con le figure di accudimento primarie (Schimmenti & Caretti, 2018) possano incrementare la vulnerabilità psicopatologica dell'individuo fino all'età adulta (Mikulincer & Shaver, 2012). Inoltre, tanto le rappresentazioni dell'attaccamento quanto l'esposizione alle ACEs sembrano implicati nell'acquisizione e sviluppo delle capacità di **regolazione emotiva** dell'infante, influenzandone a catena il funzionamento emotivo adulto (Girme et al., 2021).

Tuttavia, i meccanismi d'azione e le relazioni tra questi fattori di rischio potrebbero variare in diverse popolazioni, e la conoscenza in merito nella popolazione dei malati cronici è ancora embrionale, ostacolata anche dall'eterogeneità delle condizioni mediche che rientrano in questa definizione, cui conseguono diversi profili psicologici associati a queste condizioni (Paschen-Wolff et al., 2020; Schönnesson et al., 2008; Voss et al., 2014).

In questa eterogeneità, potrebbe essere particolarmente informativo focalizzarsi sugli individui malati di HIV, che mostrano elevati livelli di sintomi psicopatologici (*World Health Organization* [WHO], 2017) che ne inficiano l'aderenza a trattamento, nonché alta incidenza di problematiche relative all'attaccamento (Farias et al., 2020) e di esperienze infantili avverse (Norman et al., 2012), rivelandosi una popolazione con malattia cronica elettiva in cui studiare la natura dei processi che rendono conto dell'associazione tra esperienze relazionali precoci avverse e psicopatologia.

Inoltre, la maggior parte della ricerca sembra essersi concentrata sull'indagine epidemiologica dei problemi di salute mentale delle persone affette da HIV (*People Living With HIV, PLWH*), mentre scarseggiano gli studi sulle variabili e i processi psicologici – come l'attaccamento e le ACEs - che potrebbero essere implicati nell'insorgenza e mantenimento di questi livelli marcati di sintomi e della scarsa aderenza al trattamento farmacologico. Dal punto di vista clinico, un approccio più orientato alla comprensione dei processi psicologici soggiacenti ai diversi livelli psicopatologici, potrebbe consentire di superare l'orientamento descrittivo sinora predominante per volgere all'identificazione di profili di funzionamento distinti all'interno di questa popolazione, potenzialmente utili a tarare



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

protocolli di intervento basati su risultati scientifici per sostenerne la salute mentale e l'aderenza al trattamento.

**1.1 Obiettivo generale, domande di ricerca, ipotesi e risultati attesi**

Malgrado l'indubbio valore della conoscenza acquisita dalle ricerche finora svolte, rimangono tuttora aperte diverse domande, evidenziando la necessità di portare avanti ulteriori studi scientifici sul tema. In quest'ambito ci sono pochi studi, dai risultati incoraggianti ma frammentati, da cui non risulta chiaro il peso di ciascuna delle variabili succitate nel predire i diversi esiti in questa popolazione, riducendo il loro potenziale esplicativo rispetto ai meccanismi che inficiano la salute mentale e l'aderenza terapeutica delle PLWH. Inoltre, in merito agli studi che hanno indagato il ruolo dell'attaccamento, va notato che gli studi si sono esclusivamente avvalsi da strumenti di tipo *self-report* che misuravano l'attaccamento romantico e adattati per essere trasposti agli stili di attaccamento nelle relazioni significative in generale, tralasciando il ruolo delle *rappresentazioni dell'attaccamento* (valutabile tramite strumenti narratologici come l'AAI) sia degli stili di attaccamento adulto in relazioni non romantiche.

Date queste premesse, questo progetto di ricerca sarà suddiviso in due fasi indipendenti, ma connesse. La **prima parte** dello studio (*Large-scale study*), che coinvolgerà un ampio gruppo di partecipanti (N = 800, vedi sotto) si propone di affrontare i quesiti aperti sulle PLWH, rispondendo alle seguenti domande di ricerca (*research questions, RQ*), al netto dell'effetto di potenziali variabili confondenti (genere, età e stigma):

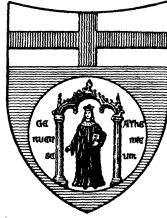
**RQ1) Rispetto alla popolazione generale senza HIV, le PLWH manifestano maggiori livelli di sintomi psicopatologici e nelle variabili psicologiche?**

**RQ2) Maggior insicurezza nell'attaccamento e maggior occorrenza di ACEs predicono maggiori livelli di sintomi psicopatologici e minor livello di aderenza al trattamento nelle PLWH?**

