



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Disregolazione emotivo-comportamentale e qualità dei legami di attaccamento: il ruolo delle esperienze traumatiche genitoriali

Facoltà di Medicina e Psicologia
Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute
Dottorato di Psicologia Dinamica e Clinica XXXVII°Ciclo

Dottoranda Pia Rita Fragomeni
Matricola 1054155

Tutor
Prof.ssa Anna Maria Speranza

Co-Tutor
Prof. Francesco Dentale

A.A. 2023-2024

Indice

INTRODUZIONE	5
1 CBCL-DP: ASPETTI CLINICI E VARIABILI DI RISCHIO	8
1.1 INTRODUZIONE AL CBCL-DYSREGULATION PROFILE	8
1.2 CBCL-DP E DISTURBI ESTERNALIZZANTI: STATO DELL'ARTE E PREVALENZA.....	10
1.3 STUDI SU SOGGETTI ADHD	11
1.3.1 <i>Studi su soggetti con disturbi da comportamento dirompente</i>	16
1.4 PREDITTORI E FATTORI DI RISCHIO DEL CBCL-DP	18
1.4.1 <i>Fattori di rischio genetici e biologici</i>	19
1.4.2 <i>Fattori di rischio individuali, psicosociali e familiari</i>	21
1.5 CORRELATI ATTUALI PSICOSOCIALI, FAMILIARI E RELAZIONALI DEL CBCL-DP.....	22
1.6 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	24
2 QUALITÀ DEI LEGAMI DI ATTACCAMENTO E DISREGOLAZIONE NEI BAMBINI	27
2.1 INTRODUZIONE	27
2.2 LEGAMI DI ATTACCAMENTO E DISTURBI ESTERNALIZZANTI ED INTERNALIZZANTI.....	31
2.3 INSICUREZZA DELL'ATTACCAMENTO E DISTURBI ESTERNALIZZANTI NEI BAMBINI	31
2.4 INSICUREZZA DELL'ATTACCAMENTO E DISTURBI INTERNALIZZANTI NEI BAMBINI.....	33
2.5 DISORGANIZZAZIONE DELL'ATTACCAMENTO E DISREGOLAZIONE NEI BAMBINI: IL RUOLO DELLE ESPERIENZE GENITORIALI AVVERSE	35
2.6 CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	37
3 LA RICERCA	40
3.1 PRESUPPOSTI TEORICI.....	40
3.2 OBIETTIVI E QUESITI DI RICERCA	41
4 METODOLOGIA	44
4.1 DISEGNO DI RICERCA.....	44
4.2 PROCEDURA	44
4.3 CAMPIONE	46
4.4 STRUMENTI DI VALUTAZIONE.....	49
4.4.1 <i>Strumenti diagnostici</i>	49
4.4.2 <i>Strumenti di ricerca</i>	52
4.5 ANALISI E TRATTAMENTO DEI DATI	56
5 RISULTATI	58

5.1	OBIETTIVO 1: MODELLI DI ATTACAMENTO INFANTILI E CBCL-DP.....	58
5.1.1	<i>Esplorazione delle classificazioni di attaccamento infantili</i>	58
5.1.2	<i>CBCL-DP e insicurezza dell'attaccamento infantile</i>	59
5.2	OBIETTIVO 2: CBCL-DP E MODELLI DI ATTACAMENTO GENITORIALI.....	60
5.2.1	<i>Esplorazione delle classificazioni di attaccamento genitoriali</i>	60
5.2.2	<i>CBCL-DP, insicurezza e disorganizzazione nei genitori.....</i>	61
5.3	OBIETTIVO 3: EVENTI DI VITA AVVERSI NELLA STORIA GENITORIALE E DISREGOLAZIONE NEI BAMBINI	62
5.3.1	<i>CBCL-DP ed esperienze avverse materne</i>	62
5.3.2	<i>CBCL-DP ed esperienze avverse paterne.....</i>	63
5.4	DISCUSSIONE DEI RISULTATI	64
6	CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E CRITICITÀ DELLO STUDIO	69
6.1	CRITICITÀ E LIMITI DELLO STUDIO	70
	APPENDICE A	72
	BIBLIOGRAFIA	73

A chi crede in me

Il presente documento è distribuito secondo la licenza Tutti i diritti riservati.

Introduzione

La letteratura attuale ritiene che la grave disregolazione emotiva e comportamentale nei bambini è frequente e rappresenta un grave fattore di rischio transdiagnostico per l'emergere di psicopatologie maggiori future (Brotman et al., 2006; Carver et al., 2017; Caspi et al., 2014; Cole e Hall, 2010). In linea con ciò, nelle revisioni più recenti dei principali sistemi di classificazione diagnostica vi è un crescente riconoscimento dell'importanza della dimensione emotiva nella comprensione dei disturbi del comportamento in infanzia (Cavanagh et al., 2017). L'introduzione di nuove categorie diagnostiche nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) e nella Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia (CD:0-5; Maestro & Muratori, 2018) – rispettivamente il Disturbo da Disregolazione dell'Umore Dirompente (DMDD) e il Disturbo da Disregolazione della Rabbia e dell'Aggressività dell'Infanzia (DDAA) – rappresenta un tentativo di catturare manifestazioni cliniche dei bambini che si collocano ai confini diagnostici tra disturbi del neurosviluppo, del comportamento e dell'umore.

L'interesse clinico di questo dibattito riguarda soprattutto la possibilità per i bambini di avere “una casa diagnostica” (Carlson, 2009; Stepanova et al., 2023) che possa fornire indicazioni terapeutiche mirate. La ricerca in questo ambito ha evidenziato che i bambini disregolati condividono sintomi che appartengono sia alla sfera della sintomatologia internalizzante che a quella esternalizzante (Achenbach et al., 2016; Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Rescorla, 1986; Lilienfeld, 2003; McConaughy & Skiba, 1993) e presentano condizioni gravi e complesse che sfuggono spesso alle logiche dei sistemi di classificazione (Thomas & Guskin, 2001). In accordo con la letteratura sull'attaccamento (Bowlby, 1969, 1973, 1980), sono stati spesso associati a qualità disfunzionali nelle relazioni genitore-bambino (Angold et al., 1999).

In questo settore di studi, a partire da strumenti frequentemente utilizzati in ambito clinico e di ricerca, sono state spesso derivate misure di disregolazione che colgono spettri ampi

di psicopatologia spesso utilizzate di routine nelle attività di screening e di impostazione degli interventi (Althoff & Ametti, 2021). Tra queste misure, uno strumento frequentemente utilizzato in ambito di clinica e di ricerca è l'indicatore Child Behaviour Checklist-Dysregulation Profile (CBCL-DP) che definisce la disregolazione come presenza contemporanea di problemi multipli di regolazione nei bambini, che si esprimono sul piano della gestione delle emozioni, della cognizione e del comportamento (Ayer et al., 2009).

Sulla base della letteratura che sottolinea l'impatto delle relazioni genitore-bambino sullo sviluppo delle capacità di autoregolazione (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Cassidy & Shaver, 2018) il presente studio intende esplorare la relazione tra grave disregolazione emotivo-comportamentale nei bambini e qualità delle relazioni di attaccamento genitoriali e infantili. Inoltre, questo lavoro si propone di approfondire i legami tra esperienze traumatiche nei genitori, modelli di attaccamento genitoriali e infantili e sintomi di grave disregolazione nei bambini.

A tale scopo, attraverso la definizione del profilo di disregolazione Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile (CBCL-DP; Ayer et al., 2009), nel Capitolo 1 verrà introdotta una descrizione clinica della disregolazione emotivo-comportamentale. Verranno esaminati gli aspetti psicopatologici e diagnostici manifestati dai bambini con CBCL-DP, i principali fattori di rischio studiati fino ad ora e i risultati sui fattori familiari e relazionali con l'intenzione di offrire una panoramica aggiornata della letteratura attuale. Nel capitolo 2, con lo scopo di portare l'attenzione sui fattori collegati alla qualità delle relazioni genitore-bambino, verrà analizzata la letteratura che ha indagato le relazioni tra legami di attaccamento e i disturbi esternalizzanti e internalizzanti nei bambini. Successivamente, verrà proposto un approfondimento sui meccanismi sottesi allo sviluppo di sintomi di disregolazione nei bambini nel contesto relazionale della disorganizzazione dell'attaccamento in relazione al trauma genitoriale e alla presenza di eventi di vita avversi. Nel terzo capitolo verrà esposta una sintesi del rationale teorico della ricerca

seguita dai quesiti di ricerca e dalle ipotesi operative. Il quarto capitolo descriverà la ricerca, mentre nel quinto capitolo saranno discussi i risultati. Infine, il sesto capitolo proporrà le considerazioni conclusive sui risultati ottenuti.

1 CBCL-DP: aspetti clinici e variabili di rischio

1.1 Introduzione al CBCL-Dysregulation Profile

Il CBCL-DP è un indicatore empiricamente derivato, che viene calcolato a partire dai punteggi di alcune scale del questionario CBCL ed è in grado di catturare il funzionamento nei principali domini dell'autoregolazione emotivo, cognitivo e comportamentale (per una descrizione operativa si veda il paragrafo 4.4.2). La storia dell'indicatore CBCL-DP non è lineare e merita perciò di un breve excursus. Il CBCL-DP è stato identificato per la prima volta da Biederman et al. (1995). Sulla base dei risultati che evidenziavano associazioni tra la presenza contemporanea della costellazione di sintomi CBCL-DP e la diagnosi di Disturbo Bipolare Pediatrico nei bambini, gli autori avevano originariamente definito l'indicatore come CBCL-Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD). Studi successivi non hanno confermato una corrispondenza specifica con il Disturbo Bipolare Infantile, piuttosto hanno proposto che il profilo CBCL possa riflettere un costrutto transdiagnostico di disregolazione, sotteso ad un ventaglio più ampio di disturbi psichiatrici e psicologici (Althoff & Ametti, 2021). In questi studi, l'indicatore ha assunto di volta in volta nomi differenti, quali CBCL-Mania Profile, AAA-Profile o CBCL-Pediatric Bipolar Disorder (CBCL-PDB). Sulla base di questi risultati è stato proposto di riconcettualizzare l'indicatore come una misura di gravi problemi di autoregolazione in domini multipli, non catturati dalla nomenclatura del DSM-IV, e di rinominarlo in CBCL-Dysregulation Profile (CBCL-DP; (Althoff, 2010; Ayer et al., 2009).

Molti studi supportano la sua utilità clinica nell'identificare bambini con sintomatologia complessa (Aitken et al., 2019; Ayer et al., 2009; Bellani et al., 2012). In questo ambito alcuni autori hanno ipotizzato che possa essere considerato una sindrome a sé stante e le ricerche attuali sostengono che possa rappresentare un'entità psicopatologica valida (Aebi, Winkler Metzke, & Steinhausen, 2020). I bambini CBCL-DP sono clinicamente diversi dai bambini con un solo disturbo o sintomo perché i loro tassi di comorbidità sono molto più elevati

(Althoff et al., 2010; Hudziak, Althoff, Derks, Faraone, & Boomsma, 2005). Presentano gravi sintomi internalizzanti, esternalizzanti e totali con una compromissione significativa del funzionamento (Kim, et al., 2012; Diler, et al., 2009; McGough, et al., 2008; Youngstrom, Youngstrom, & Starr, 2005). Molti studi hanno evidenziato un maggiore rischio di disturbi mentali e di esiti disadattivi nella tarda adolescenza e nella giovane età adulta, tra cui il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), i disturbi del comportamento dirompente, i disturbi dell'umore, i disturbi da uso di sostanze e i problemi sociali (Althoff et al., 2010; Biederman, et al., 2012; Holtmann, et al., 2011).

Il CBCL-DP supporta un approccio dimensionale alla psicopatologia che considera i sintomi lungo un continuum di gravità piuttosto che come entità discrete (Moller, 2014) e consente, perciò, di catturare la complessità della disregolazione emotiva, superando i problemi come la co-occorrenza e l'eterogeneità eccessive dei disturbi (Chavez Arana XX; Widiger & Simonsen, 2005). Seppure il CBCL-DP sia ampiamente utilizzato in ricerca e differenze tra gli studi sollevano il dibattito sulla sua misurazione in modo categorico, dimensionale, o con una combinazione dei due approcci (Althoff & Ametti, 2021). Attualmente, non esiste un accordo univoco sul calcolo che permette di operationalizzare la variabile CBCL-DP, che può avvenire attraverso metodi diversi. Un primo approccio si basa su una definizione dicotomica e considera positivi solo i soggetti che ottengono punteggi $T \geq 70$ ($>2DS$) contemporaneamente su tutte e tre le scale. Questo metodo è considerato più restrittivo e perciò più adeguato a identificare soggetti con disregolazione grave e pervasiva (Aitken et al., 2019) che rappresentano casi estremi. Un secondo metodo si basa su una definizione continua della variabile e prevede la somma dei punteggi T delle tre scale principali successivamente confrontata con cut-off di $T \geq 210$ ($>2DS$) e di $T \geq 180$ ($>1DS$), utilizzati in modo prevalente rispettivamente per la popolazione clinica e per la popolazione generale (Masi et al., 2015; Spencer et al., 2011), ma anche come livelli differenti di gravità nelle capacità di autoregolazione. Questi studi differenziano il livello CBCL-DP $T=210$ più stringente (Hudziak, Althoff, Derks, Faraone, & Boomsma, 2005;

Galanter et al., 2003; Mick et al., 2003) dal livello T-180 a cui si riferiscono generalmente come Deficient Self-Regulation (DESR) (Faraone et al., 2005; Spencer et al., 2011; Surman et al., 2011).

Un terzo tipo di studi ha applicato una combinazione di entrambi gli approcci attraverso l'Analisi delle Classi Latenti (LCA) al fine di identificare sottogruppi distinti di individui con caratteristiche simili di disregolazione (Bianchi et al., 2017; Deutz et al., 2016, 2020). Nonostante la sua utilità clinica e di ricerca, la variabilità nei criteri di utilizzo e nella definizione del CBCL-DP rappresenta una sfida significativa per la comparabilità dei risultati tra studi diversi. L'eterogeneità metodologica, inclusa la diversità nei cut-off adottati, nei metodi di calcolo e nei campioni esaminati, può compromettere la precisione delle stime di prevalenza e l'affidabilità delle associazioni tra il CBCL-DP e altre variabili psicopatologiche (Mürner-Lavanchy et al., 2023; DiSalvo et al., 2023).

Sulla base delle considerazioni appena esposte, in questo capitolo verrà proposta una discussione sulla prevalenza del CBCL-DP e sullo stato attuale della ricerca in soggetti con disturbi ADHD e del comportamento dirompente. Successivamente verranno prese in considerazione le ricerche più recenti sui fattori predittivi e di rischio del CBCL-DP e sarà proposta una discussione sui correlati attuali psicosociali, relazionali e familiari.

1.2 CBCL-DP e disturbi esternalizzanti: stato dell'arte e prevalenza

L'indicatore CBCL-DP è stato utilizzato in campioni normativi, a rischio e clinici. In questo ultimo ambito la sua applicazione è ampia e riguarda campioni differenti, quali Disturbi dell'umore (in particolar modo Disturbo Bipolare Infantile), ADHD, Disturbi da comportamento dirompente, spettro dell'autismo. In questo paragrafo verranno discussi i risultati principali attuali delle ricerche su soggetti con diagnosi di ADHD e di Disturbo del comportamento dirompente. Utilizzando come parole chiave i nomi con cui è stato definito di volta in volta l'indicatore, la ricerca bibliografica nelle maggiori banche dati

(Scopus, EBSCO, Google Scholar) ha identificato 17 studi su campioni ADHD e 4 su disturbi del comportamento dirompente che indicavano tassi di prevalenza CBCL-DP e/o punteggi medi CBCL-DP Totale e/o dimensioni.

1.3 Studi su soggetti ADHD

La Tabella 1 sintetizza le principali caratteristiche degli studi individuati e i relativi costrutti presi in esame. La maggior parte delle ricerche è stata effettuata sulla popolazione americana ed ha utilizzato un disegno di ricerca di tipo cross-sectional, un numero minore ha utilizzato un disegno longitudinale. La numerosità campionaria appare eterogenea, variando dai 70 ai 1.346 soggetti. Nello specifico, negli studi cross-sectional la numerosità varia tra 22 e 1.346 soggetti, mentre negli studi longitudinali (al T1) varia tra i 152 e i 421 soggetti. Il genere maschile risulta prevalente, con valori compresi tra il 53.3% e il 100%. Alcuni studi propongono analisi di sottogruppi in base al rischio familiare di psicopatologie come il disturbo bipolare (Qin et al., 2023). L'età dei soggetti varia tra i 4 e i 31 anni, con intervalli che vanno da 2 a 14 anni negli studi cross-sectional e fino a 31 anni negli studi longitudinali.

Tabella 1 Caratteristiche studi CBCL-DP su soggetti ADHD

Autori (anno)	Paese	Disegno di ricerca	N (% Maschi)	Range età	Altre variabili indagate
Astensvald et al. (2022)	Svezia	Longitudinale	389 gemelli (54.2%)	8-31	ADHD Comorbidità (autismo, condizioni affettive, disabilità intellettiva)
Baykal & Nalbantoglu (2019)	Turchia	Cross-sectional	72 (83.3%)	8-10	Tipologie ADHD Comorbidità (ODD,)
Biederman et al. (2021)	USA	Cross-sectional	332 (70%) 204 (57%)	4-18	Comorbidità (uso clinico CBCL e scale derivate)
Biederman et al. (2009)	USA	Longitudinale	280 ADHD 142 No ADHD	6-18	Comorbidità (utilità predittiva CBCL-BP)
Donfrancesco et al. (2015)	Italia	Cross-sectional	358 190 ADHD (87.9%)	6-17	Sensitività e specificità livello DERS
Doyle et al. (2010)	USA	Longitudinale	319 (61%)	7-18	Genetica del linkage tra i fenotipi del CBCL-JBD

Faraone et al. (2005)	USA	Cross-sectional	471 ADHD (61%) + 410 fratelli	6-18	Diagnosi di disturbo bipolare pediatrico attuale e nel corso della vita
Halperin et al. (2011)	USA	Longitudinale	152 (87.5%)	7-11	Disturbi di personalità (Cluster A, B, C). Disturbi dell'asse I (ADHD, CD, disturbi dell'umore e dell'ansia) Funzionamento psicosociale
McGough et al. (2008)	USA	Cross-sectional	540 (72%)	5-18	Comorbidità (ODD, CD; GAD, OCD, sindrome di Tourette) Comorbidità genitori (uso di sostanze, disturbi umore, d'ansia) Tratti genetici
McNamara et al. (2022)	USA	Cross-sectional	123 (67%) Alto rischio (HR) Basso rischio (LR) Controllo (HC)	10-18	Sintomi maniacali Sintomi depressivi Sintomi ADHD Livelli di EPA+DHA nei globuli rossi Funzionamento globale
Mick et al. (2011)	USA	Cross-sectional	341 (64%)	6-17	Varianti genetiche disregolazione emotiva e comportamentale
Nagamitsu et al. (2015)	Giappone	Cross-sectional	35 (66%)	8-12	Funzione GABA, comorbidità con disturbi ansiosi, depressivi, ODD e CD Ml trattamento
Peyre et al. (2015)	Francia	Cross-sectional	173 (88%)	6-18	Caratteristiche temperamentali Risposta al metilfenidato Caratteristiche neuropsicologiche (pianificazione, controllo dell'interferenza, attenzione sostenuta)
Qin et al. (2023)	Cina, USA	Cross-sectional	114 N= 37 (62.2%) Alto rischio-HR N= 45 (64.4%) Basso rischio-LR N= 32 (53.1%) Controllo sano-HC	10-18	Reti funzionali cerebrali Sintomi ADHD, depressivi, maniacali Funzionamento globale Gravità globale dei sintomi
Rizzutti et al. (2015)	Brasile	Cross-sectional	124 (66.6%) 327 (68.8%)	6-12	Variabili comportamentali e neuropsicologiche
Sanabra et al. (2022)	Spagna	Cross-sectional	108 No trattamento 80 In trattamento 136 controlli sani	6-16	Problemi del sonno Comorbidità psichiatriche Trattamento farmacologico
Serrano et al. (2013)	Spagna	Cross-sectional	100 (84%)	8-17	Comorbidità (ODD e CD) Sintomi maniacali Rischio di disturbo bipolare
Spencer et al. (2011)	USA	Longitudinale	421 197 ADHD (72%) 224 Controlli (47%)	6-18	Comorbidità (ODD, CD disturbi d'ansia, Disturbo depressivo maggiore, Disturbo bipolare) Funzionamento sociale Funzionamento scolastico e familiare
Taskiran et al. (2018)	Turchia	Cross-sectional	48 (87.5%) 22 Controlli (72.7%)	6-12	Comorbidità Temperamento Funzionamento familiare Sintomi ADHD Reazioni fisiologiche a stimoli emotivi
Volk & Todd (2007)	USA	Cross-sectional	1.346 gemelli (63%)	7-19	Comorbidità (ODD, CD, depressione) Comportamenti suicidari Ereditabilità
Zepf et al. (2008)	Germania	Cross-sectional	22 (100%)	9-15	Funzionamento della serotonina (5-HT) Tempi di reazione stressor Impulsività e aggressività

Come evidenziato dalla Tabella 2, la definizione dimensionale CBCL-DP è stata la più adottata, mentre un numero minore di ricerche ha optato per una definizione categoriale; due studi (Doyle et al., 2010; McNamara et al., 2022) non hanno specificato il metodo di calcolo. Nello specifico, gli studi che hanno adottato un approccio categoriale (Halperin et al., 2011; McGough et al., 2008; Mick et al., 2011; Peyre et al., 2015; Qin et al., 2023; Serrano et al., 2013; Volk & Todd, 2007) hanno evidenziato fasce di prevalenza comprese tra il 2.5% e il 27.3% e punteggi T medi CBCL-DP che variano tra 204.93 e 210.7. Riguardo le singole scale, i punteggi T medi variano tra 56.6 e 66.8 per la scala Ansia/Depressione, tra 62.0 e 72.3 per la scala Problemi attenzione e tra 59.9 e 71.6 per la scala Comportamento Aggressivo. Questi dati indicano un'ampia variabilità della disregolazione emotiva all'interno della popolazione ADHD e una maggiore severità delle condizioni dei bambini identificati dal metodo di calcolo più restrittivo (T-70).