**RQ3) Che ruolo hanno Alessitimia, disregolazione emotiva e specifiche emozioni discrete nelle relazioni tra attaccamento insicuro, e sintomi psicopatologici e aderenza al trattamento delle PLWH?**

La **seconda parte** dello studio (*In-depth study*) si rivolgerà a un numero ristretto di partecipanti (N = 160, vedi sotto) e si proporrà, per la prima volta, di esplorare le rappresentazioni dell'attaccamento delle PLWH indagando anche gli aspetti profondi e inconsapevoli di esse tramite l'analisi della struttura del discorso che emergerà nelle narrazioni sull'attaccamento (AAI), consentendo di affrontare alcune domande di ricerca aperte (*research questions, RQ*):

**RQ4) Rispetto alla popolazione generale senza HIV, le PLWH manifestano una prevalenza di modelli di attaccamento insicuri e disorganizzati e una minor presenza di modelli sicuri?**



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA  
DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE

**RQ5) I modelli di attaccamento insicuri e disorganizzati si associano a maggiori ACEs, maggiori sintomi psicopatologici, minore aderenza al trattamento, maggiore alelessitimia, maggiore disregolazione emotiva e più specifiche emozioni discrete negative nelle PLWH?**

## **2. Metodo**

### **2.1 Disegno della ricerca**

Il disegno della ricerca sarà correlazionale intragruppo (*within subjects*) e *cross-sectional* di confronto tra gruppo a rischio PLHIV e un sottogruppo abbinato per genere ed età appartenente alla popolazione generale in funzione di gruppo di controllo (*between subjects*). La ricerca complessiva è a metodo misto perché verranno utilizzati sia questionari sia interviste.

### **2.2 Partecipanti e procedura**

La ricerca sarà preventivamente sottoposta al parere del Comitato Etico di Ricerca di Ateneo (CERA) dell'Università degli Studi di Genova e al parere del Comitato Etico Regionale cui fanno capo i singoli Enti Ospedalieri che collaboreranno al progetto. Tutti i dati verranno conservati in *hard-disk* esterni protetti da passwords cambiate mensilmente, che verranno conservati dalla responsabile dei dati (C.S. Pace), e i dati derivanti da *surveys* online verranno conservati per il solo tempo necessario alle analisi dei dati di ciascuna fase. Allo stesso modo, anche i questionari compilati in forma cartacea verranno conservati in luogo sicuro e inaccessibile a terzi. La restituzione dei dati avverrà in forma collettiva e aggregata al termine dell'intera ricerca. La partecipazione alla ricerca sarà volontaria.

**Fase 1:** 800 individui adulti (18 – 65 anni) in due gruppi, 400 PLWH (HI-G) trattati ambulatorialmente e 400 individui tratti dalla popolazione generale (NHI-G), tutti reclutati secondo un campionamento di convenienza.

I partecipanti HI-G verranno reclutati con la collaborazione dei reparti di malattie infettive degli ospedali della regione Liguria, mentre i partecipanti al NHI-G verranno reclutati direttamente sul territorio tramite promozione della ricerca (volantini, social media, reclutamento diretto). Si prevede che questa fase duri circa un anno.

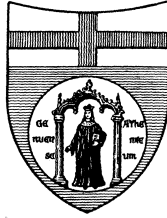
#### **Criteri di inclusione:**

- Età compresa tra 18 e 65 e legale capacità di intendere e di volere
- sufficiente padronanza della lingua italiana da rispondere a questionari e interviste
- Per il gruppo HI-G, avere una diagnosi di HIV.

#### **Criteri di esclusione:**

- Disabilità intellettiva severa certificata, o presenza di diagnosi di autismo o di disabilità fisiche diverse dalla condizione HIV (ad es. *Sindrome di down*).

I potenziali partecipanti saranno informati sia verbalmente sia tramite lettera di richiesta di partecipazione scritta circa gli obiettivi generali della ricerca, fasi, tempi, procedure e modalità finali di restituzione dei dati, volontarietà della partecipazione e tutela dell'anonimato. A coloro che