Gli studi che hanno trattato il CBCL-DP come variabile dimensionale hanno evidenziato tassi di prevalenza differenti nei livelli di gravità. Utilizzando il cut-off dimensionale T-180 (Astensvald et al., 2022; Baykal & Nalbantoglu, 2019; Donfrancesco et al., 2015; Doyle et al., 2010; Faraone et al., 2005; Nagamitsu et al., 2015; Rizzutti et al., 2015; Sanabra et al., 2022; Spencer et al., 2011; Taskiran et al., 2018) hanno evidenziato fasce di prevalenza più ampie, comprese tra il 21% e il 44% e punteggi T medi CBCL-DP che variano tra 168.40 e 204.93. Riguardo le singole scale, i punteggi medi variano tra 60.67 e 66.8 per la scala Ansia/Depressione, tra 72.3 e 73.7 per la scala Problemi di Attenzione e tra 71.6 per la scala Comportamento Aggressivo. D'altra parte, utilizzando il cut-off dimensionale T-210 (Biederman et al., 2009, 2021; Faraone et al., 2005; Nagamitsu et al., 2015) gli studi hanno evidenziato fasce di prevalenza comprese tra il 5.4% e il 44% e punteggi medi compresi tra 168.40 e 189.45. Riguardo le singole scale, i punteggi medi variano tra 58.8 e 66.8 per la scala Ansia/Depressione, tra 62.6 e 73.7 per la scala Problemi Attenzione e tra 59.4 e 79.2 per la scala Comportamento Aggressivo. Questi dati indicano che nella fascia di sintomatologia subclinica T-180 la prevalenza risulta maggiore, mentre i bambini con i

punteggi clinici T-210 costituiscono una minoranza e rappresentano il sottogruppo clinicamente più compromesso, con punteggi medi più elevati.

Considerati nel loro insieme, i dati di questi studi riflettono una distribuzione significativa della disregolazione emotiva all'interno della popolazione ADHD a seconda del metodo di calcolo e del cut-off utilizzato ed evidenziano una chiara differenziazione nei livelli di gravità della disregolazione emotiva tra i bambini con ADHD.

Tabella 2 Modalità di calcolo, prevalenza e medie CBCL-DP in soggetti ADHD

Autori (anno)	Metodo calcolo, soglia cut-off	%	M (Ds)	Anx/Dep M_(Ds)	Attention M (Ds)	BehavProb M_(Ds)
Astenvald et al. (2022)	Dimensionale					
	T < 180	T 180-210: 21.1%	168.40 (21.09)	-	-	-
	T 180-210	T ≥ 210: 5.4%				
T ≥ 210						
Baykal & Nalbantoglu (2019)	Dimensionale	-	189.45 (19.33)	60.25 (7.69)	65.66 (7.14)	63.56 (9.26)
	T 180-210					
	T ≥ 210					
Biederman et al. (2021)	Dimensionale	32%	-	-	-	-
	T ≥ 210: CBCL-BP					
Biederman et al. (2009)	Dimensionale	13.7%	-	-	-	-
	T ≥ 210: CBCL-BP					
Donfrancesco et al. (2015)	Dimensionale	40%	-	-	-	-
	T ≥ 179 < 210					
Doyle et al. (2010)	Dimensionale	-	-	58.8 (9.3)	62.6 (10.9)	59.4 (10.4)
Faraone et al. (2005)	Dimensionale	-	170 (26)	-	-	-
	T ≥ 210					
Halperin et al. (2011)	Categoriale	T1 31%	210.7 (32.1)	66.8 (12.2)	72.3 (10.0)	71.6 (13.7)
	T ≥ 70	T2 4.9%				
McGough et al. (2008)	Categoriale	8%	-	-	-	-
	T ≥ 70					
McNamara et al. (2022)	Dimensionale	-	HR: 26,8 (12,1)	-	-	-
	Non specificato					
Mick et al. (2011)	Categoriale	11%	-	62.2 (10.5)	67.9 (9.6)	63.8 (11.6)
	T ≥ 70					
Nagamitsu et al. (2015)	Dimensionale	43%	-	66.4 (4.5)	73.7 (5.5)	79.2 (7.2)
	T ≥ 210					
Peyre et al. (2015)	Categoriale	24.3%	-	-	-	-
	T ≥ 70					
Qin et al. (2023)	Categoriale	HR: 25.9%	HR: 78.24 (3.41)	-	-	-
	T ≥ 70		LR: 20.21 (9.82)			
Rizzutti et al. (2015)	Dimensionale	44%	-	-	-	-
	T 180-210					

			No trattamento: 194.19 (20.90) Trattamento: 190.64 (20,8) Controllo: 162.44 (13.87)	No trattamento: 60.67 (8.49) Trattamento: 62.18 (7.13) Controllo: 55.38 (6.31)	No trattamento: 70.56 (9.53) Trattamento: 65.63 (8.66) Controllo 53.32 (5.07)	No trattamento: 63.21 (9.12) Trattamento: 62.60 (9.23) Controllo: 53.74 (5.93)
Sanabra et al. (2022)	Dimensionale T 180-210	.				
Serrano et al. (2013)	Categoriale T \geq 70	18%	-	-	-	-
Spencer et al. (2011)	Dimensionale T 180-210	44%	-	-	-	-
Taskiran et al. (2018)	Dimensionale T \geq 180		204.93 (18.42)	-	-	-
Volk & Todd (2007)	Categoriale T \geq 70	2.5%	-	56.6 (6.9)	62.0 (10.1)	59.9 (13.2)
Zepf et al. (2008)	Categoriale T \geq 70	27.3%	-	-	-	-

La letteratura attuale ha evidenziato associazioni significative, in particolare tra i soggetti con tipologia combinata rispetto a quelli con tipologia attentiva (Astensvald et al., 2022; Baykal & Nalbantoglu, 2019). I soggetti con CBCL-DP sono stati più frequentemente associati a diagnosi di ADHD (tipi iperattivo-impulsivo e combinato), disturbo oppositivo provocatorio (ODD) e disturbo della condotta (CD). Tuttavia, è importante notare che molti soggetti con ADHD o ODD/CD non presentano il profilo CBCL-JBD (Volk & Todd, 2007). I bambini con ADHD e CBCL-DP mostrano risposte più negative in condizioni di stress (Zepf, 2009), un'elevata frequenza di pensieri suicidari, piani e tentativi di suicidio e maggiore gravità sintomatologica. Inoltre, hanno mostrato tassi più elevati di disturbi esternalizzati, in particolare il disturbo oppositivo provocatorio (Peyre et al., 2015), e disturbi internalizzati (Nagamitsu et al., 2015; Peyre et al., 2015), oltre a un'incidenza maggiore di disturbi del sonno (Sanabra et al., 2022) e un rischio elevato di ospedalizzazione (Biederman et al., 2009). Evidenziano una compromissione significativa del funzionamento globale e psicosociale, caratterizzata da maggiori problemi sociali (Nagamitsu et al., 2015) e difficoltà nelle relazioni interpersonali, sia con i pari che all'interno della famiglia (Spencer et al., 2011; Taskiran et al., 2018).

Una parte significativa della ricerca su CBCL-DP e ADHD ha indagato la comorbidità psichiatrica, evidenziando tassi significativamente più elevati di diagnosi multiple, in

particolare disturbo oppositivo provocatorio e ansia generalizzata (McGough, 2009; Spencer et al., 2011). Studi su soggetti esposti al rischio di familiarità psichiatrica nello sviluppo di sintomi CBCL-DP severi hanno evidenziato il ruolo della familiarità di disturbo bipolare (McNamara et al., 2022) suggerendo un'associazione tra rischio familiare per il disturbo bipolare e maggiore disregolazione emotiva (Qin et al., 2023) e associazioni con utilizzo di sostanze da parte del genitore (McGough et al., 2008).

Diversi studi hanno supportato l'utilità clinica delle singole scale del CBCL (Biederman et al., 2021) e dell'utilizzo di livelli di gravità del profilo di disregolazione CBCL-DP, incluso il livello di gravità subclinica (T-180), sottolineando l'efficacia nell'identificare sottogruppi di bambini con forme più severe e complesse di disturbi che richiedono approcci terapeutici differenziati (McGough et al., 2008; Rizzutti et al., 2015; Spencer et al., 2011).

Il CBCL-DP si è rivelato particolarmente utile per identificare soggetti con sintomatologia bipolare attuale (Faraone et al., 2005; Serrano et al., 2013) e a rischio significativo di sviluppare disturbi bipolari, depressione maggiore e disturbo oppositivo-provocatorio (Biederman et al., 2009) e disturbi di personalità in adolescenza o nella prima età adulta (Halperin et al., 2011). Tra le scale del CBCL-DP, la dimensione Comportamento aggressivo è risultata particolarmente influente nel differenziare i soggetti ADHD con CBCL-DP (Zepf et al., 2008).

Ulteriori studi hanno indagato fattori genetici (Doyle et al., 2010; Faraone et al., 2005; McGough et al., 2008; Mick et al., 2011; Qin et al., 2023) e neurobiologici (McNamara et al., 2022; Nagamitsu et al., 2015; Zepf et al., 2008), i cui risultati saranno discussi in maniera più approfondita e in un contesto più ampio nel prossimo paragrafo (si veda Paragrafo 1.4).

1.3.1 Studi su soggetti con disturbi da comportamento dirompente

La tabella 3 sintetizza le caratteristiche degli studi individuati, le relative stime di prevalenza e i costrutti presi in esame. La maggior parte degli studi è stata effettuata in

Italia, mentre uno studio è stato condotto in Canada. La metà degli studi ha adottato un disegno di ricerca di tipo cross-sectional e un solo studio incluso nella rassegna ha adottato un disegno di coorte longitudinale. Gli studi hanno utilizzato piccoli gruppi di circa 100 soggetti, eccetto lo studio di Aitken et al. (2019) la cui numerosità risulta maggiore. Il genere maschile è prevalente tra i soggetti, evidenziando valori compresi tra il 78% e il 100%. L'età dei soggetti varia tra gli studi dai 6 ai 15 anni, con fasce di ampiezza che variano tra 1 e 6 anni. La maggior parte degli studi ha utilizzato cut-off dimensionali; in un lavoro (Aitken et al., 2019) è stato calcolato anche un cut-off categoriale e in uno studio (Muratori et al., 2017) non è stato specificato il cut-off. La maggior parte degli studi ha utilizzato un valore soglia di T-210, uno studio (Masi et al., 2015) ha utilizzato in aggiunta un valore soglia di T-180 (DERS); uno studio (Muratori et al., 2017) non ha riportato il valore soglia utilizzato. I risultati riguardo il cut-off categoriale hanno evidenziato tassi di prevalenza pari al 15.2% (Aitken et al., 2019). Quando definito in modo continuo, il punteggio CBCL-DP evidenzia tassi di prevalenza del 52.7% per il cut-off T-180 e valori che variano tra 32% e il 46.8% per il cut-off T-210. Nessuno studio ha riportato i tassi di prevalenza né i punteggi medi delle singole scale Ansia/Depressione, Problemi di attenzione e Comportamento Aggressivo che compongono il CBCL-DP.

I risultati della ricerca su CBCL-DP in soggetti con disturbi del comportamento dirompente hanno evidenziato che i bambini con il profilo CBCL-DP mostrano una severità clinica significativamente maggiore rispetto ad altri gruppi, indipendentemente dal tipo di disturbo dirompente (ODD o CD) e dalle comorbilità (Masi et al., 2015). Nei casi di Disturbo Oppositivo-Provocatorio (DOP), punteggi elevati di CBCL-DP sono risultati associati a livelli maggiori di auto-aggressione che indica una vulnerabilità specifica per comportamenti autolesionistici (Muratori et al., 2017). Inoltre, il CBCL-DP è associato a tassi significativamente più elevati di sintomi psichiatrici e compromissione funzionale, identificando un gruppo particolarmente compromesso di bambini con comportamento dirompente (Aitken et al., 2019). I profili di personalità nei bambini con CBCL-DP hanno

rivelato livelli più elevati di narcisismo e impulsività rispetto ai bambini con DESR, caratteristiche che potrebbero essere predittive di futuri disturbi della personalità come il disturbo antisociale e borderline (Masi et al., 2015). Questi risultati supportano l'utilizzo del CBCL-DP come strumento di screening per individuare giovani a rischio di disfunzioni comportamentali future (Muratori et al., 2017). Infine, studi neurofisiologici indicano che i bambini con CBCL-DP presentano una predisposizione biologica alla reattività emotiva, evidenziata da una maggiore attivazione simpatica in risposta a stimoli negativi (Tonacci et al., 2019), suggerendo una componente neurofisiologica di disregolazione emotiva.

Tabella 3 Caratteristiche studi CBCL-DP e disturbi del comportamento dirompente

Autori (anno)	Paese	Disegno di ricerca	N (% Maschi)	Range età	Metodo calcolo, soglia cut-off	%	M (Ds)	Altre variabili
Aitken et al. (2019)	Canada	Cross-sectional	348 (78%)	6-12	Categoriale T \geq 70 Dimensionale T \geq 210	Categoriale: 15.2% Dimensionale: 46.8%	/	Differenze di genere Accordo tra valutatori (genitori, insegnanti) Compromissione del funzionamento (competenze adattive e scala di compromissione)
Masi et al. (2015)	Italia	Longitudinale	108, (83.3%)	9-15	Dimensionale T \geq 210 T-180-210	T-210: 37.9% T-180-210: 52.7%	/	Tratti Callous-Unemotional (CU) Relazioni familiari Funzionamento globale Gravità della sintomatologia
Muratori et al. (2017)	Italia	Cross-sectional	72 (90%)	12-14	Non specificato	/	199.61 (22.60)	Auto-aggressione Aggressività fisica verso gli altri Comorbilità
Tonacci et al. (2019)	Italia	Cross-sectional	88 (100%)	7-11	Dimensionale T \geq 210	32%	/	Attivazione simpatica Aggressività Funzionamento esecutivo Sistemi di regolazione emotiva

1.4 Predittori e fattori di rischio del CBCL-DP

La revisione della letteratura condotta nel 2015 da Caro-Cañizares et al. et al. rappresenta il primo tentativo di sintetizzare l'impatto dei fattori di rischio associati allo sviluppo dei sintomi CBCL-DP nei bambini e negli adolescenti. I risultati hanno evidenziato la presenza di una forte componente genetica e biologica, evidenziata dalla presenza di elevata

ereditabilità (Muratori et al., 2017) e maggiore sensibilità del sistema di risposta allo stress e ai contesti emotivi (Ayer et al., 2013; Rich et al., 2007; 2011). Inoltre, sottolineavano il ruolo di fattori psicosociali e familiari, quali condizioni anomale di crescita (Jucksch et al., 2011), ostilità genitoriale e uso di sostanze da parte del genitore (Dougherty et al., 2014). Questi dati suggeriscono che in aggiunta alla presenza di una componente genetica, la combinazione di stili educativi genitoriali disfunzionali e di carenze nel supporto sociale durante i periodi sensibili dello sviluppo potrebbe rappresentare un fattore di rischio significativo per l'insorgenza del CBCL-DP (Caro-Cañizares et al., 2015). Gli autori ipotizzano che la mancanza di supporto sociale durante i periodi sensibili dello sviluppo possa costituire un fattore di rischio significativo per lo sviluppo della sintomatologia CBCL-DP, sottolineando l'interesse di nuovi studi che indaghino la qualità dei legami di attaccamento genitore-bambino. Durante gli anni successivi, ulteriori ricerche hanno indagato la relazione tra variabili di rischio e CBCL-DP. Gli studi possono essere divisi negli ambiti genetici, biologici, individuali, psicosociali e familiari. In questo paragrafo verranno discussi i risultati principali.

1.4.1 Fattori di rischio genetici e biologici

Gli studi sui fattori genetici sembrano confermare l'elevata ereditabilità del CBCL-DP (67% influenze genetiche, 33% influenze ambientali). I risultati in questo ambito hanno evidenziato una modesta associazione con l'allele del gene DAT1 (Volk & Todd, 2007), una possibile associazione con il cromosoma 2q con un segnale di linkage che potrebbe suggerire la presenza di geni predisponenti per una psicopatologia grave in bambini con ADHD e CBCL-PBD (McGough et al., 2008) ed evidenziato varianti genetiche suggestive in geni legati allo sviluppo neuronale e alla regolazione emozionale (inclusi LRRC7, SEMA3A, ALK, STIP1 e TMEM132D; Mick et al., 2011).

Studi sui profili neuropsicologici hanno evidenziato che i bambini con punteggi CBCL-DESR elevati presentano prestazioni inferiori nei test di memoria di lavoro e di attenzione

sostenuta (Rizzutti et al., 2015) e una maggiore attivazione della reattività fisiologica autonoma in situazione di stress emotivo (Taskiran et al., 2018).

Studi neurobiologici hanno evidenziato livelli significativamente più elevati di attivazione simpatica in risposta a stimoli negativi di rabbia e tristezza (Tonacci et al., 2019), associazioni significative con i sistemi dopaminergici (Marzilli et al., 2022; Poustka et al., 2015) e serotoninergici (Zepf, 2009) ed evidenziato un aumento della funzione inibitoria GABA nei bambini con CBCL-DP la cui varianza nell'attività di binding nelle diverse regioni cerebrali veniva maggiormente spiegata dalla dimensione CBCL-DP Ansia/Depressione (Nagamitsu et al., 2015). Ulteriori studi hanno inoltre osservato associazioni significative tra i livelli di colina nella corteccia ventrolaterale prefrontale bilaterale, gravità dei sintomi ADHD e disregolazione (Chen et al., 2022). In questo ambito, studi su soggetti CBCL-DP ad alto rischio familiare per Disturbo Bipolare hanno mostrato anomalie specifiche nelle reti fronto-limbiche e fronto-parietali ed evidenziato che i sintomi più severi di disregolazione potrebbero essere legati a una connettività disfunzionale specifica nei circuiti di controllo emotivo (Qin et al., 2023).

Studi sui fattori biologici hanno mostrato che l'asimmetria EEG alfa parietale sinistra nelle madri (Marino et al., 2019) e stati pro-infiammatori nei bambini, inclusi elevati di Proteina C Reattiva (CRP), sono collegati alla disregolazione emotiva misurata attraverso il CBCL-DP (Holtmann et al., 2013). Durante il periodo della gravidanza, fattori relativi alla salute materna quali obesità pregravidica, infezioni prenatali, diabete gestazionale (Frazier et al., 2023) e l'esposizione prenatale a sostanze (alcol, nicotina, droghe) sono stati identificati predittivi del CBCL-DP (Asmussen et al., 2022; Frazier et al., 2023; Hofheimer et al., 2023; Holtmann et al., 2013). La nascita pretermine (<37 settimane di gestazione) è emersa come fattore predittivo significativo (Hofheimer et al., 2023) e, nei bambini nati estremamente pretermine, fattori prenatali quali basso livello di istruzione materna, esposizione passiva al fumo, presenza di Mycoplasma nel tessuto placentare sono emersi come predittori

significativi di disregolazione, mentre la corioamnionite istologica è stata associata a una riduzione del rischio (Frazier et al., 2015).

1.4.2 Fattori di rischio individuali, psicosociali e familiari

Riguardo i fattori individuali la ricerca sui fattori temperamentali ha evidenziato il ruolo dell'affettività negativa (Deutz et al., 2020; Momany & Troutman, 2021), identificando pattern specifici caratterizzati da una tendenza alla ricerca di nuove esperienze e stimoli, presenza di ansia, timidezza, scarsa dipendenza dal riconoscimento sociale e maggiori difficoltà a perseverare nei compiti in circostanze frustranti (Althoff et al., 2012). Il CBCL-DP è stato inoltre associato a punteggi elevati di reattività emotiva e a un basso livello di autodirezionalità (Peyre et al., 2015). Fattori psicologici quali bassa autostima, elevata autoconsapevolezza, e scarso controllo di sé sono emersi come predittori significativi di sintomi CBCL-DP nei bambini (Deutz et al., 2020).

Riguardo i fattori psicosociali, gli studi hanno sottolineato il ruolo delle avversità sociali durante l'infanzia (Adynski et al., 2023; Hofheimer et al., 2023; Poustka et al., 2015). In questo ambito i risultati della letteratura indicano associazioni con condizioni di reddito più basso (Deutz et al., 2020; Miller et al., 2019), livelli elevati di rischio psicopatologico materno e paterno (Marzilli et al., 2022) e la presenza di un parente di primo grado con un disturbo psichiatrico (Frazier et al., 2023). In particolare, la presenza di depressione materna (Adynski et al., 2023; Asmussen et al., 2022; Deutz et al., 2020; Hofheimer et al., 2023; Marino et al., 2019), di disturbo depressivo maggiore (Topal et al., 2021) e di disturbo bipolare (Abel et al., 2024; Diler et al., 2011; Topal et al., 2021) nei genitori costituiscono fattori di rischio significativi per lo sviluppo del CBCL-DP.

Riguardo le caratteristiche genitoriali, la presenza di bassi livelli di istruzione materna ha fornito risultati contrastanti (Asmussen et al., 2022; Deutz et al., 2020; Frazier et al., 2023; Miller et al., 2019). D'altra parte, giovane età materna (Asmussen et al., 2022) e difficoltà di regolazione emotiva nelle madri (Pat-Horenczyk et al., 2015) sono risultate

significativamente associate al CBCL-DP. La presenza di una genitorialità materna meno positiva, qualità più scarse dell'ambiente domestico (Deutz et al., 2020) e minore responsività materna (Poustka et al., 2015) sono emersi come fattori significativi. Lo stress materno (Adynski et al., 2023), l'esposizione materna e del bambino ad eventi traumatici, lo stress post-traumatico materno (Pat-Horenczyk et al., 2015) e l'esposizione ad un numero elevato di eventi stressanti di vita (Aebi et al., 2020) hanno mostrato associazioni significative. Nello specifico, i problemi di regolazione emotiva nei bambini erano significativamente associati sia ai sintomi post-traumatici materni sia alla disregolazione emotiva materna (Pat-Horenczyk et al., 2015).

Sul piano familiare la struttura monoparentale è risultata associata a livelli più elevati di disregolazione emotiva (Nobile et al., 2016). Riguardo la relazione madre-figlio e padre-figlio la presenza di elevati livelli di stress percepito (Marzilli et al., 2022), esperienze di rifiuto genitoriale, specialmente nelle femmine (Aebi et al., 2020), l'ostilità materna e paterna (Basten et al., 2013) sono risultate associate alla presenza di sintomi CBCL-DP. In questo ambito lo studio longitudinale di Deutz et al. (2020) ha esaminato l'impatto di antecedenti relazionali osservando i modelli di attaccamento infantili misurati attraverso la Strange Situation Procedure (SSP; Ainsworth, 1978) in un campione clinico di bambini tra gli 8 e i 14 anni. I risultati non hanno evidenziato associazioni significative con le classificazioni di attaccamento (A, B, C, D e U), anche se alcuni valori di attaccamento hanno mostrato tendenze verso correlazioni con fattori specifici (ad esempio, confronti tra B e D).

1.5 Correlati attuali psicosociali, familiari e relazionali del CBCL-DP

In linea con l'obiettivo principale di questa tesi, che è quello di portare l'attenzione sull'importanza dei fattori relazionali nella comprensione dei gravi sintomi CBCL-DP, nel presente paragrafo verrà proposta una breve rassegna degli studi che hanno esaminato i

correlati psicosociali e relazionali attuali. In questo ambito, la letteratura appare ancora esigua. Fino ad ora sono stati presi in considerazione aspetti differenti, quali fattori socioeconomici, familiari genitoriali individuali, di coppia genitoriale e sentimentale.

Il primo studio in questo ambito è stato condotto da Jucksch et al. nel 2011 con lo scopo di indagare il ruolo dell'avversità psicosociale e la compromissione del funzionamento su un campione clinico di 9024 soggetti di età compresa tra i 4 e i 18 anni. I risultati hanno evidenziato tassi significativamente elevati di avversità psicosociale rispetto ai bambini con sintomatologia attentiva e ansioso-depressiva e ai soggetti con una sola dimensione CBCL-DP sintomatologica clinica. Riguardo i correlati familiari, il CBCL-DP è risultato associato a maggiore incidenza di disabilità psichiatriche tra i familiari, relazioni problematiche e comunicazione familiare inadeguata e tassi più elevati di qualità anomale di crescita. Nello specifico una supervisione genitoriale inadeguata, esperienze di deprivazione e di iperprotezione possono contribuire a peggiorare il decorso della disregolazione.

Successivamente, Kim et al. (2012) hanno condotto uno studio su un campione normativo di 549 soggetti con lo scopo di esaminare le caratteristiche psicosociali associate al CBCL-DP in età prescolare. I risultati hanno evidenziato associazioni significative con la presenza di psicopatologia genitoriale e di stili educativi disfunzionali. Nello specifico, le madri dei bambini positivi al CBCL-DP mostravano maggiore emotività negativa, livelli più elevati di disturbi depressivi e ansiosi e adottavano uno stile educativo autoritario (controllante, punitivo). Diversamente, i padri adottavano stili educativi più permissivi (mancanza di struttura e controllo) e riportavano minore soddisfazione coniugale.

Più tardi, Rosales & Bedregal (2019) hanno condotto uno studio su un campione normativo di 1,429 bambini di età compresa tra i 30 e i 48 mesi con l'obiettivo di esaminare la frequenza del CBCL-DP tra i bambini prescolari cileni e di esplorare le associazioni con fattori legati al bambino, al caregiver principale e al contesto familiare. I risultati hanno evidenziato associazioni con alterazioni del funzionamento familiare, presenza di sintomi

depressivi nel caregiver principale, numero di eventi di vita stressanti del caregiver negli ultimi 12 mesi ed esperienze di violenza fisica, psicologica, sessuale o economica subita dal caregiver.

Nello stesso periodo, Vázquez-Echeverría et al. (2020) hanno condotto uno studio su un campione rappresentativo nazionale di bambini in età prescolare in Uruguay, composto da 4210 partecipanti. Lo studio mirava ad analizzare le proprietà psicometriche della versione spagnola del CBCL per i bambini di età compresa tra 1,5 e 5 anni, identificare profili latenti di problemi comportamentali e caratterizzare questi profili in base a variabili sociodemografiche e al contesto familiare, inclusi fattori come la depressione materna e le pratiche violente. I risultati hanno evidenziato associazioni significative con la depressione materna e l'utilizzo di pratiche educative violente da parte dei genitori. Inoltre, sottolineano il ruolo del livello di istruzione e dell'età materna e del contesto socioeconomico di crescita dei bambini.

Più di recente, nel suo lavoro di tesi di dottorato, Zepeda-Burgos (2022) ha condotto uno studio su un campione clinico di 194 soggetti di età compresa tra 6 e 12 con lo scopo di esaminare i fattori psicosociali e familiari associati alla disregolazione emotiva e comportamentale nei bambini. I risultati hanno evidenziato associazioni significative tra CBCL-DP e presenza di sintomi depressivi e di ansia nel caregiver, struttura familiare monoparentale, contesto sociale di immigrazione, minori esperienze di calore relazionale e maggiori esperienze di rifiuto genitoriale e tentativi di controllo relazionale del caregiver.

1.6 Considerazioni conclusive

Il CBCL-DP rappresenta uno strumento clinico utile e ampiamente applicato in campioni normativi, a rischio e clinici in grado di identificare bambini che presentano sintomi particolarmente gravi, complessi ed eterogenei. Nella letteratura corrente, il CBCL-DP è stato particolarmente studiato in soggetti con diagnosi di ADHD e disturbi del

comportamento dirompente, evidenziando tassi di prevalenza e punteggi medi variabili in base ai criteri di calcolo (dimensionale o categoriale) e ai cut-off utilizzati (Biederman et al., 2009; McGough et al., 2008; Muratori et al., 2017). Tra questi i cut-off categoriale T-70 e dimensionale T-210 individuano un sottogruppo di bambini clinicamente più compromesso, che presenta punteggi medi più elevati nelle scale DP e maggiore severità sintomatologica (Astensvald et al., 2022; Baykal & Nalbantoglu, 2019; Faraone et al., 2005). Nei bambini con ADHD, il CBCL-DP ha mostrato associazioni significative con disturbi comorbidi come ODD (Disturbo Oppositivo Provocatorio) e CD (Disturbo della Condotta), oltre a evidenziare una maggiore incidenza di pensieri suicidari e disturbi del sonno (Volk & Todd, 2007; Sanabra et al., 2022). Nei disturbi del comportamento dirompente, il CBCL-DP ha evidenziato una gravità clinica significativamente maggiore rispetto ad altri gruppi. Il profilo CBCL-DP è stato associato a vulnerabilità specifiche per comportamenti autolesionistici e disturbi della personalità, come il Disturbo Borderline di Personalità (Masi et al., 2015; Muratori et al., 2017). Questi dati sostengono l'utilità clinica del CBCL-DP come strumento di screening per identificare e monitorare precocemente bambini a rischio di disfunzioni emotive e comportamentali significative che potrebbero beneficiare di interventi mirati e differenziati (Biederman et al., 2021; Spencer et al., 2011; Serrano et al., 2013).

Se considerati nel loro insieme, risultati degli studi sui predittori e i correlati attuali evidenziano l'influenza significativa di fattori genetici, biologici, psicosociali, familiari e relazionali nello sviluppo della sintomatologia CBCL-DP. La componente genetica del CBCL-DP si è rivelata importante, con un elevato tasso di ereditabilità e associazioni con specifiche varianti genetiche che influenzano la regolazione emotionale e lo sviluppo neuronale (Mick et al., 2011). A livello biologico, le anomalie neurobiologiche, come l'asimmetria EEG e i livelli di colina nella corteccia prefrontale, suggeriscono basi fisiologiche alla disregolazione, con impatti sul funzionamento autonomo e inibitorio GABA in risposta a stimoli emotivi (Chen et al., 2022; Nagamitsu et al., 2015). Riguardo i

fattori psicosociali, i bambini positivi al CBCL-DP risultano spesso esposti a contesti socioeconomici svantaggiati caratterizzati da bassi livelli di istruzione materna ed età materna più giovane (Vásquez-Echeverría et al., 2020). Sperimentano maggiori avversità psicosociali, come contesti sociali di immigrazione (Zepeda-Burgos, 2022), ed evidenziano tassi più elevati di condizioni anomale di crescita (Jucksch et al., 2011). Tra i familiari di primo grado dei bambini CBCL-DP è emersa una maggiore incidenza di disabilità psichiatriche (Jucksch et al., 2011). In particolare la presenza di livelli più elevati di disturbi depressivi e ansiosi nelle madri (Kim et al., 2012; Rosales & Bedregal, 2019; Vásquez-Echeverría et al., 2020; Zepeda-Burgos, 2022). I caregiver dei bambini CBCL-DP hanno mostrato maggiore esposizione ad eventi di vita stressanti del caregiver, come esperienze di violenza fisica, psicologica, sessuale o economica (Rosales & Bedregal, 2019). Le famiglie dei bambini CBCL-DP sono più frequentemente associate ad una struttura monogenitoriale (Zepeda-Burgos, 2022) e tendono a mostrare alterazioni nel funzionamento generale (Rosales & Bedregal, 2019). Le relazioni familiari sembrano maggiormente problematiche e caratterizzate da comunicazione familiare inadeguata (Jucksch et al., 2011), minore vicinanza e calore emotivo e maggiore rifiuto genitoriale (Zepeda-Burgos, 2022). Nella coppia genitoriale e coniugale emergono alcune differenze tra madri e padri riguardo l'adozione di stili educativi e la soddisfazione di coppia (Kim et al., 2012). L'utilizzo di pratiche educative violente da parte dei genitori rappresenta un fattore di rischio significativo per il CBCL-DP (Vásquez-Echeverría et al., 2020).

2 Qualità dei legami di attaccamento e disregolazione nei bambini

2.1 Introduzione

La letteratura nell'ambito della teoria dell'attaccamento offre un contributo importante nella comprensione delle modalità in cui le relazioni di accudimento influenzano i processi chiave coinvolti negli sviluppi psicopatologici. A partire dagli studi pionieristici di Bowlby (1969, 1973, 1980), numerosi ricercatori hanno indagato la relazione tra attaccamento precoce e disadattamento successivo, identificando quattro aspetti complementari che spiegano tale collegamento (Cassidy & Shaver, 2018). In primo luogo, la qualità dell'attaccamento può influire sull'eziologia e sul mantenimento di condizioni psicopatologiche attraverso i processi di regolazione emotiva che si sviluppano all'interno della diade genitore-bambino (Chaplin e Cole, 2005; Izard et al., 2006; Guttman-Steinmetz e Crowell, 2006). In questo ambito di ricerca, diversi autori hanno chiarito le modalità attraverso cui le interazioni diadiche precoci possono influenzare la sottostante organizzazione e maturazione neurale (Speltz, DeKlyen e Greenberg, 1999; LeDoux, 1995; Schore, 1996) ed ipotizzato l'esistenza di collegamenti tra comunicazione affettiva, attaccamento ed organizzazione neurale (Bretherton, 1995; Greenberg e Snell, 1997; Grossman, 1995). In secondo luogo, altri autori hanno ipotizzato che alcuni comportamenti problematici osservabili nella prima infanzia possano essere considerati come la manifestazione delle strategie d'attaccamento (Greenberg et al., 1993) che, sebbene nel breve termine svolgano la funzione adattiva di regolare e controllare la vicinanza del caregiver, possono costituire condizioni di rischio per lo sviluppo successivo di processi familiari disadattivi (Marvin e Stewart, 1990). In terzo luogo, le differenze individuali nel comportamento di attaccamento possono essere considerate come manifestazioni delle differenze individuali nella costruzione dei processi cognitivo-affettivi (Modelli Operativi Interni – MOI, vedi Main, Cassidy e Kaplan, 1985) di sé e degli altri. Tali processi sembrano essere in relazione alla sensibilità e disponibilità materna e si ritiene che

influenzano selettivamente la percezione, la cognizione e la motivazione (Bretherton, 1985; Bretherton e Mullholland, 1999; Sroufe e Fleeson, 1986). Infine, i processi di attaccamento possono fornire le motivazioni di base per spiegare le modalità di sviluppo dell'orientamento prosociale e di evoluzione dei processi di identificazione nella prima e nella seconda infanzia (Waters et al. 1991). In questo senso l'attaccamento può mediare aspetti motivazionali che distolgono i bambini dalla devianza e creano un legame positivo, il quale esercita una funzione protettiva dalla delinquenza e dalla distruttività sociale e personale (Hawkins, Arthur e Catalano, 1995).

Durante il corso dello sviluppo, le abilità di autoregolazione maturano all'interno delle relazioni di caregiving primarie e sono influenzate dalle caratteristiche genitoriali e temperamentali dei bambini. Nel periodo evolutivo compreso tra l'infanzia e l'adolescenza si assiste a profondi cambiamenti evolutivi, collegati alla maturazione delle capacità cognitive, linguistiche e riflessive e allo sviluppo di processi sottostanti. I bambini acquisiscono capacità cognitive maggiormente complesse e nuove capacità di autocontrollo delle proprie emozioni e dei propri comportamenti. La maturazione di tali capacità comporta il passaggio dai livelli di astrazione comportamentali a quelli rappresentazionali e un cambiamento nelle strategie per affrontare la realtà interna ed esterna. Le nuove capacità di autoregolazione inaugurano un cambiamento nell'obiettivo del legame di attaccamento, dalla ricerca di prossimità e vicinanza alla ricerca di disponibilità emotiva (Seibert & Kerns, 2009). Nonostante questi cambiamenti, i legami di attaccamento continuano a rivestire un ruolo fondamentale per lo sviluppo dei bambini e la salute mentale del bambino continua a dipendere dalla sensazione che sia disponibile una base sicura e un rifugio sicuro (Bowlby, 1973). Il concetto di base sicura comprende sia la tendenza dei bambini ad utilizzare i genitori sia come rifugi sicuri quando sono angosciati e cercano conforto, che la tendenza ad utilizzare i genitori come basi sicure da cui esplorare quando non ci sono minacce ambientali immediate (Ainsworth M., Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1982). Il rifugio sicuro e il

sostegno della base sicura sono tipici di una relazione di attaccamento sicura, in cui la figura di attaccamento è disponibile e risponde in modo sintonico al bambino (Bowlby, 1988; Grossmann, Grossmann, & Zimmermann, 1999).

Nel corso del tempo, esperienze di cura sensibili e rispondenti consentono al bambino di sviluppare strategie di regolazione ottimali per fronteggiare gli eventi stressanti. Promuovono lo sviluppo di capacità riflessive, la costruzione di una rappresentazione di sé stabile e della fiducia negli altri (Ainsworth et al., 1978; Fonagy & Target, 1997). D'altra parte, ripetute esperienze relazionali non emotivamente sintonizzate interferiscono con lo sviluppo di strategie ottimali di autoregolazione del bambino e delle capacità riflessive e aumentano il rischio di strategie disadattive di fronte ad eventi stressanti. Tali scambi interattivi possono divenire rigidi e costanti ed essere generalizzati in modelli di esperienze di relazione che organizzeranno i pensieri, i sentimenti e i comportamenti del bambino rimanendo relativamente stabili durante il corso dello sviluppo. I bambini con attaccamento insicuro sviluppano strategie di regolazione dei bisogni e dell'angoscia non ottimali ed esprimono differenti pattern cognitivi-emotivi-comportamentali. Alcuni rifiutano i loro bisogni naturali di dipendenza e regolano il proprio stato emotivo tramite strategie che minimizzano l'impatto delle emozioni negative su di sé. Altri, al contrario, richiedono eccessiva attenzione e vicinanza fisica ai caregiver e sviluppano una forte attivazione dei propri bisogni e delle emozioni. Sebbene non siano ottimali, le strategie di questi bambini, che riflettono i modelli di attaccamento insicuro-distanziante e insicuro-ambivalente, sono considerate adattive per la sopravvivenza (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1990). In caso di emergenza garantiscono, infatti, vicinanza fisica ed emotiva al caregiver. Un ultimo gruppo di bambini non sviluppa invece un modello di regolazione coerente e organizzato di risposta al disagio. Questi bambini hanno vissuto esperienze di cure particolarmente insensibili, spaventose/spaventanti, incoerenti, traumatiche e manifestano un'assenza di strategie di regolazione emotiva e comportamentale. L'esperienza relazionale traumatica precoce, incidendo sulle funzioni riflessive e le

capacità metacognitive, compromette le capacità regolative e interpersonali e interferisce con i normali processi di sviluppo del bambino. Per questi bambini il confronto con le esperienze negative, sorretto da scarse capacità riflessive, aumenta il rischio di disregolazione emotiva e comportamentale (Main & Solomon, 1990; Liotti, 1992; Lyons-Ruth, 1996). In queste circostanze manifestano un crollo delle strategie cognitive-emotive-comportamentali cui sottendono meccanismi dissociativi. L'attaccamento disorganizzato costituisce un pattern di processi relazionali di grave disregolazione ed è considerato un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di psicopatologia futura, tra cui depressione e ansia, uso di droghe e alcol, suicidalità e disturbo borderline della personalità (Sroufe et al., 2005; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016).

All'interno della vasta letteratura che ha indagato il ruolo dell'attaccamento nella comprensione della psicopatologia infantile, i problemi di comportamento hanno ricevuto particolare attenzione da parte dei ricercatori soprattutto nella prima infanzia. Questo approccio si basa sull'assunto, evidenziato sia dalla teoria che dalla ricerca, che l'attaccamento insicuro rappresenti un fattore di rischio significativo per l'insorgenza di problemi comportamentali nei bambini (Greenberg et al, 1993). Le ragioni che spiegano l'interesse dei ricercatori per le epoche precoci dello sviluppo includono l'esordio precoce di tali condizioni psicopatologiche e la possibilità di applicare le misure di valutazioni già esistenti e valide dell'attaccamento e si basano sull'assunto che la presenza di difficoltà nei processi di autoregolazione nella prima infanzia rappresenti un predittore dei problemi esternalizzanti successivi. In questo ambito la letteratura ha studiato spesso i disturbi dei bambini nei termini di spettri esternalizzante ed internalizzante. In linea con il proposito principale di questo scritto che è creare un ponte teorico tra lo studio della presenza contemporanea di disturbi esternalizzanti ed internalizzanti nei bambini catturata dal profilo CBCL-DP e la qualità delle relazioni genitore-bambino, nei paragrafi che seguono verranno sintetizzati i risultati principali degli studi su attaccamento e disturbi nei bambini, evidenziando i collegamenti tra le diverse tipologie di attaccamento insicuro e lo

sviluppo di disturbi esternalizzanti ed internalizzanti. A tale fine faremo riferimento alle più importanti rassegne e meta-analisi di questo ambito (Badovinac et al., 2021; Dagan et al., 2021; A.-A. Deneault et al., 2023; Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van Ijzendoorn et al., 1999).