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

decideranno di partecipare verranno forniti (tramite Microsoft Forms o in forma cartacea) una lettera di presentazione che riepilogherà quanto sopra e anticipato verbalmente, fornendo anche i dati del responsabile della ricerca e del trattamento dei dati e il consenso informato. Per la versione online, ogni link è automaticamente associato a un codice alfanumerico (*token*) che sostituirà il nome del partecipante per tutta la durata della ricerca e con cui saranno salvati tutti i dati pertinenti a quel partecipante, il cui nome non verrà mai richiesto. Tale codice identificativo, generato automaticamente in sede di salvataggio dei dati della survey online, verrà anche utilizzato per salvare l'audioregistrazione e relativa trascrizione per coloro che risponderanno all'intervista. Per la somministrazione cartacea, solo dopo la firma del consenso, verrà consegnato il plico di questionari sul quale verrà apposto un codice che fungerà da token generato sulla base delle iniziali del somministratore, numero progressivo di somministrazioni, genere, età e luogo di reclutamento. Per esempio, la sottoscritta che intervisterà una donna di 45 anni che è la 43esima consecutiva presso l'Ospedale San Martino (codificato come "1"), apporrà sui fogli la sigla "WM43F451". Tale codice ci consentirà di risalire a quale partecipante è abbinato il questionario ma siccome le iniziali sono quelle del somministratore, funzionerà da token e sarà difficilmente riconducibile al soggetto in questione.

Solo la sottoscritta e la responsabile dei dati (obbligate alla riservatezza) saranno a conoscenza dell'abbinamento *token*-partecipante. La compilazione dei questionari durerà circa 40 minuti e conterà di un questionario iniziale creato appositamente per lo scopo dello studio, questionari circa le variabili dipendenti (sintomi psicopatologici e aderenza al trattamento), le variabili indipendenti ACEs e attaccamento, le variabili mediatrici (alessitimia e disregolazione emotiva), le variabili moderatrici (colpa e vergogna) e alcune variabili confondenti (e.g., stigma).

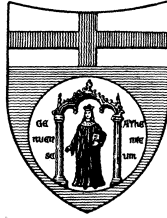
**Fase 2:** In un secondo appuntamento, un sotto-campione di 160 partecipanti - 80 estratti dal gruppo HI-G e 80 dal gruppo NHI-G abbinati per età e genere – risponderanno a un'intervista sull'attaccamento (AAI, vedi sotto) che può durare da 45 minuti a un'ora e mezza. Le interviste verranno audio-registrate, trascritte *ad verbatim* omettendo i dettagli personali dei partecipanti, quindi codificate da codificatori certificati attendibili.

## **2.3 Variabili e strumenti**

### **2.3.1 Variabili dipendenti**

#### **2.3.1.1 Ansia, depressione e disagio psicologico**

- *Brief Symptom Checklist (BSI;* Derogatis, 1993; Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis & Spencer, 1982): strumento self-report, composto da 53 item derivati dalla Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Valuta la presenza negli ultimi sette giorni di sintomi psicologici su 9 dimensioni: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoidea e psicoticismo.



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

**2.3.1.2 *Uso di sostanze e di alcol***

- *Drug Abuse Screening Test 10 items* (DAST-10; Skinner, 1982; Conti et al., 1982): questionario composto da 10 item con risposta dicotomica che fornisce un punteggio e una classificazione del soggetto in merito al livello di gravità di problemi relativi all'utilizzo di droghe.
- *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Babor et al., 1992; Saunders et al., 1993): questionario sviluppato dalla World Health Organization per identificare le persone che fanno uso pericoloso di alcol composto da 10 item (3 per la frequenza e la quantità di alcolici assunti, 3 sulla dipendenza e 4 sui problemi causati dall'alcol).

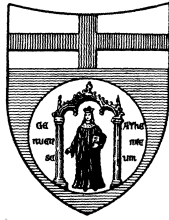
**2.3.1.3 *Aderenza al trattamento (solo PLWH)***

- *Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)* (Knobel et al., 2002): questionario composto da 6 domande e che fornisce un punteggio che tiene conto di tre componenti dell'aderenza al trattamento con terapia antiretrovirale: intenzionale, accidentale e frequenza e quantità.

**2.3.2 Variabili indipendenti**

**2.3.2.1 *Attaccamento***

- *Attachment Style Questionnaire* (ASQ; Feeney et al., 1994). Un questionario self-report di 40 item, con scala di risposta a 6 punti, che valuta cinque dimensioni relative agli stili di attaccamento: una è relativa all'attaccamento sicuro (Fiducia), due all'attaccamento evitante (Disagio per l'intimità e Secondarietà delle relazioni) e altre due all'attaccamento ansioso (Bisogno di approvazione e Preoccupazione per le relazioni).
- *Adult Attachment Interview* (AAI, George et al., 1985). Intervista *gold-standard* per la valutazione delle rappresentazioni di attaccamento nei soggetti adulti e tardo-adolescenti, è composta da 20 domande. L'intervista viene audio-registrata e trascritta *ad-verbatim* per poter essere codificata da codificatori certificati secondo specifici indicatori relativi alla coerenza narrativa (in base alle massime di Grice, 1975), alla presenza di processi difensivi a livello psicolinguistico e parzialmente inconsapevoli (*ad es.* idealizzazione, rabbia soverchiante) e di processi traumatici potenzialmente irrisolti, per consentire la categorizzazione del trascritto nella più idonea tra cinque categorie: sicuro-autonomo (F/A), insicuro-distanziante (Ds), insicuro-invischiato (E, o ambivalente o preoccupato), irrisolto (U, con traumi e lutti irrisolti) o non classificabile (CC, presenza simultanea di più rappresentazioni entro il trascritto).