2.2 Legami di attaccamento e disturbi esternalizzanti ed internalizzanti

La maggior parte della letteratura in questo ambito ha studiato l'attaccamento nei bambini in epoche molto precoci dello sviluppo, fino all'età scolare (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013). Studi più recenti hanno esteso i risultati all'età adolescenziale (Dagan et al., 2021; A.-A. Deneault et al., 2023). Riguardo l'utilizzo di strumenti di valutazione dell'attaccamento gli studi appaiono eterogenei. Molta ricerca ha incluso studi che hanno misurato l'attaccamento attraverso strumenti di tipo osservazionale (Van Ijzendoorn et al., 1999), altri lavori hanno incluso studi che hanno misurato l'attaccamento attraverso strumenti self-report (Madigan et al., 2013), mentre ulteriori studi hanno misurato l'attaccamento mediante strumenti di tipo rappresentazionale (Dagan et al., 2021). Nel loro insieme, questi lavori hanno evidenziato che il tipo di valutazione dell'attaccamento influenzava i risultati (Fearon et al., 2010). Nello specifico, i risultati degli studi su attaccamento insicuro e disturbi esternalizzanti hanno evidenziato effetti più marcati negli studi che utilizzavano osservazioni dirette rispetto a quelli che impiegavano questionari o interviste (Fearon et al., 2010).

2.3 Insicurezza dell'attaccamento e disturbi esternalizzanti nei bambini

Molta letteratura ha esaminato il ruolo dell'insicurezza dei legami di attaccamento sullo sviluppo di sintomi esternalizzanti evidenziando associazioni significative (Badovinac et

al., 2021; Dagan et al., 2021; A.-A. Deneault et al., 2023; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999). Gli studi in questo ambito appaiono concordi nel ritenere che l'attaccamento insicuro nei bambini aumenti significativamente il rischio di sviluppo di problemi comportamentali, quali aggressività, impulsività e difficoltà di regolazione emotiva (Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999). Nella relazione tra attaccamento insicuro e disturbi esternalizzanti, il genere (Deneault et al., 2023; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999), l'età (Badovinac et al., 2021) e l'appartenenza a campioni ad alto rischio (Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999) sono emersi moderatori significativi. Seppure molta ricerca in questo ambito abbia inizialmente posto maggiore attenzione alla relazione madre-bambino, studi recenti evidenziano che l'attaccamento insicuro con il padre rappresenta un predittore significativo di comportamenti esternalizzanti che contribuisce allo sviluppo di problemi comportamentali nei bambini in maniera indipendente dalla qualità dell'attaccamento con la madre (Deneault et al., 2021). Ampliando la prospettiva dall'analisi diadica delle relazioni di attaccamento alle configurazioni triangolari madre-padre-bambino, e sottolineando l'importanza di considerare come la qualità delle relazioni madre-padre-bambino si orchestrino tra loro, una recente meta-analisi Dagan et al. (2021) ha proposto uno studio delle configurazioni di attaccamento infantili con entrambi i caregiver, considerando sia l'effetto amplificato delle relazioni disorganizzate multiple, che l'effetto di buffering dei modelli sicuri. I risultati hanno evidenziato che la combinazione di attaccamenti insicuri verso entrambi i genitori amplifica significativamente i comportamenti esternalizzanti.

Tra le tipologie insicure, l'attaccamento disorganizzato è emerso complessivamente come il predittore più significativo di disturbi esternalizzanti nei bambini (Badovinac et al., 2021; Dagan et al., 2021; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999). I risultati degli studi in questo ambito hanno evidenziato effetti più marcati nei maschi, nei campioni clinici ad alto rischio (Badovinac et al., 2021; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999) e in famiglie con basso status socioeconomico (SES) (Badovinac et al., 2021). La presenza di almeno un

genitore con attaccamento disorganizzato è risultata particolarmente associata allo sviluppo di disturbi esternalizzanti nei bambini, mentre la presenza di almeno un genitore con attaccamento sicuro è emersa come un moderatore che può attenuare gli effetti negativi dell'attaccamento disorganizzato sull'altro genitore (Dagan et al., 2021). Questi dati risultano statisticamente comparabili agli studi su madri-bambini (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013) ed evidenziano l'importanza di considerare il ruolo dei modelli di attaccamento sia materni che paterni nella comprensione dei disturbi del comportamento (Deneault et al., 2023).

D'altra parte, l'attaccamento di tipo evitante, sia madre-bambino che padre-bambino (Dagan et al., 2021), ha evidenziato associazioni significative, ma più deboli rispetto all'attaccamento disorganizzato, con comportamenti esternalizzanti quali aggressività e difficoltà di regolazione emotiva (Badovinac et al., 2021; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999). Quando più forme di insicurezza si combinano, gli effetti dell'attaccamento evitante sui disturbi esternalizzanti diventano particolarmente significativi (Dagan et al., 2021).

Infine, i risultati riguardo l'associazione tra attaccamento insicuro ambivalente e disturbi esternalizzanti nei bambini hanno evidenziato risultati contrastanti, suggerendo associazioni deboli o non significative (Dagan et al., 2021; Fearon et al., 2010; Van Ijzendoorn et al., 1999). Rispetto alle categorie disorganizzato ed evitante, l'attaccamento ambivalente non sembra essere un predittore significativo dei disturbi esternalizzanti nei bambini.

2.4 Insicurezza dell'attaccamento e disturbi internalizzanti nei bambini

Diversi lavori meta-analitici e sistematici hanno esaminato la relazione tra attaccamento insicuro e i sintomi internalizzanti ed evidenziato che, sebbene in misura minore rispetto ai disturbi esternalizzanti, l'attaccamento insicuro rappresenta un fattore di rischio

significativo anche per lo sviluppo di sintomi internalizzanti nei bambini (Badovinac et al., 2021; Dagan et al., 2021; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van Ijzendoorn et al., 1999). I risultati di questi studi non hanno evidenziato differenze significative di genere, in relazione al SES, né variazioni significative nei campioni clinici rispetto ai campioni non clinici (Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013). Tra le tipologie di insicurezza, l'attaccamento disorganizzato è risultato un fattore di rischio significativo anche per lo sviluppo sintomi internalizzanti, sebbene con effetti inferiori rispetto ai sintomi esternalizzanti (Badovinac et al., 2021; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van Ijzendoorn et al., 1999). L'attaccamento disorganizzato, in combinazione con altre forme di insicurezza genitoriale, amplifica il rischio di disturbi internalizzanti, come ansia e depressione (Dagan et al., 2021). La presenza di almeno un genitore con attaccamento disorganizzato risultava associata anche allo sviluppo di disturbi internalizzanti nei bambini, sebbene in misura minore rispetto ai disturbi esternalizzanti (Dagan et al., 2021). D'altra parte, l'attaccamento evitante ha mostrato una correlazione significativa con i sintomi internalizzanti, seppure più debole rispetto a quella osservata con l'attaccamento disorganizzato (Badovinac et al., 2021; Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van Ijzendoorn et al., 1999). Le configurazioni di insicurezza, inclusa quella evitante, aumentano il rischio di disturbi internalizzanti, ma l'effetto appare meno pronunciato (Dagan et al., 2021).

Infine, l'attaccamento ansioso-resistente è risultato associato allo sviluppo di disturbi internalizzanti nei bambini, con effetti più moderati rispetto alle altre forme di insicurezza dell'attaccamento, in particolar modo l'attaccamento disorganizzato (Badovinac et al., 2021; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van Ijzendoorn et al., 1999). La combinazione con altre forme di insicurezza amplifica il rischio di disturbi internalizzanti (Dagan et al., 2021).

2.5 Disorganizzazione dell'attaccamento e disregolazione nei bambini: il ruolo delle esperienze genitoriali avverse

La disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini è fortemente associata a esperienze di trauma e disregolazione emotiva nei genitori. La letteratura ha dimostrato che i genitori con una storia di trauma complesso o non elaborato spesso sviluppano stili di attaccamento insicuro, che influenzano profondamente le loro interazioni con i figli, inducendo difficoltà nelle relazioni affettive e di accudimento (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; George & Solomon, 2008). Questa vulnerabilità genitoriale tende a trasferirsi ai bambini attraverso comportamenti di accudimento disfunzionali, spesso inconsapevoli, che oscillano tra intrusività e ritiro emotivo (Madigan et al., 2006).

Le esperienze traumatiche complesse nei genitori, in particolare quelle che includono abuso fisico, sessuale e trascuratezza emotiva prolungata, rappresentano un rischio significativo per la trasmissione dei modelli disfunzionali di attaccamento e di regolazione emotiva nei figli (Ford & Courtois, 2013). I traumi complessi compromettono le risposte regolative del genitore, che tendono a risultare incoerenti e imprevedibili, favorendo l'instaurarsi di un attaccamento disorganizzato nel bambino (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Il trauma relazionale precoce, che implica esperienze di rifiuto, trascuratezza o comportamenti disorganizzanti da parte delle figure di riferimento, altera le rappresentazioni interne del caregiver come fonte di sicurezza, conseguendo in risposte comportamentali che oscillano tra paura e ambiguità (Main & Hesse, 1990). Anche l'abuso da parte di un partner intimo vissuto dal genitore è risultato fortemente associato a uno stile di attaccamento disorganizzato nei figli (George & Solomon, 2008). I genitori esposti a violenza domestica tendono a sviluppare segnali di ipervigilanza e allerta costante che compromettono la capacità di fornire un accudimento stabile e prevedibile (Hughes et al., 2001). Inoltre, il trauma cumulativo, che comporta l'esposizione a molteplici eventi avversi, amplifica ulteriormente i rischi di trasmissione della disregolazione emotiva. I genitori con trauma cumulativo manifestano spesso risposte regolative disorganizzate e incoerenti, che

il bambino interiorizza come imprevedibili, minando il senso di sicurezza necessario allo sviluppo di una regolazione emotiva stabile (Cicchetti & Valentino, 2006).

Esperienze avverse più sottili, come il rifiuto o la trascuratezza emotiva, possono influenzare in modo sostanziale la capacità di un genitore di fornire un ambiente sicuro e regolativo per il proprio figlio. Questi eventi, vissuti dai genitori nella loro infanzia, comportano una mancanza di risposte emotive coerenti e supporto affettivo, elementi cruciali per lo sviluppo di un attaccamento sicuro e stabile (Bowlby, 1988; Mikulincer & Shaver, 2007). Il rifiuto genitoriale, percepito come costante svalutazione o non accettazione da parte delle figure di attaccamento primarie, può generare in un adulto un senso di insicurezza radicato e una difficoltà cronica nell'espressione e gestione delle emozioni. Genitori con una storia di rifiuto tendono a sviluppare una modalità di attaccamento evitante o disorganizzata, riflettendo questa insicurezza nelle interazioni con i figli. Questi comportamenti portano a segnali contraddittori e incoerenti di sicurezza e minaccia, che compromettono il senso di sicurezza nel bambino e alimentano la disorganizzazione dell'attaccamento (Lyons-Ruth et al., 1999; Liotti, 2004).

La trascuratezza emotiva ha un effetto cumulativo significativo sullo sviluppo delle competenze relazionali e regolative (Schore, 2001). Genitori che hanno vissuto trascuratezza emotiva sono spesso carenti nelle abilità empatiche e regolative, il che li porta a offrire al bambino un accudimento limitato e distaccato. Questa mancanza di sintonizzazione affettiva genera nei figli una percezione di imprevedibilità e di insicurezza, in cui il bambino non può fare affidamento sulla figura di attaccamento per ottenere supporto emotivo coerente, facilitando lo sviluppo di disregolazione e disorganizzazione (Cassidy & Shaver, 2016; Schore, 2001).

La presenza di esperienze genitoriali luttuose o traumatiche irrisolte può contribuire alla presenza di comportamenti genitoriali spaventosi o dissociati e, attraverso la trasmissione intergenerazionale di stili disfunzionali, può compromettere le capacità dei bambini di affrontare situazioni di stress aumentando significativamente il rischio di disregolazione

emotiva nei bambini e producendo una tendenza stabile alla disorganizzazione (Van IJzendoorn et al., 1995; 1999). Quando il caregiver diventa fonte di paura o ansia, i bambini non riescono a formare modelli operativi sicuri, portando a modelli di attaccamento disorganizzati (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). I genitori con traumi irrisolti tendono ad esprimere segnali ambigui o incoerenti di sicurezza e minaccia. I bambini esposti a un ambiente emotivamente incoerente e imprevedibile si confrontano con genitori che oscillano tra distanza emotiva e intrusività non sintonizzata a cui reagiscono attraverso stati di allerta elevata e disorganizzazione emotiva (George & Solomon, 2008; Hughes et al., 2001). Tale ambiguità presente nell'atmosfera relazionale incide sullo sviluppo del bambino attraverso l'organizzazione di modelli di sé e dell'altro confusi e instabili e manifestazioni di gravi difficoltà nella modulazione e regolazione degli stati emotivi, delle reazioni emotive e dei comportamenti (Liotti, 2004; Lyons-Ruth et al., 1999; Madigan et al., 2006; Van IJzendoorn et al., 1999) che compromettono le capacità di autoregolazione (Cicchetti & Toth, 2009) e aumentano la vulnerabilità a comportamenti impulsivi e aggressivi (Cassidy & Shaver, 2016; Solomon & George, 2011). Questi bambini tendono a sviluppare una percezione instabile delle relazioni interpersonali e a manifestare reazioni di allerta costante, che perpetuano la disregolazione emotiva (Main & Hesse, 1990; Lyons-Ruth et al., 1999). Dunque, la disorganizzazione dell'attaccamento non è solo considerata come un effetto delle esperienze relazionali traumatiche, ma anche un meccanismo o processo complesso attraverso cui il trauma genitoriale può interferire sulle capacità regolative del bambino.

2.6 Considerazioni conclusive

Molta ricerca nel panorama della teoria dell'attaccamento ha studiato le associazioni con lo sviluppo di sintomi esternalizzanti ed internalizzanti nei bambini. Complessivamente, i risultati di questi studi supportano in modo consistente l'esistenza di un'associazione

significativa tra insicurezza dell'attaccamento e sintomatologia sia internalizzante che esternalizzante nei bambini e negli adolescenti. L'effetto dell'attaccamento insicuro sui sintomi esternalizzanti è risultato più forte rispetto a quello sui sintomi internalizzanti, suggerendo che l'attaccamento insicuro potrebbe predisporre i bambini a sviluppare sintomi esternalizzanti in misura maggiore. In particolare, l'attaccamento disorganizzato è emerso come un predittore robusto per lo sviluppo di disturbi esternalizzanti (Fearon et al., 2010; Van IJzendoorn et al., 1999; Badovinac et al., 2021; Denault et al., 2023), con associazioni più marcate rispetto ai sintomi internalizzanti (Badovinac et al., 2021; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Denault et al., 2022). D'altra parte, l'attaccamento di tipo evitante ha evidenziato associazioni significative, ma più deboli rispetto all'attaccamento disorganizzato, con comportamenti esternalizzanti (Fearon et al., 2010; Van IJzendoorn et al., 1999; Badovinac et al., 2021) e una correlazione significativa, seppure più debole rispetto a quella osservata con l'attaccamento disorganizzato con i sintomi internalizzanti (Fearon et al., 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van IJzendoorn et al., 1999; Badovinac et al., 2021). La tipologia di attaccamento ambivalente ha evidenziato invece risultati contrastanti con i problemi esternalizzanti, suggerendo associazioni deboli o non significative (Van IJzendoorn et al., 1999; Fearon et al., 2010; Dagan et al., 2021), mentre risulta significativamente associata allo sviluppo di disturbi internalizzanti (Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013; Van IJzendoorn et al., 1999; Badovinac et al., 2021). Dunque, dalla letteratura considerata, il modello insicuro-evitante emerge come un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di manifestazioni cliniche afferenti ad entrambi gli spettri psicopatologici esternalizzante ed internalizzante, mentre il modello ambivalente risulta significativamente associato ai soli disturbi internalizzanti. Complessivamente, la combinazione di più forme di insicurezza, aumenta il rischio di disturbi sia esternalizzanti che internalizzanti (Dagan et al., 2021).

Nello studio della disorganizzazione dell'attaccamento la presenza di esperienze traumatiche ha rivestito un ruolo importante. La letteratura analizzata ha messo in luce

come le esperienze traumatiche genitoriali rappresentino un fattore determinante nella trasmissione della disregolazione emotiva e della disorganizzazione dell'attaccamento nei figli. Traumi complessi, come abusi fisici o emotivi e trascuratezza cronica, destabilizzano le capacità regolative del genitore, generano risposte incoerenti e imprevedibili nelle interazioni di accudimento (Ford & Courtois, 2013) e creano un ambiente relazionale instabile in cui i bambini tendono ad interiorizzare modelli operativi insicuri ed a manifestare risposte emotive e comportamentali altamente disorganizzate e disregolate (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Inoltre, esperienze avverse più sottili, come il rifiuto e la trascuratezza emotiva vissuti dai genitori nella propria infanzia, pur non essendo traumatiche nel senso più evidente, influiscono significativamente sullo sviluppo di risposte di accudimento. Genitori con una storia di rifiuto o trascuratezza tendono a manifestare una regolazione affettiva limitata, oscillando tra comportamenti intrusivi e ritiri emotivi, influenzando in modo critico la capacità di autoregolazione dei figli (Mikulincer & Shaver, 2007; Schore, 2001). Queste dinamiche favoriscono nei bambini lo sviluppo di modelli relazionali caotici e vulnerabili alla disregolazione. Il trauma relazionale precoce e l'abuso intimo contribuiscono ulteriormente a modelli genitoriali ambigui e spaventosi, creando condizioni di paura e ipervigilanza nei figli, che impediscono lo sviluppo di un attaccamento sicuro e facilitano la manifestazione di sintomi dissociativi e disregolativi (Main & Hesse, 1990; George & Solomon, 2008). Questa instabilità aumenta il rischio di disregolazione emotiva a lungo termine e rappresenta un importante fattore per la trasmissione intergenerazionale di stili di attaccamento disorganizzati e comportamenti disfunzionali (Van IJzendoorn et al., 1995; 1999).

3 LA RICERCA

3.1 Presupposti teorici

La disregolazione emotivo-comportamentale nei bambini è frequente e risulta associata a condizioni cliniche attuali più severe, maggiore compromissione del funzionamento ed esiti futuri peggiori. Il profilo di disregolazione CBCL-DP è considerato un marker significativo di gravità, capace di identificare bambini che manifestano condizioni psicopatologiche complesse e multifattoriali (Masi et al., 2015; Biederman et al., 2022). Questi bambini presentano spesso sintomi eterogenei e sovrapposti, come disturbi dell'umore e del comportamento, e tassi elevati di comorbidità (Hudziak et al., 2005; Althoff et al., 2010). Diversi studi hanno approfondito le basi genetiche, neurobiologiche e ambientali del CBCL-DP, evidenziando come fattori psicosociali e familiari possano influenzare lo sviluppo e il mantenimento della disregolazione (Hudziak et al., 2005; Abel et al., 2024; Jucksch et al., 2011). In particolare, emerge l'importanza di studiare la qualità delle relazioni genitoriali e le esperienze di vita avverse come elementi potenzialmente aggravanti la disregolazione. Recenti ricerche hanno infatti attribuito maggiore importanza alla qualità delle relazioni genitore-bambino e suggerito che traumi e avversità nei genitori possano avere un impatto rilevante sui sintomi di disregolazione dei figli (Pat-Horenczyk et al., 2015; Vásquez-Echeverría et al., 2020).

Questi dati sembrano in linea con le ricerche nell'ambito della teoria dell'attaccamento che riconoscono un ruolo chiave ai legami genitore bambino per lo sviluppo delle capacità autoregulative (Bowlby, 1969, 1973, 1980) e sottolineano i processi relazionali attraverso cui le esperienze traumatiche genitoriali possono influenzare le capacità di regolazione dei bambini (Fonagy & Target, 1997; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016) contribuendo allo sviluppo e al mantenimento dei sintomi. In questo ambito molti studi confermano un'associazione significativa tra attaccamento insicuro e sintomi psicopatologici, osservando una maggiore incidenza di sintomi esternalizzanti nei bambini con attaccamento disorganizzato (Fearon et al., 2010; Van IJzendoorn et al., 1999; Denault et al.,

2023) rispetto a quelli con attaccamento evitante, che mostrano sintomi sia esternalizzanti sia internalizzanti (Groh et al., 2012; Madigan et al., 2013). L'attaccamento ambivalente, d'altra parte, è risultato prevalentemente associato ai soli sintomi internalizzanti (Dagan et al., 2021).