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

### **2.3.2.2 Adverse Childhood Experiences**

- *Adverse Childhood Experiences - International Questionnaire (ACE-IQ; World Health Organization, 2012)*: si tratta di una lista di esperienze che fanno riferimento a quattro dimensioni, ognuna con altre sottodimensioni, per un totale di 13 categorie di ACEs: abuso, neglect, disfunzione familiare e violenza al di fuori del nucleo familiare. Ogni sottodimensione può essere valutata 1 o 0 in base alla presenza o meno dell'evento. Il totale potrà variare tra 0 e 13, valori tra 2 e 13 indicano molteplici tipi di avversità presenti.

### **2.3.3 Variabili mediatrici e moderatrici**

#### **2.3.3.1 Alessitimia**

- *Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20; Bagby et al., 1994; Bressi et al., 1996)*: è un questionario self-report composto da 20 item su scala di risposta Likert a 5 punti. Restituisce risultati su tre scale: 1) difficoltà ad identificare i sentimenti, 2) difficoltà a descrivere i sentimenti e 3) pensiero orientato all'esterno, la cui somma restituisce un punteggio totale di alessitimia.

#### **2.3.3.2 Disregolazione emotiva**

- *Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF; Gratz & Roemer, 2004; Giromini et al., 2012)*, un questionario self-report di 18 items con risposta su scala likert a cinque punti che va da 1 (*Mai*) a 5 (*Sempre*). Lo strumento fornisce un punteggio totale che indica il livello generico di disregolazione emotiva e che risulta dalla convergenza di sei sotto-dimensioni: *Unawareness, Clarity, Goals, Impulse, Strategies* e *Non acceptance*.

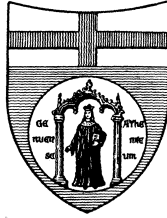
#### **2.3.3.3 Emozioni discrete**

- *Positive and Negative Affective Schedule Short Form (PANAS-SF; Watson et al., 1988)* è un questionario composto da 20 item corrispondenti ad altrettante emozioni. Il rispondente dovrà indicare quanto spesso ha provato l'emozione negli ultimi sei mesi su una scala Likert a 5 punti da "per niente" a "Estremamente". Restituisce due punteggi indipendenti per affettività positiva (*ad es.* entusiasta, eccitato) e negativa (*ad es.* vergogna, colpa).

### **2.3.4 Variabili confondenti**

#### **2.3.4.1 Questionario iniziale ad hoc.**

- Questo questionario raccoglierà informazioni socio-anagrafiche e anamnestiche estese quali età, genere, status socioeconomico, cittadinanza, situazione lavorativa e la



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

domanda “Lei è portatore di HIV?”. Se la risposta sarà sì, verranno richieste domande aggiuntive rispetto a quanto tempo è trascorso dalla diagnosi, terapia farmacologica, momento della diagnosi di HIV e di AIDS, carica virale attuale, momento e modalità del contagio.

#### **2.3.4.2 Stigma**

- *HIV Stigma Mechanism Measure* (Earnshaw et al., 2013): Il questionario sarà somministrato unicamente al campione HI-G. Per gli scopi del presente studio, soltanto la sottoscala relativa allo stigma internalizzato sarà utilizzata che conta 6 items con modalità di risposta su scala Likert a 5 punti.

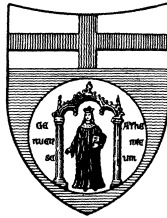
#### **2.4 Analisi dei dati**

I dati raccolti saranno analizzati con procedure di statistica descrittiva e inferenziale parametrica con l'ausilio del software statistico *Statistic Package for Social Science* (SPSS), versione 23, e R-Studio. Nei due gruppi verranno calcolati i punteggi a tutti gli strumenti e gli indici di attendibilità degli stessi nel gruppo considerato, e presentate le statistiche descrittive nei due gruppi. Le analisi verranno considerate statisticamente significative con  $p < .05$ , e riportate misure dell'effetto quando possibile. Per rispondere nello specifico alle varie RQ verranno confrontati i punteggi tra i due gruppi controllando per le covariate, saranno effettuate delle correlazioni parziali, analisi di regressione multipla e test dell'ipotesi della mediazione moderata. Si confronteranno, infine, le distribuzioni delle frequenze per le categorie di classificazione ottenute all'AAI, tenendo conto delle covariate