Nonostante l'attenzione crescente agli aspetti relazionali e familiari che influenzano la sintomatologia CBCL-DP, secondo la nostra conoscenza un solo studio ha esaminato l'associazione tra qualità delle relazioni di attaccamento infantile e CBCL-DP (Deutz et al., 2020) senza però ottenere risultati significativi. L'assenza di associazioni riscontrate potrebbe essere dovuta a vari fattori, tra cui differenze nelle metodologie di valutazione dell'attaccamento e diversità nei campioni analizzati. Ampliando il raggio della letteratura fino a considerare anche strumenti di misura sovrapponibili come il Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997), uno studio longitudinale recente ha evidenziato che bambini con sintomatologia cronica e grave, sia internalizzante sia esternalizzante mostrano pattern di attaccamento insicuro ed elevati livelli di conflitto familiare (Wang et al., 2023). Queste evidenze ribadiscono l'importanza di considerare la qualità delle esperienze relazionali, specialmente nei contesti familiari, come determinanti critici per lo sviluppo della disregolazione.

Sulla base di queste premesse, al fine di chiarire i meccanismi che collegano la qualità delle relazioni familiari e lo sviluppo di gravi difficoltà di autoregolazione nei bambini, la presente ricerca mira, quindi, a colmare le lacune presenti nella letteratura attuale, esaminando le classificazioni di attaccamento in bambini con CBCL-DP e nei loro genitori e studiando le esperienze avverse degli adulti.

3.2 Obiettivi e quesiti di ricerca

In linea con la letteratura fino ad ora esposta, il presente studio si propone di esaminare la relazione tra forme gravi e complesse di psicopatologia nei bambini, caratterizzate dalla presenza di sintomi sia internalizzanti che esternalizzanti e da elevata comorbidità,

catturate dall'indicatore di disregolazione CBCL-DP e qualità delle relazioni di attaccamento genitoriali e infantili durante l'infanzia e la preadolescenza. Nello specifico, lo studio si propone di ampliare la letteratura circa l'impatto della disorganizzazione dell'attaccamento adulto sui sintomi CBCL-DP considerando il ruolo delle esperienze di vita avverse genitoriali. Questo proposito generale si articola nei seguenti tre obiettivi principali, per ciascuno dei quali sono stati formulati quesiti di ricerca e ipotesi operative.

Obiettivo 1: Studiare i modelli di attaccamento infantili in relazione alla presenza di sintomi CBCL-DP nei bambini.

(1) Quesito: Qual è la distribuzione delle classificazioni di attaccamento infantile a 2, 3 e 4 vie nei bambini con sintomi CBCL-DP? In particolare, i bambini con CBCL-DP mostrano una sovra-rappresentazione di modelli insicuri nella classificazione a 2 vie, di tipo insicuro-evitante nella classificazione a 3 vie e disorganizzato a 4 vie?

Ipotesi 1: Nel nostro campione di soggetti clinici, abbiamo ipotizzato (a) di non rilevare differenze riguardo l'insicurezza dell'attaccamento tra bambini CBCL-DP e Non CBCL-DP nella classificazione a 2 vie (sicuro; insicuro), (b) di rilevare una sovra-rappresentazione di modelli di tipo insicuro-distanziante nella classificazione a 3 vie (sicuro; insicuro-evitante; insicuro-ambivalente) e (c) disorganizzato nella classificazione a 4 vie (sicuro; insicuro-evitante; insicuro-ambivalente; disorganizzato) tra i soggetti CBCL-DP.

(2) Quesito: In che modo i punteggi elevati CBCL-DP nei bambini sono associati alla sicurezza dell'attaccamento e alle esperienze percepite di Base sicura con i caregiver?

Ipotesi 2: I punteggi elevati di CBCL-DP nei bambini saranno negativamente associati alla sicurezza dell'attaccamento e alle esperienze percepite di Base Sicura con i caregiver. I bambini con livelli più elevati di disregolazione CBCL-DP tenderanno a mostrare un modello di attaccamento insicuro e una minore percezione di supporto e sicurezza da parte dei caregiver.

Obiettivo 2: Studiare i modelli di attaccamento genitoriali in relazione alla presenza di sintomi CBCL-DP nei bambini.

(3) Quesito: Qual è la distribuzione delle classificazioni di attaccamento adulto a 2, 3 e 4 vie nei genitori di bambini con sintomi CBCL-DP? In particolare, i genitori di bambini con CBCL-DP mostreranno una sovra-rappresentazione di modelli insicuri nella classificazione a 2 vie, di tipo insicuro-evitante nella classificazione a 3 vie e di tipo disorganizzato a 4 vie?

Ipotesi 3: Nel nostro campione di genitori di soggetti clinici, in linea con le ipotesi formulate sui bambini, abbiamo ipotizzato (a) di non rilevare differenze riguardo l'insicurezza dell'attaccamento tra genitori di bambini CBCL-DP e Non CBCL-DP, (b) di rilevare una sovra-rappresentazione di modelli di tipo insicuro-distanziante e (c) disorganizzato tra i genitori di soggetti CBCL-DP.

(4) Quesito: Qual è la relazione tra punteggi elevati di CBCL-DP nei bambini e la presenza di modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato nei genitori (madri e padri)?

Ipotesi 4: I punteggi elevati di CBCL-DP nei bambini saranno positivamente associati alla presenza di modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato nei genitori. Si ipotizza che i bambini che presentano maggiori difficoltà di disregolazione mostreranno una maggiore incidenza di genitori con attaccamento insicuro e disorganizzato, sia nelle madri che nei padri.

Obiettivo 3: Studiare il ruolo delle esperienze avverse nella storia di vita di madri e padri di bambini CBCL-DP.

(5) Quesito: Esiste un'associazione tra esperienze di vita avverse materne e paterne e la presenza di disregolazione emotiva e comportamentale CBCL-DP nei bambini?

Ipotesi 5: Nei bambini CBCL-DP esiste un'associazione positiva tra le esperienze di vita avverse vissute da madri e padri e la presenza di disregolazione emotiva e comportamentale nei bambini. Si ipotizza che i genitori di bambini con punteggi elevati di CBCL-DP mostreranno una maggiore incidenza di eventi di vita avversi.

4 METODOLOGIA

4.1 Disegno di Ricerca

Questo studio ha adottato un disegno cross-sectional, integrando un approccio multi-osservatore e multi-metodo per garantire una valutazione esaustiva delle relazioni tra la qualità del legame genitore-bambino e la disregolazione emotivo-comportamentale nei bambini. Sono stati coinvolti diversi osservatori, quali madri, padri e clinici, utilizzando strumenti diversificati, quali questionari self-report e clinician-report e interviste semi-strutturate. L'utilizzo di un approccio integrato ha permesso di raccogliere dati da fonti multiple e metodologie differenti, migliorando la validità ecologica e fornendo una visione più completa delle dinamiche emotive, comportamentali e relazionali.

4.2 Procedura

La presente ricerca si è svolta nell'ambito di un progetto approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute della Sapienza Università di Roma. I soggetti sono stati reclutati attraverso la collaborazione di due Unità Operative Complesse dei Dipartimenti di Salute Mentale, la ASL RM1 di Via Dina Galli e la sede di Neuropsichiatria Infantile Di Via dei Sabelli, entrambe site a Roma. Entrambi gli ambulatori dispongono di un'equipe composta da Medici Neuropsichiatri, Psicologi, Assistenti Sociali ed Educatori (per l'ASL RM1), specializzata nella valutazione e diagnosi dei disturbi esternalizzanti, in particolare l'ADHD. Gli ambulatori trattano un'utenza sovrapponibile per fascia d'età e tipo di problematiche cliniche ed hanno seguito procedure di assessment identiche per garantire l'omogeneità dei dati raccolti.

La raccolta dei dati si è realizzata nel contesto delle attività ambulatoriali di valutazione psicodiagnostica dei Servizi ed ha previsto due fasi. Durante la prima fase di screening, tutti i soggetti sono stati sottoposti a una valutazione sistematica, articolata in cinque incontri paralleli genitori-bambino, generalmente condotti durante le ore mattutine, e la

somministrazione di strumenti psicodiagnostici. Ai genitori sono state somministrate la Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001), l'intervista diagnostica basata sui criteri del DSM-5 Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version DSM-5 (K-SADS-PL-5; Kaufman et al., 2019) e le scale Conners (CRS; Conners, 2017). Ai bambini sono state somministrate prove cognitive (WISC-IV; Wechsler, 2003; Orsini et al., 2012). Al termine di questa prima fase l'équipe multidisciplinare ha formulato una diagnosi secondo i criteri ICD-10, integrando i dati raccolti durante i colloqui clinici, le interviste e i questionari. Questa prima fase ha permesso di selezionare i soggetti in base ai criteri di esclusione prestabiliti (si veda paragrafo 4.4 Campione), assicurando che solo i partecipanti idonei proseguissero nello studio. Le famiglie che rispondevano ai criteri di inclusione per la ricerca sono state quindi invitate a partecipare alla seconda fase dello studio.

Nella seconda fase, i soggetti idonei sono stati informati della possibilità di partecipare allo studio. I partecipanti che hanno aderito hanno firmato un consenso informato, ricevendo informazioni dettagliate sugli obiettivi e sulle procedure della ricerca, oltre che sulla tutela della privacy e sulla possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento. Al fine di identificare soggetti che manifestavano sintomatologia particolarmente severa e complessa, a partire dai dati ricavati dalle CBCL somministrate ai genitori durante il processo diagnostico, è stato calcolato l'indicatore CBCL-DP. Per esplorare le rappresentazioni mentali infantili di attaccamento è stata somministrata a ciascun bambino l'intervista *Family and Friends Interview* (FFI; Steele & Steele 2005). Inoltre, con lo scopo di studiare il ruolo dello stato mentale attuale adulto nei confronti dell'attaccamento è stata somministrata l'intervista *Adult Attachment Interview* (AAI; Main e Goldwyn, 2002) individualmente ai genitori). Infine, per valutare la presenza di esperienze avverse di vita è stato applicato il questionario clinician-report *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ; Maggiore Vergano et al., 2015) ai trascritti AAI di entrambi i genitori. Le interviste con genitori e bambini sono state effettuate preferibilmente in presenza; in casi di impossibilità sono state

condotte a distanza mediante videoconferenza. Dopo la somministrazione, le interviste sono state trascritte fedelmente e codificate dall'autrice, certificata nella conduzione e codifica di entrambe.

4.3 Campione

I soggetti di questa ricerca sono bambini o adolescenti e i loro genitori che hanno effettuato una valutazione psicodiagnostica in merito a difficoltà di tipo esternalizzante. I criteri utilizzati per il reclutamento sono stati scelti con l'obiettivo di poter acquisire un campione relativamente omogeneo. La selezione del campione è avvenuta sulla base dei seguenti criteri di inclusione: 1) prima lingua italiano; 2) età compresa tra gli 8 ed i 11 anni. Sono stati esclusi dallo studio i soggetti con le seguenti diagnosi: a) spettro dell'autismo; b) disabilità cognitiva.

Presso il Servizio di Via dei Sabelli sono stati reclutati i pazienti in corso di valutazione in merito a difficoltà esternalizzanti nel periodo compreso tra febbraio 2022 e luglio 2022. Sono state identificate in totale 14 famiglie idonee, tutte le quali hanno accettato di partecipare alla ricerca. Presso l'Unità Operativa Complessa TSMREE del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL RM1 di Via Dina Galli sono stati reclutati i pazienti valutati, in corso di valutazione e in lista per valutazione nel periodo compreso tra novembre 2022 e settembre 2024. Sono state identificate in totale 31 famiglie idonee, di cui 6 (il 19,35%) hanno acconsentito di partecipare alla ricerca e altre 3 (il 9,68%) non hanno completato la somministrazione.

La Tabella 4 illustra le principali caratteristiche descrittive del campione finale, composto da 20 bambini e 36 genitori (20 madri, 15 padri). I bambini hanno un'età media di 9.62 anni (DS= 1.92) e la maggior parte è di genere maschile (il 70%). Nelle madri, l'età media al parto è di 32.8 anni (DS= 8.83), il 25% ha conseguito un titolo di istruzione superiore (universitaria o post-universitaria), il 40% ha conseguito un livello di istruzione inferiore (diploma) e il 25% ha conseguito la licenza media. Il 25% dei caregiver economicamente

primari, che nel nostro campione corrisponde ai padri, svolge un lavoro qualificato, mentre il 30% svolge un lavoro semi-specializzato e il 25% non qualificato. Il 45% delle famiglie è composto da due genitori congiunti, un 40% è composto da due genitori separati con affidamento congiunto, mentre il 5% presenta una struttura monogenitoriale.

Tabella 4 Caratteristiche descrittive del campione

	%
N	20
Età (M, Ds)	9.62 (1.92)
Genere (maschi)	70
Età madre al parto (M, Ds)	32.81 (8.03)
Istruzione madre	
Universitaria/post-universitaria	25
Diploma superiore	40
Licenza media	25
<i>Missing</i>	10
Tipo occupazione caregiver primario	
Qualificato/Professionale	25
Semispecializzato	30
Non qualificato	25
<i>Missing</i>	20
Struttura famiglia	
Due genitori	45
Affido congiunto	40
Genitore unico	10
<i>Missing</i>	5

La Tabella 5 illustra le principali caratteristiche cliniche dei bambini emerse dalla somministrazione degli strumenti utilizzati ai fini della valutazione psicodiagnostica. Il 30% dei soggetti (N= 6) è risultato positivo al CBCL-DP.

Tra i soggetti CBCL-DP e No CBCL-DP si evidenziano differenze significative ($T = -2.60$; $p = .018$) e marcate ($D = 13.73$) in relazione al genere, mentre non si evidenziano differenze nelle capacità cognitive e verbali che risultano nella media in entrambi i gruppi. Riguardo le scale CBCL dei problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali, il punteggio totale CBCL-DP e le tre scale che compongono l'indicatore i soggetti CBCL-DP e Non CBCL-DP presentano differenze significative, con dimensioni degli effetti più marcate nelle scale

CBCL problemi internalizzanti (D= 17.84) e totali (D= 17.54). In merito alla sintomatologia esternalizzante CRS, i bambini positivi al CBCL-DP evidenziano differenze significative nelle dimensioni Inattenzione (T= -4.22; p=.001), Iperattività/Impulsività (T= -2.85; p=.011) e relazioni con i pari (T= -2.79; p= .013) con dimensioni degli effetti ampie, comprese tra 9.71 e 18.32.

Tab. 5 Caratteristiche cliniche del campione: outcome strumenti valutazione psicodiagnostica

	CBCL-DP (N= 6) M (DS)	Non CBCL-DP (N= 14) M (DS)	Statistica di test*	Sign.	Effect size (D Cohen)
Età	9.20 (2.04)	9.66 (1.72)	T= -1.01	.921	1.9
Genere (% maschi)	33.3%	85.7%	T= -2.60	.018	13.73
WISC-IV TOT	98.4 (12.93)	93.5 (14.87)	T= -.554	.587	16.83
WISC-IV ICV	98.8 (18.14)	89.34 (16.77)	T = .377	.711	12.18
CBCL-Internalizzanti	61.41 (21.32)	67.40 (12.75)	U= -48.00	.659	.11**
CBCL-Esternalizzanti	60.60 (6.18)	57.58 (19.99)	T= -418	.681	16.45
CBCL-TOT	62.60 (8.76)	60.58 (21.15)	T= -.303	.681	17.54
CBCL-DP	224 (9.74)	182.75 (15.30)	T= -5.69	<.001	14.02
CBCL-Ansia/Depressione	76 (5.09)	62.66 (7.78)	T= -3.83	<.001	6.89
CBCL-Problemi attenzione	76.80 (8.87)	60 (7.28)	T= -4.33	.001	7.50
CBCL-Comp. aggressivo	72.20 (3.27)	60.08 (5.08)	T= -4.22	.001	5.15
CRS-Inattenzione	75.40 (3.13)	65.83 (11.52)	T= -2.76	.014	9.71
CRS-Iperattività/Impulsività	78 (9.53)	61.41 (12.33)	T= -2.85	.011	11.51
CRS-Problemi di apprendimento	63.25 (15.88)	63.25 (15.88)	T= -.268	.792	14.53
CRS-Funzioni esecutive	74.80 (8.78)	62 (12.77)	T= -2.07	.054	11.49
CRS-Provocazione/Aggressività	88.40 (34.91)	64.58 (18.72)	T= -1.95	.069	23.37
CRS-Pari	83.40 (24.17)	56.72 (16.41)	T= -2.79	.013	18.32

* Le statistiche non parametriche, inserite in Appendice A, restituiscono risultati sovrapponibili

** r di Rank-Biserial

La Tabella 6 illustra la prevalenza di diagnosi primarie ICD-10 formulate da parte dell'equipe multidisciplinare nei bambini CBCL-DP e no CBCL-DP. Tali risultati appaiono sovrapponibili a quelli individuati da quelli emersi dalle interviste diagnostiche K-SADS. Nei bambini positivi al CBCL-DP la diagnosi primaria più frequentemente riscontrata è il Disturbo dell'apprendimento (33.3%), seguita dalle diagnosi comportamentali (ADHD= 16.7%; Disturbo della Condotta= 16.7%), dalla Distimia (16.7%), dalla sindrome di adattamento (16.7%) e dai disturbi d'ansia (16.7%). D'altra parte, nei bambini No CBCL-DP la diagnosi primaria più frequentemente formulata è l'ADHD (28.6%), seguita dal Disturbo

Oppositivo Provocatorio (21.4%). Una percentuale minore di bambini Non CBCL-DP, pari al 7.1% per ciascuna categoria, ha ricevuto diagnosi primaria di DSA, disturbo della Condotta, sindrome da disadattamento, disregolazione dell'umore dirompente e mutismo elettivo. Riguardo la presenza di diagnosi multiple, nel gruppo CBCL-DP il 100% dei bambini ha ricevuto più di una diagnosi psichiatrica, mentre nel gruppo Non CBCL-DP questa percentuale risulta minore, pari al 64.3%.

Tab. 6 Prevalenza diagnosi primarie ICD-10

DIAGNOSI ICD-10	CBCL-DP (N= 6) %	Non CBCL- DP (N= 12) %
DSA	33.3	7.1
ADHD	16.7	28.6
DC	16.7	7.1
Distimia	16.7	0
Sindrome da disadattamento	16.7	7.1
Disturbo d'ansia	16.7	7.1
Disturbi depressivi	0	7.1
DMDD	0	7.1
DOP	0	21.4
Mutismo elettivo	0	7.1
Comorbidità (>1diagosi)	100	64.3

4.4 Strumenti di Valutazione

A tutti i bambini sono stati somministrati strumenti diagnostici. Inoltre, la partecipazione alla ricerca ha previsto l'approfondimento di dati diagnostici e la somministrazione di strumenti aggiuntivi.

4.4.1 Strumenti diagnostici

La *Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition* (WISC-IV; Wechsler, 2003; Orsini et al, 2012), è uno strumento clinico che consente di valutare le capacità cognitive di

bambini d'età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi. Si compone da 10 subtest principali che afferiscono ai quattro indici: *Comprensione verbale* (ICV), *Ragionamento visuo-percettivo* (IRP), *Memoria di lavoro* (IML) e *Velocità di elaborazione* (IVE); lo strumento fornisce inoltre un Quoziente Totale (QT). I punteggi grezzi ottenuti dalla somministrazione vengono confrontati con i dati forniti nel manuale relativo alla taratura italiana e, dunque standardizzati. La versione italiana ha mostrato elevata coerenza interna negli indici e nel QIT, con valori Alpha di Cronbach compresi tra .81 (IML) e .96 (QIT). Nel presente studio, oltre a contribuire alla formulazione della diagnosi dei bambini, l'utilizzo della WISC ha permesso di escludere i soggetti con capacità intellettive al di sotto della media (QI Tot \geq 75) e di assicurare la presenza di capacità verbali idonee alla somministrazione dell'intervista sui modelli di attaccamento nei bambini.

La *Child Behaviour Checklist 6-18* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) è uno strumento self-report ampiamente utilizzato nella valutazione da parte dei genitori di indicatori di psicopatologia nei bambini e negli adolescenti. Fa parte dell'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), un sistema di valutazione multi-assiale dei problemi emotivo-comportamentali in età evolutiva su base empirica. I dati ricavati mediante questo strumento consentono di identificare tre profili differenti: *Il profilo delle competenze* (Competence Scale), *il profilo psicologico e/o psicopatologico* (Syndromes Scale) ed *il profilo di valutazione* (Oriented Scales). È uno strumento ateorico di veloce somministrazione, che può essere utilizzato come un buon punto di partenza per una prima valutazione globale ed a finalità di screening. Gli studi sull'adattamento italiano evidenziano elevata consistenza interna con valori di alpha di Cronbach compresi tra .83 a 0.97 per le diverse scale (Achenbach, & Rescorla,, 2001; Nakamura, et al., 2009). Ai fini del presente studio, l'utilizzo della CBCL ha orientato la valutazione clinica dell'equipe, ha consentito di valutare la presenza di problemi di natura internalizzante, esternalizzante e totale e di calcolare dell'indicatore di disregolazione CBCL-DP (si veda paragrafo 1.1.6).

La *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version DSM-5* (K-SADS-PL-5; Kaufman et al., 1997) è un'intervista diagnostica progettata per valutare la presenza di disturbi psicopatologici attuali e passati in bambini e adolescenti sulla base dei criteri del DSM-5. È composta da un'intervista introduttiva non strutturata, un'intervista diagnostica di screening, una *checklist* per la somministrazione dei supplementi diagnostici, cinque supplementi diagnostici (disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi d'ansia, disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente, abuso di sostanze) per ciascuno dei quali sono forniti i criteri richiesti dal DSM, una *checklist* complessiva della storia clinica del paziente e due scale di valutazione dei sintomi trasversali per il genitore/tutore e per il soggetto da 6 a 17 anni. Ha evidenziato un buon livello di accordo tra i valutatori, con valori K di Cohen compresi tra .74 (DOP) e .90 (disturbi depressivi maggiori) (Kaufman et al., 1997). Nel presente studio è stata somministrata ai genitori in combinazione con altri strumenti al fine di formulare la diagnosi di disturbi psicopatologici nei bambini e di escludere dalla ricerca i soggetti che presentavano problematiche cliniche più tipiche dello spettro dell'autismo.

La scala di valutazione **Conners 3** (CRS; Conners, 2017) è uno strumento self-report ampiamente utilizzato per identificare comportamenti problematici nella sfera esternalizzante nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni, con particolare attenzione alla sintomatologia associata al Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD). Si compone di scale delle di contenuto *Inattenzione, Iperattività/Impulsività, Problemi di apprendimento, Funzionamento esecutivo, Provocazione/Aggressività, Relazioni con i pari, Relazioni con i familiari*. Indaga aspetti psicopatologici relativi all'area ADHD ed è in grado di orientare la diagnosi differenziale con il Disturbo della Condotta ed Disturbo Oppositivo Provocatorio mediante le scale di punteggio orientate secondo i criteri DSM 5 (*ADHD Inattentivo, ADHD Iperattivo-Impulsivo,*

Disturbo della condotta, Disturbo oppositivo provocatorio). Inoltre, sono presenti tre scale di validità (impressione positiva, impressione negativa ed incoerenza) e due indici (indice ADHD Conners 3; indice Globale Conners 3). Nella versione genitori ha dimostrato elevati livelli di consistenza interna evidenziando valori alpha di Cronbach che variano da .85 a .94 che indicano un'eccellente coerenza interna (Conners, 2017). Nel presente studio è stata utilizzata durante la valutazione diagnostica per esaminare la presenza di sintomatologia esternalizzante dei bambini.

4.4.2 Strumenti di ricerca

Tutti i soggetti hanno compilato congiuntamente una breve **scheda socio-anagrafica** con lo scopo di raccogliere i dati socio-anamnestici e relativi alla valutazione del bambino in merito a due sezioni principali. La prima sezione raccoglieva i seguenti dati socio-anagrafici e di inquadramento clinico relativi al bambino: età, genere alla nascita, prima lingua, ordine genitura, motivo della visita e da chi è stata richiesta, presenza di eventuali precedenti/attuali diagnosi neuropsichiatriche. La seconda sezione riguardava i dati socio-anagrafici relativi a ciascun genitore: età materna al parto, istruzione materna (universitaria/post-universitaria= 0; diploma superiore= 1; licenza media= 2), tipo occupazione caregiver primario (Qualificato/Professionale= 0; Semi-specializzato= 1; Non qualificato= 2), struttura della famiglia (Due genitori = 0; Genitori separati = 1; Genitore unico= 2).

Il *Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile (CBCL-DP)* è un costrutto derivato dalla Child Behavior Checklist (CBCL) e identifica profili di disregolazione emotiva, comportamentale e cognitiva che viene calcolato a partire dai punteggi delle scale Ansia/Depressione, Problemi di Attenzione e Comportamento Aggressivo della CBCL. Ha evidenziato buona affidabilità con valori compresi tra .80 e .88 (Althoff et al., 2010). Nel presente studio la variabile CBCL-DP è stata calcolata a partire dai punteggi ottenuti al

questionario CBCL compilato dai genitori. I punteggi grezzi sono stati convertiti in punti T utilizzando le norme standardizzate italiane e successivamente inseriti in un foglio di calcolo per l'analisi. Quando erano disponibili valutazioni da più di un genitore, è stato considerato il punteggio più alto nelle tre scale del CBCL (Piacentini et al., 1992), così da ottenere un singolo punteggio rappresentativo per ciascun soggetto in grado di catturare il livello più alto di problemi per un dato bambino (Haltigan et al., 2018). Questo approccio consente di integrare le osservazioni provenienti da più informatori, riducendo il rischio di bias individuali e migliorando l'affidabilità complessiva della valutazione (Achenbach & Rescorla, 2001; Rescorla et al., 2019). Per identificare i casi con un profilo di disregolazione sono stati sommati i punteggi T delle scale CBCL-DP, in linea con la maggior parte degli studi sui disturbi esternalizzanti, ed è stato applicato un cut-off dimensionale di $T \geq 210$.

La *Family and Friends Interview* (FFI; Steele & Steele 2005) è un'intervista semi-strutturata progettata per valutare i modelli di attaccamento infantili tra i 10 e i 17 anni che tiene conto dell'influenza delle relazioni familiari e amicali sullo sviluppo emotivo del bambino. Come l'AAI, da cui trae ispirazione, dopo la somministrazione viene trascritta Verbatim e codificata da giudici addestrati secondo un training specifico. Tra gli indicatori di sicurezza dell'attaccamento più importanti, oltre alle dimensioni della coerenza narrativa che condivide con la AAI, la FFI prevede la presenza delle scale base sicura e rifugio sicuro. Nella FFI la funzione di base sicura del *caregiver* è quella di incoraggiare l'esplorazione del bambino lontano dal genitore, fornendo il supporto necessario per sostenere l'autonomia del bambino. Si manifesta attraverso l'offerta di supporto strumentale e l'incoraggiamento ad esplorare. La funzione di rifugio sicuro del *caregiver*, da cui tornare nei momenti di difficoltà, consiste nel fornire protezione e cure, in particolare quando il bambino è ferito, malato o turbato. Si manifesta attraverso l'offerta di supporto emotivo e di conforto. Nella FFI, le scale base sicura/rifugio sicuro e capacità di adattamento, se prese in considerazione in maniera congiunta con le valutazioni di

coerenza globale, forniscono un quadro dettagliato della realtà psichica del bambino (Kriss, Steele, & Steele, 2012). Infatti, i domini coerenza mentale e base sicura rispetto alla madre e al padre sono considerati indicatori di attaccamento sicuro teoricamente ed empiricamente confermati (Escobar & Santelices, 2013; Kriss, Steele, & Steele, 2012; Psouni & Apetroaia, 2014; Steele & Steele, 2005; Steele, Hodges, Kaniuk, & Steele, 2009) e la ricerca ne ha appurato la validità di costrutto (Psouni & Apetroaia, 2014; Stievenart et al., 2012). A seconda dei campioni in esame, i valori di affidabilità inter-rater K di Cohen per l'accordo sulle classificazioni di attaccamento sono generalmente compresi tra .70-.85 evidenziando un grado di affidabilità buono-ottimo. Uno studio recente (Pace et al., 2020) ha evidenziato che la distribuzione delle classificazioni FFI appare allineata ai dati AAI italiani, indicando una buona validità convergente e solidi valori di validità di contenuto rispetto all'AAI. La distribuzione delle classificazioni nella FFI è risultata compatibile con le meta-analisi italiane sull'AAI, ma differisce significativamente rispetto ai dati internazionali dell'AAI (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009a), mostrando percentuali più alte di classificazioni sicure (67% vs. 44%) e più basse di classificazioni dismissing (23% vs. 34%) e disorganizzate (3% vs. 11%). Queste differenze riflettono influenze culturali e metodologiche che favoriscono risposte più sicure nella FFI. D'altra parte, riguardo la presenza di sintomatologia clinica nei bambini, gli studi attuali non hanno evidenziato associazioni significative tra FFI e disturbi internalizzanti ed esternalizzanti.

L' *Adult Attachment Interview* (AAI; Main & Goldwyn, 2002) è un'intervista clinica semi-strutturata della durata di 45-90 minuti per la valutazione dello stato mentale adulto rispetto le esperienze di attaccamento infantili. Dopo la somministrazione viene trascritta Verbatim e codificata da giudici addestrati secondo un training specifico. Il processo di scoring prevede l'attribuzione di punteggi da 1 a 9 a due gruppi principali di scale: le Scale della probabile esperienza (Affetto, Rifiuto, Trascuratezza, Inversione dei Ruoli, Pressione a Riuscire) che valutano la probabile esperienza infantile e Scale dello stato attuale della

mente rispetto all'attaccamento (Coerenza del Trascritto, Coerenza della Mente, Monitoraggio Metacognitivo, Mancanza di Ricordi, Idealizzazione, Svalutazione, Rabbia, Passività del Discorso, Paura della Morte del Bambino, Lutto Irrisolto, Abuso Irrisolto) che valutano invece la rappresentazione mentale delle esperienze e l'organizzazione delle informazioni relative all'attaccamento (Main & Goldwyn, 1984). Tra queste, la scala della coerenza riveste un ruolo di particolare importanza nella valutazione della "coerenza conversazionale" in quanto declina le quattro massime di Grice, che si basano sul principio di cooperazione: quantità, qualità, rilevanza e modo. Le classificazioni di attaccamento possibili dallo scoring dell'intervista (Sicuro F; Distanziante Ds, preoccupato E) consentono di inquadrare il trascritto in una classificazione globale e di considerare sottocategorie che evidenziano meccanismi più specifici di quella organizzazione. Sono, inoltre, previste altre due categorie di attaccamento Irrisolto rispetto ad un Lutto o un Trauma U; Non Classificabile CC in grado di qualificare lo stato organizzato o disorganizzato della mente adulto. A seconda dei campioni in esame i valori di affidabilità inter-rater K di Cohen per la classificazione delle categorie di attaccamento sono riportati generalmente nell'intervallo .75-.90 che evidenziano un grado di affidabilità buono-ottimo.

Il *Complex Trauma Questionnaire* (ComplexTQ; (Maggiore Vergano et al., 2015) è uno strumento clinician-report che valuta la presenza di esperienze traumatiche complesse nella vita dei genitori. Si compone di 70 item a cui viene attribuito un punteggio su una scala Likert a 4 punti. La somministrazione può variare tra i 15 e i 20 minuti. Consente di misurare retrospettivamente diverse dimensioni del trauma, tra cui la trascuratezza fisica ed emotiva l'abuso fisico, emotivo e sessuale e altre esperienze avverse subite nei primi 14 anni di vita che sembrano contribuire allo sviluppo della disorganizzazione dell'attaccamento e allo sviluppo di sintomi dissociativi. Inserendo le valutazioni nel foglio di scoring, vengono automaticamente calcolati i punteggi di presenza e frequenza delle esperienze traumatiche nell'ambito delle relazioni di attaccamento. L'affidabilità interna

delle sottoscale è elevata, con alfa di Cronbach tipicamente superiori a .80, garantendo una misurazione coerente delle esperienze traumatiche (Sachser et al., 2001).

4.5 Analisi e trattamento dei dati

Tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima e inseriti su un supporto digitale per le successive analisi. I dati dei self-report, delle prove cognitive e dell'intervista diagnostica sono stati raccolti e standardizzati seguendo le istruzioni e le procedure proposte dai rispettivi autori. La codifica delle interviste sull'attaccamento è stata effettuata da un giudice abilitato ed è stata condotta secondo il sistema di codifica proposto da Main e Goldwyn (1997). I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il programma Pacchetto Statistico per le Scienze Sociali (SPSS; versione 27.0.1.0).

La normalità delle distribuzioni delle variabili è stata controllata attraverso l'osservazione delle caratteristiche delle distribuzioni dei punteggi grezzi (asimmetria e curtosi) e attraverso il test Shapiro-Wilks (significativo $p < .05$). Nel complesso, eccetto le variabili CBCL Problemi internalizzanti e ComplexTQ abuso sessuale madri e padri, violenza domestica madri e lutto madri, tutte le altre variabili hanno mostrato distribuzioni normali. Nelle analisi descrittive, in caso di variabili dicotomiche o ordinali, sono state calcolate frequenze e percentuali. Per le variabili continue sono stati utilizzati indicatori di tendenza centrale come medie e deviazioni standard. Per le variabili che si distribuivano normalmente sono stati utilizzati test di tipo parametrico, mentre per le variabili che non si distribuivano normalmente sono stati utilizzati test di tipo non parametrico. Nelle situazioni limite, più ambigue, abbiamo testato sia le statistiche parametriche che le non parametriche e, in caso di convergenza delle conclusioni, si è scelto di descrivere i risultati ottenuti dalle statistiche parametriche.

Per testare le ipotesi sono state adottate sia statistiche non parametriche che parametriche. Nello specifico, al fine di esaminare la distribuzione dei modelli di attaccamento genitoriali e infantili nei bambini positivi al CBCL-DP, sono state calcolate frequenze e percentuali

delle classificazioni FFI e AAI (madri e padri). Successivamente, a seconda della natura delle variabili in esame (categoriali, continue o entrambi i tipi), sono state verificate le ipotesi di ricerca mediante l'utilizzo dei test Punto-biserial e Rho di Spearman, indicate nel testo come r .

5 Risultati

5.1 Obiettivo 1: Modelli di attaccamento infantili e CBCL-DP

5.1.1 Esplorazione delle classificazioni di attaccamento infantili

La Tabella 7 illustra le distribuzioni delle classificazioni FFI nei bambini CBCL-DP e Non CBCL-DP. Un partecipante (5%) si è rifiutato di rispondere alle domande dell'intervista; pertanto, le analisi sono state effettuate su N= 19 soggetti. I risultati evidenziano che l'83.3% dei bambini CBCL-DP (N=5) ha mostrato un modello di attaccamento insicuro e il 16.7% (N= 1) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 66.7% (N= 4) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-distanziante, mentre il 16.7% (N=1) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-preoccupato. La classificazione a 4 vie non ha evidenziato modelli insicuri di tipo disorganizzato. Nei bambini negativi al CBCL-DP, il 92.3% (N=12) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro e il 7.7% (N=1) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 69.2% dei soggetti (N=9) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro di tipo insicuro-distanziante, mentre il 23.1% (N=3) di tipo insicuro-preoccupato. La classificazione a 4 vie non ha evidenziato modelli insicuri di tipo disorganizzato.

Tabella 7 Distribuzione delle classificazioni FFI nei bambini CBCL-DP e No CBCL-DP

Class. FFI		CBCL-DP (N, %)	Non CBCL- DP (N, %)
2 vie	Sicuro	1 (16.7)	1 (7.7)
	Insicuro	5 (83.3)	12 (92.3)
3 vie	F	1 (16.7)	1 (9.7)
	Ds	4 (66.7)	9 (69.2)
	E	1 (16.7)	3 (23.1)
4 vie	F	1 (16.7)	1 (7.7)
	Ds	4 (66.7)	9 (69.2)
	E	1 (16.7)	3 (23.1)
	D	0 (0)	0 (0)

5.1.2 CBCL-DP e insicurezza dell'attaccamento infantile

La Tabella 8 illustra le correlazioni tra punteggi CBCL-DP totale e dimensioni e classificazioni FFI a 2 vie (sicuro, insicuro) e la dimensione Base Sicura (SB). I dati sono stati analizzati mediante tecniche di correlazione punto-biserial, che consente di studiare l'associazione tra variabili continue e dicotomiche, e di Pearson, che consente di studiare l'associazione tra due variabili continue.

Sebbene nessuno dei valori sia emerso come statisticamente significativo ($p < 0,05$), alcune correlazioni potrebbero offrire indicazioni preliminari. Riguardo la classificazione FFI a 2 vie si osserva una correlazione moderata e negativa con la dimensione CBCL-DP Ansia/Depressione ($r = -.387$; $p = .101$). Inoltre, si osserva una correlazione negativa debole ($r = -.251$; $p = .299$) tra punteggio totale CBCL-DP e classificazione FFI a 2 vie. Infine, si osserva una correlazione negativa debole con la dimensione Problemi attentivi e FFI ($r = .196$; $p = .421$) che evidenzia una leggera tendenza, non significativa, tra i problemi di attenzione nei bambini e l'attaccamento infantile insicuro.

Riguardo la dimensione di attaccamento infantile SB, emergono correlazioni deboli e negative con la dimensione CBCL-DP Problemi attentivi ($r = -.239$; $p = .454$), il punteggio CBCL-DP Totale ($r = -.163$; $p = .612$) e la dimensione CBCL-DP Ansia/Depressione ($r = -.146$; $p = .651$).

Tabella 8 Correlazioni CBCL-DP totale e dimensioni e classificazioni FFI

		FFI 2 vie	SB
CBCL-DP Tot	Coefficiente di correlazione	-.251	-.163
	Sig. a due code	.299	.612
	N	19	12
Ansia/Depressione	Coefficiente di correlazione	-.387	-.146
	Sig. a due code	.101	.651
	N	19	12
Problemi di attenzione	Coefficiente di correlazione	-.196	-.239
	Sig. a due code	.421	.454
	N	19	12
Comportamento aggressivo	Coefficiente di correlazione	-.051	-.047
	Sig. a due code	.836	.885
	N	19	12

5.2 Obiettivo 2: CBCL-DP e modelli di attaccamento genitoriali

5.2.1 Esplorazione delle classificazioni di attaccamento genitoriali

La Tabella 9 illustra le percentuali delle classificazioni AAI nelle madri e nei padri CBCL-DP e Non CBCL-DP. I risultati evidenziano che il 50% delle madri CBCL-DP (N=3) ha mostrato un modello di attaccamento insicuro e il restante 50% (N= 3) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 33.3% (N= 2) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-preoccupato, mentre il 16.7% (N=1) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-distanziante. La classificazione a 4 vie ha evidenziato la presenza del 33% (N= 2) di modelli insicuri di tipo disorganizzato. Nelle madri dei bambini negativi al CBCL-DP, il 64.3% (N=9) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro e il 53.7% (N=5) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 42.9% dei soggetti (N=6) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro di tipo preoccupato, mentre il 21.4% (N=3) di tipo insicuro-distanziante. La classificazione a 4 vie ha evidenziato la presenza del 42.9% (N= 2) di modelli insicuri di tipo disorganizzato.

Riguardo i padri CBCL-DP, il 40% (N=2) ha mostrato un modello di attaccamento insicuro e il restante 60% (N= 3) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 60% (N= 3) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-distanziante, mentre nessun soggetto ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro-preoccupato. La classificazione a 4 vie ha evidenziato la presenza dell'80% (N= 4) di modelli insicuri di tipo disorganizzato. Nei padri dei bambini negativi al CBCL-DP, il 36.4% (N=4) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro e il 63.3% (N=7) un modello sicuro. Riguardo le tipologie di insicurezza, il 27.3% dei soggetti (N=3) ha evidenziato un modello di attaccamento insicuro di tipo preoccupato, mentre il 18.2% (N=2) di tipo insicuro-distanziante. La classificazione a 4 vie ha evidenziato la presenza del 54.5% (N= 6) di modelli insicuri di tipo disorganizzato.

Tabella 9 Distribuzione delle classificazioni AAI nelle madri e nei padri CBCL-DP e No CBCL-DP

		CBCL-DP %		Non CBCL-DP %	
		Madri	Padri	Madri	Padri
2 vie	Sicuro	3 (50)	3 (60)	5 (53.7)	7 (63.3)
	Insicuro	3 (50)	2 (40)	9 (64.3)	4 (36.4)
3 vie	Sicuro	3 (50)	2 (40)	5 (53.7)	6 (54.5)
	Distanziante	1 (16.7)	3 (60)	3 (21.4)	2 (18.2)
	Preoccupato	2 (33.3)	0 (0)	6 (42.9)	3 (27.3)
4 vie	Sicuro	3 (50)	1 (20)	5 (35.7)	2 (18.2)
	Distanziante	1 (16.7)	0 (0)	2 (14.3)	1 (9.1)
	Preoccupato	0 (0)	0 (0)	1 (7.1)	2 (18.2)
	Disorganizzato	2 (33.3)	4 (80)	6 (42.9)	6 (54.5)

5.2.2 CBCL-DP, insicurezza e disorganizzazione nei genitori

La Tabella 10 illustra le correlazioni tra punteggi CBCL-DP totali e dimensioni, classificazioni AAI a 2 vie (sicuro, insicuro) e Disorganizzazione dello stato mentale (organizzato, disorganizzato) materno e paterno. Al fine di analizzare i dati sono state utilizzate tecniche di correlazione punto-biseriale, che consentono di studiare la forza di associazione di variabili continue e dicotomiche.

Nessuna delle correlazioni raggiunge la significatività statistica (tutte presentano $p > 0,05$), ma alcune mostrano una forza di associazione moderata che potrebbero offrire spunti preliminari. In particolare, nei padri si osservano correlazioni moderate e positive tra la dimensione CBCL-DP Comportamenti aggressivi e la classificazione AAI a 2 vie ($r = .328$; $p = .215$) e la Disorganizzazione dello stato mentale ($r = .284$; $p = .286$). Questi risultati potrebbero suggerire una tendenza moderata in cui livelli più elevati di comportamento aggressivo nei bambini potrebbero associarsi a un attaccamento paterno insicuro o disorganizzato.