#### **Bibliografia**

- Anuk, D., Özkan, M., Kizir, A., & Özkan, S. (2019). The characteristics and risk factors for common psychiatric disorders in patients with cancer seeking help for mental health. *BMC psychiatry*, 19/(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2251-z>
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bressi, C., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Buongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C. & Invernizzi, G. (1996), Cross validation of the factor structure of the Twenty-items Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-59.





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA  
DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE

Conti L, Garonna F, Cassano GB: Un modello multiassiale per la diagnosi ed il trattamento dell'alcolismo. N.P.S., Atti del XXXV Congresso Nazionale SIP, Cagliari Ottobre-Novembre 1982.

Derogatis, L. R. (1993). BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.

Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, and Procedures Manual-I. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Earnshaw, V.A., Smith, L.R., Chaudoir, S.R., Amico, K.R., & Copenhaver, M.M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS Behav*;17:1785-95. *PMCID: PMC3664141*

Farias, O. D. O., Alexandre, H. D. O., Lima, I. C. V. D., Galvão, M. T. G., Hanley-Dafoe, R., & Santos, V. D. F. (2020). Attachment styles of People Living with HIV/AIDS. *Ciencia & saude coletiva*, 25, 495-504. DOI: 10.1590/1413-81232020252.11852018

Feeney, J., Noller, P. and Hanrahan, R. (1994) Assessing Adult Attachment. In: Berman, W. and Sperling, M., Eds., Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives, Guilford Press, New York, 128-151.

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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Berkeley, CA: University of California.

Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, 21(2), 260–272. <https://doi.org/10.1037/emo0000721>

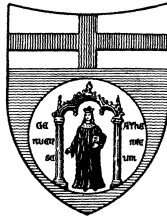
Giromini, L., Velotti, P., De Campora, G., Bonalume, L., & Zavattini, G. C. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 989-1007.

Goodwin, I. (2003). The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 35–56.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

Jadoon, N. A., Shahzad, M. A., Munir, W., & Bashir, I. (2012). Sociodemographic, clinical and lifestyle factors associated with psychiatric illness among individuals with diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 32(2), 98-104. <https://doi.org/10.1007/s13410-012-0076-0>

Jiayin, R., & Yunxian, Z. (2016). Research progress on mental health status and its influencing factors of patients with Crohn's disease. (English). *Chinese Nursing Research*, 30(1A), 11–13. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27 (8), pp. 457-465, 10.1002/2327-6924.12215



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., Gonzalez, J., Ruiz, I., Kindelan, J.M., Carmona, A., Juegai, J., & A. O. o. b. o. t. G. S. Group. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*;16(4):605–13.
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 407–429.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Paschen-Wolff, M. M., Campbell, A. N., Tross, S., Choo, T. H., Pavlicova, M., & Jarlais, D. D. (2020). DSM-5 substance use disorder symptom clusters and HIV antiretroviral therapy (ART) adherence. *AIDS care*, 32(5), 645-650. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1686600>
- Paterson, R. J., & Moran, G. (1988). Attachment theory, personality development, and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8(6), 611–636.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2018). Attachment, trauma, and alexithymia. In O. Luminet, R. M. Bagby, & G. J. Taylor (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 127–141). Cambridge University Press. [https://doi.org/10.1017/9781108241595.010\[2\]](https://doi.org/10.1017/9781108241595.010[2])
- Schönnesson, L. N., Atkinson, J., Williams, M. L., Bowen, A., Ross, M. W., & Timpson, S. C. (2008). A cluster analysis of drug use and sexual HIV risks and their correlates in a sample of African-American crack cocaine smokers with HIV infection. *Drug and alcohol dependence*, 97(1-2), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.023>
- Skinner H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363–371. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90005-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3)
- Verhaak, P. F., Heijmans, M. J., Peters, L., & Rijken, M. (2005). Chronic disease and mental disorder. *Social science & medicine*, 60(4), 789-797.
- Voss, J. G., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., & Dodd, M. J. (2014). Symptom cluster of fatigue and depression in HIV/AIDS. In *HIV: Issues with Mental Health and Illness* (pp. 19-34). Routledge. [https://doi.org/10.1300/J005v33n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J005v33n01_03)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- World Health Organization (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- World Health Organization. (2012). Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ) – rationale for ACE-IQ.