Tabella 10 Correlazioni CBCL-DP e classificazioni AAI madri e padri

		AAI 2 vie madri	AAI 2 vie padri	D/non D	D/Non D
CBCL-DP Tot	Correlazione di Pearson	.075	.143	.097	.232
	Sig. a due code	.753	.598	.683	.388
	N	20	16	20	16
Ansia/Depressione	Correlazione di Pearson	.039	.021	.140	.121
	Sig. a due code	.869	.937	.555	.654
	N	20	16	20	16
Problemi di attenzione	Correlazione di Pearson	.148	.094	.117	.223
	Sig. a due code	.532	.729	.623	.407
	N	20	16	20	16
Comportamento aggressivo	Correlazione di Pearson	-.024	.328	-.036	.284
	Sig. a due code	.921	.215	.881	.286
	N	20	16	20	16

5.3 Obiettivo 3: Eventi di vita avversi nella storia genitoriale e disregolazione nei bambini

5.3.1 CBCL-DP ed esperienze avverse materne

La Tabella 11 illustra le correlazioni Rho di Spearman tra punteggi CBCL-DP totale e dimensioni che lo compongono e le esperienze di vita materne avverse misurate attraverso il ComplexTQ. I risultati rivelano alcune associazioni significative e moderatamente forti tra i punteggi CBCL-DP (dimensionale) e le esperienze traumatiche materne. Nello specifico, si osserva una correlazione positiva significativa di effetto moderato tra il punteggio CBCL-DP totale e le esperienze di abuso psicologico ($r = .555$; $p = .011$). Inoltre, si osservano correlazioni positive e moderate, non significative ma prossime alla soglia della rilevanza, con le esperienze di trascuratezza ($r = .427$; $p = .060$) e di inversione di ruolo ($r = .410$; $p = .072$). La dimensione Ansia/depressione del CBCL-DP ha evidenziato correlazioni positive forti e significative con la trascuratezza materna ($r = .599$; $p = .0005$) e con l'abuso psicologico ($r = .621$; $p = .003$) e l'inversione di ruolo ($r = .541$; $p = .014$). Riguardo la

dimensione CBCL-DP Problemi di attenzione si osserva una correlazione significativa di entità moderatamente forte con le esperienze di violenza domestica ($r = .525$; $p = .017$).

Tab. 11 Correlazioni tra punteggi CBCL-DP ed esperienze avverse ComplexT nelle madri

		T	R/A	I/R	A/P	A/F	AS	V	S	L
CBCL-DP Tot	Coefficiente di correlazione	.427	.304	.410	.555*	.408	-.074	.408	.173	.054
	Sig. a due code	.060	.192	.072	.011	.074	.755	.074	.467	.821
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ansia/Depressione	Coefficiente di correlazione	.599**	.471*	.541*	.621**	.387	.154	.222	.365	.123
	Sig. a due code	.005	.036	.014	.003	.092	.517	.346	.114	.606
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Problemi di attenzione	Coefficiente di correlazione	.249	.135	.171	.368	.283	-.209	.525*	.000	.077
	Sig. a due code	.290	.571	.472	.110	.226	.377	.017	1.000	.746
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Comportamento aggressivo	Coefficiente di correlazione	.256	-.053	.351	.235	.104	-.156	.269	.150	-.207
	Sig. a due code	.276	.823	.130	.320	.663	.512	.251	.527	.381
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20

T= Trascuratezza; RA= Rifiuto/Antipatia; I/R=Inversione di ruolo; AP= Abuso psicologico; AF= Abuso fisico; AS= Abuso sessuale; V= Violenza domestica; S= Separazioni; L= Lutti.

5.3.2 CBCL-DP ed esperienze avverse paterne

La Tabella 12 illustra le correlazioni Rho di Spearman tra punteggi CBCL-DP totale e dimensioni che lo compongono e le esperienze di vita paterne avverse misurate attraverso il ComplexTQ. I risultati non evidenziano correlazioni significative tra punteggi CBCL-DP ed esperienze di vita avverse nei padri. Si osservano correlazioni moderate non significative tra i punteggi CBCL Problemi di attenzione ed esperienze di Trascuratezza ($r = .343$; $p = .194$) e Rifiuto/Antipatia nei padri ($r = .383$, $p = .144$) e correlazioni deboli tra le esperienze di separazione nei padri e il punteggio totale CBCL-DP ($r = .379$; $p = .148$), i punteggi Ansia/depressione ($r = .462$, $p = .071$) e comportamento aggressivo ($r = .222$, $p = .410$).

Tab. 12 Correlazioni tra punteggi CBCL-DP ed esperienze avverse ComplexT nei padri

		T	R/A	I/R	AP	AF	AS	V	S	L
CBCL-DP Tot	Coefficiente di correlazione	.190	.246	.068	.203	.069	-.191	.109	.379	-.135
	Sig. a due code	.482	.359	.804	.436	.478	.478	.698	.148	.619
	N	16	16	16	17	16	16	15	16	16
Ansia/Depressione	Coefficiente di correlazione	-.058	.032	-.078	.324	-.120	-.332	.077	.462	-.317
	Sig. a due code	.831	.907	.773	.204	.658	.209	.784	.071	.231
	N	16	16	16	17	16	16	15	16	16
Problemi di attenzione	Coefficiente di correlazione	.343	.383	.223	.016	.152	-.017	.200	.394	-.050
	Sig. a due code	.194	.144	.406	.951	.574	.949	.475	.131	.854
	N	16	16	16	17	16	16	15	16	16
Comportamento aggressivo	Coefficiente di correlazione	.211	.418	.277	.276	-.050	-.035	.216	.222	-.215
	Sig. a due code	.433	.107	.299	.284	.853	.898	.440	.410	.424
	N	16	16	16	17	16	16	15	16	16

T= Trascuratezza; RA= Rifiuto/Antipatia; I/R=Inversione di ruolo; AP= Abuso psicologico; AF= Abuso fisico; AS= Abuso sessuale; V= Violenza domestica; S= Separazioni; L= Lutti.

5.4 Discussione dei risultati

La presente ricerca aveva l'obiettivo di studiare l'impatto delle esperienze traumatiche avverse, attraverso la qualità delle relazioni genitore-bambino, sullo sviluppo di sintomatologia grave e complessa nei bambini misurata attraverso l'indicatore CBCL-DP.

In accordo con la letteratura sui soggetti ADHD e da comportamento dirompente, nel nostro campione di bambini in valutazione per problemi esternalizzanti, la disregolazione emotivo-comportamentale grave è abbastanza frequente (30%). Misurata in maniera dimensionale con un cut-off di T-210, ha evidenziato tassi di prevalenza pari al 33.33%. Riguardo la sintomatologia attuale, i soggetti CBCL-DP di questa ricerca si caratterizzavano per la presenza di maggiori difficoltà nelle relazioni con i pari (T= -2.79;.013) e di livelli elevati di Inattezione (T= -2.76; .014) e iperattività/impulsività (T= -

2.85;.011). Nonostante ciò, spesso non hanno ricevuto questa diagnosi come primaria. Questo dato, se considerato alla luce dell'elevata comorbidità riscontrata nei soggetti CBCL-DP del nostro campione (100%) potrebbe riflettere la presenza di una condizione psicopatologica maggiormente complessa e meno definita, che si esprime attraverso la presenza di manifestazioni psicopatologiche multiple e severe difficilmente catturate dalla logica delle singole categorie diagnostiche proposte dai sistemi di classificazione. Questi dati appaiono in linea con la letteratura del settore che ha evidenziato maggiore severità della sintomatologia clinica e compromissione del funzionamento relazionale e maggiore complessità delle condizioni diagnostiche e tassi elevati di comorbidità psichiatriche.

In merito al primo obiettivo dello studio, i risultati hanno evidenziato che tra i soggetti CBCL-DP e Non CBCL-DP la distribuzione dei modelli di attaccamento infantili insicuri nelle classificazioni a 2 vie era pressoché simile (CBCL-DP= 83.3%; Non CBCL-DP= 72.7%). Nei soggetti CBCL-DP si è osservata una prevalenza di modelli insicuro-distanzianti (66.7%) ed una assenza di disorganizzazione dell'attaccamento. Pertanto, le nostre ipotesi (1a) e (1b) sono state accettate, mentre è stata rifiutata l'ipotesi (1c). Inoltre, dai risultati delle analisi su attaccamento a 2 vie sono emerse correlazione moderate e negative con la dimensione CBCL-DP Ansia/Depressione ($r = -.387$; $p = .101$) e negative deboli con il punteggio totale CBCL-DP ($r = -.251$; $p = .299$) e Problemi attentivi ($r = .196$; $p = .421$) che, sebbene non significative, potrebbero suggerire tendenze moderate e lievi dell'attaccamento insicuro ad associarsi a punteggi più elevati di sintomi ansioso-depressivo, di disregolazione grave e di inattenzione nei bambini. Nella stessa direzione, l'analisi della dimensione esperienze di Base Sicura (SB) FFI non ha evidenziato associazioni significative. Sono emerse, però, alcune correlazioni deboli negative che potrebbero suggerire una tendenza per cui livelli più elevati di problemi ansioso-depressivi ($r = -.146$; $p = .651$), attentivi ($r = -.239$; $p = .454$) e di disregolazione ($r = -.163$; $p = .612$) potrebbero essere associati punteggi SB più bassi. Sebbene, come ipotizzato, i punteggi CBCL-DP evidenziano una relazione negativa con la presenza di un modello di

attaccamento sicuro e con l'indicatore di sicurezza Base Sicura, tale associazione è debole e non significativa. Pertanto, la nostra ipotesi 2 non può essere accettata. Questi risultati sembrano indicare che non vi sia una relazione significativa tra disregolazione, modello di attaccamento insicuro ed esperienza di Base sicura nelle relazioni di caregiving. Tuttavia, un modello di attaccamento insicuro si associa in modo lieve a sintomi di ansia e depressione nei bambini, così come a problemi di disregolazione e di attenzione. Anche se queste associazioni non sono statisticamente significative, potrebbero suggerire una direzione in cui un attaccamento meno sicuro e una minore esperienza di Base sicura contribuiscono a un profilo di sintomi più elevati nei bambini. Nell'interpretare questo risultato bisogna però tener conto che, nella presente ricerca, le interviste rappresentazionali sull'attaccamento infantile FFI sono state somministrate in soggetti al limite e al disotto del limite di età indicato dal manuale degli autori. Dal momento che il range di età considerato è ampio riguardo le trasformazioni tipiche dell'attaccamento in questa fascia, l'applicazione di misure rappresentazionali potrebbe essere stata inadeguata nel cogliere indicatori di attaccamento nei più piccoli che si esprimono ancora più tipicamente sul piano comportamentale e vengono generalmente misurate con metodi osservativi.

Riguardo al secondo obiettivo, i risultati sul nostro campione hanno evidenziato che nei genitori di soggetti CBCL-DP la distribuzione dei modelli di attaccamento insicuro nelle classificazioni a 2 vie era lievemente maggiore nelle madri (60%) rispetto ai padri (40%). Riguardo le tipologie di insicurezza, le madri hanno mostrato una prevalenza di modelli di attaccamento insicuro-preoccupato (33.3%) rispetto ai padri che hanno mostrato più frequentemente modelli di tipo insicuro-distanziante (60%). Inoltre, i padri dei bambini CBCL-DP hanno evidenziato una più elevata frequenza di modelli di tipo disorganizzato (80%) rispetto alle madri (33%). Pertanto, nelle madri, l'ipotesi (3a) è stata accettata, mentre sono state rifiutate le ipotesi (3b) e (3c). Nei padri, l'ipotesi (3a) è stata rifiutata, mentre sono state accettate le ipotesi (3b) e (3c). Inoltre, sebbene nessuna delle correlazioni tra

punteggi CBCL-DP e le classificazioni AAI per madri e padri raggiunga la significatività statistica, i risultati mostrano tendenze degne di attenzione, soprattutto per le correlazioni moderate nei padri. In particolare, le correlazioni positive moderate tra la dimensione Comportamenti aggressivi del CBCL-DP e l'attaccamento insicuro e disorganizzato nei padri suggeriscono un possibile collegamento preliminare tra modelli di attaccamento paterno e la disregolazione comportamentale nei bambini. Questi dati supportano la nostra ipotesi 4. Nelle famiglie osservate in questo studio, i padri dei bambini CBCL-DP hanno evidenziato una prevalenza di modelli di attaccamento di tipo insicuro-distanziante e disorganizzato. Questi risultati potrebbero indicare che, sebbene non statisticamente significative, esistano tendenze dove i modelli di attaccamento insicuro e disorganizzato nei padri possano contribuire a livelli più elevati di comportamento aggressivo nei bambini con CBCL-DP. Questa osservazione è coerente con la letteratura che evidenzia come la disorganizzazione dell'attaccamento nei genitori, e in particolare nei padri, possa influenzare negativamente la regolazione emotiva e comportamentale dei figli (Deneault et al., 2021) e che riconosce effetti differenziali e indipendenti ai modelli di attaccamento materni e paterni sui problemi comportamentali nei bambini (Dagan et al., 2021). Nelle madri, le correlazioni più deboli potrebbero suggerire che l'influenza dell'attaccamento materno sui sintomi di disregolazione dei bambini possa essere meno diretta o più complessa, richiedendo ulteriori ricerche per esplorare variabili moderatrici o mediatori che possano intervenire in queste relazioni. Nell'interpretare questi dati bisogna tener conto che, nella presente ricerca, la codifica delle interviste sull'attaccamento sia infantile che adulto è stata effettuata da un solo giudice e non è stato perciò possibile calcolare l'affidabilità inter-rater. Ciò potrebbe esporre al rischio di bias interpretativo e compromettere l'oggettività delle valutazioni.

Infine, in merito al terzo obiettivo di questa ricerca, i risultati delle madri hanno evidenziato che l'abuso psicologico materno rappresenta il fattore avversivo più forte con la disregolazione ($r = .555$; $p = .011$). Inoltre, sebbene non siano risultate statisticamente

significative, le esperienze infantili materne ($r = .427$; $p = .060$) e paterne ($r = .343$; $p = .194$) di trascuratezza, di inversione di ruolo nelle storie delle madri ($r = .410$; $p = .072$), di rifiuto ($r = .383$; $p = .144$) e di separazione nei padri ($r = .379$; $p = .148$) hanno mostrato tendenze moderatamente rilevanti. Questi dati sembrano indicare che le esperienze traumatiche materne, specialmente quelle legate all'abuso psicologico, potrebbero contribuire alle problematiche di disregolazione sottese alla grave sintomatologia dei bambini CBCL-DP. Pertanto, per le madri è possibile accettare la nostra ipotesi di ricerca 5. Questi risultati appaiono in linea con la letteratura sui correlati attuali del CBCL-DP che ha sottolineato il ruolo dell'esposizione ad eventi di vita stressanti del caregiver, come esperienze di violenza fisica, psicologica, sessuale o economica da parte del caregiver (Rosales & Bedregal, 2019), esperienze multiple di trascuratezza, violenza domestica e instabilità emotiva (Pat-Horenczyk et al., 2015; Adynski et al., 2023), sintomi post-traumatici materni (Pat-Horenczyk et al., 2015), l'utilizzo di pratiche educative violente da parte dei genitori (Vásquez-Echeverría et al., 2020) minori esperienze di calore relazionale e maggiori esperienze di rifiuto genitoriale (Zepeda-Burgos, 2022). Inoltre, appaiono in linea con gli studi provenienti dal panorama dell'attaccamento che riconoscono un ruolo di rilievo alla mancata elaborazione delle esperienze traumatiche sullo stato mentale adulto nello sviluppo di sintomi disregolativi e modelli di attaccamento disorganizzati nei bambini.

6 Considerazioni conclusive e criticità dello studio

Complessivamente, le nostre ipotesi sulle distribuzioni delle classificazioni di attaccamento nei bambini e nei genitori sono state solo parzialmente confermate. L'assenza di disorganizzazione dell'attaccamento nei bambini potrebbe essere spiegata dalla minore capacità dello strumento di rilevare indicatori di disorganizzazione, che non prevede domande su eventi ed aspetti traumatici delle esperienze relazionali.

Riguardo le differenze tra madri e padri, in linea con la proposta di Dagan et al. (2021), una possibile spiegazione potrebbe riguardare la presenza di differenze individuali nei modelli di attaccamento materni e paterni, ciascuno dei quali potrebbe apportare un contributo indipendente ai sintomi CBCL-DP. Di conseguenza, i risultati del presente studio sembrano suggerire che il modello di attaccamento paterno, in particolare l'insicurezza distanziante e la disorganizzazione, possa avere un'influenza sui sintomi di disregolazione comportamentale ed emotiva CBCL-DP dei bambini. Al contrario, l'assenza di un'associazione forte e significativa con i modelli di attaccamento materni e dei bambini potrebbe indicare che l'impatto dell'attaccamento disorganizzato sia più marcato nelle dinamiche paterne, riflettendo la proposta di Dagan et al. (2021) riguardo l'influenza differenziale dell'attaccamento genitoriale sui sintomi psicopatologici dei bambini. Questi dati contrastanti tra l'influenza dell'attaccamento paterno rispetto a quello materno potrebbero essere indicativi di un ruolo più complesso e bidirezionale delle relazioni di attaccamento all'interno della famiglia, dove i modelli individuali di attaccamento tra genitori e figli contribuiscono in modo distinto allo sviluppo dei sintomi CBCL-DP. Ciò confermerebbe l'ipotesi di variabilità individuali nella risposta dei bambini alle diverse tipologie di attaccamento, sollevando la necessità di ulteriori ricerche per esplorare come le caratteristiche specifiche di attaccamento dei padri e delle madri possano interagire nella modulazione dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti.

Inoltre, riguardo gli eventi avversi nella storia di vita genitoriale i dati raccolti mettono in luce un'importante associazione nelle madri. In linea con la letteratura (Rosales &

Bedregal, 2019; Pat-Horenczyk et al., 2015), l'abuso psicologico subito dalle madri rappresenta il fattore avversivo più fortemente associato alla disregolazione nei figli. Questo risultato suggerisce che esperienze traumatiche significative, non sufficientemente elaborate, potrebbero mantenere attivi modelli di relazione e reattività emotiva disfunzionali nel caregiver, influenzando indirettamente la regolazione emotiva del bambino attraverso meccanismi di trasmissione intergenerazionale. D'altra parte, sebbene nelle madri le esperienze genitoriali avverse siano risultate significative, non è stata riscontrata alcuna significatività in relazione alla disorganizzazione dell'attaccamento. Questo dato potrebbe essere spiegato dall'influenza di variabili non controllate nel presente studio, come la partecipazione pregressa o attuale a percorsi terapeutici individuali che potrebbero aver supportato l'elaborazione delle esperienze traumatiche ed inciso positivamente in maniera indiretta sulla qualità delle relazioni con i propri bambini. Inoltre, la tendenza dei padri di bambini CBCL-DP a riportare esperienze di trascuratezza, rifiuto o separazione evidenzia come anche le esperienze traumatiche paterne possano contribuire, sebbene in modo meno diretto, allo sviluppo di difficoltà comportamentali nei figli, sostenendo una visione bidirezionale della relazione genitore-figlio (Adynski et al., 2023; Vásquez-Echeverría et al., 2020). Questi risultati suggeriscono che le esperienze traumatiche dei genitori, attraverso la qualità delle relazioni genitore-bambino, possono modulare i sintomi disregolativi dei figli. Da un punto di vista clinico questi dati appaiono rilevanti in quanto potrebbero orientare i clinici verso supporti terapeutici mirati per i genitori attraverso cui intervenire indirettamente sui sintomi dei bambini.

6.1 Criticità e limiti dello studio

La presente ricerca dovrebbe essere considerata alla luce delle seguenti criticità oltre quelle già discusse. Un primo limite è chiaramente rappresentato dall'esigua dimensione del campione. La numerosità dei soggetti (N= 20) è piuttosto limitata e potrebbe aver ridotto la potenza statistica dello studio, rendendo più difficile rilevare differenze o associazioni

significative e limitando la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, l'adozione di un disegno cross-sectional limita la capacità di stabilire relazioni causali e non tiene conto di eventuali variabili che possono modificarsi nel corso del tempo. Riguardo gli strumenti utilizzati, oltre i già citati limiti riguardo l'età di somministrazione delle interviste sull'attaccamento e la mancanza di un accordo tra giudici sulle classificazioni, bisogna considerare che l'utilizzo di strumenti self-report da parte dei genitori per la valutazione della sintomatologia disregolata nei bambini potrebbe esporre al rischio di bias di risposta o di percezione. Questi limiti indicano che i risultati devono essere interpretati con cautela. Studi futuri dovrebbero considerare un campione più ampio e rappresentativo, includendo una codifica da parte di più giudici per garantire maggiore obiettività e utilizzare un disegno longitudinale per chiarire meglio i potenziali legami causali.

Appendice A

Caratteristiche cliniche del campione: outcome strumenti valutazione psicodiagnostica

Tabella A1 Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti

Scale cliniche	U	Sig.a,b
Età	44.00	,904c
WISC-QIT	46.50	,521c
WISC_ICV	36.00	,659c
CBCL-Internalizzanti	48.00	,659c
CBCL-Esternalizzanti	40.00	,904c
CBCL-TOT	39.50	,841c
CBCL-DP	84.00	<,001c
CBCL-Ansia/Depressione	78.00	,002c
CBCL-Attenzione	79.50	<,001c
CBCL-Comportamento Aggressivo	82.00	<,001c
CRS-Inattenzione	49.00	,117c
CRS-Iperattività/Impulsività	57.00	,014c
CRS-Problemi di Apprendimento	34.50	,849c
CRS-Funzioni Esecutive	53.00	,046c
CRS-Provocazione/Aggressività	48.50	,117c
CRS-Pari	55.00	,026c

a. Il livello di significatività è 050.

b. Viene visualizzata la significatività asintotica.

c. Per questo test viene visualizzata la significatività esatta.

Bibliografia

- Abel, M. R., Henin, A., Holmén, J., Kagan, E., Hamilton, A., Noyola, N., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2024). Anxiety and Disruptive Behavior Symptoms and Disorders in Preschool-Age Offspring of Parents With and Without Bipolar Disorder: Associations With Parental Comorbidity. *Journal of Attention Disorders*, 28(5), 625–638. <https://doi.org/10.1177/10870547231215288>
- Adynski, H., Propper, C., Beeber, L., Gilmore, J. H., Zou, B., & Santos, H. P. (2023). The role of social adversity on emotional dysregulation during infancy and early childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 72, 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.03.010>
- Aebi, M., Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H.-C. (2020). Predictors and outcomes of self-reported dysregulation profiles in youth from age 11 to 21 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1349–1361.
- Aitken, M., Battaglia, M., Marino, C., Mahendran, N., & Andrade, B. F. (2019). Clinical utility of the CBCL Dysregulation Profile in children with disruptive behavior. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 253, pp. 87–95). Elsevier B.V.
- Althoff, R. R. (2010). Dysregulated Children Reconsidered. *ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 49(4).
- Althoff, R. R., & Ametti, M. (2021). Measurement of Dysregulation in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 321–333. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.004>
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Crehan, E. T., Rettew, D. C., Baer, J. R., & Hudziak, J. J. (2012). Temperamental profiles of dysregulated children. In *Child Psychiatry and Human Development* (Vol. 43, Fascicolo 4, pp. 511–522).
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2010). Assessment of Dysregulated Children Using the Child Behavior Checklist: A Receiver Operating Characteristic Curve Analysis. In *Psychological Assessment* (Vol. 22, Fascicolo 3, pp. 609–617).
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00424>
- Asmussen, J., Skovgaard, A. M., & Bilenberg, N. (2022). Trajectories of dysregulation in preschool age. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 31, Fascicolo 2, pp. 313–324). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH.
- Astenvald, R., Frick, M. A., Neufeld, J., Bölte, S., & Isaksson, J. (2022). Emotion dysregulation in ADHD and other neurodevelopmental conditions: A co-twin control study. In *Child and Adolescent*

Psychiatry and Mental Health (Vol. 16, Fascicolo 1). BioMed Central Ltd.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85142812733&doi=10.1186%2fs13034-022-00528-0&partnerID=40&md5=776d589790374f1535aa64a2d9b675a3>

- Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J., & Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(10), 1291–1300. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02089.x>
- Ayer, L., Greaves-Lord, K., Althoff, R. R., Hudziak, J. J., Dieleman, G. C., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2013). Blunted HPA axis response to stress is related to a persistent dysregulation profile in youth. In *Biological Psychology* (Vol. 93, Fascicolo 3, pp. 343–351).
- Badovinac, S. D., Pillai Riddell, R., Deneault, A.-A., Martin, J., Bureau, J.-F., & O’Neill, M. C. (2021). Associations Between Early Childhood Parent–Child Attachment and Internalizing/Externalizing Symptoms: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Marriage & Family Review*, *57*(7), 573–620. <https://doi.org/10.1080/01494929.2021.1879984>
- Basten, M. M. G. J., Althoff, R. R., Tiemeier, H., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Hudziak, J. J., Verhulst, F. C., & Van Der Ende, J. (2013). The dysregulation profile in young children: Empirically defined classes in the generation R study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(8), 841–850.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.007>
- Baykal, S., & Nalbantoglu, A. (2019). An Examination of Emotion Regulation and Associated Factors in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Konuralp Tıp Dergisi*, *11*(2), 269–273. <https://doi.org/10.18521/ktd.530900>
- Bellani, M., Negri, G. A. L., & Brambilla, P. (2012). The dysregulation profile in children and adolescents: A potential index for major psychopathology? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(2), 155–159. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000849>
- Biederman, J., DiSalvo, M., Vaudreuil, C., Wozniak, J., Uchida, M., Woodworth, K. Y., Green, A., Farrell, A., & Faraone, S. V. (2021). The child behavior checklist can aid in characterizing suspected comorbid psychopathology in clinically referred youth with ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, *138*, 477–484. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.04.028>
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Evans, M., Parcell, T., Faraone, S. V., & Wozniak, J. (2009). The Child Behavior Checklist-Pediatric Bipolar Disorder Profile Predicts a Subsequent Diagnosis of Bipolar Disorder and Associated Impairments in ADHD Youth Growing Up: A Longitudinal Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(5), 732–740.

<https://doi.org/10.4088/JCP.08m04821>

- Carlson, G. A. (2009). Are Children With Severe Outbursts Diagnostically Homeless? *Child and Adolescent Psychopharmacology News*, *14*(6), 1–7. <https://doi.org/10.1521/capn.2009.14.6.1>
- Caro-Cañizares, I., García-Nieto, R., & Carballo, J. J. (2015). Biological and environmental predictors of the dysregulation profile in children and adolescents: The story so far. In *International Journal of Adolescent Medicine and Health* (Vol. 27, Fascicolo 2, pp. 135–141). Walter de Gruyter GmbH.
- Chen, C., Tallman, M. J., Cecil, K. M., Patino, L. R., Blom, T. J., DelBello, M. P., & McNamara, R. K. (2022). Symptom Profiles, But Not Prefrontal Neurochemistry, Differentiate ADHD Youth With and Without a Family History of Bipolar I Disorder. *Journal of Attention Disorders*, *26*(13), 1762–1773. <https://doi.org/10.1177/10870547221101645>
- Dagan, O., Schuengel, C., Verhage, M. L., IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., Madigan, S., Duschinsky, R., Roisman, G. I., Bernard, K., Bakermans-Kranenburg, M., Bureau, J., Volling, B. L., Wong, M. S., Colonesi, C., Brown, G. L., Eiden, R. D., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Aviezer, O., ... The Collaboration on Attachment to Multiple Parents and Outcomes Synthesis. (2021). Configurations of mother-child and father-child attachment as predictors of internalizing and externalizing behavioral problems: An individual participant data (IPD) meta-analysis. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *2021*(180), 67–94. <https://doi.org/10.1002/cad.20450>
- Deneault, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Groh, A. M., Fearon, P. R. M., & Madigan, S. (2021). Child-father attachment in early childhood and behavior problems: A meta-analysis. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *2021*(180), 43–66. <https://doi.org/10.1002/cad.20434>
- Deneault, A.-A., Bureau, J.-F., Duschinsky, R., Fearon, P., & Madigan, S. (2023). A meta-analysis of the distribution of preschool and early childhood attachment as assessed in the strange situation procedure and its modified versions. *Attachment & Human Development*, *25*(2), 322–351. <https://doi.org/10.1080/14616734.2023.2187852>
- Deutz, M. H. F., Geeraerts, S. B., Belsky, J., Deković, M., van Baar, A. L., Prinzie, P., & Patalay, P. (2020). General Psychopathology and Dysregulation Profile in a Longitudinal Community Sample: Stability, Antecedents and Outcomes. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(1), 114–126.
- Diler, R. S., Birmaher, B., Axelson, D., Obreja, M., Monk, K., Hickey, M. B., Goldstein, B., Goldstein, T., Sakolsky, D., Iyengar, S., Brent, D., & Kupfer, D. (2011). Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. In *Bipolar Disorders* (Vol. 13, Fascicolo 7, pp. 670–678).
- Donfrancesco, R., Innocenzi, M., Marano, A., & Biederman, J. (2015). Deficient Emotional Self-

- Regulation in ADHD Assessed Using a Unique Profile of the Child Behavior Checklist (CBCL): Replication in an Italian Study. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 895–900. <https://doi.org/10.1177/1087054712462884>
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., & Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: Correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339–2350. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003115>
- Doyle, A. E., Biederman, J., Ferreira, M. A. R., Wong, P., Smoller, J. W., & Faraone, S. V. (2010). Suggestive Linkage of the Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder Phenotype to 1p21, 6p21, and 8q21. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 378–387. <https://doi.org/10.1097/00004583-201004000-00012>
- Faraone, S. V., Althoff, R. R., Hudziak, J. J., Monuteaux, M., & Biederman, J. (2005). The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: A receiver operating characteristics curve analysis. *Bipolar Disorders*, 7(6), 518–524. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00271.x>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Frazier, J. A., Li, X., Kong, X., Hooper, S. R., Joseph, R. M., Cochran, D. M., Kim, S., Fry, R. C., Brennan, P. A., Msall, M. E., Fichorova, R. N., Hertz-Picciotto, I., Daniels, J. L., Lai, J.-S., Boles, R. E., Zvara, B. J., Jalnapurkar, I., Schweitzer, J. B., Singh, R., ... O’Shea, T. M. (2023). Perinatal Factors and Emotional, Cognitive, and Behavioral Dysregulation in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, S0890856723002484. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.05.010>
- Frazier, J. A., Wood, M. E., Ware, J., Joseph, R. M., Kuban, K. C., O’Shea, M., Allred, E. N., & Leviton, A. (2015). Antecedents of the child behavior checklist-dysregulation profile in children born extremely preterm. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 54, Fascicolo 10, pp. 816–823). Elsevier Inc.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children’s Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83(2), 591–610. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x>
- Halperin, J. M., Rucklidge, J. J., Powers, R. L., Miller, C. J., & Newcorn, J. H. (2011). Childhood CBCL

- bipolar profile and adolescent/young adult personality disorders: A 9-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 130(1), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.019>
- Haltigan, J. D., Aitken, M., Skilling, T., Henderson, J., Hawke, L., Battaglia, M., Strauss, J., Szatmari, P., & Andrade, B. F. (2018). “P” and “DP:” Examining Symptom-Level Bifactor Models of Psychopathology and Dysregulation in Clinically Referred Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(6), 384–396. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.010>
- Hofheimer, J. A., McGrath, M., Musci, R., Wu, G., Polk, S., Blackwell, C. K., Stroustrup, A., Annett, R. D., Aschner, J., Carter, B. S., Check, J., Conradt, E., Croen, L. A., Dunlop, A. L., Elliott, A. J., Law, A., Leve, L. D., Neiderhiser, J. M., O’Shea, T. M., ... Maselko, J. A. (2023). Assessment of Psychosocial and Neonatal Risk Factors for Trajectories of Behavioral Dysregulation Among Young Children From 18 to 72 Months of Age. *JAMA Network Open*, 6(4), e2310059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.10059>
- Holtmann, M., Poustka, L., Zepf, F. D., Banaschewski, T., Priller, J., Bölte, S., & Legenbauer, T. (2013). Severe affective and behavioral Dysregulation in youths is associated with a proinflammatory state. In *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (Vol. 41, Fascicolo 6, pp. 393–399).
- Jucksch, V., Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Goth, K., Döpfner, M., Poustka, F., Freitag, C. M., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., & Holtmann, M. (2011). Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (Vol. 52, Fascicolo 6, pp. 686–695).
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kim, J., Carlson, G. A., Meyer, S. E., Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Laptook, R. S., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2012). Correlates of the CBCL-dysregulation profile in preschool-aged children. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Vol. 53, Fascicolo 9, pp. 918–926). Wiley-Blackwell Publishing Ltd.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672–689.

<https://doi.org/10.1037/a0028793>

- Maggiore Vergano, C., Lauriola, M., & Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): Development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01323>
- Marino, C., Riva, V., Mornati, G., Piazza, C., del Giudice, R., Dionne, G., Molteni, M., & Cantiani, C. (2019). Postnatal maternal symptoms of depression and child emotion dysregulation: The mediation role of infant EEG alpha asymmetry. In *Infant Behavior and Development* (Vol. 57). Elsevier Ltd. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85065848773&doi=10.1016%2fj.infbeh.2019.04.003&partnerID=40&md5=3cb4fc72a20f9345cdfc9f1c2597da7>
- Marzilli, E., Cerniglia, L., Tambelli, R., & Cimino, S. (2022). Children's ADHD and Dysregulation Problems, DAT1 Genotype and Methylation, and their Interplay with Family Environment. In *Child and Youth Care Forum*. Springer. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85127666226&doi=10.1007%2fs10566-022-09687-9&partnerID=40&md5=e7b86559311c6cbafd9e89ac8331d266>
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Pisano, S., & Milone, A. (2015). Child behaviour checklist emotional dysregulation profiles in youth with disruptive behaviour disorders: Clinical correlates and treatment implications. *Psychiatry Research*, 225(1–2), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.019>
- McGough, J. J. (2009). *The CBCL Pediatric Bipolar Disorder Profile and ADHD: Comorbidity and Quantitative Trait Loci Analysis*.
- McGough, J. J., Loo, S. K., McCracken, J. T., Dang, J., Clark, S., Nelson, S. F., & Smalley, S. L. (2008). CBCL pediatric bipolar disorder profile and ADHD: Comorbidity and quantitative trait loci analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1151–1157. Scopus. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181825a68>
- McNamara, R. K., Chen, C., Tallman, M. J., Schurdak, J. D., Patino, L. R., Blom, T. J., & DelBello, M. P. (2022). Familial risk for bipolar I disorder is associated with erythrocyte omega-3 polyunsaturated fatty acid deficits in youth with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 313, 114587. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114587>
- Mick, E., McGough, J., Loo, S., Doyle, A. E., Wozniak, J., Wilens, T. E., Smalley, S., McCracken, J., Biederman, J., & Faraone, S. V. (2011). Genome-wide association study of the child behavior

- checklist dysregulation profile. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 50, Fascicolo 8, pp. 807-817.e8). Elsevier Inc.
- Miller, M., Iosif, A., Young, G. S., Bell, L. J., Schwichtenberg, A. J., Hutman, T., & Ozonoff, S. (2019). The dysregulation profile in preschoolers with and without a family history of autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *60*(5), 516–523.
- Momany, A. M., & Troutman, B. (2021). Neonatal Negative Emotionality and the Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile (CBCL-DP) in middle childhood. In *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (Vol. 39, Fascicolo 1, pp. 100–110). Routledge.
- Muratori, P., Milone, A., Masi, G., & Pisano, S. (2017). Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggression behaviors in adolescents with oppositional defiant disorder? In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 208, pp. 110–112). Elsevier B.V.
- Nagamitsu, S., Yamashita, Y., Tanigawa, H., Chiba, H., Kaida, H., Ishibashi, M., Kakuma, T., Croarkin, P. E., & Matsuishi, T. (2015). Upregulated GABA inhibitory function in ADHD children with child behavior checklist-dysregulation profile: 123i-iomazenil SPECT study. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 6). Frontiers Media S.A. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84938103807&doi=10.3389%2ffpsy.2015.00084&partnerID=40&md5=6a420b196e4e5ab5ec236ce2677942df>
- Nobile, M., Bianchi, V., Monzani, D., Beri, S., Bellina, M., Greco, A., Colombo, P., Tesei, A., Caldirola, D., Giorda, R., Perna, G., & Molteni, M. (2016). Effect of family structure and TPH2 G-703T on the stability of dysregulation profile throughout adolescence. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 576–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.057>
- Pace, C. S., Muzi, S., & Steele, H. (2020). Adolescents' Attachment: Content and Discriminant Validity of the Friends and Family Interview. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(4), 1173–1186. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01654-8>
- Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., Schiff, M., & Brom, D. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. In *Infant Mental Health Journal* (Vol. 36, Fascicolo 3, pp. 337–348). John Wiley and Sons Inc.
- Peyre, H., Speranza, M., Cortese, S., Wohl, M., & Purper-Ouakil, D.-O. (2015). Do ADHD Children With and Without Child Behavior Checklist–Dysregulation Profile Have Different Clinical Characteristics, Cognitive Features, and Treatment Outcomes? In *Journal of Attention Disorders* (Vol. 19, Fascicolo 1, pp. 63–71). SAGE Publications Inc.
- Poustka, L., Zohsel, K., Blomeyer, D., Jennen-Steinmetz, C., Schmid, B., Trautmann-Villalba, P.,

- Hohmann, S., Becker, K., Esser, G., Schmidt, M. H., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2015). Interacting effects of maternal responsiveness, infant regulatory problems and dopamine D4 receptor gene in the development of dysregulation during childhood: A longitudinal analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *70*, 83–90. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.018>
- Qin, K., Lei, D., Zhu, Z., Li, W., Tallman, M. J., Rodrigo Patino, L., Fleck, D. E., Aghera, V., Gong, Q., Sweeney, J. A., McNamara, R. K., & DelBello, M. P. (2023). Different brain functional network abnormalities between attention-deficit/hyperactivity disorder youth with and without familial risk for bipolar disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02245-1>
- Rizzutti, S., Schuch, V., Augusto, B. M., Coimbra, C. C., Pereira, J. P. C., & Bueno, O. F. A. (2015). Neuropsychological Profiles Correlated with Clinical and Behavioral Impairments in a Sample of Brazilian Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *6*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00163>
- Rosales, R. S., & Bedregal, P. (2019). Dysregulation profile defined by child behavior checklist in a sample of preschool children. In *Revista Chilena de Pediatría* (Vol. 90, Fascicolo 2, pp. 157–165). Sociedad Chilena de Pediatría.
- Sanabra, M., Gómez-Hinojosa, T., Grau, N., & Alda, J. A. (2022). Deficient Emotional Self-Regulation and Sleep Problems in ADHD with and without Pharmacological Treatment. *Journal of Attention Disorders*, *26*(3), 426–433. Scopus. <https://doi.org/10.1177/1087054720986242>
- Serrano, E., Ezpeleta, L., & Castro-Fornieles, J. (2013). Comorbidity and Phenomenology of Bipolar Disorder in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *17*(4), 330–338. <https://doi.org/10.1177/1087054711427553>
- Spencer, T. J., Faraone, S. V., Surman, C. B. H., Petty, C., Clarke, A., Batchelder, H., Wozniak, J., & Biederman, J. (2011). Toward Defining Deficient Emotional Self-Regulation in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Using the Child Behavior Checklist: A Controlled Study. *Postgraduate Medicine*, *123*(5), 50–59. <https://doi.org/10.3810/pgm.2011.09.2459>
- Stepanova, E., Langfus, J. A., Youngstrom, E. A., Evans, S. C., Stoddard, J., Young, A. S., Van Eck, K., & Findling, R. L. (2023). Finding a Needed Diagnostic Home for Children with Impulsive Aggression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *26*(1), 259–271. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00422-3>
- Taskiran, C., Karaismailoglu, S., Cak Esen, H. T., Tuzun, Z., Erdem, A., Balkanci, Z. D., Dolgun, A. B., &

- Cengel Kultur, S. E. (2018). Clinical features and subjective/physiological responses to emotional stimuli in the presence of emotion dysregulation in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, *40*(4), 389–404.
- Thomas, J. M., & Guskin, K. A. (2001). Disruptive Behavior in Young Children: What Does It Mean? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(1), 44–51. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00015>
- Tonacci, A., Billeci, L., Calderoni, S., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Pisano, S., & Muratori, P. (2019). Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 257, pp. 207–213). Elsevier B.V.
- Topal, Z., Demir, N., Tufan, E., Tuman, T. C., & Semerci, B. (2021). Emotional and cognitive conflict resolution and disruptive mood dysregulation disorder in adolescent offspring of parents diagnosed with major depressive disorder, bipolar disorder, and matched healthy controls. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(6), 427–436.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*(2), 225–250. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- Vásquez-Echeverría, A., Alvarez-Nuñez, L., González, M., & Rudnitzky, F. (2020). Behavioural Problems in a Nationally Representative Sample of Uruguay. Characterisation of Latent Profiles by Socioeconomic Status, Maternal Depression and Family Violence. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*(5), 801–812.
- Volk, H. E., & Todd, R. D. (2007). Does the Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder Phenotype Identify Bipolar Disorder? *Biological Psychiatry*, *62*(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.05.036>
- Zepeda-Burgos. (2022). *Parent specificity—The unique and differential*.
- Zepf, F. D. (2009). Attention deficit-hyperactivity disorder and early-onset bipolar disorder: Two facets of one entity? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *11*(1), 63–72.
- Zepf, F. D., Wöckel, L., Poustka, F., & Holtmann, M. (2008). Diminished 5-HT functioning in CBCL pediatric bipolar disorder-profiled ADHD patients versus normal ADHD: Susceptibility to rapid tryptophan depletion influences reaction time performance. *Human Psychopharmacology*, *23*(4), 291–299. <https://doi.org/10.1002/hup.934>